



**Maria Luzia da Silva Santana  
(Organizadora)**

# **Saúde Mental: Teoria e Intervenção**

**Atena**  
Editora  
Ano 2019



**Maria Luzia da Silva Santana  
(Organizadora)**

# **Saúde Mental: Teoria e Intervenção**

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Natália Sandrini  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
S255	Saúde mental [recurso eletrônico] : teoria e intervenção / Organizadora Maria Luzia da Silva Santana. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-836-6 DOI 10.22533/at.ed.366191812  1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde mental – Brasil. I. Santana, Maria Luzia da Silva.  CDD 362
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não sendo somente a ausência de doença. Essa compreensão demonstra a complexibilidade desse tema, que envolve elementos históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais. Esses aspectos também têm implicações na saúde mental da pessoa, que engloba o bem-estar físico e psicossocial em diferentes contextos, assim dispor de saúde mental requer estar bem consigo mesmo e com os demais, aceitar e lidar com as exigências da vida e os seus afetos positivos ou negativos, reconhecer seus limites e buscar ajuda quando preciso.

De maneira generalista ter saúde mental não é somente ausência de doenças mentais. É nesse viés que o livro *“Saúde Mental: Teoria e Intervenção”* aborda essa temática em diferentes contextos, pelos diversos olhares dos pesquisadores e profissionais de áreas como enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, medicina, filosofia, dentre outras.

Esse olhar multidisciplinar dessa obra possibilita compreender temas múltiplos, enriquecidos pelas diferentes abordagens teóricas e metodológicas assumidas pelos autores. Assim, o leitor tem a sua disposição estudos sobre ansiedade, depressão, autismo, síndrome de *burnout*, uso de drogas, corpo, alteridade, estratégias de intervenção, entre outros, abarcados em pesquisas de revisão de literatura, estudos empíricos, práticas e intervenções em saúde mental.

Isto posto, apresentamos essa obra como uma opção de leitura acadêmica e profissional, ao contemplar o diálogo sobre a promoção, prevenção e tratamento em saúde mental. Destarte, ela trará contribuições relevantes para profissionais, estudantes, pesquisadores e demais pessoas interessadas no tema.

Desejamos aos leitores uma excelente leitura!

Maria Luzia da Silva Santana

## SUMÁRIO

### PARTE I – PESQUISAS DE REVISÃO DE LITERATURA EM SAÚDE MENTAL

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE E A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM PESSOAS QUE USAM DROGAS ILÍCITAS NO NORTE DO BRASIL	
Juliana Nádia Figueiredo Piauiense Camila Carla da Silva Costa Ana Caroline Costa Cordeiro Paula Cristina Rodrigues Frade Gláucia Caroline Silva-Oliveira Rafael Lima Resque Emil Kupek Luísa Caricio Martins Aldemir Branco de Oliveira-Filho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3661918121</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>11</b>
A IMPORTÂNCIA DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA RESSECTIVA PRECOCE EM EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE NA INFÂNCIA	
Ana Caroline Lemos da Silva Aguiar Barreto Maria Clélia Jácome Franca Campos Lorena Torres Andrade da Nóbrega Bruno Gouveia Henriques Martins Waltemilton Vieira Cartaxo Filho Thalita Lustosa de Oliveira Avelino Lopes Renaly Noronha Lins Abraão Alcantara de Medeiros Filho Caio César de Andrade Carneiro Ana Luísa Malta Dória	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3661918122</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>24</b>
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Alice Correia Barros Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco Jefferson Wladimir Tenório de Oliveira Verônica de Medeiros Alves	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3661918123</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>35</b>
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTATO ENTRE CULTURAS: NAS BORDAS DA INTELIGIBILIDADE	
Ondina Pena Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3661918124</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>41</b>
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À DEPRESSÃO PÓS-PARTO	
Fernanda Larisse Souza da Silva Rebeca Zuila Maniva Lopes Franciane da Silva de Oliveira Luciane Sousa Pessoa Cardoso	

Andressa Arraes Silva  
Maria Beatriz Pereira da Silva  
Ana Cláudia de Almeida Varão  
Alan Cássio Carvalho Coutinho  
Andréa Dutra Pereira  
Lívia Alessandra Gomes Aroucha  
Jocelha Maria Costa de Almeida

**DOI 10.22533/at.ed.3661918125**

**CAPÍTULO 6 ..... 50**

EFEITOS DO CHI KUNG/QI GONG NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alanna Mota Rosa Carvalho Pivatto  
Ana Flávia Lima Teles da Hora  
Ana Sanyele Campos Souza

**DOI 10.22533/at.ed.3661918126**

**CAPÍTULO 7 ..... 65**

EXPANSÃO DO USO DE PSICOESTIMULANTES: EXCESSO OU NECESSIDADE?

Ana Carolina Lopes Ramalho Bezerra Viana  
Ana Rafaella Lopes Ramalho Bezerra Viana  
Marílya Vitória dos Santos Silva  
Roberto Mendes dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.3661918127**

**CAPÍTULO 8 ..... 75**

FATORES DE RISCO QUE DESENCADEIAM A DEPRESSÃO EM IDOSOS

Amanda Karem Lopes Lima  
Andrêssa Pereira Machado  
Jackelliny Carvalho Neves  
Maria Beatriz dos Santos Brito  
Luciane Cardoso Pessoa  
Andressa Arraes Silva  
Ana Cláudia de Almeida Varão  
Maria Beatriz Pereira da Silva  
Andréa Dutra Pereira  
Alan Cássio Carvalho Coutinho  
Lívia Alessandra Gomes Aroucha  
Jocelha Maria Costa de Almeida

**DOI 10.22533/at.ed.3661918128**

**CAPÍTULO 9 ..... 86**

O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E O CASO DO “AUTISMO”

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

**DOI 10.22533/at.ed.3661918129**

**CAPÍTULO 10 ..... 99**

PERFIL ANTIPSICÓTICO DO CANABIDIOL: UMA REVISÃO

Diego Cartaxo Jácome  
Hugo Leonardo Andrade Feitosa  
Lucas Henrique Soares Oliveira de Carvalho  
Michaelis Cavalcanti Ayres  
Reinaldo Mesquita Neto  
Sebastião Tião Gomes Pereira Neto

Tiago Antônio Luna de Carvalho  
Vilton Souza Neto  
Vitor Pereira Xavier Grangeiro  
Rubens Justino Dantas Ricarte  
Ruy Justino Dantas Ricarte  
Wellington de Oliveira Nobrega Neto

**DOI 10.22533/at.ed.36619181210**

**CAPÍTULO 11 ..... 103**

SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Larissa Felcar Hill  
Willians Cassiano Longen

**DOI 10.22533/at.ed.36619181211**

**PARTE II – PESQUISAS EMPÍRICAS EM SAÚDE MENTAL**

**CAPÍTULO 12 ..... 109**

A ACUPUNTURA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO LUÍS – MA, BRASIL

Alanna Mota Rosa Carvalho Pivatto  
Ana Maria Fernandes Pitta

**DOI 10.22533/at.ed.36619181212**

**CAPÍTULO 13 ..... 124**

ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco  
Verônica de Medeiros Alves  
Valéria Elias Araújo Bichara  
Vanessa Christinne Nazário Tenório

**DOI 10.22533/at.ed.36619181213**

**CAPÍTULO 14 ..... 135**

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES MEDICINA

Maria do Socorro Vieira Gadelha  
Paulo Renato Alves Firmino  
Hellen Lima Alencar  
Diógenes Pereira Lopes  
Antônio Carlos Silva do Nascimento Filho  
Wendney Hudson de Alencar Fontes  
Joel Lima Júnior

**DOI 10.22533/at.ed.36619181214**

**CAPÍTULO 15 ..... 144**

ATITUDES E PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO A IMAGEM CORPORAL DE ESTOMIZADOS: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

Maurício Almeida  
Mauro Lúcio de Oliveira Júnior  
Rodrigo Silva Nascimento  
Keveenrick Ferreira Costa  
Priscila Figueiredo Campos

**DOI 10.22533/at.ed.36619181215**



**CAPÍTULO 16 ..... 156**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EM UMA POLICLÍNICA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES**

Thâmara Carollyne de Luna Rocha  
Tháisa Renata Barbosa da Silva  
José Levi da Silva Filho  
Sheila Elcielle d'Almeida Arruda  
Pollyne Amorim Silva  
Aline Silva Ferreira  
Jefferson Luan Nunes do Nascimento  
Williana Tôres Vilela  
Débora Dolores Souza da Silva Nascimento  
Silvana Cabral Maggi  
Pedro José Rolim Neto  
Rosali Maria Ferreira da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.36619181216**

**CAPÍTULO 17 ..... 171**

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR LESÕES AUTOPROVOCADAS NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS**

Marlete Corrêa de Faria  
Anderson Rinê Dias Aguiar  
Maria Luiza Souza Bezerra de Carvalho  
Tamyris Thuama de Souza Lima  
Thayná Moraes de Jesus  
Thiago Barbosa Vivas

**DOI 10.22533/at.ed.36619181217**

**CAPÍTULO 18 ..... 183**

**USO DE MACONHA ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA - DILEMAS & DESAFIOS**

Leidiane Faria Ramos  
Alvim Pagung de Abreu  
Rayane Cristina Faria de Souza  
Marluce Mechelli de Siqueira  
Átala Lotti Garcia  
Flávia Barista Portugal

**DOI 10.22533/at.ed.36619181218**

**CAPÍTULO 19 ..... 194**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ENTRE PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR ATENDIDAS EM UM CAPS**

Juceli Andrade Paiva Morero  
Tássia Ghissoni Pedroso  
Sandra de Souza Pereira  
Mayara Caroline Ribeiro Antonio  
Vivian Aline Preto  
Bianca Cristina Ciccone Giacon  
Monise Martins da Silva  
Giselle Clemente Sailer  
Luana Pereira da Silva  
Lucilene Cardoso

**DOI 10.22533/at.ed.36619181219**

**CAPÍTULO 20 ..... 204**

PREVALÊNCIA DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sandra de Souza Pereira  
Gessiane Santos Ricarte  
Juceli Andrade Paiva Morero  
Tássia Ghissoni Pedroso  
Monise Martins da Silva  
Mayara Caroline Ribeiro Antonio  
Jéssica Moreira Fernandes  
Vivian Aline Preto  
Bianca Cristina Ciccone Giacon

**DOI 10.22533/at.ed.36619181220**

**CAPÍTULO 21 ..... 215**

PROBLEMAS RELACIONADOS A CRIME E VIOLÊNCIA EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Gabriella de Andrade Boska  
Heloísa Garcia Claro  
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira  
Priscila Conceição da Costa  
Bruno Henriques Zanoni Kunst  
Renato de Angelo Araújo

**DOI 10.22533/at.ed.36619181221**

**CAPÍTULO 22 ..... 225**

PROCESSOS COGNITIVOS NAS VERTENTES TRADICIONAL, PENTECOSTAL E NEOPENTECOSTAL DA RELIGIÃO PROTESTANTE

Jéssica Florinda Amorim  
Sarah Cassimiro Marques

**DOI 10.22533/at.ed.36619181222**

**CAPÍTULO 23 ..... 238**

USO DE ÁLCOOL E MACONHA ENTRE OS UNIVERSITÁRIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA: E A QUALIDADE DE VIDA?

Nycollas Andrade Mauro  
Leidiane Faria Ramos  
Sibeli Albani  
Rayane Cristina Faria de Souza  
Marluce Mechelli de Siqueira  
Flávia Barista Portugal

**DOI 10.22533/at.ed.36619181223**

**CAPÍTULO 24 ..... 249**

REINCIDÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E FATORES ASSOCIADOS SEGUNDO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO II

Mayara Macedo Melo  
Rosane da Silva Santana  
Francisco Lucas de Lima Fontes  
Maria da Cruz Silva Pessoa Santos  
Germano Soares Martins  
Luis Eduardo da Silva Amorim  
Sandra Maria Gomes de Sousa  
Dulcimar Ribeiro de Matos  
Denise Sabrina Nunes da Silva

Daniely Matias Facundes  
Maria Oneide dos Santos  
Francielen Evelyn de Oliveira Adriano

**DOI 10.22533/at.ed.36619181224**

**CAPÍTULO 25 ..... 257**

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM

Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro  
Luiz Jorge Pedrão  
Andréa Cristina Alves  
Marilene Elvira de Faria Oliveira  
Aline Teixeira Silva

**DOI 10.22533/at.ed.36619181225**

**CAPÍTULO 26 ..... 269**

SIGNIFICAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Júlia Casemiro Barioni  
Bruna Domingos Santos  
Jéssica Karoline Barbosa da Silva  
Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves  
Marta Angélica Iossi Silva  
Luciane Sá de Andrade

**DOI 10.22533/at.ed.36619181226**

**CAPÍTULO 27 ..... 281**

TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE SERVIÇOS ONCOLÓGICOS EM ALAGOAS

Flaviane Maria Pereira Belo  
Maria Cicera dos Santos de Albuquerque  
Willams Henrique Costa Maynard  
Patricia Maria da Silva Rodrigues  
José Leandro Ramos de Lima  
Ronald Seixas Santos  
Jorgina Sales Jorge  
Givânia Bezerra de Melo  
Luís Filipe Dias Bezerra  
David Queiros de Lima  
Andrey Ferreira da Silva  
Verônica de Medeiros Alves

**DOI 10.22533/at.ed.36619181227**

**PARTE III – PRÁTICAS E INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL**

**CAPÍTULO 28 ..... 292**

A IMPORTÂNCIA DA VISITA TÉCNICA À UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO: UM OLHAR ACADÊMICO

Maria Simone da Silva Rodrigues  
Bruna Nunes Osterno  
Vânia Sousa Barbosa Alves  
Luana Géssica Freire Martins

**DOI 10.22533/at.ed.36619181228**

<b>CAPÍTULO 29</b> .....	<b>297</b>
“RECOLHIMENTO NÃO, ACOLHIMENTO SIM” – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III – JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO - COMPLEXO DO ALEMÃO – RIO DE JANEIRO / BRASIL	
<a href="#">Andréa Toledo Farnettane</a>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.36619181229</b>	
<b>CAPÍTULO 30</b> .....	<b>308</b>
SERVIÇOS-ESCOLA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<a href="#">Rayane Ribas Martuchi</a>	
<a href="#">Elisabete Aparecida Monteiro</a>	
<a href="#">Ticiane Paiva de Vasconcelos</a>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.36619181230</b>	
<b>CAPÍTULO 31</b> .....	<b>320</b>
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO - RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<a href="#">Priscila Praseres Nunes</a>	
<a href="#">Diego Raí de Azevedo Costa</a>	
<a href="#">Raiane Fernandes Prazeres</a>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.36619181231</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....	<b>323</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>324</b>

## AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE E A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM PESSOAS QUE USAM DROGAS ILÍCITAS NO NORTE DO BRASIL

### **Juliana Nádia Figueiredo Piauiense**

Programa de Pós-Graduação em Saúde na Amazônia, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

### **Camila Carla da Silva Costa**

Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

### **Ana Caroline Costa Cordeiro**

Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Hospital Santo Antonio Maria Zaccaria, Bragança, Pará, Brasil.

### **Paula Cristina Rodrigues Frade**

Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

### **Gláucia Caroline Silva-Oliveira**

Laboratório de Células e Patógenos, Instituto de Estudos Costeiros, Universidade Federal do Pará, Bragança, Pará, Brasil.

### **Rafael Lima Resque**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil.

### **Emil Kupek**

Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

### **Luísa Caricio Martins**

Laboratório de Patologia Clínica de Doenças Tropicais, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

### **Aldemir Branco de Oliveira-Filho**

Laboratório de Células e Patógenos, Instituto de Estudos Costeiros, Universidade Federal do Pará, Bragança, Pará, Brasil.

**RESUMO:** Este estudo aborda aspectos relacionados à infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) em pessoas que usam drogas ilícitas (PWUDs) e propõe estratégias e ações para acessar e auxiliar na promoção da saúde desses brasileiros no norte do Brasil. Inicialmente, importantes informações sobre infecção pelo HBV entre PWUDs nos estados do Amapá e do Pará são apresentadas por meio de estudos já realizados. A partir da identificação do cenário epidemiológico, no qual PWUDs estão inseridos, ações e estratégias para promoção da saúde são sugeridas, como: emprego do Consultório de Rua, emprego de testes rápidos para identificação de infectados pelo HBV e outros patógenos, aplicação de vacina contra HBV e flexibilização das dosagens para PWUDs, e treinamento dos profissionais de saúde acerca das vulnerabilidades sociais e em saúde, construção do vínculo profissional de saúde e PWUDs através do acolhimento empático. Em suma, este estudo demonstra a necessidade de atendimento de PWUDs, em

especial associadas à infecção pelo HBV, e indica ações e estratégias que podem ser executadas considerando as peculiaridades e as limitações desse grupo de vulneráveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Uso de drogas ilícitas, HBV, Promoção da Saúde, Brasil.

## ACTIONS AND STRATEGIES FOR THE CONTROL AND PREVENTION OF HEPATITIS B VIRUS INFECTION IN PEOPLE WHO USE ILLICIT DRUGS IN NORTHERN BRAZIL

**ABSTRACT:** This study addresses aspects related to hepatitis B virus (HBV) infection in people who use illicit drugs (PWUDs) and proposes strategies and actions to access and assist in the health promotion of these Brazilians in northern Brazil. Initially, important information about HBV infection among PWUDs in the states of Amapá and Pará is presented through studies already performed. From the identification of the epidemiological scenario in which PWUDs are inserted, actions and strategies for health promotion are suggested, such as: use of the Street Clinic, use of rapid tests to identify HBV and other pathogens, vaccine against HBV and flexibilization of dosages for PWUDs, and training of health professionals about social and health vulnerabilities, building the health professional bond and PWUDs through empathic embracement. In summary, this study demonstrates the need for PWUDs, especially associated with HBV infection, and indicates actions and strategies that can be performed considering the peculiarities and limitations of this group of vulnerable people.

**KEYWORDS:** Illicit drug use, HBV, Health Promotion, Brazil.

### 1 | INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Ela abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas). Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas e graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Esta política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que

apresenta transtorno mental (BRASIL 2017).

Apesar da existência de Centro de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades, e de Comunidades Terapêuticas em diversos municípios na região norte do Brasil, estudos epidemiológicos realizados com pessoas que usam drogas ilícitas (PWUDs) nessa região brasileira tem relatado elevada prevalência de patógenos, como o vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV), vírus da imunodeficiência (HIV) e *Treponema pallidum*, e a ausência ou a execução inadequada de ações de controle e de prevenção de doenças infecciosas e de outras medidas para a promoção da saúde dos usuários de drogas psicotrópicas (ANDRADE et al. 2017, SOUZA et al. 2017, SOUSA et al. 2018, SANTOS et al. 2017, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019a, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019b, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019c, PIAUIENSE et al. 2019).

Baseado nisso, este capítulo teve como objetivos apresentar ações e estratégias para o controle e a prevenção da infecção pelo HBV em PWUDs na região norte do Brasil, tendo como evidências científicas registros feitos nos estados do Amapá e do Pará, assim contribuindo para a execução adequada das diretrizes do SUS e da atual política nacional de saúde mental.

## 2 | VÍRUS DA HEPATITE B E O CENÁRIO NO NORTE DO BRASIL

Mundialmente, a infecção pelo HBV é um importante problema de saúde pública. Estima-se que dois bilhões de pessoas já tenham sido infectadas no mundo, dos quais 240 milhões são portadores da hepatite B crônica mesmo com a disponibilidade de uma vacina eficaz contra esse vírus (WHO 2016, OLIVEIRA et al. 2017, SOUZA et al. 2013). No Brasil, estima-se que pelo menos 15% da população já entrou em contato com HBV e cerca de 1,0% da população tornaram-se casos crônicos de hepatite B (PUDELCO et al. 2014, FRANCO et al. 2012).

O HBV pertence à família dos Hepadnaviridae e apresenta genoma de DNA circular de fita dupla parcial. Ele pode ser classificado em dez genótipos (A-J), os quais podem influenciar a severidade da infecção, a resposta do hospedeiro em relação à vacina e ao tratamento e, também, indicar a circulação do vírus numa população considerando o espaço, o tempo, a cultura e os costumes (SETO et al. 2018, SOUZA et al. 2018). No Brasil, o genótipo A é mais prevalente, seguido do genótipo D e F (OLIVEIRA et al. 2016, SOUZA et al. 2018, SUNBUL 2014).

A transmissão do HBV pode ocorrer pela exposição percutânea ou mucosa ao sangue e/ou outros fluídos corporais infectados. Diversas formas de contato humano têm sido associadas à transmissão, como: contato da mãe para filho (transplacentária, durante o parto e aleitamento), parenteral (transfusão de

sangue, tatuagens, piercing, reutilização de seringas e agulhas e acidente com perfurocortantes) e sexual (sem proteção) (AMON 2011, NELSON et al. 2011, PUDELCO et al. 2014).

As PWUDs, especialmente drogas injetáveis, apresentam um elevado risco de infecção viral. Geralmente, as PWUDs executam diversos comportamentos que facilitam a aquisição e a transmissão de vírus, como: compartilhamento de equipamentos para consumo de drogas, relação sexual sem proteção, múltiplos parceiros sexuais e prostituição (ANDRADE et al. 2017, GASPAR et al. 2016, CHEN et al. 2017). Algumas áreas da região norte do Brasil são consideradas zonas endêmicas de infecção pelo HBV e há relatos de elevadas prevalências de infecções pelo HBV em PWUDs nos estados do Amapá e do Pará, localizados nessa imensa região brasileira (GASPAR et al. 2016, ANDRADE et al. 2017, SOUSA et al. 2018, PIAUIENSE et al. 2019).

Um cenário epidemiológico semelhante da infecção pelo HBV em PWUDs nos estados brasileiros do Amapá e do Pará pode ser observado na tabela 1. Entretanto, destaca-se que em todos os estudos realizados nesses dois estados, as PWUDs relataram que ainda não tinham realizado testes laboratoriais para avaliar a presença do HBV e de outros patógenos, como HIV, HCV e *T. pallidum*, e que não utilizavam ou foram acessadas pelas instituições governamentais de saúde mental (GASPAR et al. 2016, ANDRADE et al. 2017, SOUSA et al. 2018, PIAUIENSE et al. 2019, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019a, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019b, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019c; SOUZA et al. 2017; SANTOS et al. 2017). Isso é um indicativo claro da necessidade de mudanças nas estratégias para acesso e promoção da saúde nessa população: a avaliação da presença patógenos em populações chaves não está sendo realizada de forma adequada e a identificação e o acompanhamento da saúde mental das PWUDs não está sendo feita.

<b>Características</b>	<b>Amapá</b>	<b>Pará</b>
Taxa de exposição	22,7%	27,0% - 36,7%
Distribuição genotípica	A (58,4%), D (33,3%) e F (8,3%)	A (44,0% - 54,5%), D (32,0 -36,4%) e F (9,1 - 24,0%)
Fatores de risco	Idade > 35 anos, uso diário de drogas, uso de droga injetável, uso de drogas superior > 12 anos, sexo desprotegido, prostituição e múltiplos parceiros sexuais	Sexo masculino, idade > 35 anos, tatuagem, uso diário de drogas, uso de droga injetável, uso de drogas superior > 3 anos, sexo desprotegido, relação sexual com outra PWUDs, prostituição, múltiplos parceiros sexuais e co-infecção com HIV

Tabela 1: Características epidemiológicas da infecção pelo HBV em PWUDs nos estados do Amapá e do Pará, norte do Brasil.



### 3 | ESTRATÉGIA DE ACESSO E INCLUSÃO DAS PWUDS

De acordo com o Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas (Guia AD), acolher ou se disponibilizar para o outro é valorizar como o usuário se apresenta, é o serviço estar de porta aberta para o usuário, com suas vivências e seu sofrimento (BRASIL 2015). Desse modo, será possível gerar uma atitude de reconhecimento do outro como legítimo interlocutor, será uma atitude transversal e não uma etapa do processo de trabalho no serviço. Compreender como o outro se apresenta possibilita a identificação das prioridades, facilitando a construção do projeto terapêutico singular e potencializando o cuidado, considerando os recursos internos e externos do usuário, realizando assim uma coprodução do cuidado entre usuário e serviço (BRASIL 2015).

Entretanto, estudos epidemiológicos realizados com PWUDs nos estados do Amapá e do Pará indicam a ausência ou inadequada forma de acesso a esse grupo de vulneráveis pelas instituições de saúde pública (GASPAR et al. 2016, ANDRADE et al. 2017, SOUSA et al. 2018, PIAUIENSE et al. 2019, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019a, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019b, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019c; SOUZA et al. 2017; SANTOS et al. 2017). Exemplos disso: (i) dada a duração (> 5 anos) e a intensidade (uso diário) do uso de drogas ilícitas nos estados do Amapá e do Pará, provavelmente, a maioria das PWUDs necessita de diagnóstico e de tratamento, especialmente de distúrbios associados ao uso de psicoestimulantes, como crack (OLIVEIRA-FILHO et al. 2019c); (ii) o relato do uso de drogas injetáveis por algumas PWUDs nos dois estados brasileiros é um alerta da necessidade de aperfeiçoamento do acesso a esse grupo de vulneráveis e a inclusão do mesmo na política de redução de danos (ANDRADE et al. 2017; PIAUIENSE et al. 2019); e (iii) no município paraense de Bragança, de 116 usuários de crack, a maioria (>70%) apresentou problemas de saúde física e mental nos últimos 12 meses, porém somente três usuários buscaram atendimentos em instituições públicas de saúde e todos reclamaram do atendimento recebido (OLIVEIRA-FILHO et al. 2019a). Em geral, esses exemplos são evidências claras que as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde não estão sendo realizadas ou estão sendo ofertadas de forma inadequada.

De acordo com o Guia AD, uma estratégia muito importante neste contexto é a realização da busca ativa pelos serviços de saúde, sendo considerada uma grande janela de oportunidades na criação do vínculo para o cuidado (BRASIL 2015). Isso pode ser realizado pela implementação da estratégia Consultórios de Rua (BRASIL 2010). O Consultório de Rua é um componente da rede de atenção integral em saúde mental, oferece às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas

psicotrópicas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço de rua. No caso da região norte do Brasil, além da atuação no espaço de rua, algo que não ocorre na maioria dos municípios, essa estratégia pode ser mais abrangente e atuar em bairros periféricos e comunidades ribeirinhas com o auxílio de membros da estratégia saúde da família (ESF) (JORGE et al. 2012, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019a).

Desse modo, ações para enfrentar as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente entre crianças, adolescentes e jovens adultos usuários de drogas ilícitas, poderão efetivamente identificar e atuar na resolução de problemas relacionados à saúde das PWUDs, como a disponibilidade de preservativos, a oferta de testes rápidos, a orientação e o encaminhamento adequado para tratamento em saúde mental e outras necessidades. O emprego da estratégia “Consultório de Rua” poderá iniciar a oferta efetiva de direitos e possibilitar a inclusão das PWUDs em planos e políticas governamentais do Ministério da Saúde, como: Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de DST/AIDS, Política de Humanização, Política de Atenção Básica. Em suma, a execução adequada do “Consultório de Rua” com flexibilização para atuar em áreas diferenciadas no norte do Brasil, em parceria com membros da ESF, poderá melhorar de forma substancial a promoção da saúde às PWUDs nessa região brasileira.

#### **4 | AÇÕES PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HBV**

Por meio do acesso às PWUDs, diversas ações para a prevenção e o controle da infecção pelo HBV poderão ser efetivamente realizadas e aperfeiçoadas de acordo com a especificidade de cada município na região norte do Brasil. De acordo com o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a maioria das pessoas infectadas com hepatites desconhece sua condição de portadora do vírus. Desse modo, esse programa tem como estratégia iniciar o trabalho de aconselhamento e testagem sorológica das hepatites virais nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), depois, em médio prazo, descentralizar a triagem sorológica das hepatites virais para outras ações de acordo com a especificidade do local e da população a ser acessada (BRASIL 2005). Por meio do acesso diferenciado às PWUDs exposto anteriormente, testes qualitativos rápidos para HBV, HCV, HIV e *T. pallidum* poderão ser realizados, os quais permitirão a identificação e o tratamento de PWUDs infectadas pelos patógenos citados em maior escala numa área geográfica específica e em curto período do tempo, possivelmente provocando uma mudança significativa na cadeia de transmissão dos patógenos em PWUDs e na população em geral ao longo do tempo. Dependendo do patógeno, como HBV, testes mais específicos em PWUDs infectadas, como a genotipagem

e a avaliação da presença de mutações de resistência à medicamentos, poderão ser realizados, garantindo assim uma oferta adequada de tratamento à saúde ao cidadão brasileiro.

Além disso, o SUS oferta uma vacina contra HBV, a qual pode ser amplamente utilizada como ferramenta de prevenção em PWUDs ainda não infectadas pelo vírus. Baseada nos estudos epidemiológicos realizados com PWUDs nos estados brasileiros do Amapá e do Pará, diversos comportamentos, inclusive associados ao tempo, contribuem para a difusão do HBV pelas vias parenteral e sexual (Tabela 1) (GASPAR et al. 2016, ANDRADE et al. 2017, SOUSA et al. 2018, PIAUIENSE et al. 2019, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019a, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019b, OLIVEIRA-FILHO et al. 2019c; SOUZA et al. 2017; SANTOS et al. 2017). A vacinação contra HBV impediria a aquisição e, possivelmente, reduziria a transmissão desse patógeno na população. Geralmente, alguns fatores impedem PWUDs a ter contato frequente com serviços de saúde, como: falta de moradia fixa, desemprego, ausência nos programas de saúde direcionados a vacinação, poucos profissionais treinados ou experientes para o atendimento com usuário de drogas, problemas na abordagem do profissional de saúde, desconhecimento sobre a doença, falta de educação, envolvimento com práticas ilícitas e encarceramento (ATÍLIO et al. 2011, HWANG et al. 2010, SHAH et al. 2015). Uma possível forma de contornar esses problemas seria o acesso direto e frequente das PWUDs em unidade especializada, na própria residência da PWUDs ou propriamente na rua, intermediada por familiares, agente comunitário de saúde ou membro da equipe do consultório na rua.

Outra estratégia relacionada ao aumento da cobertura vacinal contra HBV pode ser a implantação de um cronograma de vacinação rápido (0, 1 e 2 meses) e acelerado (0, 7 e 28 dias), a qual poderia aumentar as taxas de conclusão do cronograma de doses vacinais contra HBV em PWUDs (HWANG et al. 2010, RAMASAMY et al. 2010, SHAH et al. 2015). Além disso, alguns estudos recomendam uma quarta dose da vacina contra HBV para indivíduos com maior risco de exposição, como PWUDs, devido alguns indivíduos não apresentarem uma resposta imune adequada (RAMASAMY et al. 2010, WALART et al. 2015).

Por fim, o acesso e o acolhimento de PWUDs deve ser bem feito. De acordo com FRADE et al. (2019), o trabalho do cuidado deve ser pautado pela mobilização de afetos, da inteligência e da subjetividade, destacando-se a atitude empática como constituinte do imaterial da atividade de acolhimento. Sendo assim, é necessário, primeiramente, preparar os profissionais de saúde para realizar o acolhimento de PWUDs e, somente a partir daí, iniciar as distintas atividades para acesso e promoção da saúde. Por meio do acolhimento empático integrado às respostas rápidas e resolutivas de problemas e necessidades das PWUDs, outras medidas poderão ser realizadas, as quais possibilitarão uma melhor compreensão

das situações de risco e aumentarão a capacidade de escolhas mais seguras em futuras ações, como o uso de preservativo durante as relações sexuais, o uso de equipamento individual e não compartilhado para consumo de drogas e a busca por tratamento para dependência química.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, a infecção pelo HBV foi abordada como um grande problema na população de PWUDs na região norte do Brasil, assim características específicas foram apresentadas e possíveis resoluções foram indicadas. Por meio de diretrizes do SUS, de políticas e de estratégias propostos pelo Ministério da Saúde, ações e estratégias para a efetiva promoção da saúde de PWUDs nessa imensa região brasileira foram claramente apresentadas e podem ser executadas com o intuito de evitar uma possível epidemia de HBV e de problemas relacionados à saúde mental de usuários de drogas ilícitas.

## REFERÊNCIAS

AMON, J.J. **Hepatitis in drug users: time for attention, time for action.** Lancet. 2011; 378: 543-544.

ANDRADE, A. P.; et al. **Characterization of hepatitis B virus infection in illicit drug users in the Marajó Archipelago, northern Brazil.** Arch Virol. 2017; 162: 227-233.

ATTILIO, J. S.; et al. **Cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas ilícitas.** Acta Paul Enferm. 2011, 24: 101-106.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consultórios de Rua do SUS.** Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010. Disponível em: [http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio\\_ua.pdf](http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio_ua.pdf). Acesso em 25 set. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE 2015 - **Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015 Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de-Álcool-e-Outras-Drogas-Guia-AD-.pdf>. Acesso em 24 set. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de aconselhamento em hepatites virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-8410?view=mobile>. Acesso em 23 set. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas.** Brasília: MS, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 24 set. 2019.

CHEN, F.; et al. **HBV, HCV and HDV infection shows distinct patterns between injection drug users and general population.** J Gastroenterol Hepatol. 2017; 32: 1-19.

- FRADE, P. C. R.; et al. **Estratégias e ações para acessar e auxiliar na promoção da saúde de mulheres profissionais do sexo**. In: NETO, B. R. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4. Ponta Grossa: Atena editora, 2019. p. 214-224.
- FRANCO, E.; et al. **Hepatitis B: epidemiology and prevention in developing countries**. World J Hepatol. 2012; 4: 74-80.
- GASPAR, I. R.; et al. **Epidemiology of hepatitis B virus infection among non-injecting drug users in the state of Pará, Brazilian Amazon**. Int J Med Biol Front. 2016; 22: 267-276.
- HWANG, L. Y.; et al. **Accelerated hepatitis B vaccine schedule among drug users - a randomized controlled trial**. J Infect Dis. 2010; 202: 1500-1509.
- JORGE, J. S; Corradi-Webster C. M. **Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção**. Saude Transf Social. 2012; 3: 39-48.
- NELSON, P. K.; et al. **Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews**. Lancet. 2011; 378: 571-583.
- OLIVEIRA-FILHO, A. B.; et al. **Prevalence and risk factors for HIV-1 infection in people who use illicit drugs in northern Brazil**. Trans Royal Soc Trop Med Hyg. 2019; Artigo aceito (TRSTMH-D-19-00121).
- OLIVEIRA-FILHO, A. B.; et al. **Características sociais, demográficas, de uso de drogas e de saúde de pessoas que usavam crack: informações para promoção de saúde em município ao norte do Brasil**. In: Prevenção e Promoção da Saúde. Ponta Grossa: Atena editora, 2019. A ser publicado em dezembro de 2019 (Código: 25988).
- OLIVEIRA-FILHO, A.B., et al. **Hepatitis C virus infection status and associated factors among a multi-site sample of people who used illicit drugs in the Amazon region**. BMC Infect Dis. 2019;19: 634.
- OLIVEIRA, M. P.; et al. **Prevalence, risk behaviors, and virological characteristics of hepatitis B virus infection in a group of men who have sex with men in Brazil: results from a respondent-driven sampling survey**. Plos One. 2016; 11: e0160916.
- OLIVEIRA, M. S.; et al. **Hepatites crônicas B e D: prognóstico segundo escore Child-pugh**. Rev Bras Enferm. 2017; 70:1104-1109.
- PIAUIENSE, J. N. F. **Infecção pelo vírus da hepatite B: aspectos epidemiológicos, ações e estratégias para promoção da saúde em pessoas que usam drogas ilícitas no Amapá, norte do Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.
- PUDELCO, P.; et al. **Impacto da vacinação na redução da hepatite B no Paraná**. Rev Gaucha Enferm. 2014; 35: 78-86.
- RAMASAMY, P.; et al. **The outcome of a rapid hepatitis B vaccination programme in a methadone treatment clinic**. Addiction. 2010; 105: 329-334.
- SANTOS, F. J. A.; et al. **Cocaine and their derivatives: initial report on the features and health indicators of users in municipalities of the Brazilian Amazon**. Telengana, India: Drug Addiction, Avid Science, 2017. Disponível em: <http://avidscience.com/wp-content/uploads/2017/10/cocaine-and-their-derivatives-initial-report-on-the-features-and-health-indicators-of-users-in-municipalities-of-the-brazilian-amazon.pdf>. Acesso em 19 set. 2019.

SETO, W. K.; et al. **Chronic hepatitis B virus infection**. Lancet, 2018; 392: 2313-2324.

SHAH, D. P.; et al. **Long-term effectiveness of accelerated hepatitis B vaccination schedule in drug users**. Am J Public Health. 2015; 105: e36-e43.

SOUSA, V. A.; et al. **Infecção pelo vírus da hepatite B: situação epidemiológica de usuários de drogas ilícitas em município à margem de rios na Amazônia Brasileira**. In: SALGADO, Y. C. S. Patologia das Doenças. Ponta Grossa: Atena editora, 2018. p. 107-117.

SOUZA C. A.; et al. **Cobertura vacinal da hepatite b e fatores associados**. Vita et Sanitas. 2013; 7: 2-18

SOUZA, D. D.; et al. **Phylogenetic analysis and genotype distribution of hepatitis B virus (HBV) in Roraima, Brazil**. Rev Inst Med Trop. 2018; 60: e35.

SOUZA, R. A. C.; et al. **Syphilis among illicit drugs users in the state of Pará, Brazilian Amazon**. Telengana, India: Tropical Medicine, Avid Science, 2017. Disponível em: <http://www.avidscience.com/wp-content/uploads/2017/08/syphilis-among-illicit-drugs-users-in-the-state-of-par%C3%A1-brazilian-amazon.pdf>. Acesso em 20 set. 2019.

SUNBUL, M. **Hepatitis B virus genotypes: global distribution and clinical importance**. World J Gastroenterol 2014; 20: 5427-5434.

WALART, S.; et al. **Recent advances in vaccination of non-responders to standard dose hepatitis B virus vaccine**. World J Hepatol. 2015; 7: 2503-2509.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hepatitis B**. Genebra: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en>. Acesso em: 25 set. 2019.

## A IMPORTÂNCIA DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA RESSECTIVA PRECOCE EM EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE NA INFÂNCIA

Ana Caroline Lemos da Silva Aguiar  
Barreto

Maria Clélia Jácome Franca Campos

Lorena Torres Andrade da Nóbrega

Bruno Gouveia Henriques Martins

Waltemilton Vieira Cartaxo Filho

Thalita Lustosa de Oliveira Avelino Lopes

Renaly Noronha Lins

Abraão Alcantara de Medeiros Filho

Caio César de Andrade Carneiro

Ana Luísa Malta Dória

**RESUMO:** A epilepsia farmacorresistente é uma refratariedade de controle de crises epiléticas ao tratamento medicamentoso com fármacos antiepiléticos (FAE). Possui indicadores como a frequência elevada de crises nas fases iniciais, o início precoce (abaixo de 2 anos) e representa 30% dos casos de epilepsia em crianças. Cerca de 25% a 50% dessas se adequam ao tratamento cirúrgico ressectivo que consiste na remoção de parte do tecido cerebral considerada responsável pelas crises que, em maioria, são de origem temporal, bem como outras localizações como nos casos de displasia cortical, tumores de baixo grau, lesões atróficas, malformações vasculares e síndromes. A cirurgia ressectiva é indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da

zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos Fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, utilização inadequada ou frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas, e compará-las com risco-benefício cirúrgico e os tipos de politerapia associativa, considerando outros tratamentos como calosotomia, hemisferectomia e neuromodulação. O presente estudo visa enfatizar a importância de realizar precocemente o diagnóstico com a classificação da crise, tratamento e prognóstico adequado de pacientes portadores de epilepsias farmacorresistentes considerando a pseudorefratariedade como recorrente. E obter controle de crises epiléticas com mínima ou nenhuma repercussão funcional (sequela neurológica), a interrupção do curso de potenciais consequências negativas da doença, retomando ou mantendo desenvolvimento neuropsicomotor essencial da infância, através do resultado cirúrgico-ressectivo satisfatório quando indicado em tempo adequado, considerando as crises epiléticas persistentes nessa fase. Revisão bibliográfica realizada com artigos científicos da SciELO publicados no período de 2001 a 2017, utilizando as palavras-chaves- epilepsia refratária-tratamento-

indicação cirúrgica- qualidade de vida-pediatria. Ocorre resolução em 30-40% dos casos. O êxito da cirurgia depende da ressecção cirúrgica da lesão. Lesões circunscritas, em áreas corticais eloquentes, há melhor prognóstico, podendo ser necessária a intervenção estereotáxica (implante de eletrodos). Nas lesões extensas, a conduta é direcionada para lobectomia ou quadrantectomia. Faz-se importante o tratamento cirúrgico precoce para melhor controle do declínio cognitivo, distúrbios psiquiátricos e desaparecimento das crises convulsivas, com isso proporcionando qualidade de vida e integração social mais adequada para pacientes epiléticos farmacorresistentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Epilepsia; farmacorresistente; tratamento; indicação cirúrgica; infância.

**ABSTRACT:** Pharmacoresistant epilepsy is a refractoriness of seizure control to drug treatment with antiepileptic drugs. It has indicators as the high frequency of seizures in the early stages, early onset (under 2 years) and represents 30% of cases of epilepsy in children. About 25% -50% of these are suitable for resective surgical treatment, wich consisting in removal of part of the brain tissue responsible for the seizures that may be of temporal origin, cortical dysplasia, tumors, atrophic lesions or AVMs. Resective surgery is indicated as curative or palliative therapy after identification of the epileptogenic zone by video-EEG, neuropsychological and neuroimaging tests, evaluation of antiepileptic drug response (FAE), misuse or frequency, and comparing it with surgical risk-benefit and the types of associative polytherapy, considering other treatments such as callosotomy, hemisferectomy and neuromodulation. This study wants to emphasize the importance of early diagnosis with the classification of seizure and surgical treatment, determining an adequate prognosis of patients with drug-resistant epilepsies, as well as interrupting the negative consequences of the disease, retaking or maintaining essential neuropsychomotor development of childhood. It is observed that circumscribed lesions in eloquent cortical areas have a better prognosis, and stereotactic intervention (electrode implantation) may be necessary. In extensive lesions, the approach is directed to lobectomy or quadrantectomy. Bibliographic review performed with scientific articles from SCIELO, published from 2001 to 2017.

**KEYWORDS:** Epilepsy; pharmaco-resistant; treatment; surgical indication; childhood.

## 1 | INTRODUÇÃO

Uma convulsão ocorre quando descargas elétricas anormais no cérebro fazem com que os músculos se contraiam e relaxem rapidamente de maneira desordenada. A epilepsia é um distúrbio cerebral que se manifesta através de convulsões recorrentes e perda momentânea da consciência, não associadas a febre, drogas ou alterações metabólicas. Necessita-se da ocorrência de pelo menos uma crise epilética não provocada com risco aumentado para outra, ou de 2 crises não provocadas com



um intervalo maior que 24h. Contudo, existem situações em que ocorre uma crise epiléptica única, como no acidente vascular cerebral, infecção do sistema nervoso central ou trauma craniano.

Grande parte dos casos de epilepsia possui um bom prognóstico relacionado ao controle das crises, tendo como fatores prognósticos a etiologia, anormalidades no eletroencefalograma, tipo de convulsão, número de crises e adesão ao tratamento.

No entanto, existe a epilepsia farmacorresistente, que se caracteriza por uma refratariedade de controle de crises epiléticas ao tratamento medicamentoso com fármacos antiepiléticos (FAE), o que leva a um prejuízo na qualidade de vida devido a possibilidade da ocorrência de acidentes, lesões físicas, transtornos psiquiátricos, declínio cognitivo progressivo, estigma e exclusão social. Sabe-se que o tratamento medicamentoso é o mais efetivo para a maioria dos pacientes, mas cerca de 30% apresentam tal resistência. Ela pode ser diagnosticada após a falta de resposta ao primeiro e ao segundo fármacos utilizados de forma adequada, e é mais comum nas síndromes epiléticas com crises focais do que as com crises generalizadas.

Cerca de 30% dos casos de epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso se adequam ao tratamento cirúrgico ressectivo, que consiste na remoção de parte do tecido cerebral considerada responsável pelas crises que, em maioria, são de origem temporal, bem como outras localizações como nos casos de displasia cortical, tumores de baixo grau, lesões atróficas, malformações vasculares e síndromes. A cirurgia ressectiva é indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, utilização inadequada ou frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas.

Existem, ainda, possibilidades terapêuticas para os casos em que há epilepsia farmacorresistente, mas que não há indicação cirúrgica. Entre elas está a dieta cetogênica, especialmente para crianças com epilepsias generalizadas sintomáticas, tratamento hormonal com progesterona, pulsoterapia com corticoide ou imunoglobulinas e a neuromodulação.

## 2 | MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão da literatura nacional e internacional em revistas indexadas através do MEDLINE, PUBMed, Scielo, LILACS, período de janeiro de 2005 a setembro de 2019, utilizando o MeSH Term "Drug Resistant Epilepsy" associado a cada um dos MeSH Terms seguintes isoladamente: "mental health", "comorbidity", "quality of life", O DECS BVS "Epilepsia Refratária", "Pediatria", "Farmacorresistente", "Indicação Cirúrgica", "Pediatria", "Qualidade de

Vida”. Foram selecionados, a partir de múltiplos estudos originais (epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos), revisões sistemáticas, meta-análises e revisões em língua portuguesa e inglesa. Alguns artigos de interesse das referências não abarcados pelas ferramentas de busca foram incluídos. Poucos estudos com mais de dez anos foram selecionados por tratarem algum aspecto original que não tenha sido mencionado ou contestado posteriormente.

### 3 | INVESTIGAÇÃO – TIPOS E RECURSOS

A precisão do diagnóstico é fundamental, devido as implicações significativas que pode ter para o paciente, suas famílias e no tratamento terapêutico. O diagnóstico de um evento epiléptico ou não epiléptico pode ter como base uma descrição precisa do episódio ou episódios por parte do paciente ou da testemunha, sem necessidade de investigações adicionais. Além disso, refere que os eventos de síncope normalmente podem ser diferenciados de crises epiléticas pela descrição do paciente sobre como ele se sentiu antes do desmaio como tontura, perda da visão, náusea, transpiração e zumbido nos ouvidos.

Assim que obtiver clara descrição de um ou mais eventos, o médico deve tentar classificar os tipos de epilepsia. A principal e atual classificação é da League Against Epilepsy- ILAE - que estima cerca de 40-60% das epilepsias da infância têm etiologia genética e 25% têm etiologia estrutural ou metabólica, ao passo que aproximadamente 25% dos casos continuam sendo de causa desconhecida. O eletroencefalograma (EEG) é um complemento útil da classificação do tipo da crise, principalmente em epilepsias focais nas quais a atividade epileptiforme pode ajudar a identificar uma localização lobar. Muitas síndromes de epilepsia são associadas à achados específicos sobre EEG, portanto obter um EEG é muito útil para a classificação das síndromes.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, em seu website, em todos os outros casos de epilepsia da infância, incluindo casos atípicos das síndromes acima, é indicada a neuroimagem. A finalidade da neuroimagem é identificar qualquer lesão cerebral estrutural causal. Quando há dúvida clínica se episódios que ocorrem com mais frequência são epiléticos ou não, videotelemetria ou EEG ambulatório podem ser muito úteis, já que a maioria dos casos epiléticos terá um EEG correlacionado. Se, além disso, nenhum diagnóstico etiológico definitivo tiver sido feito por meio da neuroimagem, é razoável considerar a investigação de uma causa genética ou metabólica subjacente. A abordagem a essa investigação dependerá do seguinte: a natureza da epilepsia do paciente e as comorbidades correspondentes; o histórico populacional do paciente; e a prevalência de doenças genéticas/metabólicas.

## 4 | INDICAÇÃO CIRÚRGICA- AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

O tratamento cirúrgico da epilepsia, embora apresente índices altos de sucesso, ainda não abrange grande parcela de pacientes que necessitam desta modalidade terapêutica. Este fato deve-se em parte à escassez de recursos especializados e ao pouco conhecimento sobre as situações clínicas, nas quais o tratamento cirúrgico apresenta taxas altas de sucesso. Infelizmente, muitas vezes, há demora no encaminhamento a centros especializados porque se insiste no tratamento farmacológico. Um dos erros mais comuns é que a cirurgia para epilepsia deva ser utilizada apenas em pacientes em que tudo foi tentado. Outro erro comum é o temor de sequelas neurológicas.

A avaliação pré-cirúrgica consiste em um conjunto de condutas e exames que visam avaliar a possibilidade de tratamento cirúrgico e determinar o planejamento do procedimento de modo a maximizar as chances de controle completo de crises e minimizar os riscos de sequelas. Esta avaliação é realizada em centros multidisciplinares especializados.

### a) Avaliação pré-cirúrgica não invasiva:

- Avaliação clínica extensa envolvendo: antecedentes, detalhamento dos tipos de crises epilêpticas, resposta aos medicamentos e presença de comorbidades.

- Eletrencefalograma e vídeo eletroencefalograma que são importante na caracterização clínico eletrográfica das crises epilêpticas, localização e/ou lateralização da área epileptogênica.

- Ressonância magnética, com técnicas adequadas e dirigidas a áreas suspeitas. A identificação de lesão estrutural é um dos fatores de melhor prognóstico cirúrgico. Uma nova técnica, na avaliação pré-cirúrgica, é RNM funcional (RMF), capaz de detectar pequenas alterações no fluxo sanguíneo e oxigenação de tecidos cerebrais em que ocorre ativação neuronal (função de memória e linguagem).

- Imagem Funcional pode ser utilizada em casos selecionados, como o SPECT cerebral (interictal e ictal) e o PET. Os exames ictais baseiam-se no fato de que crises focais estão associadas à hiperfluxo na região de início da crise. A injeção deve ser realizada o mais próximo do início da crise, durante o registro por vídeo-EEG. Os exames interictais apresentam baixa sensibilidade, podendo demonstrar hipoperfusão regional em 30% a 50% dos casos. O SPECT interictal é mais importante para determinação de hiperperfusão ictal relativa, quando se comparam os resultados das injeções ictais e interictais, podendo ser utilizados métodos quantitativos, como o SISCON, para análise mais precisa. O PET é mais sensível que o SPECT quando utilizado no período interictal, pois estuda o metabolismo cerebral. É um exame particularmente importante nos casos sem lesão ou com lesões muito pequenas.

- Ainda há o uso de computação gráfica, tornando-se de grande valia na orientação do planejamento cirúrgico e como guia para o cirurgião durante o ato operatório (NEURONAVEGAÇÃO).

- A avaliação neuropsicológica consiste na aplicação de testes padronizados que estudam as diversas esferas cognitivas, incluindo eficiência cognitiva global, processos atencionais, capacidade de planejamento e resistência à interferência, memória e funções executivas. Essa avaliação permite identificar e acompanhar a evolução de déficits cognitivos, auxiliar na correlação anatômico-funcional e na previsão de possíveis prejuízos funcionais pós-operatórios.

- Teste de Wada consiste na cateterização seletiva da artéria carótida interna, habitualmente por punção femoral, objetivando a anestesia transitória de um hemisfério cerebral com barbitúrico de curta duração, classicamente era utilizado amital sódico, atualmente utilizamos o etomidato, para a avaliação de funções cognitivas no hemisfério contralateral. As principais indicações do teste são a determinação da dominância hemisférica de linguagem e a avaliação da reserva funcional de memória. Nos últimos anos, com a utilização de RM funcional para avaliar linguagem e a experiência adquirida ao longo dos anos do uso do teste de Wada, as indicações se tornaram mais restritas.

#### b) Avaliação pré-cirúrgica invasiva:

Em algumas situações, a estratégia cirúrgica não pode ser definida pelo conjunto de dados obtidos através dos exames citados anteriormente. Nestes casos é indicada a monitorização invasiva, através da colocação de eletrodos subdurais e de eletrodos profundos (estéreo EEG). As principais indicações para o implante de eletrodos invasivos são: dificuldade de determinar com segurança a área de início ictal; limitar a área epileptogênica; epilepsias não lesionais; e determinação de áreas eloquentes (área motora, área de linguagem).

## **5 | CIRURGIAS RESSECTIVAS**

O tratamento cirúrgico das epilepsias na criança tem como objetivo o controle das crises e a melhoria da qualidade de vida do paciente, sem causar sequelas. Está indicado quando se constata a refratariedade das crises ao tratamento medicamentoso, onde a gravidade dos sintomas determinam lesões físicas, ocorrência de acidentes, transtornos psiquiátricos, declínio cognitivo progressivo, estigma e até exclusão social.

Quando falamos em tratar cirurgicamente a epilepsia em crianças, constatamos que há uma maior complexidade no procedimento em relação ao que seria em adultos, pelos mais diversos motivos, pois ainda é um ser em desenvolvimento.

Dentro dos procedimentos a serem realizados no paciente epilético, destacam-se as ressecções, que têm por objetivo remover a área responsável por causar as crises epiléticas, a fim de obter um controle completo das crises, diferentemente das cirurgias paliativas.

Temos como alguns exemplos de cirurgias ressectivas a lesionectomia, uma operação de remoção da lesão considerada como responsável pelas crises intratáveis. Essa lesão é a área danificada do cérebro e pode ser uma malformação vascular, uma neoplasia de baixo grau, uma cicatriz cortical, malformação do SNC ou desordem do desenvolvimento cortical. A lesionectomia pode ser determinada pura, quando se resseca apenas a lesão estrutural propriamente dita, ou ampliada, quando se resseca também a área vizinha à lesão, considerada como pertencente à zona epileptogênica. Na definição da tática cirúrgica, tem-se que utilizar de métodos propedêuticos na tentativa de avaliar a extensão da zona epileptogênica em relação à lesão, assim como avaliar se essa zona engloba a área cerebral eloquente.

Há também as ressecções temporais, que são a principal indicação em casos esclerose hipocampal, tendo bastante eficácia para o tratamento de tais afecções. Contudo, essas ressecções temporais têm menos importância para pacientes infantis em relação a adultos, uma vez que a esclerose hipocampal é rara em crianças.

Outro tipo de procedimento são as ressecções multilobares, indicadas para pacientes com epilepsia refratária com uma zona epileptogênica difusa que envolve mais de lobo. Esse tipo cirúrgico é comumente utilizado em pacientes com lesões estáticas, com função motora contralateral preservada e sem indicação de hemisferectomia. Exemplos dessas lesões são os cistos porencefálicos, Síndrome de Sturge-Weber (angiomatose encefalotrigeminal) e as displasias corticais extensas. Já as hemisferectomias são procedimentos cirúrgicos mais radicais, reservadas a paciente com patologia hemisférica unilateral grave, que manifeste também, além das crises, algum déficit motor contralateral grave. Cerca de 80% dos pacientes submetidos a essas operações melhoram em relação ao controle das crises e ao comportamento, enquanto 60% se tornam livres das crises após a cirurgia. Contudo, pode haver complicações, sendo a principal complicação permanente das ressecções corticais é um prejuízo da função motora contralateral. Há também complicações como hematomas pós-operatórios, infecções ou hidrocefalia, sendo esses dois últimos mais frequentes após hemisferectomia. Além das ressecções, há outros procedimentos dentro da estratégia cirúrgica a ser abordada no tratamento da epilepsia, como cirurgias paliativas e estimulações, porém, é através das ressecções que, em nosso meio, consegue-se uma melhor eficácia no controle completo das crises epiléticas.

## 6 | RESULTADOS

O tratamento medicamentoso é o mais importante e efetivo para a maioria dos pacientes, mas aproximadamente 30% são farmacorresistentes. A farmacorresistência já pode ser diagnosticada após a falta de resposta ao primeiro e ao segundo fármacos utilizados de forma adequada.

Nas cirurgias ressectivas precoces ocorre resolução em 30-40% dos casos. O Êxito da cirurgia depende da ressecação cirúrgica da lesão. Lesões circunscritas, em áreas corticais eloquentes, há melhor prognóstico, podendo ser necessária a intervenção estereotáxica (implante de eletrodos). Nas lesões extensas, a conduta é direcionada para lobectomia ou quadrantectomia.

É importante considerar o seguimento global do paciente, incluindo a satisfação dos pais, a melhora no desenvolvimento neuropsicomotor e social, as atividades da vida diária, as modificações comportamentais e no rendimento escolar. Nas séries pediátricas, 60-100% dos pacientes tem uma boa evolução pós-operatória. Os pacientes com epilepsia temporal têm uma maior taxa de ausência de crises quando comparados com o grupo extratemporal. O índice de remissão para as epilepsias parciais sintomáticas ou criptogênicas varia de 10 a 62%. No grupo específico das epilepsias do lobo temporal encontramos baixos índices de remissão. As cirurgias não ressectivas, consideradas paliativas ou funcionais, destacando-se neste contexto as cirurgias de desconexão, notadamente a calosotomia, devem ser avaliadas diferentemente uma vez que se obtém, com freqüência, somente controle parcial das crises e, portanto, há necessidade da avaliação judiciosa da frequência de crises e qualidade de vida no pré e pós-operatório.

## 7 | DISCUSSÃO

As crises epilépticas da infância têm um amplo polimorfismo clínico caracterizada como evento transitório e involuntário, que se manifesta por sinais e sintomas sensitivos, motores, autonômicos, psíquicos, com ou sem alteração da consciência, provocada por atividade neuronal síncrona decorrente da maturação cerebral e da causa da lesão inicial. O tecido cerebral imaturo exhibe mais excitabilidade e menos inibição, além da diferente mielinização e conseqüente conectividade neuronal, o cérebro apresenta diferentes propriedades moleculares celulares e das redes neurais, traduzidas em sinapses mais densas com ação excitatória do neurotransmissor GABA.

Na população geral, crises epiléticas estão entre as causas neurológicas graves e frequentes da infância. A incidência é bastante variável, com taxas entre 20 e 375 casos/100 mil habitantes e níveis mais elevados no primeiro ano de vida,

havendo um decréscimo com o passar dos anos. As classificações de síndromes epiléticas nem sempre é fácil, pois se trata de uma doença cerebral caracterizada por pelo menos uma crise epilética ou uma crise reflexa e risco de uma nova crise estimado em pelo menos 60%. A remissão espontânea das crises ocorre em 10% a 18% dos casos, no entanto geralmente são crises refratárias e pode-se observar morbidade cognitiva, assim como em adultos, particularmente quando a epilepsia envolve o hemisfério dominante.

Trabalhos recentes têm evidenciado que mesmo os casos com evolução favorável, expõem o paciente a sequelas sociais, quando se consideram anos de escolaridade e capacitações profissional e pessoal. A identificação do prognóstico relacionada às síndromes epiléticas nem sempre é possível logo após a primeira crise, mas é fundamental para definir a terapêutica mais eficaz e realizar aconselhamento familiar. Os principais fatores correlacionados com pior prognóstico das epilepsias iniciadas na infância são início precoce das crises e sintomatologia, história de EME e não controle das crises após o início do tratamento com o primeiro fármaco antiepilético (FAE). Além das anormalidades ao exame neurológico, crises com generalização secundária e presença de espasmos infantis.

Os portadores de epilepsias farmacorresistentes considerando pseudorefratariedade como recorrente e relacionar ao êxito da cirurgia, na qual depende de ressecção da lesão. Geralmente, as lesões circunscritas, há melhor prognóstico, podendo ser necessária a intervenção estereotáxica (implante de eletrodos). Nas lesões extensas, a conduta é direcionada para lobectomia ou quadrantectomia. O tratamento cirúrgico em crianças tem prognóstico semelhante ao observado em adultos, não havendo justificativas para se protelar a indicação cirúrgica ante a determinação da refratariedade clínica.

As epilepsias farmacorresistentes são aquelas que geralmente cursam com alterações neurológicas e/ou cognitivas em que se evidenciem lesões estruturais em exames de neuroimagem. Podem se associar a um grande número de patologias, como as anormalidades do desenvolvimento cortical, as doenças hipóxico-isquêmicas, as facomatoses, os tumores benignos e a própria síndrome da esclerose mesial temporal, em maioria, são de origem temporal, bem como outras localizações como nos casos de displasia cortical, tumores de baixo grau, lesões atróficas, malformações vasculares e síndromes.

A cirurgia ressectiva pode ser indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas, e compará-las com risco-benefício cirúrgico e os tipos de politerapia associativas, por isso que é fundamental realizar precocemente o diagnóstico com

a classificação da crise, avaliar a efetividade e segurança do tratamento cirúrgico.

A encefalopatia epiléptica infantil com surto-supressão, também denominada síndrome de Ohtahara, clinicamente, caracteriza-se por crises iniciadas nos primeiros meses de vida, destacando-se crises tônicas focais, posturais ou generalizadas e podendo se associar a crises clônicas focais, parciais simples e espasmos epiléticos. Crises mioclônicas não estão presentes, o que deve ser utilizado no estabelecimento do diagnóstico diferencial com a síndrome de Aicardi<sup>1,5,7</sup>. A etiologia é variada, podendo decorrer de distúrbios do desenvolvimento cortical, agenesia do corpo caloso e lesões isquêmicas extensas. O exame neurológico é alterado e há severo comprometimento do DNPM. Aproximadamente, metade dos pacientes evoluirá com síndrome de West e, uma parcela menor, com síndrome de Lennox-Gastaut<sup>1,5,7</sup>. O EEG apresenta desorganização da atividade de base e padrão de surto-supressão, com frequente evolução para descargas polimórficas multifocais (ondas agudas, espícula, poliespícula, espícula-onda e poliespícula-onda), hipsarritmia e ritmo recrutante epilético. Os resultados terapêuticos são desanimadores, com frequente evolução para epilepsia refratária.

A síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) está classificada entre as epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas sintomáticas, sendo mais frequente no sexo masculino. A etiologia é estrutural ou metabólica na maioria dos pacientes, embora sejam relatados casos criptogênicos de menor morbidade neurológica<sup>1,13,14</sup>. A SLG é definida clinicamente pela tríade: crises atônicas, tônicas e ausência atípica. Em fases mais avançadas é comum a presença de crises parciais complexas, parciais simples e crises tônico-clônica generalizadas (CTCG). As crises têm início antes dos 8 anos de idade, com pico entre 3 e 4 anos.

O EEG apresenta as clássicas descargas de espícula-onda lenta (com frequência inferior a 3 Hz), generalizadas, ocorrendo em uma atividade de base moderada a acentuadamente desorganizada e alentecida. O registro do ritmo recrutante epilético generalizado (surto de atividade rápida com frequência de 10 a 20 Hz, de média amplitude) é frequente durante o sono. A RNM-E complementa a investigação etiológica, sendo os achados radiológicos muito variados, incluindo lesões estruturais decorrentes de hipóxia perinatal, malformações cerebrais, displasias e distúrbios de migração neuronal. RNM-E de alta resolução é capaz de identificar pequenas displasias em pacientes com SLG previamente classificados como criptogênicos, bem como a tomografia por emissão de pósitrons (PET-scan) pode identificar áreas de hipometabolismo em pacientes com RNM-E normal<sup>16-18</sup>.

O tratamento geralmente não resulta em controle satisfatório das crises e a evolução com EME tônico ou de ausência atípica é comum. Carbamazepina e fenitoína podem exacerbar crises de ausência atípica e mioclônicas. Procedimentos cirúrgicos paliativos como cirurgias desconectivas, calosotomia e utilização de



estimulador do nervo vago (terapia VNS) são úteis nesses pacientes refratários. Ressecções corticais focais são indicadas em casos específicos e criteriosamente selecionados e com melhor prognóstico para esses pacientes que se encontram na infância.

Síndrome de Landau-Kleffner (SLK) denominada síndrome da epilepsia-afasia, é considerada uma síndrome epiléptica pouco frequente. O diagnóstico ocorre entre 3 e 7 anos de idade e há predomínio no sexo masculino. A etiologia não é totalmente conhecida, sendo possível identificar lesões na estrutura cerebral, como malformações do desenvolvimento cortical e lesões decorrentes de traumatismos ou infecções centrais. Parece haver participação genética em uma parcela menor dos casos. A epilepsia tem evolução heterogênea, podendo ser de fácil controle ou evoluir com refratariedade. Afasia receptiva está presente em todos os pacientes e sua causa não é totalmente conhecida. Alterações funcionais decorrentes da presença de descargas epileptogênicas nas redes neuronais responsáveis pela linguagem falada são identificadas como causa direta dos distúrbios do comportamento verbal.

A atividade epiléptica intensa no lobo temporal esquerdo parece contribuir para o estabelecimento de uma encefalopatia hipometabólica, que se manifestaria por alterações no comportamento verbal e social. O EEG registra descargas de onda aguda nas regiões temporais, com ocasional predomínio à esquerda. Descargas extratemporais também podem estar presentes e uma parte significativa destes pacientes apresenta espícula-onda contínua durante o sono, o que agrava a morbidade neurológica.

A RNM-E pode ser normal, apresentar achados inespecíficos como atrofia cerebral ou alterações estruturais específicas como malformações do desenvolvimento cortical e lesões destrutivas. O tratamento farmacológico, embora geralmente conduza ao controle das crises epilépticas, parece não alterar o comportamento verbal e social. ACTH e corticoides orais são eficazes em alguns pacientes. Valproato de sódio, divalproato de sódio, topiramato e benzodiazepínicos podem auxiliar na terapia de anti-epiléptica de manutenção. Etossuximida é indicada em casos de crises de ausência refratária. Levetiracetam pode ser utilizado em associação. Fenobarbital e fenitoína são contraindicados devido a relatos de agravamento das crises e EME.

A síndrome de Rasmussen (SR) caracterizada por crises epilépticas parciais refratárias, hemiparesia e comprometimento intelectual de caráter progressivo<sup>1</sup>. As crises têm início durante a infância e classificadas como parciais complexas e parciais simples (clônicas), podendo evoluir com CTCG. EME focal pode ocorrer em até 20% destes pacientes. Os achados do EEG variam durante a evolução da doença, podendo ser normal nas fases iniciais. Progressivamente, a atividade de

base torna-se assimétrica, sendo o hemisfério cerebral afetado caracterizado por atividade de base alentecida, desorganizada e deprimida. O registro interictal é marcado pela presença de descargas de ondas agudas focais ou multifocais com franco predomínio hemisférico.

A REM-E demonstra atrofia cerebral hemisférica, mais proeminente nas regiões temporais e insulares. A espectroscopia por ressonância magnética pode demonstrar redução relativa do marcador neuronal N-acetil-aspartato (NAA) no hemisfério comprometido. O tratamento é desanimador e não costuma interromper a grave evolução da doença. Embora possam ser indicadas altas doses de esteroides, imunoglobulinas, interferon, ACTH e plasmaferese, a deterioração cognitiva, mental, intelectual e motora é a regra. FAE tradicionais e aqueles mais recentes também não se mostram eficazes. O tratamento cirúrgico deve ser indicado precocemente, com o objetivo de preservar o estado neurológico da criança, sendo mais realizada a hemisferectomia funcional. A transecção subpial múltipla de Frank Morrell é uma alternativa quando há envolvimento de áreas eloquentes.

## 8 | CONCLUSÃO

Pela refratariedade de controle das crises epiléticas ao tratamento medicamentoso, o prejuízo na área cognitiva e na qualidade de vida, surgiu a necessidade de um tratamento alternativo. A cirurgia ressectiva é indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos Fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, utilização inadequada ou frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas. Ela só deve ser indicada se houver uma possível oportunidade de melhorar significativamente a vida do paciente.

É claro, pela exposição feita, que o tratamento cirúrgico ressectivo ultrapassa o simples controle das crises epiléticas, promovendo uma mudança na evolução da doença, qualidade de vida, menos riscos de acidentes e redução dos transtornos psiquiátricos devido às crises. Os resultados conseguem ser ainda mais satisfatórios quando realizado em crianças, devido ao processo de desenvolvimento ainda estar acontecendo.

Dessa forma, a cirurgia ressectiva para epilepsia nos traz índices de baixa morbidade e elevado de controle das crises. Associado aos métodos diagnósticos atuais, análise adequada de cada caso, cuidado com a família e com o paciente, e avaliação pré-operatória adequada, a indicação cirúrgica pode ser estabelecida de forma adequada e segura.

## REFERÊNCIAS

Costa, J.C. da; Portela, E. J. Tratamento cirúrgico das epilepsias na criança. J. epilepsy clin. neurophysiol. vol.12 n.1 suppl.1. Porto Alegre Mar. 2006.

Jorge, C.L.; Tzu, W. H. Tzu; Roz, L. M. da Roz. **Refratariedade a tratamento em epilepsia.** LIGA BRASILEIRA DE EPILEPSIA (LBE).

Filho, H. S. Maia; Costa, C. R. M da; Gomes, M. M. **Epilepsia e saúde mental na infância.** J. epilepsy clin. neurophysiol. vol.12 n.2 Porto Alegre Junho 2006.

Baaghi E.; Giussani G.; Sander J.W. **The natural history and prognosis of epilepsy** *Epileptic Disord.* 2015 Sep;17(3):243-53.

Fisher, R. S; Acevedo, C.; et al. **Relato oficial da ILAE: Uma definição prática de epilepsia.** *Epilepsia* 2014;55(4):475-82.

Meneses, M. S; Rocha, S.B; et al. **Tratamento cirúrgico da epilepsia do lobo temporal: análise de 43 casos consecutivos.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.63 no.3a São Paulo Sept. 2005.

Portuguez M.W. **Memória Epilepsia e Lobectomia Temporal: Um Estudo Neuropsicológico** [Teste de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo –Escola Paulista de Medicina, 1999.

Beghi E; Giussani G; Sander J.W. **The natural history and prognosis of epilepsy.** *Epileptic Disord.* 2015 Sep;17(3):243-53.

Neto, A. R.; Centeno, R.; et al. **Tratamento Cirúrgico das Epilepsias.** *Rev. Neurociências* 9(3): 118-126, 2001

Behling, J. A. K.; Magalhães. L. V.; et al. **Epilepsia do lobo temporal: é possível curar?** *ACTA MEDICA - LIGAS ACADÊMICAS* | ISSN: 0103-5037 | Vol. 39, n. 1 (2018).

Terra, V. C; **Crises e síndromes epilépticas na infância.** Projeto editorial e gráfico: Casa Leitura Médica. São Paulo, SP. 2017.

## ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Alice Correia Barros**

Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL

**Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco**

Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL

**Jefferson Wladimir Tenório de Oliveira**

Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL

**Verônica de Medeiros Alves**

Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL

**RESUMO:** OBJETIVO: Apresentar uma revisão sistemática da literatura sobre a relação entre ansiedade, depressão e gestação de alto risco. MÉTODOS: Trata-se de uma revisão sistemática que foi organizada através do método PRISMA, por meio de uma busca na literatura nas bases de dados eletrônicas: PUBMED, SCOPUS e ISI Web of Science. Foram utilizados os descritores “anxiety” (ansiedade), “depression” (depressão) e “pregnancy high-risk” (gestação de alto risco), com textos completos, publicados no período de 2013 a 2018, no idioma inglês. Realizou-se a busca pelos descritores cruzados com o operador booleano AND, no mês de julho de 2018. RESULTADOS: Foram encontrados 683 artigos. Dezesete atenderam aos critérios de inclusão dessa revisão para leitura do texto completo e 8 foram incluídos para análise

e discussão nessa revisão. As evidências sugerem uma relação significativa de se apresentar sinais e sintomas de ansiedade e depressão na gestação de alto risco. CONCLUSÕES: Evidenciou-se que gestantes de alto risco apresentam maior chance de desenvolver ansiedade e depressão. Os profissionais de saúde devem estar preparados para o acolhimento em saúde mental desta gestante e contribuir para identificação precoce e tratamento dos sinais e sintomas de ansiedade e depressão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ansiedade. Depressão. Gestação de alto risco.

### ANXIETY AND DEPRESSION IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN: A SYSTEMATIC REVIEW

**ABSTRACT:** OBJECTIVE: To present a systematic review of the literature on the relationship between anxiety, depression and pregnancy high-risk. METHODS: It is a systematic review. The search of the articles was conducted on July 2018, by PRISMA method, in the electronic databases PUBMED, SCOPUS and ISI Web of Science using the following key-words: “anxiety”, “depression” and “pregnancy high-risk”, with full texts,

published in the period from 2013 to 2018, in the English language. The key-words were crossed with AND boolean operator. RESULTS: Were found 683 studies, 19 were selected to be read in full and 8 met the inclusion criteria. The evidence suggests a significant relationship between anxiety and depression in pregnancy high-risk. CONCLUSIONS: It was found that high-risk pregnant women are more likely to develop anxiety and depression. Health professionals should be prepared to receive mental health from this pregnant woman and contribute to the early identification and treatment of signs and symptoms of anxiety and depression.

**KEYWORDS:** Anxiety. Depression. Pregnancy high-risk.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um período na vida da mulher que deve ser avaliado com especial atenção por configurar diversas modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na sua saúde mental (LIMA, 2017). A gestação pode apresentar algumas complicações denominadas de alto risco. A gestação de alto risco é quando a saúde do binômio mãe-filho tem maior chance de ser atingida que as da média da população considerada (BRASIL, 2012).

A gestação de alto risco ocorre quando a gestante apresenta alguma doença ou condição sociobiológica como a hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade e outras, que prejudica a evolução da gravidez (COSTA, 2016).

Além disso, no período gestacional, a mulher pode vivenciar sinais e sintomas de ansiedade e momentos de tristeza. Em algumas mulheres observa-se a exacerbação da ansiedade e a presença de sintomas depressivos, o que se associa a uma maior probabilidade de complicações na gravidez, no parto e no puerpério e pode gerar repercussões negativas na saúde da mulher, do bebê e nas relações familiares (KLIEMANN, 2017).

As gestantes podem sentir medo, ansiedade e sofrimento ao serem classificadas como gestantes de alto risco. Estes sentimentos muitas vezes são ambíguos, contraditórios entre si e quase sempre se mesclam entre o prazer da percepção dos movimentos do filho e a dor advinda das restrições impostas pela condição de risco gestacional (OLIVEIRA, 2011).

A depressão tem se configurado como sério problema de saúde materna, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe, e pode atingir de 10 a 15% das mulheres, após o nascimento do filho, exigindo tratamento adequado (FERNANDES, 2013).

Conhecer os fatores relacionados à ansiedade e depressão em gestantes de alto risco se faz necessário para que se possa elaborar estratégias de promoção da saúde e prevenção do adoecimento mental durante o cuidado pré-natal.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é apresentar uma revisão sistemática da literatura sobre a co-relação entre ansiedade, depressão e gestação de alto risco.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

É um estudo de revisão sistemática realizado mediante busca nas bases de dados eletrônicas: PUBMED, SCOPUS e ISI Web of Science. Foram utilizados os descritores “anxiety” (ansiedade), “depression” (depressão) e “pregnancy high-risk” (gestação de alto risco), com textos completos, publicados no período de 2013 a 2018, no idioma inglês.

Realizou-se a busca pelos descritores cruzados com o operador booleano AND. A busca foi realizada no mês de julho de 2018.

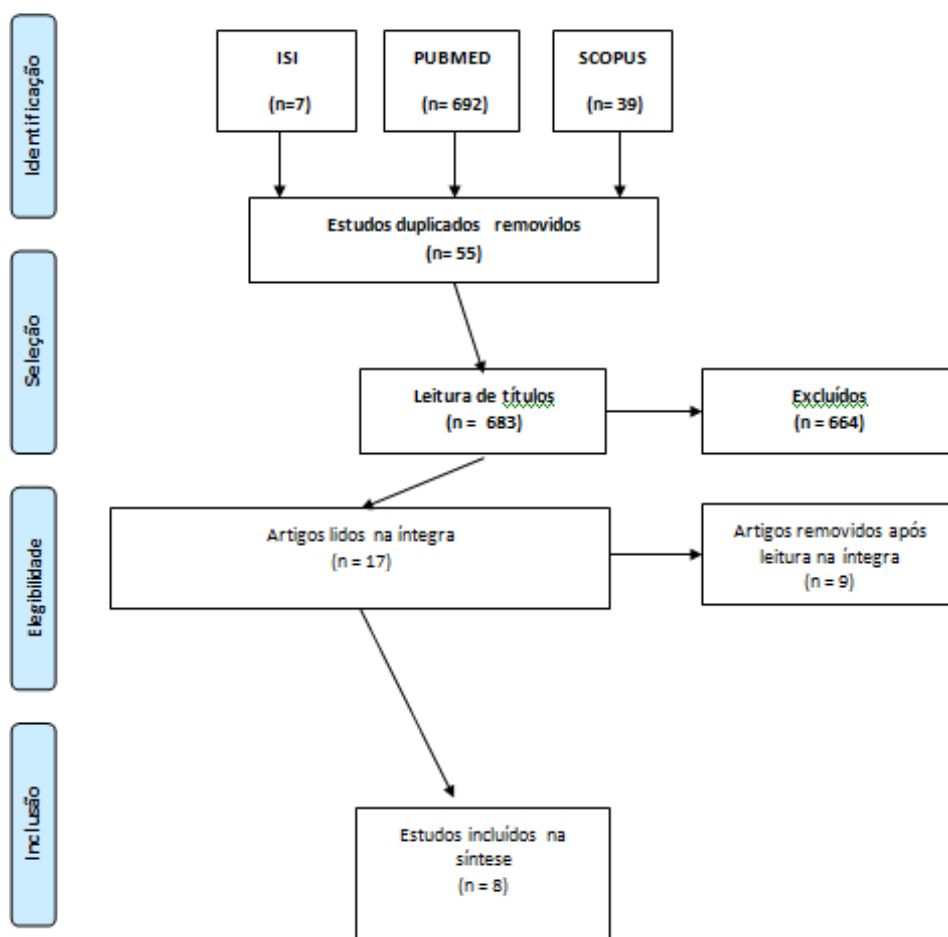
A estratégia de pesquisa foi organizada através da recomendação PRISMA, seguindo as etapas do fluxograma, sendo elas a identificação, seleção, elegibilidade e inclusão (GALVÃO, 2015).

Para selecionar os artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos que respondessem à questão norteadora “Qual a relação entre ansiedade, depressão e gestação de alto risco?”, indexados nas bases de dados selecionadas, com textos completos, publicados no período de 2013 a 2018, no idioma inglês. Foram excluídos artigos de revisão e meta-análise.

## 3 | RESULTADOS

O esquema no modelo PRISMA ilustra o processo de seleção e a quantidade de artigos selecionados na revisão sistemática. Foram encontrados 737 artigos, sendo sete (7) na base de dados ISI, 691 na PUBMED e 39 na SCOPUS. Após descartar os estudos duplicados, 683 artigos foram analisados pelos seus respectivos títulos e resumos, sendo excluídos 664. Dezesete artigos foram selecionados para serem lidos na íntegra e 8 foram incluídos nesta revisão sistemática.

Figura 1: Resultados da Revisão



A amostra identificada nos estudos selecionados era composta por gestantes classificadas como alto risco que apresentavam sinais e sintomas de ansiedade e depressão.

A tabela abaixo apresenta os periódicos em que os artigos foram publicados, o país onde a pesquisa foi realizada e a quantidade da amostra de cada estudo. Também apresenta as bases de dados eletrônicas em que os periódicos foram indexados.

Periódico	País de estudo	Amostra	Idades das amostras	Base de dados
BMC Psychiatry	Canadá	660	Não definiu idade	PubMede SCOPUS
Online Brazilian Journal of Nursing	Brasil	10	Idade mínima 18 anos	SCOPUS
General Hospital Psychiatry	Singapura	200	Idade mínima 21 anos	PubMed
Worldviews on Evidence-Based Nursing	Turquia	122	19 – 47 anos	PubMed e SCOPUS

Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol	Grécia	157	Média = 30 ± 6 ano	PubMed, SCOPUS e Web of Science
Rev Gaúcha Enferm	Brasil	1000	Não se aplica neste artigo	SCOPUS
Arch Womens Ment Health	Canadá	347	Média = 30,9 anos	PubMed
Archives of Psychiatric Nursing	China	842	20 – 35 anos	PubMed

Dentre os 8 artigos selecionados, 3 encontram-se disponíveis na base de dados PubMed, 2 na base de dados SCOPUS, 2 nas bases de dados PubMed e SCOPUS e 1 artigo disponível nas três bases de dados pesquisadas (PubMed, SCOPUS e Web of Science).

Os estudos selecionados apresentaram diferentes métodos, e dentre eles destaca-se o transversal e o descritivo.

Os artigos selecionados descreveram vários instrumentos para avaliar a relação de sinais e sintomas de ansiedade e/ou depressão com a gestação de alto risco. Dentre eles destaca-se a utilização do Mini Internacional Entrevista Neuropsiquiátrica (FAIRBROTHER; ZHAO, 2016). Foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI) para avaliar a ansiedade nas gestantes. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburg (EPDS) também foi utilizada e um estudo afirma que ela tem um bom desempenho na detecção de depressão e ansiedade em gestantes de alto risco (PAVAANI, 2013).

O período de publicação dos artigos variou entre os anos de 2013 a 2017, com destaque para o ano de 2016 que teve quatro artigos publicados. Os estudos foram realizados em diversos países com destaque para o Brasil e Canadá (2 estudos para cada). Destaca-se que 50% dos estudos foram realizados no continente americano. A amostra dos estudos variou entre 10 e 1.000 gestantes classificadas como alto risco tendo as gestantes maiores de 18 anos incluídas nos estudos. Os artigos selecionados permitiram evidenciar a relação entre ansiedade, depressão e gestação de alto risco.

A tabela seguinte apresenta o ano de publicação do artigo, no periódico selecionado neste estudo e descreve o método, objetivo e resultado.



<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Método</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Depression and anxiety during the perinatal period	2015	Coorte prospectivo	Abordar dificuldades relacionadas ao humor, ansiedade e estresse entre gestantes.	A ansiedade está presente entre as mulheres que vivenciam uma gravidez de alto risco
Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study	2015	Qualitativo	Conhecer os sentimentos vivenciados pelas mulheres que vivenciaram uma gravidez de alto risco.	Exacerbação de sentimentos, muitas vezes contraditórios, porque mesmo com medo e ansiedade, as pacientes sentiam felicidade.
Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies — prevalence and screening	2013	Prospectivo	Estabelecer a prevalência de depressão e ansiedade no pré-natal em gestações de alto risco; comparara prevalência de depressão pré-natal em gravidez de alto risco.	A depressão e ansiedade prevalentes em uma amostra contendo de gestantes de alto risco
Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in High-Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice	2017	Descritivo	Determinar a adaptação psicossocial e os níveis de depressão das gestantes que foram internadas no hospital com diagnóstico de gravidez de alto risco.	57% das gestantes de alto risco apresentaram sintomas depressivos.
Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy	2016	Transversal	Rastrear sintomas depressivos em mulheres grávidas internadas em uma unidade de gravidez de alto	Maior taxa de prevalência de sintomas de depressão em mulheres com gestações de alto

unit in Greece			risco e os fatores de risco associados.	risco do que em baixo risco gestacional.
Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies	2016	Descritivo e retrospectivo	Avaliar o uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem propostos para mulheres em trabalho de parto e gestantes de alto risco.	Ansiedade representa 77,2% dos diagnósticos de enfermagem para as gestantes de alto risco.
The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy	2016	Coorte	Avaliar a prevalência e incidência de ansiedade entre gestantes com diferentes níveis de risco materno, obstétrico e fetal na gravidez.	Mulheres que experimentam gravidez nas quais existem riscos com a mãe ou com o desenvolvimento infantil parecem estar em risco elevado para o desenvolvimento de ansiedade.
The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications	2016	Transversal	Investigar a prevalência de depressão pré-natal e analisar os fatores de risco relacionados em uma população de mulheres chinesas de alto risco.	Mulheres que apresentaram complicações obstétricas apresentaram maiores escores de depressão.

Observou-se que o termo “alto risco” assusta as gestantes e é visto como algo muito sério e complexo, sendo considerado um fator que desencadeia medo e ansiedade (WILHELM, 2015).

Dentre os artigos selecionados, dois fizeram o estudo envolvendo ansiedade e depressão, três estudaram ansiedade e três estudaram depressão. Um estudo evidenciou que a depressão e ansiedade pré-natal são altamente prevalentes em uma amostra de gestantes de alto risco (PAVAANI, 2013). Esta revisão identificou que existem mais publicações de artigos que pesquisaram transtornos de ansiedade e depressão separados na gestação de alto risco. Nesse contexto, percebe-se que mais estudos devem ser realizados para avaliar a presença de comorbidade ansiedade e depressão durante as consultas de pré natal.

Um estudo apresentou que o diagnóstico de enfermagem “ansiedade relacionada à incerteza da evolução” estava presente em 77,2% da amostra. Apesar da gravidez ser considerada um processo fisiológico, existem fatores que

podem desencadear questões relativas à saúde da mãe e do filho, que pode gerar momentos de tensão, medo e incertezas (MEDEIROS, 2016). Um estudo mostrou maior taxa de prevalência de sintomas de depressão em mulheres com gestações de alto risco do que em baixo risco gestacional(DAGKLIS, 2016). A depressão e ansiedade pré-natal são altamente prevalentes em uma amostra de mulheres com gestações de alto risco em comparação com gestações de risco obstétrico não especificado (PAVAANI, 2013).

A depressão causada por gravidez de alto risco pode levar ao desequilíbrio no estado emocional de mulheres grávidas trazendo efeitos negativos para saúde fetal e neonatal (GAMZE, 2017). Esse mesmo autor descreve que o medo da perda da gravidez, preocupações sobre a sua própria saúde e incerteza quanto ao futuro da gravidez são fatores que desencadeiam depressão e ansiedade entre as gestantes de alto risco.

Depressão pré-natal é um diagnóstico pouco reconhecido em cuidados obstétricos, necessitando de educação entre os profissionais que realizam cuidados voltados a gestante de alto risco. Os profissionais de saúde devem estar atentos a possível presença de depressão em mulheres com gestação de alto risco, devido a complicações perinatais durante a gravidez (ZHAO, 2016).

A ansiedade pré-natal e a presença de uma doença pré-natal podem aumentar significativamente o risco de depressão pós-parto (FAIRBROTHER, 2015).

## 4 | DISCUSSÃO

Esse estudo é relevante por descrever uma revisão sistemática de estudos que abordam a relação entre ansiedade, depressão e gestação de alto risco.

A presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta na gestação, com o aumento das taxas de abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-partomaterna (BRASIL. 2010).

Mulheres com complicações na gravidez são mais propensas a desenvolver sintomas de ansiedade na gravidez, em comparação com mulheres que experimentam um risco baixo de intercorrências (FAIRBROTHER, 2015).

Os estudos sugerem que a gestante de alto risco pode apresentar sintomas de ansiedade e depressão devido à questões emocionais, uma vez que é uma fase da vida em que a mulher vivencia sentimentos de medo e insegurança em razão das possíveis complicações obstétricas.

A presença de transtorno depressivo não tratado na gestação pode acarretar prejuízos materno-fetais e adversidades obstétricas, uma vez que a depressão inclui

sintomas como alteração do sono, alterações de apetite, lentificação psicomotora e ideação suicida (BRASIL, 2010).

A ansiedade na gestação é uma vivência de expectativa em relação ao futuro, uma preocupação de que algo indefinido possa acontecer, como será o bebê, e a incerteza sobre sua sobrevivência. Na gestante de alto risco, a ansiedade surge como reação a eventos de perda, frustrações e fracasso (BASEGGIO, 2011).

Os estudos selecionados nessa revisão foram realizados com gestantes maiores de 18 anos, o que implica numa limitação do estudo, uma vez que gestantes menores de 18 anos encontram-se no grupo do alto risco. Gestante com menos de 15 anos de idade ou com mais de 35 anos possui características que as classificam em grupo de risco gestacional<sup>16</sup>. Além disso, a gravidez na adolescência é uma realidade em países em desenvolvimento. Sendo assim, estudar a saúde mental desse grupo se faz importante para prevenir maiores complicações decorrentes da presença de ansiedade ou depressão durante a gestação.

As doenças iniciadas na gestação ou que são descobertas e não tratadas no pré-natal podem ter um prognóstico ruim tanto para a mãe quanto para o filho, logo a assistência de qualidade no pré-natal pode diminuir os riscos para complicações na gestação, além de contribuir para tratamento adequado e para que o desfecho perinatal e materno sejam favoráveis (MARTINELLI, 2014).

## 5 | CONCLUSÃO

Com base nos estudos examinados evidenciou-se que gestantes de alto risco apresentam situações que podem influenciar na evolução normal de uma gestação, interferindo em aspectos relativos à saúde materna e fetal. Gestantes classificadas como alto risco apresentam maior chance de desenvolver ansiedade e depressão.

Vale salientar a importância em se identificar precocemente sinais e sintomas de ansiedade e depressão durante o pré-natal de alto risco, bem como de promover estratégias para melhoria da qualidade de vida e saúde mental.

É preciso que os profissionais de saúde estejam preparados para o acolhimento em saúde mental da gestante classificada como alto risco para que possam intervir no cuidado, proporcionando um acompanhamento pré-natal que não seja limitado a alterações físicas e fisiológicas da gestante. Recomenda-se que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a relação da ansiedade e depressão em gestantes de alto risco e incluam a avaliação desses transtornos mentais como prática, na rotina de cuidados obstétricos. O conhecimento dos fatores relativos à ansiedade e depressão no pré-natal pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias a fim de identificar grupo de risco de mulheres com necessidade de intervenção durante a assistência no pré-natal. Para isso, percebe a necessidade do

aprofundamento de estudos com o emprego de métodos qualificados que busquem analisar sinais e sintomas de ansiedade e depressão em gestantes de alto risco e que incluam gestantes menores de 18 anos em sua amostra.

A limitação desse estudo de revisão sistemática está relacionada a questão do mesmo não ter sido proposto como um estudo de metanálise.

## REFERÊNCIAS

BASEGGIO, D.B. Fatores correlacionados à gestação de risco e parto prematuro em adolescentes. **Revista de Psicologia da IMED**. v.3, n.1, p. 506-516, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF);2010.

COSTA, L.D.; et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm**. v.21, n.2, p.01-08, 2016.

DAGKLIS, T.; PAPAZISIS, G.; TSAKIRIDIS, I.; CHOULIARA, F.; MAMOPOULOS, A.; ROUSSO, D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. v.51, p. 1025–1031, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-016-1230-7>>.

FAIRBROTHER, N.; YOUNG, A.H.; JANSSEN, P.; ANTONY, M.M. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. **Arch Womens Ment Health**, 2016.

FAIRBROTHER, N.; YOUNG, A.H.; JANSSEN, P.; ANTONY, M.M.; TUCKER, E. Depression and anxiety during the perinatal period. **BMC Psychiatry**. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399814/pdf/nihms677034>

FERNANDES, C.F.; COTRIN, J.T.D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line**, v. 14, p. 15–34, 2013. Disponível em: <<http://revistas.cua.ufmt.br/index.php/revistapanoramica/article/viewFile/454/132>>.

GALVÃO, F.T.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.24, p.335-342, 2015.

GAMZE, F.; MELTEM, M.K.; UMRAN, Y.O. Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in High-Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. v.14, n.1, p.55-64, 2017.

KLIEMANN, A.; BOING, E.; CREPALD, M.A; Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças– Psicologia da Saúde**. v.25, n.2, p.69-76, 2017.

LIMA, M.O.P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paul Enferm.**, v. 30. n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002017000100039&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002017000100039&script=sci_abstract&lng=pt)>.

MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.36, n.2, p.56, 2014.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L.; SILVA, J.P.G.; NASCIMENTO, N.M. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev Gaúcha Enferm.** v.3, n.3, 2016.

OLIVEIRA, V.J.; MADEIRA, A.M.F.; PENNA, C.M.M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev. Rene.** v.12, n.1, p.49-56, 2011.

PAVAANI, T.; et al. Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies — prevalence and screening. **General Hospital Psychiatry.** v.35, p.112–116, 2013.

WILHELM, L.A.; ALVES, C.N.; DEMORI, C.C.; SILVA, S.C.; MEINCKE, S.M.K.; RESSEL, L.B. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. **Online braz j nurs [internet]**.v.14, n.3, p.284-93, 2015.

ZHAO, Y.; KANE, I.; MAO, L.; SHI, S. WANG, J.; LIN, Q.; LUO, J. The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications. **Archives of Psychiatric Nursing.** V.30, p.316–321, 2016.

## AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTATO ENTRE CULTURAS: NAS BORDAS DA INTELIGIBILIDADE

**Ondina Pena Pereira**

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Universidade Católica de Brasília – UCB

Brasília - DF

**RESUMO:** Esse artigo é uma discussão sobre o problema da inteligibilidade no contato entre culturas. Através do método comparativo, tomo dois temas frequentes em pesquisas antropológicas, o corpo e o tempo, e analiso seu significado nas diferentes culturas, com o objetivo de mostrar como as formas pelas quais são representados em culturas modernas e não modernas pode fazer do contato entre elas uma fonte de encontro/desencontro que convida à reflexão ética e filosófica sobre escolhas de formas de vida e suas consequências. Ao final, penso na realidade brasileira que reúne traços do moderno e do não moderno, apresentando um personagem do nordeste chamado Pacífico Pacato Cordeiro Manso, nome cuja ironia sintetiza uma posição existencial.

**PALAVRAS-CHAVE:** corpo, tempo, contato, alteridade

THE SOCIAL REPRESENTATIONS IN THE CONTACT BETWEEN CULTURES: ON THE

EDGES OF INTELLIGIBILITY

**ABSTRACT:** This article is a discussion of the problem of intelligibility in the contact between cultures. Through the comparative method, I take two common themes in anthropological research, body and time, and analyze their meaning in different cultures, in order to show how the ways in which they are represented in modern and non-modern cultures can make the contact between them a source of encounter / mismatch that invites ethical and philosophical reflection on lifestyle choices and their consequences. In the end, I think about the Brazilian reality that brings together traits of the modern and the non-modern cultures, featuring a character from the northeast called Pacífico Pacato Cordeiro Manso, a name whose irony epitomizes an existential position.

**KEYWORDS:** body, time, contact, alterity

### 1 | INTRODUÇÃO

O problema das representações sociais pode ser elucidado no contexto do contato entre culturas – ou, para falar em outros termos - entre formas de vida, formas de significação, radicalmente diferentes. As diferenças, quando se mostram radicais, seja

em um bom encontro, isto é, um encontro em que haja abertura à alteridade, ou em um desencontro, no qual a alteridade é banida, podem nos ajudar a ver mais de perto os processos que dão origem ao que se nos apresenta como familiar ou estranho diante de qualquer significação em jogo. Tomemos, por exemplo, as diferentes representações do tempo e do corpo.

Estes são dois temas muito presentes nas etnografias clássicas, principalmente nas descrições das chamadas culturas não modernas. O encontro das formas diferentes pelas quais essas culturas dão sentido ao corpo e ao tempo tem repercussões nas representações dos modernos. São muitos exemplos, dentre os quais eu selecionei três – dois referentes ao corpo e um outro referente ao tempo - para examinar como as significações construídas na cultura moderna podem ser desconstruídas no contato com as significações de outras culturas.

Em um encontro etnográfico genuíno, isto é, quando a cultura alheia não é simplesmente objetivada, temos a oportunidade de praticar a crítica radical das significações com as quais nós vemos o mundo. No contato com o outro, somos expostos às representações da alteridade. Nesses contextos, várias vezes as respostas são perturbadoras, ou seja, elas se apresentam menos como respostas do que como desconstruções das questões. Assim, ao invés de responder a um conteúdo, certas respostas sugerem que se retome a questão, isto é, que se analisem os elementos culturais que estão na base da forma pela qual a questão foi construída.

Exemplifico com dois diálogos etnográficos. Primeiramente, aquele do indígena que, diante do constrangimento em explicar sua nudez ao branco, responde enfaticamente: “Em mim, tudo rosto”. Em segundo lugar, o do informante melanesiano de Leenhardt que, diante da observação desse último de que ele lhes havia trazido o espírito, responde que o espírito nunca lhes havia faltado, mas, sim, o corpo.

## 2 | CORPO

A partir da primeira resposta, “em mim, tudo rosto”, como problematizar as representações ocidentais sobre o corpo?

Para os modernos, a nudez é *fetiché* do corpo, a forma segundo a qual sua “verdade” escondida é transcrita. Já nas culturas tradicionais, o corpo é tomado na sua superfície, não é metáfora do desejo ou de uma verdade.

Temos aqui a ideia de fenômeno, da superfície do corpo humano como reveladora da “presença e pulsações do coração” (HEGEL, 1980, p. 207). Dessa forma, não se fala em nudez quando o corpo é “jogo de véus”, no qual se anula enquanto coisa. Já entre os modernos, só o rosto, recoberto pelo “véu” de sua



riqueza expressiva, oferece-se ao olhar.

O outro exemplo é o do diálogo entre um ex-missionário e antropólogo Maurice Leenhardt e seu informante melanesiano. Leenhardt, depois de uma permanência de muitos anos entre eles, observa ao informante que, da cultura moderna, havia lhes trazido o espírito. Diante desta observação, o melanesiano responde que o espírito nunca lhes havia faltado e se a cultura moderna trouxe algo para eles, teria sido o corpo.

Leenhardt formulou sua pergunta a partir de dentro das representações cristãs, isto é, da concepção segundo a qual há uma cisão entre alma e corpo, sendo o valor maior concedido à alma. Os pressupostos na relação nós-eles são: nós (os modernos) temos um corpo material, e este tem sua transcendência em uma forma abstrata e imaterial (alma). E a representação que a cultura de Leenhardt tem dos melanesianos é de que são incapazes de abstração, logo, para ele é razoável supor que não faltaria a materialidade do corpo a esse povo, mas uma instância mais abstrata, a alma, o espírito, o pensamento.

A réplica perturbadora do melanesiano, que diz que é o corpo que lhes falta, transforma a perspectiva de Leenhardt que, depois desse diálogo, dedicou-se à produção de uma exegese dessa resposta, em uma tentativa de compreender a estrutura de experiência que a torna possível.

De que maneira esse diálogo se volta sobre o dualismo moderno alma-corpo e o decifra? Como os modernos, diante do olhar do “outro”, podem colocar em questão a representação que têm do outro, transformando isso em um processo de autoconhecimento e desfazendo o nó da intolerância?

Segundo a descrição de Leenhardt, o povo melanesiano vive uma experiência cosmomórfica, por oposição aos modernos, que vivem uma experiência antropomórfica. Na cosmomórfica, não há separação nítida entre o eu e o mundo. O mesmo fluxo de vida circula em todo o ambiente, em mim, nas plantas ou nas pedras. Trata-se de uma vida sem diferenciação, o mundo inteiro se encontra em cada uma de suas representações (LEENHARDT, 1947, p. 67/68).

Portanto, a maneira pela qual os modernos estabelecem a oposição entre o indivíduo e o mundo – o par antagônico e a preeminência do primeiro termo – não faz sentido na realidade dos melanesianos, porque aí é o segundo termo que se expande radicalmente, que não deixa fronteiras entre os termos, englobando tudo. Entre os melanesianos, a existência é representada pelas relações com os outros. Não há suposição de um centro de identidade, de um corpo. Esse centro é vazio e o corpo funciona como suporte dos personagens. A experiência de um corpo definido não existe, isto é, não há noção de limite físico que separe um lado de dentro pessoal de um lado de fora objetivo.

Leenhardt mostra que, a partir da colonização dos melanesianos pelos

franceses, aparece o conflito no interior do próprio pensamento mítico, produzindo a transformação do personagem em pessoa, através da diferenciação de um eu psicológico que se distancia em relação ao *script*. A pessoa se revela sob seu revestimento social.

Dessa forma, é a tomada de consciência do corpo que permite à pessoa se opor ao corpo sócio mítico. Ao perceber a independência de sua existência corporal, o melanesiano experimenta sua individualização. Leenhardt vê com otimismo esse processo de modernização, como a única possibilidade de liberação da pessoa.

Outro autor contemporâneo, Baudrillard, também tentou elucidar as razões da forma moderna de existência por meio do “outro”. Mas chega a resultados diferentes. O autor remonta a uma cisão entre a vida e a morte que segundo ele ocorreu no início do Renascimento, cisão paradigmática, a operação fundamental de nascimento do poder. É essa separação que *faz surgir a instância de mediação e representação* e esta é a forma do poder, que se reproduz mais tarde “entre o sujeito e seu corpo separado, entre o indivíduo e o corpo social separado, entre o homem e seu trabalho separado (...)” (BAUDRILLARD, 1976, p. 201).

### 3 | TEMPO

Com relação ao tempo, retomo rapidamente o modo de vida dos Nuer, descrito pelo antropólogo Evans-Pritchard (1978). É instrutivo ver o tempo ocidental moderno a partir das lentes dessa alteridade. Esse povo vive uma temporalidade totalmente articulada com o meio ambiente, tendo como referência as cadeias de acontecimento de interesse da comunidade e isso perturba a noção moderna de tempo progressivo.

O tempo para eles aparece como um conjunto de unidades imprecisas, “vagas noções de mudança nas relações ecológicas e nas atividades sociais que passam imperceptivelmente de um estado a outro” (EVANS PRITCHARD, 1978, p.111), isto é, são significações que só se apresentam em relação às atividades, e estas atividades têm o caráter de lazer.

O tempo não aparece para os Nuer como essa coisa “que passa, pode ser perdida, pode ser economizada”, como é para os modernos. Eles também não têm a “sensação de lutar contra o tempo ou de serem obrigados a coordenar suas atividades com uma passagem abstrata de tempo” (EVANS PRITCHARD, 1978, p. 116).

Estamos diante de duas formas de vida radicalmente diferentes: O moderno vive a sofisticação de um tempo abstrato, uma abstração que tem se tornado cada vez mais acelerada. O outro, o não-moderno, permanece ligado à sua rotina, às atividades próprias de sua vida concreta. Pode-se retomar aqui a ideia de uma ética

da lentidão, que os modernos perderam. Nesta ética, recupera-se a possibilidade de as coisas encontrarem seu próprio encadeamento, o que devolveria ao tempo sua concreção. Então, a ética da lentidão é uma ética da alteridade, que a cultura moderna denega, sob o álibi da falta de tempo.

A falta de tempo como álibi para denegar a alteridade traz de volta a questão da relação moderna com a morte. A modernidade, na perspectiva de Baudrillard (1976/1979), desde o Renascimento, ocultou a morte, para que pudesse construir uma forma de vida moldada pelo princípio de utilidade. Está aí a origem do sistema da economia política, o início da circulação das coisas sob a regulação de um signo abstrato, o equivalente geral, onde a morte não circula mais. Nas culturas não modernas, a morte circula simbolicamente. Isso significa que a morte se troca com a vida, é uma questão coletiva, pública, social, enquanto que, na modernidade, com o desaparecimento do mundo coletivo e o aprisionamento dos modernos à esfera individual e privada, ela se tornou, em relação à acumulação do tempo como valor no sistema capitalista, a representação da falta de tempo, portanto, da falta de valor.

Enfim, na cultura ocidental moderna, o corpo e o tempo se aliaram em função da disciplina, o que faz, tanto de um como de outro, funções da produção. Até aqui, tentei ler a contrapelo alguns contatos entre o moderno e o não-moderno, com o objetivo de evidenciar características da modernidade. Evidentemente, não se pode encontrar esses dois modelos no mundo contemporâneo, onde as culturas já se transformaram pelo contato. Mas é importante questionar quais formas de contato concretamente se estabelecem, principalmente hoje, quando os estudos pós-coloniais se perguntam sobre se, no sistema-mundo, a periferia é continuação do Ocidente.

#### **4 | VIDA NO SUL: CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Vivemos ao sul do Rio Grande, somos periferia. É fácil ver no Brasil a tensão entre o seu lado ocidental, onde se exhibe a sofisticação tecnológica, a profusão de negócios, o fluxo do dinheiro e de produtos e o outro lado, no qual, ao contrário, vive-se a recusa da velocidade e da domesticação dos corpos. Na medida em que o país entra como periferia no sistema mundial, pode-se dizer que é continuação do Ocidente, em uma condição de subalternidade. Já o outro lado exprime uma maneira de existência oposta ao modelo ocidental. Recorro aqui a um personagem brasileiro, cujo nome é Pacífico Pacato Cordeiro Manso, um desconhecido representante da literatura popular da região nordeste do país.

Na perspectiva do grupo de estudantes de literatura que o identificou, esse nome simboliza a caricatura do povo nordestino, considerado como submisso, obediente e resignado à sua condição de periferia econômica e cultural em relação

ao centro de decisões da região sudeste do país. Entretanto, a interpretação do grupo me pareceu uma reprodução local de certa caricatura do povo brasileiro, segundo a qual nossa submissão política e econômica e nossa reverência cultural e intelectual aos países do hemisfério norte fariam de nós pacíficos, pacatos, cordeiros e mansos.

Porém, o nome do escritor popular me evocou outras significações. Tal ostentação de passividade me pareceu um convite a um exercício de decifração mais sutil: uma ostentação de sujeição que esconde e ao mesmo tempo revela uma atitude irônica, que faz chacota da vontade de potência do outro – expressa pela dominação econômica e cultural – aparentemente submetendo-se a ela de bom grado, justamente para fazer valer sua própria vontade, a de viver na contracorrente desse modelo que erige a produtividade máxima à categoria de possibilidade única de existência civilizada.

Assim, um nome tão pacífico (Pacífico Pacato Cordeiro Manso) revela outras possibilidades de resposta ao desafio de existir e de ser indivíduo: ele evoca um ritmo que, para além da lentidão, não tem nada de manso, nem de pacato. Nada há de espetacular nesse nome. uma ostentação de sujeição que esconde e ao mesmo tempo revela uma atitude irônica, que faz chacota da vontade de potência do colonizador – expressa pela hegemonia econômica e cultural – submetendo-se a ela de bom grado, justamente para fazer valer sua própria vontade, que é a de viver na contracorrente desse modelo que erige a produtividade máxima à categoria de possibilidade única de existência civilizada.

## REFERÊNCIAS

BAUDRILLARD, Jean. **De la Séduction. L'horizon sacré des apparences.** Paris : Galilée, 1979

BAUDRILLARD, Jean. **L'échange symbolique et la mort.** Paris : Gallimard, 1976

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Os Nuer.** Trad. Ana M.G.Coelho. São Paulo : Perspectiva, 1978

HEGEL, G.W.F. **La phénoménologie de l'esprit.** Trad. Jean Hyppolite. Paris : Aubier, 1939

LEENHARDT, Maurice. **Do Kamo. La personne et le Mythe dans le monde mélanésien.** Paris : Gallimard, 1947

## ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

**Fernanda Larisse Souza da Silva**  
**Rebeca Zuila Maniva Lopes**  
**Franciane da Silva de Oliveira**  
**Luciane Sousa Pessoa Cardoso**  
**Andressa Arraes Silva**  
**Maria Beatriz Pereira da Silva**  
**Ana Cláudia de Almeida Varão**  
**Alan Cássio Carvalho Coutinho**  
**Andréa Dutra Pereira**  
**Lívia Alessandra Gomes Aroucha**  
**Jocelha Maria Costa de Almeida**

**RESUMO:** A depressão surgiu desde a antiguidade. Esta é caracterizada como uma doença psiquiátrica crônica e crescente, que produz uma alteração do humor reconhecida por uma tristeza profunda. Atinge cerca de 400 mil pessoas segundo estudos recentes, é mais frequente em mulheres com índice de 18,6% e em homens pode chegar a 11%. Durante o período gravídico a mulher passa por diversas alterações hormonais, físicas, emocionais, psicológicas e sociais. Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel muito importante, pois boa parte desse acompanhamento é prestado por ele, e por isso deve ter um olhar cuidadoso, com medidas e ações de cuidado integral. Segundo a OMS é relatado quando se trata de depressão pós-parto, é possível saber que

apenas 50% dos casos são diagnosticados. Estudos mostram que alguns fatores podem agravar o quadro da depressão. Importante também ressaltar um fator que é dentro da rede básica de saúde, e o despreparo por parte dos profissionais de enfermagem. Diante das informações obtidas por meio da análise dos artigos, observou-se que o número de mulheres que desenvolvem a depressão pós-parto tende a aumentar. Nesse contexto, é imprescindível a atuação do enfermeiro para identificar alterações comportamentais da mãe e a partir disso fomentar uma estratégia de intervenção. Deve-se considerar, também, a importância da educação continuada do enfermeiro para identificar e diagnosticar pacientes com depressão pós-parto. Este artigo é uma Revisão integrativa de literatura, encontrou-se 17 artigos, após avaliação excluiu-se 7 por abordarem temáticas diferentes. Assim esse trabalho foi construído com 10 artigos científicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão, Depressão pós-parto, Saúde Mental

**NURSING PERFORMANCE IN POST-PART  
DEPRESSION ASSISTANCE**

## 1 | INTRODUÇÃO

A depressão surge na antiguidade em um cenário em que há o aumento de sentimentos pessimistas e negativos, que tiveram grande impacto na vida dos indivíduos acometidos, assim como hoje em dia. Hipócrates que foi considerado o “Pai da Medicina” usou o termo Melancolia por volta de 400 a.C, para caracterizar os sintomas da depressão (TOLENTINO et al, 2016).

A depressão é caracterizada como uma doença psiquiátrica crônica e crescente, que produz uma alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como distúrbios do sono e apetite. E que atinge cerca 400 mil pessoas segundo os estudos mais recentes, sendo mais frequentes em mulheres com um índice que pode chegar a 18,6%, enquanto em homens pode chegar a 11%. A depressão está em 4º lugar entre principais as causas de ônus de doenças em patamar mundial, e que até 2020 pode chegar a ocupar o 2º lugar segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2001.

As mulheres têm uma maior tendência a desenvolver a depressão como já foi relatado, mas durante o período de puerpério essa tendência se acentua. Visto que durante o período gestacional a mulher é acometida por intensas alterações emocionais que podem gerar quadros de ansiedade que está diretamente associada ao surgimento da depressão, seja a depressão pós-parto ou não. Segundo a psicóloga Fernanda Queiroz “ em 24% dos casos a ansiedade evolui para a depressão.

Assim no primeiro trimestre são frequentes a ambivalência (querer e não querer a gravidez), o medo de abortar, as oscilações do humor, as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos que para algumas mulheres se tornam mais intensos dificultando ainda mais o processo. No segundo trimestre a ansiedade é de caráter quanto a introversão e passividade, a alteração do desejo e do desempenho sexual e a alteração do esquema corporal, a percepção dos movimentos fetais e seu impacto. E o terceiro trimestre é caracterizado pelas ansiedades que se intensificam com a proximidade do parto, os temas do parto e conseqüentemente há um aumento de queixas físicas. Daí a relevância dos profissionais ouvir e considerar a dor e aflição da gestante e não as tratar como “algo normal”, prestar assistência a gestante presando pelo bem-esta do seu estado emocional.

É necessária uma atenção especial dos profissionais de saúde às mulheres desde o início da gestação e primeiras consultas quando elas se deparam com intensas modificações físicas e hormonais gerando assim alterações psíquicas, necessitando de cuidados direcionados e humanizados.

É importante atentar-se para as condições emocionais da gestante. Se esta tem apoio familiar, companheiro presente, se é a primeira gestação, se houve

planejamento familiar e se já houve perdas gestacionais. Todas essas informações são cruciais para que haja um melhor conhecimento das interações sócias e estado emocional da gestante a fim de prestar uma assistência efetiva e saudável pois a DPP é considerada como uma patologia proveniente de fatores relacionados ao sofrimento biopsicossocial.

A DPP pode ser identificada na puérpera por meio da observação dos comportamentos, pois os principais sintomas são: o nervosismo da mãe com o choro do bebê, falta de incentivo para amamentar, passar a responsabilidade do filho a outra pessoa, falta de interesse sexual e em casos mais graves o total abandono da criança e agressividade dentre outros (FELIX et al, 2012). Estes sintomas são característicos de quadros de depressão leve a moderada, mas independentemente do grau de depressão, o bebê é o principal afetado. As crianças de mães com desordem emocional têm maior risco de desenvolver desordens afetivas, cognitivas e sócias.

Alguns elementos podem acentuar o quadro depressivo como a grande decepção das expectativas relacionadas a maternidade, conflitos no relacionamento, condições socioeconômicas baixas, e falta de apoio. Fatores do próprio bebê podem contribuir para a depressão no pós-parto como, a prematuridade do bebê, irritabilidade, e fraco desempenho motor (GUERRA et al, 2014) (SEIMYR WELLES-NYSTROM, & NISSEN, 2013).

Nesse sentido é de suma importância o acompanhamento da gestação desde os primeiros meses de gestação, pois segundo o Ministério da Saúde (MS) o foco do pré-natal é assegurar o desenvolvimento de uma gestação saudável com benefícios para a mãe e o bebê, permitindo o nascimento de um bebê saudável e sem transtornos para a mãe em todos os aspectos, inclusive psicossocial. E o enfermeiro tem um papel muito importante nesse processo, visto que boa parte desse acompanhamento é prestado pelo enfermeiro, por isso o mesmo deve ter um olhar cuidadoso, com medidas e ações de cuidado integral durante a fase de mudanças e transições que a gestante passa durante a gestação, pois essa sensibilidade do enfermeiro poderá prevenir várias complicações que podem desencadear a depressão pós-parto.

## 2 | OBJETIVOS

Discutir a prevalência, os fatores de riscos e os sinais e sintomas da depressão pós-parto.

Identificar a atuação do profissional enfermeiro na assistência da depressão pós-parto.

### 3 | METODOLOGIA

Este artigo é uma visão integrativa de literatura, através da qual é possível resumir as pesquisas já publicadas, e obter conclusões a partir da pergunta norteadora. A pesquisa dos artigos foi feita nas plataformas digitais de pesquisas SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar. Os descritores utilizados foram: “Depressão”, “Depressão Pós-parto”, “Atuação da Enfermagem” e “Saúde Mental”.

Estão inclusos neste trabalho somente artigos publicados na íntegra que retratem a temática referente à “Depressão pós-parto”, em português, publicados no período 2003 a 2018, e artigos que suprissem os assuntos dos descritores publicados e indexados nas plataformas digitais.

Encontrou-se 17 artigos, dos quais, após avaliação excluiu-se 7 por abordarem temáticas diferentes. Assim esse trabalho foi construído com 10 artigos científicos.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva. Após a análise, as informações obtidas foram organizadas por categoria que referiam aspectos comuns. Os 10 artigos foram lidos na íntegra com o objetivo de sumarizar e organizar os dados neles contidos.

### 4 | RESULTADOS

A partir da leitura na íntegra dos 10 artigos analisados segundo os critérios de inclusão, elaborou-se um quadro sinótico (Quadro 1) que contém as informações coletadas nos artigos.

Autor (ano )	Periódico	Estado	Metodologia	Desfecho
Silva et al; 2010	Acta Paulista de Enfermagem	Ceará	Qualitativa de Caráter Exploratório	Conhecer a interação de puérperas, com diagnóstico de DPP com seus filhos e compreender a percepção dos familiares a respeito da doença e dos cuidados maternos da puérperas na urgência da depressão pós parto
Tolentino <i>et al</i> ; 2016	Revista Saúde Nova Esperança	Pernambuco	Qualitativa ( com levantamento bibliográfico )	Discutir sobre os sinais e sintomas da DPP em puérperas e permitir a visibilidade deste assunto para com os profissionais da área bem como para saúde em geral.
Sarmiento, Setubal; 2003	Revista Ciência Médica	Campinas	Revisão Bibliográfica	Enumerar alguns desses aspectos emocionais, ansiedades, medos, mudanças nos vínculos efetivos e sugerir formas possíveis de aborda-las no espaço de interação do profissional com a gestante, visando-se principalmente a prevenção, o alívio e a elaboração psíquica dos problemas mais emergentes.



Gonçalves <i>et al</i> ; 2018	Revista Saúde em Foco	****	Pesquisa de atualização	Obter maior esclarecimento sobre a depressão pós parto e o papel do enfermeiro frente aos desafios apresentados durante a gestação e o período pós-parto.
Felix <i>et al</i> ; 2012	Revista Electrónica Enfermería Global	Ceará	Qualitativa com destaque na pesquisa ação	Identificar os conhecimentos dos enfermeiros da atenção básica sobre a temática, com intuito de subsidiar o sistema de saúde e planejar para a melhoria da saúde mental das puérperas.
Falcone <i>et al</i> ; 2005	Revista Saúde Pública	São Paulo	Pesquisa Descritiva com abordagem Qualitativa	Identificar os transtornos afetivos não psicóticos em gestantes, intervir com grupos psicoprofiláticos e avaliar as possíveis alterações após o impacto da intervenção.
Silva, Botti; 2005	Revista Eletrônica de Enfermagem	Minas Gerais	Revisão Bibliográfica	Foi constatado que é um período marcado pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina em relação as síndromes psiquiátricas no pós parto e é importante que os profissionais de saúde para a mulher geral.
Arrais, Mourão, Fragalhe; 2014	Revista Saúde Soc. São Paulo	Brasília	Pesquisa Qualitativa	O pré-natal psicológico atuou como fator de proteção para prevenção da depressão pós-parto nas gestantes do grupo-intervenção.
Andrade <i>et al</i> ; 2010	Rev. Da Rede de Enfermagem do Nordeste	Ceará	Pesquisa Quantitativa	Encontrou os principais fatores de risco afim de prevenir complicações e construir um prognostico satisfatório da identificação dos sintomas.
Guerra, <i>et al</i> ; 2014	Revista Portuguesa de enfermagem de saúde mental.	Portugal	Revisão integrativa	Identificar os fatores de risco para a saúde mental e bem estar da grávida, puérpera e ainda os achados sobre as estratégias da saúde mental da população alvo.

Tabela 1- Caracterização dos artigos encontrados descrevendo autores, periódicos, estado, metodologia e desfecho.

Por meio da interpretação dos dados retirados dos artigos selecionados e lidos na íntegra, foi possível que os oito artigos foram publicados em periódicos nacionais e dois em periódicos internacionais. Quanto a metodologia dos artigos selecionados 6 tinha foco na pesquisa qualitativa, 2 revisões bibliográficas, 1 revisão integrativa e 1 pesquisa de atualização. Por meio da análise dos artigos foi possível constatar que a depressão é mais prevalente em mulheres e que após o parto se torna ainda mais acentuada as chances de desenvolver a depressão, por diversos fatores.

Nesse contexto, o conteúdo estudado nos artigos foi agrupado em quatro categorias discursivas: Prevalência da Depressão Pós-parto; Fatores de Risco; Sinais e Sintomas; Atuação do Enfermeiro.

## 5 | DISCURSÃO

### 5.1 Prevalência da Depressão Pós-parto

Na atualidade é comprovado que em todo mundo temos cerca de 450 milhões de pessoas que sofrem de algum distúrbio mental, sendo que no Brasil é aproximado a 17 milhões. Segundo a OMS é relatado que quando se trata de depressão pós-

parto, é possível saber que apenas 50% dos casos são diagnosticados, e destes o índice de mulheres que são devidamente acompanhadas fica abaixo de 25%.

Foi encontrado em estudos que esse tipo de depressão apresenta uma incidência no Brasil de até 20% dos casos após o parto, mas este índice aumenta para cerca de 30 a 40% se considerado as mulheres com perfil socioeconômico baixo e atendidos no SUS (ARRAIS et al, 2014).

Em outro estudo que foi realizado em Pelotas-RS com 410 mulheres, destacou uma prevalência de apenas 19,1% e nesse mesmo estudo mudando apenas o estado é relatado uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas.

É nos relatado também em outra pesquisa que há cerca de 50 a 80% de prevalência quando se trata da tristeza pós-parto e quando se trata a transtornos depressivos a prevalência varia entre 10 a 15%.

O que destaca que a prevalência pode aumentar ou diminuir dependendo do local, fatores de risco e acompanhamento que essa mulher vai ter durante a gestação e após o parto. É possível perceber a importância de se investir no diagnóstico precoce e elaboração de estratégias para prevenção e tratamento.

## 5.2 Fatores de Risco

Conhecer os fatores de risco são necessários para que a equipe de saúde esteja atenta e perceba que em determinada situação há probabilidade que ocorra a tal doença.

Estudos nos mostram que os principais fatores podem agravar o quadro da depressão como a grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, conflitos conjugais, baixas condições socioeconômicas, falta de suporte social (GUERRA et al, 2014).

Outros estudos nos mostram que existem fatores relacionados ao bebê também como: a prematuridade da criança, a irritabilidade do recém-nascido e com seu pobre desempenho motor (SEIMYR WELLES-NYSTROM, & NISSEN, 2013).

É evidenciado também o parto cesáreo, a episiotomia, gravidez na adolescência (adolescente a 11 a 19 anos), conflitos com os pais, baixa escolaridade (GONÇALVES et al, 2018).

E além disso é importante também ressaltar um fator que é dentro da rede básica de saúde, o despreparo por parte dos profissionais de enfermagem em identificar e acompanhar possíveis fatores de risco ao desenvolvimento da depressão pós-parto.

O conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto é importante para o planejamento e execução de ações preventivas como favorecer o apoio emocional da família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puérpera.

### 5.3 Sinais e Sintomas

É preciso reconhecer que há 03 distúrbios que são característicos do período puerperal e saber cada um deles é necessário para um diagnóstico à DPP. Esses distúrbios são: melancolia da maternidade, depressão pós-parto e psicose puerperal (ARRAIS et al, 2014).

Falando em depressão pós-parto, alguns estudos nos mostram que há sinais e sintomas como ansiedade e irritabilidade.

Já outros nos mostram também que a mulher sente uma tristeza muito grande de caráter prolongado, com perda de motivação para a vida, é incapacitante, requerendo na maioria das vezes o uso de antidepressivos (ROSENBERG, 2007).

Além desses, é encontrado também a falta de estímulo para amamentar, o desinteresse sexual, a transferência de responsabilidade da criança e em casos mais extremos negligência total no cuidar e agressão física

Já em outras pesquisas os sinais e sintomas são relatados: ideias de morte e suicídio, sentimento de culpa, descontrole emocional por estresse, alterações alimentares e queixas psicossomáticas (SARMENTO & SETÚBAL, 2013) (SILVA & BOTTI, 2005).

Além disso é possível nos mostra que a prevalência e incidência destes sintomas podem implicar que em algumas mulheres, estes problemas podem afetar a sua qualidade de vida e ter um efeito negativo na sua relação com a criança, parceiro e outros membros da família.

Conhecendo esses sinais e sintomas é possível um diagnóstico e assim levar para uma prevenção ou tratamento.

### 5.4 Atuação do Enfermeiro

O papel do enfermeiro é muito importante para o diagnóstico e também para o apoio da mulher com depressão pós-parto, principalmente as mulheres que se mostram frente a atenção básica. Estudos nos mostraram que cabe o enfermeiro ter um conhecimento acerca da Depressão Pós-parto, que este esteja pronto para o acolhimento e direcionamento adequado a puérpera no que corresponde a terapêutica e prevenção deste transtorno (SILVA & BOTTI, 2005).

Outras pesquisas nos mostram que o enfermeiro tem um papel privilegiado, desde o planejamento da gravidez, no acompanhamento da mesma e no pós-parto, no despiste de situações de risco e no planejamento da intervenção ou encaminhamento das mães que são vítimas da depressão pós-parto. A Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica tem um papel importante na: identificação dos sinais e sintomas que possam indicar que essa puérpera pode desenvolver a DPP, no suporte que vai ser prestado e na referenciação das mulheres durante o processo

gravídico-puerperal, vivenciando problemas sociais e de saúde mental (GUERRA et al, 2014).

Evidencia-se também que além do enfermeiro, é preciso que toda equipe tenha um conhecimento sobre a doença, para que assim todos estejam realizando de forma consciente o seu trabalho e possam prestar uma assistência adequada (FALCONE et al, 2005).

## 6 | CONCLUSÃO

Observou-se por meio do estudo e análise dos dados dos artigos selecionados para esse trabalho que o número de mulheres que desenvolvem a depressão pós-parto tende a aumentar, isso porque somente cerca de 50% são diagnosticadas com a depressão, enquanto apenas 25% destas recebem o tratamento adequado, o que configura um triste cenário, visto que os sinais e sintomas surgem ainda nas primeiras semanas após o parto, causando um desconforto muito intenso tanto para a mãe que sofre com a depressão e também para a família e principalmente para a criança, que pode ter o seu desenvolvimento afetado por conta muitas vezes da rejeição da mãe. Nesse contexto a atuação do profissional enfermeiro é imprescindível, pois o enfermeiro deve ter o conhecimento técnico-científico para identificar por meio da observação a alteração comportamental da mãe e a partir disso fomentar uma estratégia de intervenção a esse problema. Diante disso é de muito valor destacar a importância da educação continuada do profissional enfermeiro para identificar e diagnosticar as pacientes que sofrem com a depressão pós-parto.

## REFERÊNCIAS

ARRAIS AR, MOURÃO MA, FRAGALLE B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Saúde Soc.: vol. 23, n. 1, p. 251- 264, 2014.

Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nobrega FJ. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes**. Rev. Saúde Pública, São Paulo. Agosto., 2005;39(4):612-8.

FELIX, T. A.; NOGUEIRA FERREIRA, A. G.; SIQUEIRA, D. D'ÁVILA; XIMENES NETO, F. R. G.; VIEIRA DO NASCIMENTO, K.; MUNIZ MIRA, Q. L. **Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura**. Enfermería Global, v. 12, n. 1, 29 dic. 2012.

GOMES, L. A. et al. **Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 11, p. 117-123, 2010. Número especial.

GONÇALVES APAA, PEREIRA OS, OLIVEIRA VC, GASPARINO R. **Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto**. Revista Saúde em Foco, nº 10, 2018.

GUERRA M, BRAGA M, QUELHAS I, SILVA R. **Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-**

**parto.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Especial 1, Abril., 2014, pp 117-124.

SARMENTO R, SETUBAL MSV. **Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério.** Rev. Ciência Médica 2003 Jul-Set; 12(3):261-8.

SILVA FCS, ARAÚJO TM, ARAÚJO MFM, CARVALHO CML, CAETANO JA. **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família.** Acta Paul Enferm. 2010;23(3):411-6.

SILVA ET, BOTTIN NCL. **Depressão puerperal: uma revisão de literatura.** Rev Eletrônica Enferm 2005;7(2):231-8.

TOLENTINO EC, MAXIMINO DAFM, SOUTO CGV. **Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas.** Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. Abril.,2016;14(1):59-66.

## EFEITOS DO CHI KUNG/QI GONG NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### **Alanna Mota Rosa Carvalho Pivatto**

Psicóloga. Mestre em Gestão de Programa e Serviços de Saúde (Uniceuma). Pós-graduada em neuropsicologia Universidade de Araraquara- SP e Professora da Universidade UNDB.

São Luís, Maranhão

### **Ana Flávia Lima Teles da Hora**

Psicóloga, Doutora, Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento e Professora da Universidade CEUMA

São Luís, Maranhão

### **Ana Sanyele Campos Souza**

Graduada de Psicologia pela Universidade CEUMA

São Luís, Maranhão

**RESUMO:** O *Chi Kung/Qi Gong* é uma técnica oriunda da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), com seus primeiros registros de desenvolvimento por volta de 770-221 a.C. que tem o objetivo levar o equilíbrio de energia aos órgãos, para assim prevenir o indivíduo de fatores externos e/ou internos que venham causar o desequilíbrio. O presente estudo teve o objetivo de revisar a literatura relacionada aos possíveis impactos do *Chi Kung/Qi Gong* na vida do indivíduo, tendo como foco os impactos psíquicos, os comportamentos e hábitos adquiridos diante da prática através do mapeamento nas bases

de dados internacionais, especializadas e nacionais encontradas no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS para reflexão e discussão entre tal prática juntamente com a psicologia. Os resultados, em relação ao conteúdo dos estudos sugerem que a prática pode melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos, a partir da revisão foi possível levantar aspectos referentes à situação das publicações sobre o *Chi Kung/Qi Gong* e seus efeitos na promoção e prevenção de agravos na saúde mental. No entanto, existe a necessidade de pesquisas posteriores mais abrangentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** PICs. Chi kung. Qi gong. Saúde Mental.

**ABSTRACT:** Chi Kung / Qi Gong is a technique derived from Traditional Chinese Medicine (TCM) with its earliest records of development around 770-221 BC which aims to bring the energy balance to the organs in order to prevent the individual from factors external and / or internal factors that may cause imbalance. The present study aimed to review the literature related to the possible impacts of *Chi Kung / Qi Gong* on the life of the individual, focusing on the psychic impacts, behaviors and habits acquired in practice through mapping in specialized

international databases and national resources found in the “Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS” for reflection and discussion between such practice together with psychology. The results, in relation to the content of the studies suggest that the practice can improve the quality of life related to the health of the individuals, from the review it was possible to raise aspects regarding the status of publications on *Chi Kung / Qi Gong* and their effects on the promotion and prevention of mental health problems. However, there is a need for further comprehensive research.

**KEYWORDS:** PICs. Chi kung Qi gong. Mental health.

## 1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho busca apresentar as possibilidades e relevância do uso do *Chi kung/Qi gong*, além de demonstrar a importância da prevenção de doenças e agravos à saúde mental dos indivíduos que inseridos na globalização capitalista vem se tornando um ser humano tenso, com a rotina agitada e que por se desempenharem várias funções, negligenciam sua saúde.

O estudo proporciona aos profissionais da área de saúde, principalmente de psicologia, o acesso às informações sobre a prática ainda desconhecida por muitos, mas que se faz útil em muitos casos, como quando há sintomas de depressão, ansiedade, entre outros, podendo ser utilizado ainda no tratamento de dores articulares, da mobilidade, memória, qualidade do sono, socialização de pessoas com comprometimentos psíquicos e cognitivos.

O referencial teórico para esta pesquisa foi constituído, inicialmente, por autores (FERRARO, 2002; SOUSA & VIEIRA, 2005 *apud* MEDEIROS, 2017; LIVRAMENTO, FRANCO & LIVRAMENTO, 2010) que analisam e discutem sobre o *Chi kung/Qi Gong*, prática que contém em sua nomenclatura os seguintes significados (*chi* = sopro, energia; *kung* = trabalho, treino, prática ou exercício). Também foram citados conceitos da Sociedade Brasileira de Tai Chi Chuan (SBTCC), análise dos documentos oficiais sobre a saúde para apresentar o conceito, histórico, dados da prática e informações gerais sobre a saúde na contemporaneidade para uma posterior reflexão e discussão entre tal prática juntamente com a psicologia.

Traz uma revisão bibliográfica que fornece os efeitos do *Chi Kung/Qi Gong* na promoção e prevenção de agravos na saúde mental com o objetivo de que os leitores possam perceber e reagir sobre as influências que os permeiam. Por fim, vale lembrar que os conhecimentos que aqui são explicitados não substituem o acompanhamento médico e da medicação em casos mais específicos, como aqueles com a presença de sintomas da depressão profunda. Este trabalho visa compreender e apresentar os efeitos da prática aqui em questão, mas com o intuito de demonstrar que além deste ser usado para o autocuidado, pode também

promover a mudança dos hábitos daqueles que estão ao redor do praticante, e assim trazer a qualidade de vida.

## 2 | AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A PSICOLOGIA

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) promove uma idéia de transformação pessoal, uma mudança do estilo de vida que envolve aquisição de novos hábitos e costumes para se alcançar a prevenção de doenças e agravos à saúde, é descrita por Abe (2006) com tendo seus registros datados de 5000 a.C., por meio de livros, música e imagens. Para esta medicina, o homem é visto ser constituído de três componentes básicos: Energia (*Chi*), Matéria (*Jin*) e Mente (*Shen*), que podem ser trabalhados isoladamente ou em conjunto.

Segundo Medeiros (2017), a MTC é praticada ainda hoje na China e em muitos lugares do mundo. Tem origem há milhares de anos, e utiliza uma linguagem que retrata as leis da natureza, simbolicamente por meio da teoria do *Yin-Yang*, dividindo o mundo em duas forças ou princípios fundamentais opostas e complementares. Seus tratamentos não-convencionais, antes utilizados para a cura de doenças apenas, hoje é usada para o alcance do bem-estar dos indivíduos, já incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006).

No documento WHO, “*Traditional Medicine Strategy 2014-2023*”, publicado pela OMS (2017), pode-se visualizar que África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuários das PICs com um número crescente, e que isso é ocasionado pelo aumento das demandas de doenças crônicas que passaram a despertar nos indivíduos a procura de outras formas de serviços à saúde, podendo ser, pelo cuidado holístico preventivo às doenças e proporcionando a qualidade de vida dos sujeitos.

Abe (2006) cita que a prática da MTC é de suma importância, e que ela deve ser inserida à vida cotidiana dos indivíduos, para que se tenha como resultado novos hábitos físicos e mentais para a prevenção do processo de adoecimento. Esta medicina, por utilizar da consciência dos indivíduos e das influências ambientais sobre a saúde, é de grande utilidade na saúde pública, que tem sua atenção voltada para a prevenção, em especial ao âmbito da atenção primária. Considerando isto, é importante trazer que...

[...] A MTC reforça a necessidade de abordagens mais preventivas para que se possa, de fato, evitar um adoecimento que é evitável, na grande maioria dos casos, com medidas no plano da organização e das condições do trabalho e medidas para o fortalecimento dos indivíduos (alimentação adequada, exercícios terapêuticos, equilíbrio trabalho/descanso etc.). (LIVRAMENTO; FRANCO; LIVRAMENTO, 2010, p. 80).

A MTC pode contribuir muito para uma mudança de mentalidade quanto às



jornadas de trabalho e atividades executadas durante o dia a dia, pois esta vem a preconizar a necessidade de se respeitar os limites do indivíduo como um ser biopsicossocial, um ser integral, vindo a defender justamente essa necessidade de se equilibrar atividade e repouso, a fim de se evitar os excessos.

Resumidamente, com base em Ysao, Yamamura e Oliveira (1991, p. 94), são as seguintes as relações dos órgãos internos com a energia mental: o coração está relacionado à alegria, à ansiedade, ao *Shen*/consciência; o pulmão, à tristeza, angústia, aos reflexos e ao instinto; o fígado, à raiva, ódio, irritação, nervosismo, tensão e indecisão; o baço/pâncreas à atividade cerebral, ao raciocínio, ao pensamento, à reflexão, à preocupação, à memória, à vontade de pensar e à obsessão. Os rins estão relacionados à insegurança, ao autoritarismo, ao medo, ao temor, ao pânico, à vontade de decisão (vontade de viver). (LIVRAMENTO; FRANCO; LIVRAMENTO, 2010, p. 81).

Ainda de acordo com Livramento, Franco e Livramento (2010), o *Qi* ou *Chi*, força vital eletromagnética que permeia o universo, tem como principais funções a ativação e promoção do crescimento e corpo humano, dos órgãos internos e meridianos, circulação do *Xue* (sangue), controle da distribuição dos líquidos orgânicos; promoção e ativação dos processos de transformação metabólica do organismo, aquecimento do corpo, proteção do organismo das invasões de fatores patogênicos externos e manutenção da anatomia das estruturas orgânicas e dos órgãos internos.

Quanto ao *Chi kung*/*Qi gong*: a arte da energia admite-se ser impossível o datar precisamente, pois devido à sua antiguidade, alguns como a Escola de Medicina Oriental e Terapêutica (ESMOT) remetem os primeiros registros de seu desenvolvimento ser por volta de 770-221 a.C., durante o período dos Estados Guerreiros. Desenvolvido durante anos, baseado no antigo sistema dos meridianos de acupuntura, técnicas no controle da respiração e da mente, além de vibrações estimuladas nos órgãos internos através de sons terapêuticos, é resultado de diversas artes que se desenvolveram separadamente e com objetivos diferentes, como de promover a saúde, alcançar diferentes níveis da consciência, melhorar habilidades de lutas, dentre outros que se uniu em exercitar o *chi* ou *qi*, fundando-se o *Chi Kung*/*Qi Gong*, que recebeu profunda influência do Budismo e da filosofia Taoísta.

Castro Junior (2007) em seu trabalho apresenta uma classificação de quatro grandes períodos da história do *Chi kung*/*Qi gong*, sendo o primeiro datado de antes de 206 a.C., anterior à Dinastia *Han*, onde foram criadas as primeiras técnicas da prática, o segundo, em 206 a.C. – 502 d.C., entre a Dinastia *Han* e o início da Dinastia *Liang*, período marcado pela integração da prática budista indiana. O terceiro período, da Dinastia *Liang* até o fim da Dinastia *Qing* (502-1911 d.C.), onde as técnicas de meditação e a filosofia budista foram implementadas nas práticas corporais chinesas e artes marciais, e então o quarto período teria sido na queda da

Dinastia *Qing* (1911 d.C.), quando houve a abertura da cultura chinesa conservadora.

O objetivo desta prática, como Ferraro (2002) defende, é levar o equilíbrio de energia aos órgãos, para assim prevenir o indivíduo de fatores externos e/ou internos que venham causar o desequilíbrio. É caracterizada por ser mais uma prática voltada para a preservação da capacidade vital e da saúde, além de ser eficaz como uma interação entre práticas de fortalecimento mente/corpo do indivíduo, harmonizar a energia vital (*qi*), equilibrar corpo e mente manter e/ou recuperar a capacidade de transformação e adaptação do organismo e fortalecendo o indivíduo.

Ferraro (2002) o apresenta como uma técnica oriunda da MTC, que permite nutrir e fazer circular a energia vital, que em seu exercício, enfatiza os movimentos suaves, lentos e rítmicos, sincronizados com uma profunda respiração diafragmática, utilizada para fortalecer o corpo, desenvolver habilidades físicas e psíquicas. Apesar das distâncias culturais existentes, o *Chi Kung/Qi Gong* por ser uma prática acessível e de fácil aprendizado, pode ser mais uma alternativa viável para a redução de “tratamentos e recaídas”. Seus efeitos são percebidos de maneira não simultânea, ao contrário da medicalização, por isso deve sempre ser feito o trabalho de conscientização dos praticantes, pois a prática do *Chi Kung/Qi Gong* depende de uma transformação interior dos praticantes, de seus aspectos físicos sutis, emocionais e mentais. De acordo com o pensamento médico chinês, a mágoa enfraquece o *chi* de uma pessoa, deixando seu corpo vulnerável às doenças.

Sendo assim, Cintra e Figueiredo (2010) discutem que dentro do processo de cura e equilíbrio proposto pela MTC, estão inseridas diversas técnicas, entre elas as práticas corporais e o engajamento na mudança de hábitos de vida.

Em 2019, a OMS através da elaboração do novo plano estratégico de saúde, o “*13th General Programme of Work*” divulgou as dez principais questões que demandarão sua maior atenção e de seus parceiros, entre eles estão a poluição do ar, considerada como o maior risco ambiental para a saúde, as doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, causados em sua maioria pelo uso do tabaco, a inatividade física, o uso nocivo do álcool, as dietas pouco saudáveis e a poluição do ar que acabam por desencadear diversos problemas de saúde mentais e muitas das vezes levam seus acometidos ao suicídio.

Cabe aqui relacionar os fatores patogênicos internos da MTC, trazidos pelos autores Franco e Livramento (2010), como causadores do desequilíbrio fisiológico e mental que acompanham a sociedade atual, que seriam o acúmulo de emoções como a raiva, o medo, a ansiedade, a preocupação e a tristeza.

Borges, Madeira e Azevedo (2011) apontam que, com o crescimento do modelo biomédico, inovação de técnicas e conhecimento médico, a valorização do reducionismo se tornou visível, e que a priorização da atuação fragmentada no campo da saúde acaba trazendo consequências reais na assistência à saúde geral.

A prática do *Chi Kung/Qi Gong* já comprovada cientificamente pela Portaria N° 971, de 03 De Maio De 2006 é aceita como eficaz para o alcance do bem-estar e promoção da saúde a partir de seu exercício regular, disciplina e aplicação no dia a dia, perpassa por questões subjetivas e biológicas do indivíduo, campo de estudo da psicologia.

Para o CFP algumas das diversas técnicas complementares já são aprovadas como a Hipnose (Resolução N° 013/2000) e a Acupuntura (Resolução N° 005/2002), além de reconhecer muitas outras dentre elas a arteterapia, terapias corporais e etc. Ao redor do mundo diversos centros clínicos e de pesquisa já adotam as terapias complementares como parte do tratamento, até mesmo no Brasil, onde podemos citar a Unidade de Medicina Comportamental do departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, sob coordenação do psicólogo Prof. Dr. José Roberto Leite, no Setor de Psicologia da Saúde do Instituto Neurológico do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, em 2002. O atendimento era composto da terapia comportamental cognitiva e terapias complementares, sendo estas: acupuntura, biofeedback, hipnose e meditação, para os principais quadros psiquiátricos e doenças neurológicas (RIBEIRO, 2007).

Na assistência à saúde mental, as estratégias de cuidados não farmacológicas a efetividade destas é uma realidade comprovada tanto por profissionais como por usuários (SILVA FILHO *et al.* 2018). Apresentar as possibilidades de associação entre abordagens psicoterapêuticas convencionais e as terapias complementares possibilita que o indivíduo reconheça os recursos naturais de cura de si próprios.

Na Psicologia, especialmente no campo da área de análise do comportamento admite-se que os novos comportamentos, hábitos, são difíceis de adquirir, mas não impossíveis, durante seu processo de internalização pode ser dificultoso mantê-los, porém após sua aquisição a alteração ou mudança será bem mais trabalhosa (SKINNER, 1981).

Segundo Less e Sehnem (2018) *apud* Medeiros (1997) as práticas integrativas atuam por meio da prevenção e repadronização das metodologias, para melhor orientação quanto ao papel do paciente no processo de tratamento, assim, se o indivíduo avaliar como positivo e for possível a visualização dos benefícios com a criação de tal costume devido a experiências vividas pelo sujeito ele julgará seu comportamento como correto e a partir disso crerá (SKINNER, 1981).

Os hábitos podem ser positivos ou negativos dependendo de sua aplicação ou percepção. Dentro do campo da Psicologia, o movimento das práticas alternativas segundo (LESS & SEHNEM 2018 *apud* MARQUES, 2000) é efeito das mudanças mundiais que vêm ocorrendo no campo psíquico. Apesar das resistências por parte dos profissionais da área da psicologia relacionadas ao medo da total confusão das práticas, estas se caracterizam como muitas das vezes como a chance para o

fortalecimento do trabalho psicológico (LESS & SEHNEM, 2018).

### 3 | MÉTODO

A pesquisa pretendeu proporcionar aos profissionais da área de saúde, principalmente da psicologia, o acesso às informações sobre a prática ainda desconhecida por muitos, mas que se faz útil em muitos casos, como quando há sintomas de depressão, ansiedade, entre outros. Objetivou conhecer os possíveis impactos do *Chi kung/Qi gong* na vida dos indivíduos sejam eles psíquicos ou comportamentais.

O método de elaboração que foi utilizado para construção deste trabalho foi o de revisão de literatura também conhecido como revisão bibliográfica, que tem como propósito contextualizar e a analisar o referencial teórico da pesquisa do tipo narrativo, modelo geralmente utilizado para fundamentação teórica de trabalhos de conclusão de cursos para nível de formação (ALVES-MAZZOTTI, 2002).

Melo (2001) defende que se o entrevistador deseja investigar os aspectos individuais do pesquisado sobre determinado tema ou situação, essa coleta se trata de dados não quantificáveis o que torna, portanto, a pesquisa qualitativa, assim utilizou-se da abordagem qualitativa, por ser exploratória orientada para compreensão de determinados comportamentos, opiniões e expectativas dos indivíduos sobre a prática do '*Chi Kung/Qi Gong*'.

Como primeira etapa de um mapeamento apresentou o levantamento bibliográfico, que tem por finalidade levantar todas as referências encontradas sobre o tema de forma a possibilitar um primeiro contato com o objeto de estudo investigado, logo, os artigos utilizados para esta revisão incluíram todos aqueles que continham como tema o "*qi gong*" combinado com os descritores: "estresse psicológico", "qualidade de vida", "depressão", "ansiedade" e "saúde mental" em seus títulos, resumos ou assunto em textos disponíveis nas bases de dados internacionais, especializadas e nacionais encontradas no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS.

Foi realizado o processo de busca, análise e descrição dos resultados a acerca a literatura que trata sobre o tema do '*Chi Kung/Qi Gong*' escrito em livros, artigos, teses, dissertações e outros tipos, utilizando de critérios específicos para seleção dos estudos, o que promoveu à autora a escolha mais arbitrária destes.

Objetivando manter os padrões metodológicos seguiram-se as seis etapas propostas para elaboração desse processo de revisão, sendo: identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, interpretação/discussão dos resultados, apresentação da revisão/

síntese do conhecimento.

*Critérios de inclusão.* Nessa produção, a delimitação da pesquisa, apresenta-se com especificações como: o material coletado pelo levantamento bibliográfico foi organizado por procedência, seguida de leitura, análise e discussão dos dados obtidos. Inicialmente, realizou-se uma primeira fase de pesquisa onde foram incluídos todos os estudos que tinham como assunto principal o “*qigong*”, “medicina tradicional chinesa”, “estresse psicológico”, “qualidade de vida”, “saúde mental”, “depressão”, “ansiedade”, “terapias mente e corpo” e “terapias complementares”.

Os artigos escolhidos foram os que descreviam sobre a prática em todas as idades no idioma inglês, espanhol ou português, publicados a partir de 2015 em qualquer tipo de estudo em diferentes aspectos clínicos nas bases de dados (Biblioteca Virtual da Saúde). Foram, ainda, consultadas e analisadas, as referências bibliográficas dos artigos selecionados e, também, artigos fornecidos por autores. A pesquisa eletrônica foi realizada durante os meses de agosto de 2018 a maio de 2019. Para atender aos objetivos propostos foi estabelecido como critério de inclusão o conteúdo dos títulos e resumos similares ou que tratavam acerca da temática.

*Critérios de exclusão.* Não fazem parte desta pesquisa artigos em que não existia a discussão sobre a prática ou existência de indicação dos efeitos da prática do *Chi Kung/Qi Gong* e que não atendiam aos demais critérios estabelecidos e já referidos na estratégia de investigação.

*Extração dos dados.* Os artigos incluídos foram selecionados, com base nos seus títulos. Em seguida, cada resumo foi analisado, foram identificados 94 artigos. No final, foram considerados 21, destes 17 foram citados no neste trabalho.

#### 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em referência a análise dos dados, os resultados foram correspondentes a 665 estudos com o descritor “*qi gong*”, onde se abordavam diversos tipos de patologias, quando cruzados com os critérios já orientados no método, foram totalizados 94, dos quais 21 atenderam aos critérios de inclusão, 20 da plataforma Medline e 1 da MOSAICO – Medicina Integrativa, referente a artigos em que consistiam 20 na língua inglesa e 1 em Português, sendo 17 o “n” total de artigos da amostra final, citados neste trabalho. Os achados foram agrupados em categorias de acordo com seus descritores (quadro 1), após a análise do conteúdo e comparação de resultados, não se obteve nenhum resultado relevante além dos já selecionados.

Descritor	Nº total de estudos	Combinados ao <i>qigong</i>	Atendiam aos critérios
Estresse Psicológico	117.050	4	2
Qualidade De Vida	221.971	13	4
Depressão	352.958	6	4
Ansiedade	116.757	3	2
Saúde Mental	656.380	15	5

Quadro 1: Relação entre descritores e achados na plataforma.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A partir dos resultados apresentados é possível levantar aspectos referentes à situação das publicações sobre o *Chi Kung/Qi Gong* e seus efeitos na promoção e prevenção de agravos a saúde e apresentar para o leitor a relação entre objetivos específicos do projeto de pesquisa e tópicos que integram os resultados e discussão.

*A prática do Chi Kung/Qi Gong e seus benefícios.* Os artigos publicados (CHAN *et al.* 2016; CHANG *et al.* 2018a; CHANG *et al.* 2018b; GUO *et al.* 2018a; GUO *et al.* 2018b; JING *et al.* 2018; KELLEY & KELLEY, 2015 LADAWAN *et al.* 2017; LIU *et al.* 2015; MARTÍNEZ, N. 2015; PORTER 2015; TAVARES *et al.* 2016; TSANG *et al.* 2015; WALTHER *et al.* 2018; ZOU *et al.* 2018a; ZOU *et al.* 2018b) defendem, em suma, que a prática se demonstra eficaz no manejo de sintomas psicológicos, imunológico e fisiológico do corpo, melhorando a saúde mental e reduzindo o estresse de pacientes .

Os resultados dos estudos suportam a noção de que a prática do *Chi Kung/Qi Gong* pode ser eficaz como um método auxiliar para melhorar as funções cognitivas, psicológicas e fisiológicas entre diferentes grupos etários e várias populações clínicas. Isto se faz possível por ser acessível para pessoas de todas as idades e força física, por ser fácil de aprender e com poucos efeitos colaterais (ZOU 2018).

Os achados da série de estudos forneceram evidências para eficácia da prática na melhora dos sintomas depressivos e ansiosos (TSANG *et al.* 2015) (LIU *et al.* 2015), dor (MARTÍNEZ *et al.* 2015), melhorias estatisticamente significativas nas condições de câncer de mama, esquizofrenia, lombalgia, insuficiência cardíaca e diabetes (KELLEY & KELLEY, 2015), além da redução do estresse nesses pacientes com câncer e outras condições médicas, apresentação de melhoramento no funcionamento físico e / ou psicológico (LARKEY *et al.* 2015).

Qualidade do sono, equilíbrio, força de preensão manual, flexibilidade de tronco (TAVARES *et al.* 2016), elevação da atenção, velocidade de processamento cerebral, melhora na pressão arterial e aumento da carga máxima de trabalho em indivíduos de meia-idade (LADAWAN *et al.* 2017), melhora na saúde social e psicológica, prevenção do isolamento social e da depressão (CHAN *et al.* 2016), foram outros efeitos presentes durante a revisão sobre os benefícios apresentados

à população em geral após a prática. Chan et al. (2016) também apresenta em sua pesquisa que o *Chi Kung/Qi Gong* tem efeitos benéficos em pacientes com doença respiratória, cardiopatia, controle metabólico no diabetes tipo 2, hipertensão, estresse emocional e distúrbios do sono.

Quanto a estudos realizados com idosos, fora percebido que o *Chi Kung/Qi Gong* é uma prática viável, aceitável e segura, capaz de proporcionar a esses sujeitos sentimentos calmantes e relaxantes, paz interior, melhor equilíbrio e flexibilidade (CHANG *et al.* 2018a), além de melhorar a capacidade física, a saúde funcional, saúde psicológica e bem-estar espiritual (CHANG *et al.* 2018b) (JING *et al.* 2018). Entre pacientes com doenças crônicas reduz a dor musculoesquelética, melhora a qualidade do sono, aumentam a propriocepção fisiológica, melhora e fortalece o estado geral da regulação vegetativa (homeostase) (ZOU *et al.* 2018). Para estudantes universitários com problemas de saúde mental se mostrou como o melhor método de autocuidado (GUO *et al.* 2018b). Nenhuma associação significativa sobre autodefesa e saúde sexual em homens foi obtida através da pesquisa (WALTHER *et al.* 2018).

Apresentam que tal prática favorece a melhora nos problemas como fadiga e sono. No entanto discutem que essas melhorias desapareceram após a cessação do exercício por várias semanas consecutivas. Consequentemente, a sua realização regular é importante para manter os efeitos relacionados à saúde, para isso é importante apresentar nesse momento que Skinner (1938,1953) trata a motivação em termos de operações de privação / saciação e estimulação aversiva, enfatizando-as como variáveis ambientais controladoras do comportamento, portanto os indivíduos aderem ao exercício físico por diversos motivos: estéticos, preventivos, terapêuticos, por prazer ou simplesmente por estar na moda e por isso o trabalho da psicoeducação com esses sujeitos deve ser realizados de forma que estes venham a despertar ou não o real interesse nas atividades que lhe serão propostas e benefícios consequentes destas.

Ainda em relação aos seus efeitos, os resultados das pesquisas são compatíveis com a tese de que esse tipo de prática é uma ferramenta eficaz, um meio não farmacológico e de baixo custo para ajudar os adolescentes, adultos e idosos a aliviar os sintomas presentes em sua vida cotidiana.

Esta investigação aponta que apesar do processo de internalização, compreensão e aceitação de novos hábitos contemos a plena convicção de que os retornos dos velhos costumem não serão descartados, apenas suprimidos, mas que o importante é que por determinado tempo, período ou necessidade o praticante esteja aberto a novas experiências, focado e objetivo nesta relação de esforço sobre o que deseja alcançar com tal exercício. Se o comportamento humano é produto das contingências de reforço então é necessário que os indivíduos tenham

contato com tal prática para que esta seja mantida entre o ambiente social para conhecimento de todos (SKINNER, 1981).

Tavares *et al.* (2016) defende que esses modos integrativos de produção de saúde tornam aos sujeitos responsáveis pela sua própria saúde e promovem a cultura de autocuidado que envolve boas práticas de saúde, sendo uma estratégia útil para manutenção de um estilo de vida mais ativo.

Apesar dos resultados promissores obtidos, certos pontos sobre a prática do *Chi Kung/Qi Gong* ainda não foram esclarecidos de forma satisfatória, requerendo maior investigação. Como por exemplo, dos efeitos de alívio não se estenderem em longo prazo ou caso o exercício não seja continuado, ou seja, efeitos como bem-estar mental e físico não são visualizadas significativamente após à curta duração de intervenção (TSANG *et al.* 2015). Ladawan *et al.* (2017) aponta que as melhorias desapareceram 12 semanas após a cessação do *Chi Kung/Qi Gong*. Consequentemente, a realização regular de *Chi Kung/Qi Gong* é importante para manter os efeitos relacionados à saúde.

A prática discutida nesse trabalho tem seus efeitos apresentados de maneira não simultânea, ao contrário da medicalização, por isso deve sempre ser feita a tarefa de conscientização dos praticantes. Esse tipo de intervenção não é totalmente isento de riscos, a prática inadequada ou excessiva pode induzir a ocorrência de episódios psicóticos, distúrbio afetivo, alucinação, paranoia e eventos adversos também relatados na literatura (GUO *et al.* 2018a).

Para o processo de validação de práticas e saberes em saúde e doença indica-se como sugestão para estudos futuros a necessidade de pesquisas posteriores com critérios de inclusão e exclusão mais fechados para examinar os resultados significativos acerca da eficácia do exercício, onde se deve adotar a coleta de amostra específica de patologias para que sejam visualizados os recursos disponíveis para enfrentá-las e/ou combatê-las.

Uma possível alternativa seria avaliar a segurança do *Chi Kung/Qi Gong* e terapias relacionadas na prática clínica e no treinamento da vida diária através de estudos mais profundos, para que não se tenha o excesso de tal atividade e seja possível informar os praticantes em todo o mundo sobre como praticá-lo de forma correta (GUO *et al.* 2018a). Outro importante fator a ser investigado é a busca do conhecimento sobre se as melhorias na QVRS como resultado são iguais ou maiores que as intervenções de exercícios tradicionais.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a Psicologia, a Medicina Integrativa pode ser inserida no cuidado assistencial no âmbito da atenção psicossocial, pois seus efeitos são visivelmente



aparentes terapêuticos, éticos e desmedicalizante para o corpo-mente, ajuda no alcance da qualidade de vida (QV) de pessoas idosas, contribui para a redução na falta de cuidado nos homens, além de auxiliar na diminuição dos sintomas de estresse ocupacional melhorando assim o desempenho dos indivíduos e aumento da produtividade desses. A promoção de Saúde através dela também pode ser visualizada através das pesquisas em unidades de ensino, períodos gestacionais, na atenção básica e entre outros. No entanto, que o profissional tenha o cuidado de não fundir tais conhecimentos, mas sim de utilizá-los de forma complementar, proporcionando o bem-estar para seus pacientes, ampliando o campo de ação.

Ainda que estejamos numa sociedade em que os cuidados relacionados à saúde estão cada vez mais industrializados, a prática em questão, aliado à perspectiva psicológica, tende a formar pessoas mais protagonistas de seus cuidados, diminuindo possivelmente, demandas nos serviços de saúde. As desvantagens são que instrutores de *Qigong* qualificados podem não estar disponíveis em muitas áreas, e que a adesão de longo prazo das práticas de autogerenciamento tende a ser baixa e que por não ser oferecido como uma monoterapia, mas como um tratamento adjuvante às intervenções recebidas pelos pacientes os que tornam como consequência a impossibilidade de concluir definitivamente se os resultados foram devidos apenas a prática do *Chi Kung/Qi Gong* e quanto às doenças crônicas, logo, não está claro se os efeitos benéficos se aplicam a todas ou apenas algumas das doenças.

Os resultados deste estudo sugerem que a prática o *Chi Kung/Qi Gong* pode melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos. No entanto, existe a necessidade de pesquisas posteriores mais abrangentes. A dificuldade encontrada para elaboração dessa pesquisa foi o número limitado a populações estreitamente definidas, em geral relacionadas ao câncer, deixando assim o campo da saúde em geral com uma lacuna que pode ser solucionada posteriormente com futuros trabalhos. Um outro ponto sugerido é de que estudos futuros com maior tamanho amostral forneçam evidências científicas mais válidas para demonstrar e reforçar a ideia de o uso de terapias de movimento meditativo é um importante aliado para a qualidade de vida relacionada à saúde.

## REFERÊNCIAS

ABE, G. C. Medicina Tradicional Chinesa (MTC). **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.80-85, abr. 2006. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2006/RN>. Acesso em: 13 set. 2018.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. A “revisão bibliográfica” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Org.). **A bússola do escrever**: desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-44

BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M.; AZEVEDO, V. M. G. O. As Práticas Integrativas e Complementares na Atenção à Saúde da Mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Rev. Min. Enferm.** v. 15, n. 1, p. 105-113, jan./mar., 2011. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/wp-content/uploads/2011/08/As-pr%C3%A1ticas-integrativas.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 971, de 03 De Maio De 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mai. 2006.

CASTRO JUNIOR, J. L. **As práticas corporais chinesas: princípios e concepções de corpo.** Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação Física. Campinas, SP, 2007. 73f. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?down=000413388>. Acesso em: 08 nov. 2018.

CHAN AW, YU DS, CHOI KC. Effects of tai chi qigong on psychosocial well-being among hidden elderly, using elderly neighborhood volunteer approach: a pilot randomized controlled trial. **Clinical Interventions in Aging.** 2017, v. 12, p. 85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5221552/>. Acesso em: 21 nov. 2018.

CHANG, P. *et al.* Feasibility and Acceptability of Qigong Exercise in Community-Dwelling Older Adults in the United States. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine.** 2018, 24.1: 48-54. 2018b. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2017.0096>. Acesso em: 2 maio 2019.

CHANG, P. *et al.* Physical and psychological effects of Qigong exercise in community-dwelling older adults: An exploratory study, **Geriatric Nursing**, 2018a, v.39, n.1, 2018, p.88-94, Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457217301738>. Acesso em: 20 jan. 2019.

CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 nov. 2018.

FERRARO, D. **Qi gong para mulher: exercício de baixo impacto para aumentar a energia e fortalecer o corpo.** São Paulo: Ground, 2002.

GUO Y. *et al.* Safety of Qigong: Protocol for an overview of systematic reviews. **Medicine (Baltimore).** 2018a, v.97. n.44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6221731/>. Acesso em: 3 nov. 2018.

GUO, Y. *et al.* The effect of Imaginary Working Qigong on the psychological well-being of college students: Study protocol for a randomized controlled trial. **Medicine, (Baltimore).** 2018b. v.97. n.44. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/19710>. Acesso em: 2 maio 2019.

JING, L. *et al.* The effect of Baduanjin qigong combined with CBT on physical fitness and psychological health of elderly housebound. **Medicine.** 2018, v.97. n.51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320153/>. Acesso em: 3 nov. 2018.

KELLEY, G.A; KELLEY, K.S. Meditative Movement Therapies and Health-Related Quality-of-Life in Adults: A Systematic Review of Meta-Analyses. **PLoS one**, 2015 v.10. n.6. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0129181>. Acesso em: 15 nov. 2018.

LADAWAN, S., et al. Effect of Qigong exercise on cognitive function, blood pressure and cardiorespiratory fitness in healthy middle-aged subjects. **Complementary therapies in medicine**, 2017, v. 33, p. 39-45. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal>.

pone.0129181. Acesso em: 15 nov. 2018.

LESS, L.; SEHNEM, S. Terapias alternativas e a saúde pública. **Pesquisa Em Psicologia - Anais eletrônicos**, 219-238. 2018.

LIU, X., et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of Qigong and Tai Chi for depressive symptoms. **Complementary therapies in medicine**, 2015, v. 23, n. 4, p. 516-534. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229915000825>. Acesso em: 08 nov. 2018.

LIVRAMENTO, G.; FRANCO, T.; LIVRAMENTO, A. A ginástica terapêutica e preventiva chinesa Lian Gong/Qi Gong como um dos instrumentos na prevenção e reabilitação da LER/DORT. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 74-86, June 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 nov. 2018.

MARTÍNEZ, N.; MARTORELL, C.; ESPINOSA, L. *et al.* Impact of Qigong on quality of life, pain and depressive symptoms in older adults admitted to an intermediate care rehabilitation unit: a randomized controlled trial. **Aging Clin Exp Res** (2015) v.27, p.125. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0250-y>. Acesso em: 2 fev. 2019.

MEDEIROS, A. M. **Medicina Tradicional Chinesa**. Sabedoria Política, 2017. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/medicina-tradicional-chinesa/>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MELLO, Luiz Gonzaga de. **Antropologia cultural: iniciação teorias e temas**. 8. ed. São Paulo: Vozes, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Tradicional Medicine Strategy**, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1). Acesso em: 21 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019**. 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875). Acesso em: 27 mar. 2019.

PORTER, L.S. Advancing the science of mind-body interventions: a comment on Larkey *et al.* **Ann Behav Med**. 2015. v.49. n.2. p.149-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9652-5>. Acesso em: 25 jan. 2019.

RIBEIRO, Armando. Terapias Complementares em Psicologia. **Redepsi**, 2007. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2007/03/14/terapias-complementares-em-psicologia/>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SILVA FILHO, José Adelmo da; SILVA, Roger Rodrigues da; CUNHA, Milana Correia; BEZERRA, Adriana de Moraes. Assistência em Saúde Mental para além da Medicalização: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2018, vol.12, n.42, p. 641-658. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1355/1945>

SKINNER, B. F. **The behavior of organisms: an experimental analysis**. Oxford, England: Appleton-Century. (1938).

\_\_\_\_\_. **Science and human behavior**. Oxford, England: Macmillan. (1953).

\_\_\_\_\_. **Selection by consequences**. *Science*, 1981, 213, 501-504

TAVARES, Y. A., *et al.* Qualidade de Vida de indivíduos praticantes de qigong na comunidade. **Extensão em Ação**, 2017, v. 1. n. 13, p. 83-93. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/>

extensaoemacao/article/view/19710. Acesso em: 2 maio 2019.

TSANG, H. W. H., *et al.* A pilot evaluation on a stress management programme using a combined approach of cognitive behavioural therapy (CBT) and complementary and alternative medicine (CAM) for elementary school teachers. **Stress and Health**, 2015, v. 31. n. 1, p. 35-43. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.2522>. Acesso em: 13 maio 2019.

WALTHER, A.; LACKER, T. J.; EHLERT, U. Everybody was Kung-Fu fighting-The beneficial effects of Tai Chi Qigong and self-defense Kung-Fu training on psychological and endocrine health in middle aged and older men. **Complementary therapies in medicine**, 2018, v. 36, p. 68-72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229917302315>. Acesso em: 2 maio 2019.

ZOU, L., *et al.* A review study on the beneficial effects of Baduanjin. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, 2018a, v. 24. n. 4, p. 324-335. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2017.0241>. Acesso em: 11 maio 2019.

ZOU, L., *et al.* A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based (Baduanjin) exercise for alleviating musculoskeletal pain and improving sleep quality in people with chronic diseases. **International journal of environmental research and public health**, 2018b, v. 15. n. 2, p. 206. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/206>. Acesso em: 11 maio 2019.

## EXPANSÃO DO USO DE PSICOESTIMULANTES: EXCESSO OU NECESSIDADE?

### **Ana Carolina Lopes Ramalho Bezerra Viana**

Discente do curso de Medicina da Faculdade de  
Medicina Nova Esperança  
João Pessoa/PB

### **Ana Rafaella Lopes Ramalho Bezerra Viana**

Discente do curso de Medicina do Centro  
Universitário de João Pessoa - UNIPÊ  
João Pessoa/PB

### **Marílya Vitória dos Santos Silva**

Discente do curso de Medicina do Centro  
Universitário de João Pessoa - UNIPÊ  
João Pessoa/PB

### **Roberto Mendes dos Santos**

Professor de Psiquiatria da Faculdade de  
Medicina Nova Esperança  
João Pessoa/PB

**RESUMO:** Observa-se aumento na utilização de psicotrópicos, associados ao tratamento de transtornos mentais, acompanhando o aumento da prevalência destes. Em destaque, cresce o interesse no Transtorno de Déficit de Atenção de Hiperatividade (TDAH), caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade inapropriados, com prejuízo em áreas importantes do funcionamento do portador. Nas últimas décadas, num cenário de necessidade de aumento de capacidades cognitivas e de alta competitividade, percebe-

se que os psicoestimulantes, especialmente o metilfenidato, podem estar sendo empregados excessivamente, por indivíduos que não necessitam de qualquer tratamento. O objetivo desta pesquisa é discutir sobre a avaliação criteriosa do TDAH e sobre o uso do metilfenidato, tanto em pacientes diagnosticados, como em indivíduos sem o diagnóstico. Trata-se de revisão bibliográfica, de caráter descritivo e exploratório, com artigos do banco de dados da UNIFESP e da Scielo. Como resultado, o uso do metilfenidato nos pacientes com diagnóstico correto de TDAH apresentou benefícios na remissão dos sintomas; porém ,o uso 'não médico', em indivíduos que buscam aumento de desempenho, sem preencher critérios diagnósticos, apresentou-se como preocupação pelo excesso de prescrições desse medicamento, fenômeno ambivalente em duas justificativas: crianças sem o transtorno estariam sendo medicadas devido à ausência de métodos diagnósticos fidedignos e de conhecimento das manifestações clínicas; e, por outro lado, pacientes com TDAH estariam sendo medicados sem necessidade. Diante dos resultados, observa-se que pacientes com sintomas de TDAH constituem um desafio para o psiquiatra, pelas limitações na utilização dos sistemas diagnósticos, dificultando a

abordagem desses pacientes e propiciando consumo excessivo de estimulantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** TDAH; psicotrópicos; Metilfenidato.

### EXPANSION OF PSYCHOSTIMULANT USE: EXCESS OR NEED?

**ABSTRACT:** There is an increase in the use of psychotropic drugs associated with the treatment of mental disorders, accompanying their increased prevalence. In particular, there is growing interest in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), characterized by inappropriate inattention, hyperactivity and impulsivity, with impairment in important areas of carrier functioning. In the last decades, in a scenario of need for increased cognitive abilities and high competitiveness, it is clear that psychostimulants, especially methylphenidate, may be overused by individuals who do not need any treatment. The purpose of this research is to discuss the careful evaluation of ADHD and the use of methylphenidate, both in diagnosed patients and in individuals without the diagnosis. This is a descriptive and exploratory literature review, with articles from the UNIFESP and Scielo databases. As a result, the use of methylphenidate in patients with correct diagnosis of ADHD had benefits in symptom remission; However, the ‘non-medical’ use in individuals seeking performance increase without meeting diagnostic criteria was a concern for the excess prescriptions of this drug, ambivalent phenomenon in two justifications: children without the disorder would be being medicated due to absence reliable diagnostic methods and knowledge of clinical manifestations; and, on the other hand, ADHD patients would be being treated unnecessarily. Given the results, it is observed that patients with ADHD symptoms pose a challenge to the psychiatrist, due to the limitations in the use of diagnostic systems, making it difficult to approach these patients and providing excessive consumption of stimulants.

**KEYWORDS:** ADHD; psychotropic drugs; Methylphenidate.

## INTRODUÇÃO

Diante dos desafios contemporâneos que solicitam dos indivíduos um nível de produtividade cada vez maior, acompanhados de múltiplas mídias que aproximam as pessoas, cobrando velocidade de execução de várias tarefas, somos instados a ter um controle adequado do tempo, como provavelmente nenhuma era do desenvolvimento humano solicitou. Além disso, os diversos estímulos aos sentidos humanos tornaram o humano um ser mais solicitado a dar conta do mundo externo e mais inquieto, com sérias dificuldades para permanecer recluso em seu próprio mundo e nos seus próprios sentimentos.

Na procura de alternativas para vencer tais solicitações, a procura por estratégias que potencializem capacidade de nosso “cérebro” fazer mais em menos tempo, os profissionais relacionados ao campo cognitivo – psiquiatras,

psicólogos, neurologistas, entre outros terapeutas – têm sido alvo de pessoas em busca de respostas para o aumento da atenção e da capacidade de concentração, supostamente diminuídos, ou claramente prejudicados.

A atenção pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto (CUVILLIER, 1937). Refere-se ao conjunto de processos psicológicos que torna o ser humano capaz de selecionar, filtrar e organizar as informações e os estímulos dos meios interno e externo.

Diante do exposto, ganha importância o estudo da psicopatologia da atenção e de suas alterações, e em especial do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), entidade nosológica que abarca as situações clínicas relacionadas ao tema.

O TDAH é um transtorno neurobiológico de etiologia multifatorial, a qual inclui fatores genéticos e ambientais. Seu diagnóstico geralmente é dado na infância, acompanhando o paciente por toda a vida. O TDAH, caracteriza-se pela redução da atenção, pela hiperatividade e pela impulsividade, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), e, junto com a dislexia, são as mais importantes causas de fracasso escolar.

O diagnóstico do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade é feito através de critérios clínicos, que abordam alterações no comportamento, tanto aquelas percebidas pelo indivíduo, como também aquelas observadas por familiares e entes significativos ao seu redor. Os critérios mais utilizados na prática clínica são do DSM 5, publicado em maio de 2013, que contém critérios com 18 sintomas, em um espectro de características associadas a desatenção, hiperatividade e impulsividade. Para o diagnóstico ser sugerido, necessita-se de pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas de hiperatividade/impulsividade. Todos esses devem estar presentes por pelo menos 6 meses e serem inconsistentes com a idade do paciente.

Os novos critérios trouxeram algumas inovações em relação a classificações anteriores, como a inclusão de critérios para o diagnóstico em adultos, e a classificação do quadro em três intensidades, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo: leve, moderado e grave. Houve, ainda, a inclusão de alguns critérios mais polêmicos, citando a possibilidade da abertura para a comorbidade entre o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista, e o aumento da idade mínima na qual o paciente apresentou os primeiros sintomas para que o diagnóstico possa ser efetuado, indo de 07 (DSM IV) para 12 anos (ARAUJO & LOTUFO-NETO, 2013).

Existem, também, os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), que o descreve como Transtorno Hiperativo (F-90). Esse grupo de transtornos teria início precoce, com um comportamento hiperativo, desatenção

e falta de envolvimento persistente nas tarefas, conduta evasiva nas situações e persistência no tempo destas características de comportamento.

A maior parte dos profissionais sugere o diagnóstico baseando-se nas características clínicas descritas nestes dois compêndios classificatórios. Contudo, existem instrumentos validados que podem aferir maior acurácia na entrevista. Dentro destes, são bastante reconhecidos o questionário SNAP IV, que acompanha os critérios do DSM V, porém funciona como um tipo de diagnóstico “preliminar”, o qual é dirigido para os pais e professores da criança, e se aplica a crianças e adolescentes; e o ASRS, utilizado na avaliação diagnóstica do TDAH no adulto.

O tratamento do TDAH é multifatorial, guardando relação com as várias facetas clínicas e suas variadas apresentações. O uso de psicofármacos costuma ter boa resposta quando atrelado à psicoterapia, ao treinamento de habilidades sociais, ao aprendizado de estratégias cognitivas que potencializem as funções executivas e a manutenção da tenacidade e da atenção.

Segenreich e Mattos (2007) afirmam que trabalhos recentes encontram evidências de que o TDAH se trata de um distúrbio neurobiológico. Dois grupos de pesquisas atuais têm resultados que atribuem a este transtorno duas possíveis causas: uma relacionada ao déficit funcional do lobo frontal, mais precisamente o córtex cerebral; e a outra ao déficit funcional de certos neurotransmissores, o principal implicado deles, a dopamina, e a noradrenalina, secundariamente. Existiria uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica na área frontal, regiões subcorticais e a região límbica cerebral. Alguns trabalhos indicam uma evidente alteração destas regiões cerebrais resultando na impulsividade do paciente (RUBIA et al., 2001).

Neste sentido, a prática clínica aponta para o uso de psicofármacos que se apoiem na neurotransmissão da dopamina e da noradrenalina com vistas a potencializar a atenção e contornar os comportamentos impulsivos nestes pacientes. Dentre as medicações utilizadas, o psicoestimulante derivado anfetamínico cloridrato de metilfenidato (Ritalina®, Ritalina LA®, Concerta®), é uma das principais drogas prescritas em todo o Globo, e também no Brasil. Segundo Silva (2010), esses tipos de substâncias apresentam como ação primária a estimulação do sistema nervoso central (SNC), incrementando as funções executivas e controlando os impulsos relacionados ao córtex pré-frontal.

Levando em consideração a subjetividade dos sinais e sintomas do TDAH, o fato de que nenhum exame laboratorial confiável pode confirmar esse problema, o que tem sido percebido é que uma parte considerável das crianças e adultos tornaram-se, abruptamente desatentos e hiperativos, devido aos processos de escolarização, em que a queixa escolar é vista como um problema médico psiquiátrico respondido pelas prescrições de drogas, como a Ritalina. Chama-se, portanto, atenção para o diagnóstico desse transtorno, o qual, torna-se complicado, devido a ocorrência



comum desses sintomas, como a dificuldade de aprendizagem, transtornos de ansiedade e de conduta, necessitando do relato dos pais e professores os quais respondem o questionário de acordo com a intensidade e frequência dos sintomas observados. Tendo em vista o que foi explicito acima, existe uma problemática que pretende discutir se há uma utilização exacerbada do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção ou se há um excesso do uso dessa anfetamina como um estimulante por parte de pacientes e estudantes que querem melhorar seu desempenho cognitivo e comportamental, sendo os estudantes de Medicina um dos principais grupos mais vulneráveis ao consumo abusivo dessas substâncias com o objetivo de potencializar concentração, rotina de estudos, diminuir o cansaço e aumentar o acúmulo de informação em menor quantidade de tempo.

## MÉTODOS

Esse estudo foi realizado através de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo, observacional, exploratório através da leitura de artigos com base nos dados da revista brasileira de psiquiatria, UNIFESP, ANVISA. Como palavras-chave: TDAH, medicalização, diagnóstico, metilfenidato, estudantes de medicina, SNAP IV. Os artigos discutem de forma crítica a expansão do uso dos psicoestimulantes, especialmente o metilfenidato, e sua real necessidade, o uso abusivo por parte de estudantes, chamando atenção para os estudantes de medicina, os quais pretendem com seu uso aumentar seu desempenho, o diagnóstico do TDAH e sua medicalização na infância. Esse artigo presente entra na lógica dos citados acima, na tentativa de entender o processo de diagnóstico, a complexidade da relação que foi nutrida entre esse transtorno, e a necessidade de uma população em um contexto social medicalizado que faz crescer o mercado de consumo da Ritalina.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

O metilfenidato foi criado inicialmente na década de 50, sendo descrito como um estimulante fraco do sistema nervoso central de excelente tolerância, atuando no humor, na performance geral e sem causar euforia, sendo utilizado inicialmente pra pacientes “quando se quiser ser totalmente eficaz após passar uma noite em claro a pensar” (DUPANLOUP, 2004, p. 125), indicado para estados depressivos leves e como supressor do apetite (FRAZZETTO et al., 2007). Ao longo do tempo, da criação dos critérios diagnósticos e de pesquisas realizadas por psiquiatras da década de 60 e 70, a ritalina começou a ser utilizada em crianças com distúrbios de aprendizagem, aceitando que o uso desse psicoestimulante atuava com calmante

para crianças hiperativas. Porém, o uso desse fármaco pode levar a cefaleia, insônia, náuseas, vômitos e até convulsões.

O início do uso clínico do metilfenidato, deveu-se à observação clínica dos seus efeitos, como a redução da desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade (GENRO, 2008) e, sobretudo, ao longo processo que, historicamente, atrelou significativamente o uso do medicamento ao transtorno (CALIMAN, 2006). Diante da indicação da ritalina em crianças com dificuldade de concentrar-se, impulsividade, fracasso escolar, entre outros, o consumo dessa medicação vem aumentando drasticamente.

O metilfenidato, principal substância utilizada no tratamento farmacológico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é atualmente o psicoestimulante mais consumido no mundo (ONU, 2011). O volume de produção dessa anfetamina, atingiu, em 2010, cerca de 43 toneladas, sendo responsável por 56% do volume total de estimulantes produzidos no planeta para fins medicamentosos. Nos EUA, o maior consumidor desse psicoestimulante, sua produção teve um aumento de seis vezes entre os anos 1990 e 2005 (MYERS, 2007). No Brasil, o consumo de metilfenidato cresceu exponencialmente, nos últimos anos, seguindo a tendência mundial. Calazans, Guerra, Kyrillos Neto, Pontes e Resende (2012) relatam que, de 2000 a 2004, houve um aumento de 1024% nas vendas de caixas de metilfenidato e, entre 2004 e 2008, mais um aumento de 940%. Em um boletim de 2012, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aponta ainda que, entre 2009 e 2011, o consumo do medicamento continuou aumentando, especialmente no que se refere às doses diárias prescritas às crianças entre 06 e 16 anos (ANVISA, 2012). Torna-se importante, diante dos dados citados acima sobre a produção e consumo do metilfenidato uma análise crítica, urgente, das práticas farmacológicas e científicas em torno do uso desse medicamento.

Levando em consideração a subjetividade dos sinais e sintomas do TDAH, o fato de que nenhum exame laboratorial confiável pode confirmar esse problema, o que tem sido percebido é que uma parte considerável das crianças e adultos tornaram-se, abruptamente desatentos e hiperativos, devido aos processos de escolarização, em que a queixa escolar é vista como um problema médico psiquiátrico respondido pelas prescrições de drogas, como a Ritalina. Chama-se, portanto, atenção para o diagnóstico desse transtorno, o qual, torna-se complicado, devido a ocorrência comum desses sintomas, como a dificuldade de aprendizagem, transtornos de ansiedade e de conduta, necessitando do relato dos pais e professores os quais respondem o questionário de acordo com a intensidade e frequência dos sintomas observados.

Tendo em vista o que foi explícito acima, existe uma problemática que pretende discutir se há uma utilização exacerbada do diagnóstico do transtorno de déficit de

atenção ou se há um excesso do uso dessa anfetamina como um estimulante por parte de pacientes e estudantes que querem melhorar seu desempenho cognitivo e comportamental, sendo os estudantes de Medicina um dos principais grupos mais vulneráveis ao consumo abusivo dessas substâncias com o objetivo de potencializar concentração, rotina de estudos, diminuir o cansaço e aumentar o acúmulo de informação em menor quantidade de tempo.

Ainda referente ao consumo do metilfenidato, No Brasil, o consumo dessa medicação cresceu exponencialmente, nos últimos anos. Calazans, Guerra, Kyrillos Neto, Pontes e Resende (2012) relatam que, de 2000 a 2004, houve um aumento de 1024% nas vendas de caixas de metilfenidato e, entre 2004 e 2008, houve mais um aumento de cerca de 940%. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012), em 2012, publicou dados que apontam, ainda que, entre 2009 e 2011, o consumo do medicamento continuou aumentando, especialmente no que se refere às doses diárias prescritas às crianças entre 06 e 16 anos (ANVISA, 2012).

Os artigos nacionais que debatem as questões discutidas nesse presente artigo, que debatem a questão, em geral, conduz seus estudos por duas vertentes distintas. A primeira, defende que os profissionais de saúde têm se tornado mais capazes na identificação da doença, que estaria desde sempre presente na população, estando anteriormente subdiagnosticada (ROHDE & HALPERN, 2004). A segunda, em outro contexto, denuncia a ocorrência de uma banalização do diagnóstico, cujo resultado principal estaria na criação de estigmas e tamponamento da dimensão social da situação problemática em que o TDAH emerge – como as dificuldades no contexto escolar (COLLARES & MOYSES, 2010).

De forma mais discutida e com mais dados associados, o consumo da Ritalina, está associado ao surgimento de estratégias e discursos que sustentam as práticas de medicalização na educação, com conseqüente patologização na infância a partir queixas escolares e comportamentais aumentando exponencialmente o número de crianças diagnosticadas com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade principalmente pela criação de questionários que levam em consideração a observação dos professores. Vale mencionar que boa parte dos encaminhamentos realizados para psiquiatras e neuropsiquiatras a fim de diagnosticar crianças é feito pelas escolas e, com isso, há uma produção massiva de crianças psicopatologizadas por meio de práticas que atravessam o contexto escolarizado de aprendizagem. As dificuldades em cumprir encomendas escolares no âmbito de processos de desenvolvimento e da aprendizagem são transformadas em queixas referentes aos estudantes, os quais apresentam o que alguns especialistas vão nomear como distúrbios e transtornos de aprendizagem (SOUZA, 2000). Começou-se a identificar, a partir da década de 1980 o crescimento da identificação do TDAH em crianças, e o Brasil seguiu a tendência sendo sempre associado ao fracasso escolar

(SUCUPIRA,1985). Em 2012, o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados sinaliza a mesma tendência, com elevado número de diagnósticos de TDAH, chegando a identificar sua prevalência em até 26,8% das crianças e adolescentes de algumas regiões deste país (ANVISA, 2012).

Existe concomitantemente a crítica ao excesso da medicalização, uma vertente associada aos desafios diagnósticos que o TDAH propõe aos médicos psiquiatras. O diagnóstico desse transtorno é essencialmente clínico, portanto, esse processo fundamenta-se na observação direta da criança ou em sua descrição clínica por terceiros, a fim de verificar se preenche ou não os critérios apresentados nos sistemas classificatórios. Desse modo, de forma subjetiva é de função do médico julgar se os critérios são compatíveis ou não com os sistemas, contando com a colaboração de diferentes informantes, tais como os pais, a escola e a criança (ROHDE et al., 2000). Segundo Breinis (2014), exames específicos de neuroimagem não são utilizados para o diagnóstico, sendo utilizados principalmente para contribuir para a afirmação de que o transtorno existe e pode ser comprovado como uma entidade clínica, endógena e cerebral.

## CONCLUSÃO

A partir dos dados analisados, podemos, assim, dar mais suporte à teoria do aumento de psicopatologização das crianças em relação à doença, visto que qualquer mero comportamento fora do padrão ou queixa escolar são vistos, automaticamente, como sintomas de um transtorno que necessita de medicação. Ademais, uma vez que o diagnóstico é basicamente clínico com fundamentos em questionários subjetivos, percebe-se a escassez de neutralidade da construção daquele, levando-se a acreditar que realmente existe um excesso do uso da popular Ritalina entre público jovem.

Por mais que exista uma vertente que apoia o raciocínio de que os métodos diagnósticos melhoraram nos últimos tempos e que a doença sempre existiu, porém era subdiagnosticada, é importante salientar que a primeira abordagem científica da TDAH, na verdade, só foi feita em 1902, abordagem esta que partiu de um sujeito doutrinado pelo darwinismo social (MUSZKAT et al., 2017). Dessa forma, podemos concluir que o diagnóstico desse transtorno é baseado em comportamentos observados que fogem do padrão da normalidade da doutrina em que a nossa sociedade está atrelada, entretanto ainda na tentativa de se desvincular. A fim de encerrar, fica a reflexão do que realmente significa o “normal” atualmente e por qual motivo qualquer desvio desse conceito necessita de uma pílula que, de certa forma, desmolda o paciente e o transforma no modelo do que se acha correto.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/legis](http://www.anvisa.gov.br/legis)> Acessado em: 22 de março 2012.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DMS-5. *Jornal de psicanálise*, v. 46, n. 85, p. 99-116, 2013.
- BREINIS, Paulo et al. The eleventh reported case of Mulvihill-Smith syndrome in the literature. *BMC neurology*, v. 14, n. 1, p. 4, 2014.
- CALAZANS, R. et al. Manifesto de São João Del Rei-Brasil-em prol de uma psicopatologia clínica. *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*, p. 159-173, 2012.
- CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do "fato TDAH". *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009.
- CUVILLIER, A. ABC de psicologia. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1937. Organização Mundial da Saúde. **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. 5.
- DA SILVA SENA, Soraya Soraya; DE SOUZA, Luciana Karine. Amizade, infância e TDAH. *Contextos Clínicos*, v. 3, n. 1, p. 18-28, 2010.
- DUPANLOUP, Anne. L'hyperactivité infantile. 2004. Tese de Doutorado. Université de Neuchâtel.
- FRAZZETTO, Giovanni; KEENAN, Sinéad; SINGH, Ilna. 'I Bambini e le Droghe': the right to ritalin vs the right to childhood in Italy. *BioSocieties*, v. 2, n. 4, p. 393-412, 2007.
- GENRO, Júlia Pasqualini. O gene do transportador de dopamina e a suscetibilidade genética ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças. 2008.
- MUSZKAT, Mauro; MIRANDA, Monica Carolina; RIZZUTTI, Sueli. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Cortez Editora, 2017.
- MYERS, David. Threat perception and strategic responses of regional hegemons: a conceptual overview. Myers, ed., *Regional Hegemons: Threat Perception and Strategic Response* (Boulder, Colo.: Westview, 1991), p. 13, 1991.
- ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Report of the International Narcotics Control Board for 2011. Disponível em: <[https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR\\_2011\\_English.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR_2011_English.pdf)>
- RUBIA, K. et al. Neuropsychological analyses of impulsiveness in childhood hyperactivity. *The British Journal of Psychiatry*, v. 179, n. 2, p. 138-143, 2001.
- SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Atualização sobre comorbidade entre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 184-190, 2007.
- SOUZA, Marilene Proença Rebello de. A queixa escolar na formação de psicólogos: desafios e perspectivas. *Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos*, 2000.

SUCUPIRA, Newton. O movimento do ensino livre e as origens da livre-docência. In: Forum Educacional. 1985. p. 3-31.

## FATORES DE RISCO QUE DESENCADEIAM A DEPRESSÃO EM IDOSOS

### **Amanda Karem Lopes Lima**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
Bacabal-Maranhão

### **Andrêssa Pereira Machado**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
Bacabal-Maranhão

### **Jackelliny Carvalho Neves**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
Bacabal-Maranhão

### **Maria Beatriz dos Santos Brito**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
Bacabal-Maranhão

### **Luciane Cardoso Pessoa**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
São Luís-Maranhão

### **Andressa Arraes Silva**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
Bacabal-Maranhão

### **Ana Cláudia de Almeida Varão**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
Bacabal-Maranhão

### **Maria Beatriz Pereira da Silva**

Universidade Estadual do Maranhão-Centro de  
Bacabal  
Bacabal-Maranhão

### **Andréa Dutra Pereira**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís-Maranhão

### **Alan Cássio Carvalho Coutinho**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís-Maranhão

### **Lívia Alessandra Gomes Aroucha**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís-Maranhão

### **Jocelha Maria Costa de Almeida**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís-Maranhão

**RESUMO:** O envelhecimento é um processo dinâmico, gradativo e repleto de mudanças, tais como mudanças físicas, psicológicas e sociais. No processo de envelhecimento muitos idosos são acometidos por diversas patologias, dentre elas se destacam os distúrbios mentais, que nessa faixa etária pesquisas apontam para um grande número de casos de depressão em idosos. A depressão é caracterizada como distúrbio multifatorial da área afetiva ou do humor, tendo como sintomatologia o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer pelas atividades realizadas no cotidiano. Existem diversos fatores de risco associado para o desenvolvimento da depressão, em idosos seu

reconhecimento é bem mais difícil. O objetivo desse estudo é avaliar os fatores de risco que desencadeiam a depressão em idosos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. Para seleção dos estudos foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: BVS, LILACS e Scielo, nos anos de 2015 a 2019. De acordo com o estudo o sexo feminino é um dos principais fatores de risco em seguida do estado civil, fragilidade na autonomia, o nível de baixa renda, maior faixa etária, baixo nível de escolaridade, doenças crônicas, idosos institucionalizados, o uso de álcool/tabaco, o sedentarismo, a religiosidade e a percepção ruim da própria saúde. A ocorrência de depressão na terceira idade é bastante comum a identificação precoce colabora para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção através de atividades coletivas e lúdicas que apresentam um efeito benéfico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão, idosos e fatores de riscos.

### RISK FACTORS THAT UNLEASH DEPRESSION IN SENIORS

**ABSTRACT:** Aging is a dynamic, gradual and change-filled process such as physical, psychological and social changes. In the aging process, many elderly people are affected by various pathologies, among which are mental disorders, which in this age group research point to a large number of cases of depression in the elderly. Depression is characterized as a multifactorial disorder of the affective area or mood, with symptomatology as depressed mood and loss of interest or pleasure in daily activities. There are several risk factors associated with the development of depression, in the elderly its recognition is much more difficult. The aim of this study is to evaluate the risk factors that trigger depression in the elderly. This is an integrative literature review with a qualitative approach. To select the studies, searches were performed in the following databases: VHL, LILACS and Scielo, from 2015 to 2019. According to the study, female gender is one of the main risk factors after marital status, fragility in autonomy, low income level, higher age group, low level of education, chronic diseases, institutionalized elderly, alcohol / tobacco use, physical inactivity, religiosity and poor perception of their own health. The occurrence of depression in old age is very common and early identification contributes to the development of promotion and prevention actions through collective and playful activities that have a beneficial effect.

**KEYWORDS:** Depression, seniors e risk factors.

## 1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que caracteriza uma fase da vida do ser humano. Esse processo é considerado dinâmico, gradativo e repleto de mudanças, tais como mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem um indivíduo com sobrevida prolongada. (GOMES, REIS, 2016).

O Estatuto do Idoso considera como idoso, indivíduos com 60 anos ou mais. A



sua estimativa atualmente é de aproximadamente 20 milhões de pessoas idosas em todo Brasil, e esse número aumentará para 32 milhões em 2025, deixando o país em 6º lugar no ranking mundial em número de pessoas idosas. (RIBEIRO, 2018)

No processo de envelhecimento muitos idosos são acometidos por diversas patologias, dentre elas se destacam: doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabetes e doenças crônicas, tendo como destaque os distúrbios mentais, que nessa faixa etária pesquisas apontam para um grande número de casos de depressão em idosos. (LIMA, et al,2018)

A depressão é uma doença mental de grande prevalência, com quadro incapacitante das atividades diárias e sociais, levando a 850 mil mortes anualmente. Inicialmente se manifesta com sintomas inespecíficos, onde geralmente é negligenciada, necessitando de um olhar minucioso aos seus sinais e sintomas para realizar um diagnóstico precoce e oferecer intervenções efetivas. (NÓBREGA, et al,2016) e GOMES e REIS,2016)

É caracterizada como distúrbio multifatorial da área afetiva ou do humor, tendo como sintomatologia o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer pelas atividades realizadas no cotidiano, na qual acarreta inúmeros impactos na vida do portador. (SILVA, et al, 2019)

De acordo com o Ministério da Saúde a causa a depressão está relacionada com as alterações químicas que ocorrem no cérebro a nível dos neurotransmissores, dentre eles, estão a serotonina, noradrenalina e dopamina. Em pessoas predispostas geneticamente o estresse é apontado como um fator desencadeante.

Os sintomas depressivos estão associados a outras condições fisiológicas, que impactam diretamente na vida dos idosos, na qual interfere na sua qualidade de vida e de sua família, além de causar aumento nos custos financeiros e de utilização de serviços de saúde. (LENTSCK, 2015)

O seu diagnóstico é realizado através da ausculta qualificada em relação a queixa principal e a busca pela sintomatologia da doença, analisando quanto a duração, persistência, abrangência, perturbação do funcionamento psicológico e fisiológico e desproporção em relação a um fator desencadeante (BARCELLOS,2017).

Os critérios usados para diagnosticar a depressão geralmente são: apresentar estado deprimido, ou seja, sentir-se deprimido a maior parte do tempo, anedonia que se caracteriza por interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina, sensação de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se, fadiga ou perda de energia, distúrbios do sono como insônia ou hipersonia, problemas psicomotores, por exemplo, agitação ou retardo psicomotor, perda ou ganho significativo de peso e ideias recorrentes de morte ou suicídio. (GONÇALVES, et al 2017)

De acordo com a OPAS/OMS (2018) a depressão é classificada de acordo com

a intensidades dos sintomas, nas quais pode se apresentar de forma leve, moderada ou grave, um episódio leve de depressão pouco implica nas atividades diárias de um indivíduo, quanto ao episódio grave causa incapacidade na qual provavelmente este indivíduo não tem capacidade para realizar as atividades diárias.

Os fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem pertencer ao sexo feminino, viver sozinho, ter baixo nível socioeconômico, consumir bebida alcoólica em excesso, ser portador de doença física crônica e referir história pessoal ou familiar de depressão. Além de ocorrência de luto familiar, o comprometimento cognitivo e a perda da mobilidade funcional são outros fatores fortemente associados à ocorrência de depressão. (GULLICH, et al, 2016)

Para Magalhães et al (2016), o reconhecimento da depressão em idosos pode ser mais difícil do que *em* outras faixas etária, no entanto precisa de contribuição tanto do paciente quanto do profissional para se realizar um diagnóstico definitivo e preciso, diante disso o objetivo dessa pesquisa é identificar os fatores de riscos que desencadeiam a depressão em idosos.

## 2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. A revisão integrativa da literatura é caracterizada por um método que objetiva sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado tema ou problema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Sendo denominada integrativa porque proporciona informações mais amplas sobre um assunto, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. (ERCOLE, MELO, ALCOFORADO)

O processo de operacionalização desta revisão foi realizado em seis etapas: Elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos e discussão dos resultados. (SOUZA SILVA CARVALHO, 2010)

A questão norteadora do presente estudo consistiu em: Quais os principais fatores de risco que leva ao desenvolvimento da depressão na terceira de idade? Para seleção dos estudos foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a busca dos estudos primários foram utilizados artigos que contivessem os seguintes descritores em ciências da saúde: Depressão, idosos, e fatores de riscos. Obedecendo aos seguintes critérios para a sua inclusão: artigos que abordam sobre depressão na terceira idade que foram publicados entre 2015 a 2019, escritos em língua portuguesa, com acesso gratuito e na íntegra. Foram encontrados 188

artigos de acordo com os descritores, mas apenas seis foram selecionados para análise, obedecendo aos critérios de exclusão e inclusão.

Após a seleção dos artigos foi elaborada uma planilha que permitiu reunir e sintetizar as informações, contendo: título do artigo, autores, periódico, ano da publicação, metodologia e conclusão. Para melhor identificação, os estudos selecionados receberam um código sequencial, (A1, A2, A3, A4, A5 e A6), para posteriormente ser analisados, discutidos de acordo com os respectivos resultados apresentado.

### 3 | RESULTADOS

Os resultados obtidos são visualizados na tabela 1, na qual são identificados, títulos dos artigos, autoras (as), código do artigo, periódicos, ano de publicação, metodologia e conclusão dos mesmos. Apresenta os estudos que compuseram a revisão integrativa.

Foram selecionados seis artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Pode-se constatar que 83,33% (%) foram publicados em periódicos nacionais e 16,67% (1) em periódico Portugal, conseqüentemente em língua portuguesa, onde 33,33% (2) foram selecionadas dos bancos de dados da Scielo, e 66,67% (4) do banco de dados Lilacs. Compreendendo os anos de 2015-2019 de suas respectivas publicações.

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Código do artigo</b>	<b>Periódicos</b>	<b>Ano</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusão</b>
Depressão no idoso: Sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados.	João Frade, Patrícia Barbosa, Susana Cardoso, Carla Nunes.	01	Scielo	2015	estudo observacional, transversal numa amostra de conveniência composta por 75 idosos com mais de 65 anos, inscritos num Centro de Saúde da Região Centro de Portugal.	O fato de estes idosos viverem sozinhos, serem viúvos e estarem institucionalizados parece contribuir de forma evidente para a presença de sintomas depressivos. Encontrar atitudes terapêuticas que minimizem o impacto da institucionalização seria imperioso.
Qualidade de vida e depressão em domicílios no contexto doméstico.	Valéria dos Santos Ribeiro, Randson Souza Rosa, Gislene de Jesus Cruz Sanches, Ícaro José Santos Ribeiro, Cezar Augusto Cassotti.	02	Scielo	2018	Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, analítico desenvolvido com idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA.	Com base nos resultados obtidos, é possível concluir que a sintomatologia depressiva está associada à baixa percepção de qualidade de vida em idosos.

Sintomas depressivos em grupos de terceira idade.	Amanda Karla Alves Gomes e Silva; Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes; Monique Maiara Almeida de Oliveira ; Thainara Kauanne Pacheco Almeida; Rosana Alves de Melo *; Thereza Christina da Cunha Lima Gama.	03	Biblioteca virtual da saúde	2019	Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa, com os idosos que participam de centros de convivência e grupos no município de Petrolina-PE.	Há necessidade da implantação de estratégias de prevenção para enfrentamento de depressão na pessoa idosa nos fatores que estiveram associados à sua ocorrência.
Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família	Karolliny Abrantes de Sousa, Fabiana Ferraz Queiroga Freitas, Anubes Pereira de Castro , Cecília Danielle Bezerra Oliveira , Anthonio Alisancharles Batista de Almeida , Kamilla Abrantes de Sousa	04	LILACS	2017	Pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem quantitativa em amostra de 153 idosos. A coleta de dados deu-se a partir de entrevistas domiciliares utilizando questionário sociodemográfico e aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage com 15 itens (EDG-15).	Estratégias voltadas para a identificação de sintomas de depressão e dos fatores associados são necessárias na atenção à saúde do idoso e podem ajudar os profissionais de saúde, principalmente em nível de atenção primária, a compreenderem a realidade desses indivíduos, diagnosticar precocemente e intervir de forma adequada na prevenção ou tratamento da depressão.
Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco.	Isabelle Pimentel Nóbrega, Márcia Carréra Campos Leal ,Ana Paula de Oliveira Marques	05	LILACS	2016	Trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido em nove ILPI de Recife, do qual participaram 136 idosos que atenderam aos critérios de inclusão. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, abordando perfil sociodemográfico e condições de saúde dos entrevistados. A presença de sintomas depressivos foi investigada por meio da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens.	A alta prevalência de sintomas depressivos na população institucionalizada alerta para a necessidade de maior engajamento dos gestores e profissionais da saúde não somente na prevenção, mas também na investigação e na valorização dos sinais indicativos de depressão a fim de que esta possa ser precocemente diagnosticada e tratada da maneira mais eficaz para o idoso.

Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.	Inês Gullich , Suele Manjourani Silva Duro, Juraci Almeida Cesar.	06	LILACS	2016	Estudo transversal. Aplicou-se questionário domiciliar a todos aqueles com 60 anos ou mais de idade residentes no município de Arroio Trinta, Santa Catarina em 2013.	A ocorrência de depressão no município é uma condição comum entre os idosos estudados. Apesar de não ter sido identificado novos fatores de risco, é certo que os mesmos precisam ser trabalhados individualmente durante consulta médica, e a possibilidade de tratamento e manejo dessa doença em nível coletivo.
--	--	----	--------	------	---	---

Tabela 1- Artigos Selecionados

## 4 | DISCUSSÃO

Os transtornos de Humor são desordens psiquiátricas mais comuns entre os idosos, dentre eles está a depressão, que nessa faixa etária se desenvolve para a cronicidade pois geralmente são subdiagnosticados e subtratados, ocasionando o sofrimento psíquico, dependência funcional, isolamento social prejudicando a qualidade de vida. Diante disso é necessária uma atenção aos sinais e sintomas e principalmente os fatores de risco que desencadeiam esta doença, que estão descritos na tabela 2, de acordo com os últimos estudos.

Fatores Estudo	A01	A02	A03	A04	A05	A06
<b>Sexo Feminino</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Estado Civil</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Fragilidade da autonomia</b>		X		X	X	
<b>Baixa renda</b>				X	X	X
<b>Baixo nível de escolaridade</b>		X	X	X	X	X
<b>Maior Faixa etária</b>	X		X	X		X
<b>Comorbidades crônicas ou agudas</b>			X	X		
<b>Idosos institucionalizados</b>	X				X	
<b>Percepção ruim da própria saúde</b>		X	X		X	
<b>Religiosidade</b>						
<b>Sedentarismo</b>		X	X		X	X
<b>Álcool /Tabaco</b>			X		X	X

Tabela-2. Fatores relacionados ao desenvolvimento de depressão na terceira Idade.

De acordo com o estudo o sexo feminino é um dos principais fatores de risco para depressão, ainda não existe uma explicação concisa a respeito desse índice, porém afirma-se que essa ocorrência está relacionada à sobrecarga de função da mulher, pois esta assume diversos papéis na sociedade como esposa, mãe, cuidadora e educadora entre outras, além de possuir maior expectativa de vida, a mulher sofre com alterações hormonais ocorrida no climatério, como diminuição da autoestima, irritabilidade redução da concentração memória e libido. (GOMES et al, 2019 e SOUSA et al, 2017)

O segundo fator mais prevalente é o estado civil no qual foram citados os solteiros, divorciados e viúvos. Quanto aos solteiros estes geralmente vivem sozinho, que tem como consequência a solidão levando a maior predisposição para depressão (GULLICH, DURO, CESAR, 2016 ). Enquanto aos idosos divorciados, estes passam por eventos estressantes levando ao seu isolamento, que colaboram para o desenvolvimento dos sintomas depressivos. A viuvez está intimamente ligada depressão pois a perda do companheiro (a) está associada a declínio mental e físico, que resulta na perda do diálogo e convívio diário, levando a introspecção que é fator comum da depressão. (GULLICH, DURO, CESAR, 2016 e SOUSA et al, 2017, e NÓBREGA, LEAL, MARQUES, 2016)

A falta de autonomia na terceira idade, é um fator predisponente para a depressão, pois pode gerar incapacidade de exercer atividades diárias, tornando-o mais dependente. Os idosos autônomos ampliam sua capacidade para recuperar-se dos agravos de saúde e aperfeiçoar sua longevidade, pois estes se tornam mais disposto a viver, realizar atividades físicas e frequentar atividades de lazer, tornando-os mais sociáveis, diminuindo as chances de desenvolver depressão. (SAQUETTO et al, 2013)

A ocorrência de depressão tem forte associação com indicadores sociais e econômicos, como baixos níveis de renda. Isso se justifica pelo o fato de que a pobreza está associada a condições sociais como desemprego, baixo nível de instrução, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada. Tais condições podem favorecer o desenvolvimento de um estado de desesperança, que tem como efeito imediato a redução da capacidade para lidar com situações estressoras de maneira adequada, reduzindo a disposição para suportar acontecimentos adversos e frustrantes. (CUNHA, BASTOS, DUCA, 2012)

Pode-se notar maior predomínio de sintomas depressivos em idosos com baixo nível de escolaridade, pois o indivíduo conseqüentemente apresenta um déficit na compressão sobre a doença e efeitos deletérios dos sintomas psicossomáticos. Dessa forma, é possível notar que o reconhecimento da variável escolaridade se torna relevante para elucidar mudanças no perfil morbimortalidade da depressão em populações escolarizadas, na perspectiva de subsidiar estratégias educacionais

efetivas para a população. (RIBEIRO et al, 2018)

A sintomatologia depressiva teve aparecimento significativo nas pessoas que apresentaram algum tipo de restrição à saúde, tendo maior impacto nas doenças musculoesqueléticas, hipertensão e diabetes. Isso se dá pelo fato de que o surgimento de restrições sejam elas, físicas, visuais ou auditivas, podem levar a um conseqüente rebaixamento do nível de satisfação com a saúde, levando a limitações de mobilidade, alimentação, atividade física e realizações de atividades diárias, restringindo a independência funcional do idoso. Esses fatores encontram-se intimamente relacionadas com o surgimento de sintomas depressivos. (SOUSA et al, 2017 e NÓBREGA, LEAL, MARQUES, 2016)

Idosos que se encontram institucionalizados, têm uma maior prevalência para o aparecimento dos sintomas depressivos. Pois os mesmos se encontram “sozinhos” fora da sua rotina familiar, na maioria das vezes com patologias associadas, e abandono de seus entes. O que ocasiona um aumento da vulnerabilidade a quadros depressivos que podem acarretar desordens psiquiátricas, perda da autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes. (FRADE et al, 2015 e NÓBREGA, LEAL, MARQUES, 2016, e NOBREGA, et, al.2015)

Autopercepção positiva da saúde está intimamente ligada a aspectos sociodemográficos, econômicos, culturais, psicológicos, e com capacidade física. E quando a mesma se encontra em estado ruim se torna um dos fatores condicionantes para o desencadeamento da depressão, pois essa condição triplica o aparecimento dos seus sintomas. O que torna importante a avaliação deste quesito, afim promover independência e autonomia dos idosos. (RIBEIRO et al, 2018 e ROIG, et,al. 2016).

Foi possível observar que os idosos que não possuíam religião tem maior risco de apresentar sintomas depressivos do que os religiosos, isso se deve pelo fato de que ao frequentar as atividades religiosas, amplia-se o convívio social, sendo caracterizado como recurso de enfrentamento ou alívio contra a depressão. A vivência da espiritualidade pode ajudar a superar momentos difíceis, como perda de parentes e amigos, além de fornecer suporte social possibilitando melhora na saúde e qualidade de vida. A religiosidade atua como fator psicossocial de extrema importância para a saúde mental, pois, possuir alguma religião, bem como frequentar igrejas, favorece pregar a solidariedade, estimular a caridade, melhora sua autoestima e aumenta seu potencial de resiliência. (SOUSA et al, 2017)

Com relação a atividades físicas na terceira idade é bastante plausível citar a predisposição e a maior suscetibilidade do idosos a doenças quando são sedentários, o sedentarismo seja em qualquer idade é um grande causador de doenças e agravos de saúde, atividades físicas regulares, tem comprovação científica que reduzem em grande número o risco de doenças, pois não somente melhoram a capacidade física, como dão mais autonomia ao paciente, o tornando menos propício a desenvolver

complicações de saúde, e mais disposto a atividades de lazer, ou se relacionar com outros indivíduos sem nenhuma dependência, diminuindo assim a exclusão social e a solidão, reduzindo a possibilidade e os riscos de ficarem depressivos. (NÓBREGA, LEAL, MARQUES, 2016 e SILVA et al, 2019)

O consumo de álcool e tabaco está fortemente relacionada aos idosos, principalmente na faixa-etária de 60-79 anos, em indivíduos do sexo masculino. Nesse contexto, essas drogas são fatores relacionada à depressão assim como os pacientes depressivos têm grande possibilidade de desenvolver hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas. (BARBOSA, et al, 2018)

## 5 | CONCLUSÃO

A ocorrência de depressão na terceira idade é bastante comum, essa condição afeta diretamente na qualidade de vida desses pacientes, que já sofrem com as alterações fisiológicas de envelhecer, portanto é essencial a realização do diagnóstico dessa doença precocemente, visto que ela é subdiagnosticada e subtratada.

Contudo, a partir da identificação dos fatores de risco pode-se enquadrar populações predispostas para desenvolver determinadas patologias, na depressão temos os seguintes fatores de risco: sexo feminino, estado civil, baixa renda, baixo nível de escolaridade, idade avançada e percepção ruim da saúde. Essa identificação colabora para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção através de atividades coletivas e lúdicas que apresentam um efeito benéfico.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. B. et al. **Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados**. Revista brasileira geriátrica: Rio de Janeiro, v.21. n. 2, p. 125-135,2018.

BARCELLOS, M. T. et al. **TeleCondutas: Depressão**, 2017. Disponível em:< [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas\\_Depressao\\_20170428.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf)> Acesso em: 08/06/2019.

BRASIL, OPAS/OMS. **Depressão**. 2018. Disponível em:< [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095)>. Acesso em: 08/06/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Disponível:< <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>> Acesso em: 08/06/2019

CUNHA, R.V. et al. **Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre**. Rio Grande do Sul, Rev Bras Epidemiol, 2012.

ERCOLE, F.F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C.L. **Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática**. Belo Horizonte, Brasil, rev. Min de Enfermagem (REME).



- FRADE, J.Barbosa,P.Nunes, C. **Depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados**. Rev.Enf. Ref. vol.4. Coimbra, 2015.
- GOMES, J. B., & Reis, L. A. dos. **Descrição dos sintomas de Ansiedade e de Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil**. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(1), pp. 175-191. São Paulo (SP), Brasil, 2016.
- GONÇALVES, A. M. C. et al. **Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela estratégia de saúde da família**. J B Psiquiatria. V. 67, n. 2, p. 101-109,2018
- GULLICH, I., Duro, S.M.S., Cesar, J.A. **Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil**. Rev Bras Epidemiol. 2016.
- LENTSCK, M. H. et. Al.; **Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade**. Rev. Eletr. Enf. 2015 jul./set.
- LIMA, C. M. et al., **Um estudo sobre depressão na terceira idade. Cuiabá, MT**, rev Atenção à Saúde, 2018.
- MAGALHÃES J.M. et, al; **Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária**. Rev Min Enfermagem (REME), 2016;
- NÓBREGA, I.R.A.P. et.al. **Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa**. Rev. Saúde debate. v. 39, n. 105, p.536-550. Rio de Janeiro, 2015.
- NÓBREGA, I .P; LEAL, MC; MARQUES, A.P.O. **Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco**. Stud. interdisciplinar. Envelhecer, Porto Alegre, 2016.
- RIBEIRO, V. et, al. **Qualidade de vida e depressão em domicílios no contexto doméstico**. rev. Enfermería Actual de Costa Rica n.34 Jan./Jun. Bahia, 2018.
- ROIG, J.J. et,al. **Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados**. Rev. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2016.
- SAQUETTO, et al. **Aspectos bioéticos da autonomia do idoso**. Rev. Bioét.; Jequié/BA, Brasil, 2013.
- SILVA A. K. A. G. et al. **Sintomas Depressivos em Grupos de Terceira Idade**. Rev Fund Care Online. 2019.
- SOUSA K. A. et al. **Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família**. REME – Rev Min Enferm. 2017.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. 2010.

## O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E O CASO DO “AUTISMO”

**Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ,  
Rio de Janeiro-RJ

**RESUMO:** Neste trabalho, apresentaremos os principais conceitos de medicalização em psiquiatria utilizados na literatura contemporânea, em seguida, faremos uma análise do “autismo” enquanto caso, para que possamos compreender que efeitos o processo de medicalização produz em pessoas que recebem diagnósticos psiquiátricos. Grosso modo, observamos movimentos diferentes no caso apresentado, no qual a mesma categoria nosológica é disputada por grupos diversos, envolvidos na lida com esse transtorno: por um lado, há familiares de crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista, que lutam pela legitimação social desse *espectro*; por outro, pessoas que são diagnosticadas com “autismo” e que reiteram a importância desse transtorno ser caracterizado enquanto manifestação de uma diferença e não como uma doença. Consideramos que o processo de medicalização constitui um fenômeno que precisa ser estudado, ademais as categorias diagnósticas ganham, cotidianamente, novos sentidos e novas normas com as quais

interagimos, produzindo práticas sociais que incidem sobre a vida das pessoas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicalização.  
Diagnóstico Psiquiátrico. Autismo.

### LIFE MEDICALIZATION PROCESS AND THE “AUTISM” CASE

**ABSTRACT:** In this paper, we will present the main concepts of medicalization in psychiatry used in contemporary literature, then we will analyze the “autism” as a case, so that we can understand which effects the medicalization process produces in people who receive psychiatric diagnoses. Roughly, we observed different movements in the case presented here, in which the same nosological category is disputed by different groups involved in dealing with this disorder: on the one hand, there are relatives of diagnosed autism spectrum disorder children, who fight for the social legitimation of this disorder spectrum; on the other hand, people who are diagnosed with “autism” whom reiterate the importance of this disorder being characterized as a manifestation of a difference and not as a disease. We consider that the process of medicalization is a phenomenon that needs to be studied. Moreover, the diagnostic categories gain daily new meanings and new

norms with which we interact, producing social practices that affect people's lives.

**KEYWORDS:** Medicalization. Psychiatric Diagnosis. Autism.

## 1 | OS USOS DOS CONCEITOS DE MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA

Neste trabalho, apresentaremos os principais conceitos de medicalização em psiquiatria utilizados na literatura contemporânea, sendo analisado o “autismo” enquanto caso, para que possamos compreender que efeitos o processo de medicalização produz em pessoas que recebem diagnósticos psiquiátricos.

O termo medicalização surgiu na década de 1960, em estudos feitos no campo da sociologia, com autores como Parsons, Freidson e Zola, tendo como destaque a crescente apropriação dos problemas cotidianos pelo discurso e a prática médicos (CONRAD, 2007). Para Conrad, o foco dado pelos estudos da sociologia médica estava centrado no desvio da norma, produzido por alguns grupos específicos, que incluíam os alcoolistas, as pessoas que apresentavam perturbações mentais e alimentares, os homossexuais, os delinquentes, aqueles que apresentavam disfunção sexual, as crianças com dificuldades de aprendizagem, dentre outros. O que esses autores denunciavam sobre o processo de medicalização era como determinados comportamentos considerados imorais, passaram a ser definidos como patologias, ou seja, entraram na ordem médica.

Freitas e Amarante (2015), em “Medicalização em Psiquiatria”, destacaram o conceito de medicalização como sendo “o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos de saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (p.14). Eles ressaltaram que não apenas os profissionais médicos contribuíam para esse processo, mas também demais profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros), planos e seguros de saúde, escritórios de advocacia, grupos organizados de pacientes e familiares, a indústria farmacêutica e de tecnologias de saúde, como também pesquisadores que davam suporte a esse processo através de supostas bases científicas.

Esses autores, ainda, destacaram que o movimento da luta antimanicomial no Brasil fez duras críticas ao processo de estigma, vivido pelas pessoas com problemas psiquiátricos, que foram pertinentes nas décadas de 1970, 1980 e nos anos de 1990, pois asseguraram a (re) definição das formas de tratamento para a “loucura” no país e a afirmação de direitos das pessoas com transtornos mentais. Todavia, esse movimento utilizou como bandeira de luta o *slogan* “de perto ninguém é normal”, que associado a aliança da psiquiatria com a indústria farmacêutica,

contribuiu para potencializar o discurso de que todos nós estamos inseridos, de alguma forma, em alguma categoria psiquiátrica.

O Jornalista Robert Whitaker (2017) trouxe em seu livro: “Anatomia de uma Epidemia – pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental” a discussão sobre uma suposta epidemia de diagnósticos psiquiátricos que estava havendo nos Estados Unidos nos últimos anos, com consequente uso exacerbado de psicotrópicos pela população em geral e o pouco questionamento feito, a longo prazo, sobre os efeitos danosos desses medicamentos.

Segundo esse autor, a psiquiatria tem primeiro nomeado as perturbações mentais, para, em seguida, buscar suas causas biológicas. Desse modo, os problemas da vida cotidiana são tornados transtornos mentais, a partir do aparente consenso entre um grupo de psiquiatras, que legitimam o reconhecimento e a inserção de um determinado transtorno mental nos manuais diagnósticos, em especial, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Márcia Angell (2011) fez uma discussão sobre os diferentes aspectos do processo de medicalização em psiquiatria, no artigo “A epidemia da doença mental”, publicado na revista Piauí. A autora citou as obras de Whitaker, do psiquiatra americano Daniel Carlat e do psicólogo Irving Kirsch, da universidade de Hull, no Reino Unido, para falar sobre essa “epidemia”. Segundo Angell, Carlat analisou como sua profissão se aliou à indústria farmacêutica e é manipulada por ela na produção de diagnósticos psiquiátricos para venda de psicotrópicos. Irving Kirsch fez uma análise dos usos de antidepressivos no Reino Unido e os efeitos que eles têm produzido na população em larga escala. Whitaker questionou se as drogas psicoativas não criavam problemas piores do que elas se propunham a resolver.

De um modo geral, as três referências citadas por Angell, discutiram o aumento do número de casos de transtornos mentais nos últimos anos e a provável não eficácia dos tratamentos farmacológicos utilizados, visto que seus usuários permaneciam utilizando psicotrópicos durante toda a vida, mas continuavam apresentando crises e consequentes internações em hospitais psiquiátricos ou outros serviços de saúde, sem resolução do quadro. Segundo a autora, a quantidade de americanos, incapacitados por transtornos mentais e que acessam o direito a receber a renda de seguridade suplementar ou o seguro por incapacidade, aumentou quase duas vezes e meia entre 1987 e 2007, passando de 1 em cada 184 pessoas para 1 em cada 76.

Angell reiterou que esses números têm aumentado, uma vez que os diagnósticos em psiquiatria são “subjetivos” e “expansíveis”, o que dificulta a diferenciação entre o uso de uma determinada categoria diagnóstica e outra. Tal fato diferencia a “doença psiquiátrica” de outros ramos da medicina, porque não há sinais ou exames objetivos para detectar os transtornos mentais e as fronteiras entre o normal e o

patológico são pouco claras. O que aumenta a possibilidade de que mais pessoas sejam diagnosticadas como tendo um problema psiquiátrico, ao invés de serem compreendidas e acolhidas como sujeitos que apresentam problemas e angústias cotidianos que precisam ser ouvidos.

Martins (2012) em sua Tese de Doutorado “O Governo da Conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea” chamou atenção para o aumento do número de pessoas que possuíam diagnósticos psiquiátricos e que se tornaram exceção aquelas que não entraram em nenhuma categoria diagnóstica. Segundo o autor, esse processo é característico do desenvolvimento do campo terapêutico de cuidado em saúde mental que se dá pela medicalização do diagnóstico, sustentado atualmente por um paradigma biológico e tecnologias fisicalistas, que têm se expandido e englobado um número cada vez maior de perturbações mentais.

Todavia, há estudos que questionam esses usos do conceito de medicalização, em que as pessoas são tomadas como alvos passivos deste processo e dos dispositivos de controle médicos. Há diferentes jogos de força e interesses, que incluem usuários de serviços de saúde e familiares, os quais fazem uso do saber médico de modo não passivo, para darem coerência aos sintomas que apresentam, objetivando que suas patologias sejam reconhecidas socialmente, legalmente e politicamente.

Nessa vertente, a difusão do conhecimento médico não serviria apenas aos interesses supostamente malévolos da autoridade médica e da indústria farmacêutica, mas o ato de diagnosticar um conjunto de sinais e sintomas, aparentemente difusos, contribuiria para a organização dos males e das perturbações vividas pelos sujeitos, dando sentido ao sofrimento apresentado por esses.

Conrad (2007) é um dos principais nomes que ilustrou a medicalização como processo irregular e complexo em que o grupo social que é alvo dessa, apresenta posicionamentos variáveis, anômalos, desiguais e que podem demandar respostas diversas. Por exemplo, o autor chamou atenção para o papel exercido pelas associações para crianças com dificuldades de aprendizagem, em que o rótulo de doença é utilizado por esses grupos como facilitador de acesso a direitos. Assim sendo, o sofrimento que alguns grupos apresentavam por não ter sua patologia reconhecida socialmente e legalmente fez com que esses permanecessem categorizados por meio de comportamentos desviantes, que são moralmente repreensíveis. Ao entrar na categoria doença, essas pessoas ou grupos saem da condenação moral e do julgamento negativo que a sociedade manifesta. Assim sendo, para o autor, mais do que a criação de categorias, a medicalização constitui uma transformação do *pathos* em experiências medicamente descritas e manejadas, havendo um benefício real para o “desviante” em padecer de uma doença.

Clarke et al. (2003) também trabalharam com o tema da medicalização, destacando algumas falhas das teorias tradicionais sobre esse processo, ao analisar o saber médico e suas práticas como uma força de repressão e controle social. Para os autores, essa análise é insuficiente para compreender os processos de medicalização que ocorrem atualmente, pois não considera a diversidade e a dinâmica das instancias que fazem parte desse processo, como os pacientes, os profissionais não médicos, as companhias de seguro, os administradores governamentais, as tecnologias e os instrumentos diversos. Apesar da importância desses estudos e da crítica social aprofundada por eles, a maioria ainda enfoca o poder sobre as pessoas de modo repressivo, abordando pouco o papel dos movimentos sociais e das organizações de pacientes como atores ativos no processo de medicalização.

Para Gaudenzi e Ortega (2012), cada vez mais grupos de pessoas em sofrimento intenso e seus familiares tem reivindicado o estatuto de doença para determinadas condições de vida, como forma de luta para garantia a pesquisas, a tratamento e a compensações diversas, que os saberes médicos produzem na construção e legitimação de um determinado diagnóstico. Essa reivindicação só é possível, e, em especial, nos diagnósticos psiquiátricos, porque as classificações nosológicas estão frequentemente sujeitas à negociação, ou seja, os limites entre as categorias psiquiátricas são muito tênues, o que possibilita a circulação de determinados sinais e sintomas entre categorias diferentes.

Belardo e Camargo Jr. (2016) ao realizarem um estudo comparativo entre duas enfermidades: a Síndrome Uremico Hemolítico (SUH) e a Fibromialgia, destacaram a importância da legitimidade de uma síndrome, como a Fibromialgia, enquanto categoria diagnóstica para as pessoas que sofrem dela, justamente porque essa enfermidade não poderia ser localizada em todos os eixos (epidemiológico, explicativo, morfológico, semiológico) que caracterizam o processo de construção da doença na medicina moderna.

Não estando caracterizadas neste modelo, as pessoas que sofrem dessa enfermidade comumente são avaliadas como pacientes poliqueixosos, que fingem, mentem ou exageram na descrição dos sintomas que apresentam, para fugirem das obrigações cotidianas, ou são tomadas como pessoas mais frágeis ou suscetíveis às problemáticas da vida do que o resto da população. Algumas pessoas que apresentam fibromialgia não querem que esta síndrome seja classificada como uma “doença psicossomática”, pois ela opera no imaginário médico, e na sociedade de maneira em geral, como sendo um tipo de transtorno “inventado”, com descrições de sintomas que não podem ser verificados em exames clínicos ou laboratoriais.

Os autores ressaltaram que em vários países, como na Argentina, as pessoas que apresentam sintomas para Fibromialgia estão se organizando em associações civis para que essa síndrome seja considerada uma doença. Essa legitimidade está

sendo construída pelo âmbito social e político, através de um projeto de lei federal, já que não há como se constituir por meio do campo biomédico. Assim, essas pessoas lutam para que o diagnóstico possa ter legitimidade frente aos profissionais de saúde, mas também para seus familiares, amigos, vizinhos, de modo que elas tenham acesso a cuidados em saúde, através dos quais seu sofrimento não permaneça sendo desqualificado ou minimizado.

Esse processo constitui o que Dumit (2006) chamou de “doenças que temos de lutar para ter”, pelas quais as pessoas lutam para que seu diagnóstico seja reconhecido e elas possam ter acesso a direitos sociais, antes não existentes. Essa luta depende da aceitação pela comunidade, pelos especialistas e por outras instancias legais, que tem a alcunha social para legitimar o que é doença e o que não é.

Nesse sentido, podemos nos questionar de que forma o processo de medicalização contribui para a construção de uma doença? Para tentar responder a essa questão, apresentaremos um caso em que o processo de medicalização em psiquiatria possibilitou a legitimação de determinados conjuntos de sinais e sintomas para uma “doença”, mas também os efeitos que esse processo de legitimação do diagnóstico acarretou para o grupo que vivenciou/vivencia a medicalização.

## 2 | O CASO DO “AUTISMO”

Atualmente inscrito na caracterização de *espectro*, o autismo vem sendo alvo de estudos nos últimos anos, em especial, mediante o que se tem nomeado de epidemia dos transtornos mentais na infância. Assim como Márcia Angell (2011) relatou a “epidemia da doença mental” em adultos, observa-se um número exacerbado de crianças sendo diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista.

Clarice Rios et al. (2015) questionaram se há uma epidemia do autismo, no que diz respeito ao aumento do número de casos nos últimos 10 anos, ou se existia uma subnotificação dos casos em decorrência da pouca visibilidade dada ao transtorno. Fazendo uma análise das concepções sobre o autismo na mídia impressa brasileira, no período de 2000 a 2012, os autores observaram um número crescente de citações a pesquisas na área de neurodesenvolvimento e genética, que vem sendo realizadas em busca da identificação de um marcador biológico para a patologia.

Segundo Ortega (2009), houve um deslocamento do modo como se explicava e compreendia o autismo: da passagem dos estudos de base psicanalítica de Leo Kanner, Bruno Bettelheim, Margareth Mahler e Francis Tustin nas décadas de 40 e 50 do século passado, que tinham como foco as falhas no estabelecimento das relações objetais, construídas no laço parental (relação mãe e filho, em especial);

para o enfoque nas explicações orgânicas, de ordem cerebral, na década de 1980, que culminaram com a inclusão do autismo nos transtornos abrangentes do desenvolvimento, na terceira edição do DSM, separando-o do grupo das psicoses infantis.

Apesar do enfoque atual se assentar no paradigma biológico, não há uma definição clara sobre o estatuto ontológico do autismo. Há, portanto, uma evidente complexidade e uma heterogeneidade nas manifestações dos sinais e sintomas, além de debates e incertezas quanto a seu tratamento, como bem destacaram Clarice Rios et al. (2015). Esse conflito para definir a etiologia da doença faz parte do próprio processo de construção dos diagnósticos psiquiátricos e da constituição dessa especialidade médica, como foi descrito anteriormente.

O próprio uso de conceito de *espectro* para esse transtorno, no DSM-V, abre por si um leque de características sutis que vão de sintomas “menos intensos”, observados na Síndrome de Asperger, para “mais intensos”, característicos de pessoas com estados mais graves de comprometimento cognitivo e funcional (RESENDE, 2014). O que quer dizer que cada sujeito com diagnóstico do transtorno é caracterizado de uma maneira, assim sendo, cada pessoa apresenta sintomas que se manifestam em uma amplitude e intensidade únicas, dentro de um conjunto de características que dizem respeito a perturbações do comportamento e da interação social.

Os principais sintomas do Transtorno do Espectro Autista são: dificuldade no contato visual, repetição de palavras, ações e frases, interesses obsessivos, reações inesperadas a sons, cheiros, sabores e tato das coisas, irritabilidade frente às vivências do cotidiano (APA, 2013). Essas são características tradicionalmente relatadas por pais de crianças que chegam, em sua maioria, desesperados aos consultórios de pediatras ou nos atendimentos psiquiátricos, sendo guiados por indicações de escolas ou pela leitura de algumas matérias em revistas e jornais, ou ainda *posts* em *facebook* e programas de televisão.

O que nos chama atenção neste caso são as disputas que tem ocorrido nos espaços sociais: de um lado engendrada por pais, amigos e familiares de crianças diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista, que lutam pela visibilidade da “doença” e pela busca de direitos em educação e saúde, constituídos a partir de políticas públicas estruturadas. Do outro, estão militantes que se autodenominam autistas e reiteram essa posição enquanto diferença, que precisa ser respeita e não medicalizada. Essas pessoas, em sua maioria adultos que apresentam características da síndrome de Asperger, se constituem enquanto sujeitos que falam por si e não desejam ser tomados como alguém que apresenta uma doença, mas um modo de ser no mundo.

Traremos os posicionamentos de ambas as vertentes, objetivando apresentar



como o processo de medicalização na construção do diagnóstico psiquiátrico perpassa não somente o discurso médico, mas também se estende a outras categorias sociais, que disputam saberes, conceitos e práticas, objetivando alcançar visibilidade e direitos sociais.

Ortega (2009) destacou que o deslocamento do modelo psicanalítico e a aproximação das neurociências possibilitou a construção de grupos de pais e familiares de pessoas com diagnóstico de autismo, uma vez que contribuiu para que esses pais fossem desresponsabilizados pelo adoecimento de seus filhos. Isso implicou em questionar uma culpabilização que por anos foi feita, mediante teorias como a “mãe geladeira” de Kanner, ou as metáforas de “fortalezas vazias”, “tomadas desligadas”, “conchas”, “carapaças”, “ovos de pássaros” e “buracos negros”, que destacavam as falhas desses pais no estabelecimento de relações de afeto com seus filhos.

Para o autor, o estatuto “orgânico do autismo” legitimou esse movimento de construção de grupos atuantes de pais e familiares de pessoas com diagnóstico desse transtorno, produzindo organizações de grupos em vários países do mundo, sendo contribuído pela promulgação da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, pela Organização das Nações Unidas-ONU (*United Nations-UN*), em dezembro de 2006, que chamou atenção a nível mundial para o autismo e seu impacto na luta pelos direitos das pessoas que apresentavam esse diagnóstico.

No Brasil, Nunes e Ortega (2016) realizaram um estudo com os principais grupos de pais-ativistas no Rio de Janeiro, destacando a luta por direito a tratamento de crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista no estado. Os autores ressaltaram que esses grupos participavam de várias audiências públicas, mobilizavam e-mails para autoridades e organizavam grupos virtuais na internet, além de realizarem manifestações pelo país para aprovação de projetos de lei a nível estadual e federal. Um desses projetos se concretizou na lei nº 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção aos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista:

São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista: a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com o transtorno; a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para essas pessoas e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação; a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com o transtorno, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes; o estímulo à inserção da pessoa com transtorno no mercado de trabalho, sendo observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações; o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno, bem

como a pais e responsáveis; o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no país (BRASIL, 2012).

A obtenção de direitos, benefícios e acesso a tratamentos específicos, em sua maioria, se dá a partir do reconhecimento médico-jurídico-identitário de uma categoria diagnóstica. No caso desses grupos de pais, familiares e profissionais, o reconhecimento se deu no âmbito sócio-político. Tal fato também foi observado no estudo realizado pelos sociólogos americanos Gil Eyal e Brendan Hart (2010), os quais analisaram como pais de crianças com diagnóstico para autismo se tornaram especialistas em seus próprios filhos, ainda na segunda metade do século passado, a partir da construção de uma nova modalidade de intervenção, baseada no intercâmbio de saberes e práticas entre pais, ativistas, pesquisadores e terapeutas.

A partir das ações em San Diego, na Califórnia, os ativistas-pesquisadores-psicólogos-pais, criaram programas quase-experimentais em suas casas, estudando e utilizando técnicas de base comportamental, ao mesmo tempo em que trocavam informações diretamente entre si e com outros pais de crianças com o diagnóstico para autismo, objetivando o desenvolvimento de métodos para trabalhar com seus próprios filhos (EYAL; HART, 2010).

Esta vertente que constitui o processo de medicalização do Transtorno do Espectro Autista, é corroborada por pais e familiares de pessoas que apresentam esse diagnóstico, mas também por profissionais de saúde, que buscam não somente a cura para o autismo, se apoiando em terapias comportamentais e farmacológicas. Mas também, atuam na busca pela produção de novos conhecimentos sobre esse transtorno, a possibilidade de novos tratamentos, a formulação de legislações, que assegurem direitos específicos para esses sujeitos.

Uma outra vertente é composta pelo movimento de auto-advocacia do autismo, que é precedido pela publicação de relatos autobiográficos de adultos com diagnóstico do *espectro* autista, os quais fazem uma crítica a obsessão pela cura e pelas formas de tratamento, buscadas por grupos de pais, familiares e profissionais de saúde. Com o lema “por autistas para autistas”, essas pessoas têm formado grupos organizados nos Estados Unidos e na Austrália desde a década de 1990. O movimento *Autism Network International* (ANI), criado por Jim Sinclair e Donna Williams, exige a presença de autistas nas tomadas de decisões sobre suas vidas e realiza uma crítica aos movimentos de associações de pais e especialistas pró-cura para o autismo. No Brasil, em 2005, foi criado o Movimento Orgulho Autista Brasil, que integra uma rede de países, os quais promovem um *empowerment* da cultura autista, incluindo a comemoração do Dia de Orgulho Autista, inspirado pelo dia do orgulho *gay*. Nesse mesmo ano, foi realizado em Brasília, no dia 18 de junho, o

evento mundial do Dia do Orgulho Autista (ORTEGA, 2009).

Essas pessoas contestam uma visão negativa do autismo, no que respeito a considera-lo como uma doença. Para esses grupos, o autismo é uma diferença e a busca pela cura constitui uma tentativa de apagá-la, como anteriormente foi feito com o diagnóstico de homossexualidade. Eles tomam por base os estudos sobre deficiência para construir uma marcação identitária, através da afirmação de uma auto-categorização: “sou autista”. Essa afirmação permite um deslocamento dos discursos de dependência, doença e anormalidade para a construção de uma identidade e da marcação da diferença (GAUDENZI; ORTEGA, 2016).

Esse movimento se assenta também no conceito de neurodiversidade, que foi cunhado, em 1999, pela socióloga Judy Singer, num texto intitulado “*Why can't you be normal for once in your life? From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference*”. Para a autora, que também apresenta a síndrome de Asperger, o conceito salienta que há uma conexão neurológica atípica no funcionamento cerebral dessas pessoas, todavia isso não caracterizaria uma doença, mas uma diferença humana que deve ser respeitada. Assim sendo, os autistas não são neuroatípicos, são neurologicamente diferentes (ORTEGA, 2009).

De um lado, há famílias de crianças com o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, lutando pela visibilidade do autismo enquanto doença e pelo acesso a tratamentos e terapias específicas. Do outro, há ativistas autistas que consideram o movimento pró-cura um grande passo para a negação, a intolerância à diferença e à diversidade, que adquire, em última instância, a implementação de políticas eugênicas e genocidas.

Ana Maria Rocha e Ana Elizabeth Cavalcanti (2014) analisaram que há duas visões inerentes a essa discussão, que diz respeito ao conceito de normalidade. Na primeira, a normalidade é definida como regularidade e se apoia numa média estatística para defini-la, tomando como normais todos os comportamentos que se enquadram nessa média, e anormais ou patológicos, todos os que destoam dela. Na segunda, ser normal é ser normativo, ter a capacidade de recriar normas de vida frente as adversidades do ambiente. As autoras se apoiaram em uma leitura de Canguilhem sobre o conceito de normalidade, para falar sobre o processo de patologização do sofrimento psíquico que ocorre atualmente, sobretudo em crianças.

Mais especificamente com relação aos diagnósticos psiquiátricos, elas analisaram que esses são bem acolhidos e buscados pela população, em especial, os legitimados pela psiquiatria biológica, pois essas pessoas os utilizam como referências identitárias. Algumas delas se dizem confortáveis ao receberem um diagnóstico psiquiátrico, pois ele ressignifica suas experiências, como por exemplo, pessoas que foram tomadas como pouco inteligentes, desinteressadas ou preguiçosas na infância, e que deram um outro significado a suas vidas, quando

receberam o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Além disso, ser classificado com tais diagnósticos propicia a experiência de pertencimento a grupos, os quais se organizam em torno de marcas identitárias, buscando acesso a direitos sociais antes não existentes.

Mas, as autoras chamaram atenção para o fato de que a questão se complica muito quando se trata de diagnosticar crianças, sobretudo as muito pequenas que, chegam para tratamento ainda bebês. Ao invés dessas crianças ressignificarem suas experiências, elas podem ter suas vidas precocemente marcadas e traçadas por diagnósticos psiquiátricos, como ocorre no caso do autismo.

Ana Maria Rocha e Ana Elizabeth Cavalcanti (2014) trouxeram o exemplo de duas famílias com crianças que apresentavam suspeita do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, avaliado pelas escolas em que essas estudavam. Numa família, os pais, mesmo preocupados com a suspeita do diagnóstico, não vincularam os comportamentos da criança aos sintomas desse transtorno. Nas palavras das autoras: os pais “mantinham-se atentos aos seus gostos, preferências, e até encontravam em seus comportamentos esquisitos ou bizarros semelhanças com eles próprios ou com algum familiar (...) que representava uma espécie de resistência saudável, a imprimir-lhe uma marca identitária de autista” (p. 239-240).

Em outra família, assustada pela possibilidade do diagnóstico, os pais compreendiam a maioria das expressões do filho como sintomas de autismo. Para essa família, havia o impacto na relação com a criança que era devastador. As autoras observaram que, neste caso, o diagnóstico ainda não havia sido confirmado, mas já desencadeava efeitos iatrogênicos.

Elas reiteraram que “esses relatos mostram como um diagnóstico pode des-subjetivar as pessoas e influenciar decisivamente na forma como elas passam a ser vistas, faladas e cuidadas” (p. 241), especialmente em crianças, precocemente avaliadas. E concluem que é preciso ter cuidado na afirmação de um diagnóstico, eles são importantes, mas também é necessário levarmos às últimas consequências o entendimento de que a diversidade faz parte da vida e que ela não pode ser entendida como desvio de regra em seu sentido restrito. Logo, devemos nos habituar a acolher as mais diversas expressões do humano, não as patologizando de antemão.

Observamos movimentos diferentes no caso apresentado, no qual a mesma categoria nosológica é disputada por grupos diversos, envolvidos na lida com o mesmo transtorno: por um lado, grupos formados, em sua maioria, por familiares de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, que lutam pela legitimação social desse *espectro*. Por outro, pessoas que são diagnosticadas com “autismo” e reiteram a importância desse transtorno ser caracterizado enquanto manifestação de uma diferença e não como uma doença.

Para Freitas e Amarante (2015), ao se reconstruir a história de categorias diagnósticas, é possível verificar como os critérios de classificação mudam historicamente, seguindo disputas epistemológicas, morais, políticas e institucionais, as quais permitem que uma determinada categoria seja incluída ou excluída dos manuais diagnósticos. Este processo de inclusão e exclusão constitui um fenômeno que precisa ser estudado, pois essas categorias diagnósticas ganham novos sentidos e novas normas sociais com as quais interagimos todos os dias, produzindo práticas que incidem sobre a vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**, n. 59, p. 1-14, 2011.

BELARDO, M. B.; CAMARGO JR., K. R. Construcción de conocimiento biomédico y políticas de salud: síndrome urémico hemolítico y fibromialgia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [periódico na internet], 2016. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/construccion-de-conocimiento-biomedico-y-politicas-de-salud-sindrome-uremico-hemolitico-y-fibromialgia/15883?id=15883>. Acesso em: 06/11/2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm). Acesso em: 18/08/2018.

CLARKE, A. et al. **Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S biomedicine**. London: Duke University Press, 2003.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DUMIT, J. Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. **Soc. Sci. Med.**, v. 62, n. 3, p. 577-590, 2006.

EYAL, G.; HART, B. How Parents of Autistic Children Became Experts on their Own Children: Notes towards a Sociology of Expertise. In: **Annual Conference of the Berkeley Journal of Sociology**, Berkeley, 2010. Disponível em: [http://works.bepress.com/gil\\_eyal/1](http://works.bepress.com/gil_eyal/1). Acesso em: 19/09/2017.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n. 40, p. 21-34, 2012.

MARTINS, A. L. B. **O Governo da Conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea**. 2012. 330 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2012.

NUNES, F.; ORTEGA, F. Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 964-975, 2016.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 67-77, 2009.

RESENDE, M. S. de. Os novos problemas do diagnóstico em psiquiatria. In: VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2014, Belo Horizonte-MG. **Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**. Belo Horizonte-MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. p. 1-5.

RIOS, C.; ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R.; NASCIMENTO, L. F. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.19, n. 53, p. 325-335, 2015.

ROCHA, A. M.; CAVALCANTI, A. E. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1.ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 233-252.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

## PERFIL ANTIPSICÓTICO DO CANABIDIOL: UMA REVISÃO

**Diego Cartaxo Jácome**

<http://lattes.cnpq.br/6834452619576260>

**Hugo Leonardo Andrade Feitosa**

<http://lattes.cnpq.br/1217457360594727>

**Lucas Henrique Soares Oliveira de Carvalho**

<http://lattes.cnpq.br/0485477127162022>

**Michaelis Cavalcanti Ayres**

(orientadora)

<http://lattes.cnpq.br/0348493665219486>

**Reinaldo Mesquita Neto**

<http://lattes.cnpq.br/4210049193160866>

**Sebastião Tião Gomes Pereira Neto**

<http://lattes.cnpq.br/6037141109991267>

**Tiago Antônio Luna de Carvalho**

<http://lattes.cnpq.br/9307769830252333>

**Vilton Souza Neto**

<http://lattes.cnpq.br/1713710435203948>

**Vitor Pereira Xavier Grangeiro**

<http://lattes.cnpq.br/0689898684577908>

**Rubens Justino Dantas Ricarte**

<http://lattes.cnpq.br/1662973177737417>

**Ruy Justino Dantas Ricarte**

<http://lattes.cnpq.br/8084765467900277>

**Wellington de Oliveira Nobrega Neto**

<http://lattes.cnpq.br/0211524870840442>

muitas pesquisas científicas. Apesar de serem utilizados em alguns países para alívio de dor na esclerose múltipla e como antiemético para pacientes HIV positivos ou com câncer, estudos apontam sua possível eficácia no tratamento dos transtornos de ansiedade, epilepsia, esquizofrenia e outras enfermidades relacionadas ao sistema nervoso. Com isso, esse estudo consiste em reunir dados bibliográficos que apresentam o perfil terapêutico do canabidiol (CBD), o principal componente não psicoativo da planta *Cannabis Sativa* no tratamento dos transtornos psicóticos dos indivíduos. As informações coletadas para composição desta pesquisa provêm de artigos, revistas e livros, tendo como base de dados LILACS, SciELO, PUBMED e Associação Brasileira de Epilepsia. Além disso, o manejo do canabidiol não manifestou importantes efeitos adversos, e seu uso por tempo prolongado não produz tolerância, nem qualquer sinal de dependência ou abstinência. Entretanto, dados importantes como a descrição do perfil químico da droga e a definição minuciosa da farmacocinética ainda são escassos na literatura, o que tem impedido o desenvolvimento de novos medicamentos contendo o CBD.

**PALAVRAS-CHAVE:** Canabidiol; *Cannabis Sativa*; Antipsicóticos.

**RESUMO:** O uso de derivados da *Cannabis*, em especial o canabidiol, tem sido foco de

**ABSTRACT:** The use of cannabis derivatives, in particular cannabidiol, has been the focus of much scientific research. Although they are used in some countries for relieving multiple sclerosis pain and as an antiemetic for HIV-positive or cancer patients, studies have shown its possible efficacy in treating anxiety disorders, epilepsy, schizophrenia, and other nervous system disorders. Thus, this study consists of gathering bibliographic data that present the therapeutic profile of cannabidiol (CBD), the main non-psychoactive component of the Cannabis Sativa plant in the treatment of individuals' psychotic disorders. The information collected for the composition of this research comes from articles, magazines and books, based on LILACS, SciELO, PUBMED and Brazilian Epilepsy Association. In addition, the management of cannabidiol showed no significant adverse effects, and its long-term use does not produce tolerance or any signs of dependence or withdrawal. However, important data such as the description of the chemical profile of the drug and the detailed definition of pharmacokinetics are still scarce in the literature, which has prevented the development of new drugs containing CBD.

**KEYWORDS:** Cannabidiol; Cannabis Sativa; Antipsychotics.

## INTRODUÇÃO

O canabidiol (CBD) é um dentre os muitos componentes presentes na Cannabis sativa. Na década de 60, o professor Raphael Mechoulam, determinou a estrutura e as propriedades dos principais canabinóides presentes na planta, incentivando a pesquisa da atividade desses compostos. Após a se observar que o canabidiol poderia antagonizar alguns efeitos farmacológicos do tetraidrocanabinol (THC), levou-se presunção de que o CBD poderia apresentar ação ansiolítica, assim como ação antipsicotrópica.

## OBJETIVOS

Analisar efeito antipsicótico do canabidiol e sua eficácia.

## METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura que buscou artigos nacionais e internacionais nas bases de dados: LILACS, SCIELO e PUBMED, sendo utilizados como descritores as palavras: “Canabidiol” e/ou “Cannabis Sativa” e/ou “Antipsicóticos”.



## RESULTADOS

É sugerido que a propriedade antipsicótica do CBD esteja relacionada à sua habilidade de aumentar a disponibilidade de anandamida. Em meio aos artigos, vemos que os mecanismos de ação do CBD não estão completamente esclarecidos. É provável que o CBD não atue em receptores específicos. O CBD através da inibição da receptação ou hidrólise enzimática da anandamida (endocanabinóide mais conhecido) tem capacidade de facilitar a sua sinalização. Além disso, o CBD parece apresentar propriedades agonísticas nos receptores serotoninérgicos do tipo 5-HT<sub>1A</sub> podendo ativar um canal iônico denominado receptor vanilóide do tipo 1 (TRPV1). No sistema nervoso central, o TRPV1 é expresso nos terminais nervosos pós-sinápticos e é ativado pela anandamida. Um ensaio clínico comparando o CBD com o antipsicótico Clozapina, medicamento desprovido dos efeitos parkinsonianos que geralmente são evidenciados nos antipsicóticos típicos, comprovou o potencial efeito antipsicótico do CBD como alternativa terapêutica segura e bem tolerada para a esquizofrenia.

## CONCLUSÃO

Há necessidade da conclusão de todas as fases dos estudos, para confirmar efeitos terapêuticos na aplicação do CBD e afastar manifestações de efeitos tóxicos. Além disso, definir a taxa terapêutica para cada transtorno, pois as diversas ações do canabidiol são dose-dependentes.

## REFERÊNCIAS

- Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.113, de 2014. Aprova o uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 243, seção I, p. 183, dez. 2014.
- Bonfá, L.; Vinagre, R. C. O.; Figueiredo, N. V. Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos. Revista Brasileira de Anestesiologia 2008, 58, 267.
- Campos, A. C.; Moreira, F. A.; Gomes, F. V.; Del Bel, E. A.; Guimarães, F. S. Multiple mechanisms involved in the large-spectrum therapeutic potential of cannabidiol in psychiatric disorders. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.
- Cannabis sativa constituent, as an antipsychotic drug. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 2006, 39, 421.
- Carlini, E. A.; Cunha, J. M. Hypnotic and antiepileptic effects of cannabidiol. The Journal of Clinical Pharmacology 1981, 21, 417S.
- Crippa, J. A.; Lacerda, A. L. T.; Amaro, E.; Busatto-Filho, G.; Zuardi, A. W.; Bressan, R. A. Efeitos cerebrais da maconha – resultados dos estudos de neuroimagem. Revista Brasileira de Psiquiatria

2005, 27, 70.

Guindon, J.; Hohmann, A. G. The endocannabinoid system and pain. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets* 2009, 8, 403.

Malcher-Lopes, R. Canabinoides ajudam a desvendar aspectos etiológicos em comum e trazem esperança para o tratamento de autismo e epilepsia. *Revista da Biologia* 2014, 13, 43.

Massi, P.; Solinas, M.; Cincina, V.; Parolaro, D. Cannabidiol as potential anticancer drug. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2013, 75, 303.

Pedrazzi, J. F. C.; Pereira, A. C. C. I.; Gomes, F. V.; Bel, E. D. Perfil antipsicótico do canabidiol. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP* 2014, 47, 112.

psychiatric disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*.

Raymundo, P. G.; Souza, P. R. K. *Cannabis sativa* L.: Os prós e contras do uso terapêutico de uma droga de abuso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2007, 5, 23.

Robson, P. J. Therapeutic potential of cannabinoid medicines. *Drug Testing and Analysis* 2014, 6, 24.

Saito, V. M.; Wotjak, C. T.; Moreira, F. A. Pharmacological exploitation of the endocannabinoid system: new perspectives for the treatment of depression and anxiety disorders? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2010, 32, S7.

Schubart, C. D.; Sommer, I. E.; Fusar-Poli, P.; Witte, L.; Kahn, R. S.; Boks, M. P. Cannabidiol as a potential treatment for psychosis. *European Neuropsychopharmacology* 2014, 24, 51.

Zuardi, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006, 28, 153.

## SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO LITERÁRIA

### Larissa Felcar Hill

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do  
Trabalhador - NEPST, Universidade do Extremo  
Sul Catarinense  
Criciúma – SC

### Willians Cassiano Longen

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do  
Trabalhador - NEPST, Universidade do Extremo  
Sul Catarinense  
Criciúma – SC

**RESUMO:** **Introdução:** A síndrome de Burnout ou esgotamento ocupacional é um problema social e de saúde pública cada vez mais frequente no meio laboral. O estresse ocupacional ou laboral está relacionado às perturbações psicológicas e ao sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho com alta exigência e demanda de solicitações, que excedem as capacidades do trabalhador. **Objetivo:** Este estudo tem como finalidade apresentar uma revisão sobre a síndrome de Burnout e seus aspectos, visando difundir conhecimentos sobre a mesma. **Métodos:** foi realizada revisão bibliográfica literária utilizando-se as bases de dados. **Resultados:** Na literatura verificou-se que a prevalência é maior em profissionais que lidam diariamente com pessoas, sendo as más condições

trabalhistica e sobrecarga ocupacional os principais fatores de risco para desenvolver a síndrome. O indivíduo acometido costuma apresentar fadiga e irritabilidade, que podem estar associadas a ansiedade e depressão. Como tratamento, a mudança no estilo de vida, associada a terapia e organização profissional trazem bons resultados. **Conclusão:** Desta forma, precebe-se a necessidade de prevenção, por meio de ações visando melhoria na qualidade de vida e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Burnout. Esgotamento Profissional. Saúde Mental.

### BURNOUT SYNDROME: A LITERARY REVIEW

**ABSTRACT:** **Introduction:** The Burnout syndrome or occupational exhaustion is a social and public health problem that is increasingly frequent in the workplace. The physical or workload is related to the psychological and psychic disturbances associated to the work experiences with high demand, that exceed the capacities of the worker. **Objective:** This study aims to present a review about a burnout syndrome and its functions, aiming to disseminate knowledge about it. **Methods:** a

bibliographic review was done using the databases. **Results:** In most professionals dealing with daily life, they are the main ways of working and burdening the main risk factors for the development of a syndrome. The accompanying individual is usually fatigued and irritable, which may be associated with anxiety and depression. As a treatment, a lifestyle associated with a therapy and professional organization bringing good results. **Conclusion:** Furthermore, it is important to prevent the disease through actions aimed at improving the quality of life and the physical, mental and social well-being of the workers.

**KEYWORDS:** Burnout syndrome. Occupational Burnout. Mental Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

O estresse pode ser definido como deterioração do organismo, que acarreta em alterações psicofisiológicas. O termo é utilizado como sinônimo de frustrações, cansaço, dificuldades, ansiedade, desamparo e desmotivação. O estresse ocupacional ou laboral está relacionado às perturbações psicológicas e ao sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho com alta exigência e demanda de solicitações, que excedem as capacidades do trabalhador (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). A síndrome de Burnout, segundo Maslach e Jackson (1981), é uma resposta multidimensional ao estresse crônico relacionado ao trabalho, incluindo exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, ocasionada por excesso de trabalho e os altos níveis de estresse (FUENTE et al., 2015). O Burnout é um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais importantes na sociedade (CAMPOS et al., 2012).

O desenvolvimento da doença é insidioso e costuma não ser reconhecida pelo paciente, que pode apresentar sintomas como astenia, insônia, ansiedade, alterações comportamentais e de humor, sendo comum o isolacionismo, apatia e cansaço emocional (FUENTE et al., 2015; MOREIRA et al., 2009). Há grande correlação com depressão, embora sejam distúrbios distintos que podem acometer o indivíduo concomitantemente (KORCZAK; HUBER; KISTER, 2010; MURCHO; JESUS; PACHECO, 2010). A prevalência é maior em jovens, devido à pouca experiência profissional e a falta de habilidade em lidar com o estresse laboral, e em mulheres, que são mais propensas a exaustão emocional (SIMÕES; BIANCHI, 2017). Os desencadeantes frequentemente evidenciados na atividade laboral são baixa remuneração, jornadas longas, complexidade dos procedimentos, conflitos com colegas e falta de recursos pessoais e materiais (VASCONCELOS et al., 2017). Dentre as profissões de risco estão aquelas com alto nível de estresse e relacionamento com o público, tendo como exemplo professores, policiais, servidores públicos, médicos, enfermeiros e estudantes (CAMPOS, 2017). Este

estudo tem como finalidade apresentar uma revisão sobre a síndrome de Burnout e seus aspectos, visando difundir conhecimentos sobre a mesma.

## 2 | A SÍNDROME NO MUNDO

Em maio de 2019 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a síndrome como uma doença crônica relacionada ao labor na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Não se sabe ao certo a prevalência de Burnout na população mundial, entretanto, estima-se que 40% dos profissionais que mantêm relação direta com outras pessoas experienciam elevados níveis de estresse. São exemplos os policiais, bombeiros, profissionais da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos (CAMPOS, 2017).

## 3 | FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME

As variáveis do trabalho e o contexto organizacional são os principais desencadeantes de Burnout, porém algumas variáveis de personalidade mostraram padrões correlacionais consistentes. A idade avançada, embora pareça estar associada com menor prevalência de Burnout, é confundida com a quantidade de anos de experiência laboral (CARLOTTO, 2009).

No campo do trabalho, associa-se com a falta de organização, má gestão, excesso de burocracia, comunicação deficitária, rotatividade de funcionários e mudança frequente nas normas do serviço, gerando insegurança e grande esforço adaptativo. Esses aspectos acarretam em redução da produtividade e redução de cumprimento de metas, o que deixa o profissional sobrecarregado, culminando em um ciclo vicioso (MASLACH; LEITER, 2016).

Os fatores ambientais incluem um ambiente com excesso de ruídos e máquinas quebradas, má iluminação, ventilação escassa, níveis precários de higiene, bagunça, desordem e não uso de ergonomia. Além do mais, ausência de treinamentos, curso e instruções aos profissionais prejudicam o desempenho adequado da função do colaborador.

Quanto aos fatores individuais, há evidências de que as pessoas que exibem comportamentos de competitividade, necessidade excessiva de controle, pessimismo, solidão, baixa autoestima, são mais propensas à exaustão e esgotamento. Outra característica importante é o excesso de expectativas e dificuldade de lidar com frustrações, além de personalidade que acredita ser benéfico se sobrecarregar de tarefas por acreditar serem oportunidades únicas (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Constata-se que as relações demográficas são fracas, contribuindo com a

visão de que o ambiente de trabalho é mais importante do que as características pessoais no desenvolvimento do Burnout.

#### 4 | IDENTIFICANDO OS SINTOMAS

O indivíduo acometido pela moléstia encontra-se frequentemente esgotado, com astenia e labilidade de humor. É comum haver alterações no padrão de sono, fadiga crônica, altos níveis de estresse, irritabilidade, tensão muscular e dores osteomusculares. Verifica-se o envolvimento integral com o emprego e sentimento de desvalorização nesse, limitação das atividades diárias devido à choroalidade e sentimento de menos valia, associado à exaustão, baixo grau de realização pessoal e despersonalização (BAPTISTA et al., 2017).

Pode haver associação com distúrbios psiquiátricos, que podem ser desencadeados ou agravados pelo Burnout. As principais comorbidades são transtorno de ansiedade e transtorno depressivo, ademais, alguns autores consideram a síndrome como uma variação da depressão (TIRONI, 2016).

Estima-se que seu desenvolvimento seja paulatino, em três fases. A primeira consiste em aumento de demanda, desencadeando sobrecarga laboral e estresse. Na segunda fase, o operário irá aumentar estratosféricamente seu esforço para ajustar-se à demanda, ocorrendo fadiga, ansiedade e irritabilidade. Isso impõe necessidade de adaptação emocional. Já no terceiro estágio, ocorre o enfrentamento defensivo, como um mecanismo de defesa, o trabalhador irá se isolar, distanciar emocionalmente (PÊGO, 2016).

São três as dimensões características da síndrome de Burnout - exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (VIEIRA et al., 2006). Na exaustão emocional, o profissional nota não possuir energia suficiente para realizar sua função, muitas vezes ocasionada pela sobrecarga de afazeres e o intenso contato com problemas. A despersonalização está relacionada ao desenvolvimento de frieza e atitudes insensíveis, criando uma barreira para evitar envolver-se, é a desumanização. A reduzida realização profissional leva a pessoa a crer que suas metas profissionais não foram alcançadas, sentindo-se insatisfeita, incapaz, incompetente e com baixa autoestima profissional (CARLOTTO, 2009; VIEIRA et al., 2006).

#### 5 | TRATAMENTO E PREVENÇÃO

A maneira mais eficiente para tratar e prevenir o transtorno é por meio de mudanças no estilo de vida, incluindo hábitos saudáveis como atividade física

frequente, alimentação saudável, uso de técnicas de relaxamento com controle respiratório, yoga e meditação. Criar o hábito de fazer pequenas pausas durante a jornada de trabalho para ginástica laboral e cuidar do corpo e mente tem impacto significativo na doença (FUENTE et al., 2015).

Outro pilar do tratamento são as sessões de terapia com psicólogo e acompanhamento com psiquiatra. Em quadros mais graves, pode ser necessário o uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos, que devem ser prescritos por um médico, de preferência psiquiatra (MOREIRA et al., 2009).

As mudanças no trabalho são de extrema importância, redefinindo e reorganizando incumbências, delegando tarefas. É necessário também, melhorar as circunstâncias laborais e de convivência com os colegas, incluindo aspectos ergonômicos físico, cognitivo e organizacional, melhorando a produtividade e qualidade de vida (MURCHO; JESUS; PACHECO, 2010).

O reconhecimento dos limites de trabalho, cautela com rotina profissional e ambientes favoráveis para o exercício da profissão previnem a doença em questão (CAMPOS, 2017; TIRONI, 2016).

## 6 | CONCLUSÃO

O Burnout tem sido um tema social e questão de saúde pública importante. A síndrome é considerada um grave processo de decaimento da qualidade de vida do trabalhador, considerando-se suas sérias consequências para a saúde física e mental. Ademais, muitos profissionais de saúde ignoram ou desconhecem o aparecimento síndrome, ampliando a necessidade de divulgação do tema e realização de campanhas em ambientes de saúde como clínicas, USB e hospitais. Pois além de serem profissionais de risco para a moléstia, são esses trabalhadores que fazem o diagnóstico da mesma.

Desta forma, associado ao engajamento à meta do trabalho, é importante haver organização na atividade, seja qual for a profissão, pois o Burnout é um diagnóstico das circunstâncias laborais (SANTOS; SANTOS; LIMA, 2018). São imprescindíveis avaliações do completo bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de múltiplas esferas, assim como a qualidade de vida, para que seja possível diagnosticar precocemente a síndrome de Burnout e intervir de modo eficaz para a completa cura, tanto à nível pessoal, quanto de condições ambientais da labuta (BAPTISTA et al., 2017). Portanto, o reconhecimento dos limites de trabalho, cautela com rotina profissional e ambientes favoráveis para o exercício da profissão previnem a doença em questão (CAMPOS, 2017; TIRONI, 2016).

## REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, M. N. et al. AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO, SÍNDROME DE BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA EM BOMBEIROS. **Psicologia Argumento**, v. 23, n. 42, p. 47–54, 27 out. 2017.
- CAMPOS, F. DE. Síndrome de burnout: uma revisão sistemática. 2017.
- CAMPOS, J. A. D. B. et al. Burnout syndrome among dental students. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 155–165, mar. 2012.
- CARLOTTO, M. S. A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE E A SÍNDROME DE BURNOUT. **Revista de Psicologia**, p. 14, 2009.
- FUENTE, G. A. C.-D. LA et al. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 1, p. 240–249, 1 jan. 2015.
- KORCZAK, D.; HUBER, B.; KISTER, C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. **GMS Health Technology Assessment**, v. 6, 5 jul. 2010.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. Burnout. In: **Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior**. [s.l.] Elsevier, 2016. p. 351–357.
- MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & contexto enfermagem. Florianópolis, SC. Vol. 20, n. 2 (abr./jun. 2011), p. 225-233, 2011.**
- MOREIRA, D. DE S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1559–1568, jul. 2009.
- MURCHO, N. Á. C.; JESUS, S. N. DE; PACHECO, J. E. P. A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: Um estudo empírico com Enfermeiros. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 11, n. 1, p. 29–40, 2010.
- PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 171–176, 2016.
- SANTOS, J. S.; SANTOS, L. B. P.; LIMA, J. R. DE. SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 10, n. 3, 6 nov. 2018.
- SIMÕES, J.; BIANCHI, L. R. DE O. Prevalência da Síndrome de Burnout e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 473–481, 29 mar. 2017.
- TIRONI, M. O. S. Burnout em médicos intensivistas: o diagnóstico individual e organizacional. 2016.
- TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. 5, p. 223–233, 2007.
- VASCONCELOS, E. M. DE et al. Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.
- VIEIRA, I. et al. Burnout in psychiatric practice: a case report. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 3, p. 352–356, dez. 2006.



## A ACUPUNTURA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO LUÍS – MA, BRASIL

### **Alanna Mota Rosa Carvalho Pivatto**

Psicóloga. Mestre em Gestão de Programa e Serviços de Saúde (Uniceuma). Pós-graduada em neuropsicologia Universidade de Araraquara- SP  
Pós- graduada em acupuntura Faculdade FAMA-  
MA

Professora da Universidade UNDB,  
São Luís – Maranhão.

### **Ana Maria Fernandes Pitta**

Mestrado (1984) e Doutorado (1989) em Medicina Preventiva/Saúde Mental pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo  
Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental-ABRASME (2018-2020)

Professora Adjunta da Universidade Católica do Salvador/UCSAL,  
Salvador- BA

**RESUMO:** O objetivo do estudo foi identificar a percepção do usuário de Acupuntura em 2 Unidades Básicas de Saúde do Município de São Luís–MA que oferecem Acupuntura como atividade terapêutica. A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica e empírica exploratória, aplicada, descritiva, utilizando uma abordagem qualitativa. Questionários aplicados a 16 usuárias, 11 delas com idade acima de 40 anos, durante os meses de novembro e dezembro de

2016. Os resultados apontaram que a maior motivação para a busca da Acupuntura é a “dor”. Pessoas com ansiedade ou depressão, informaram satisfação com o tratamento e valorização do autocuidado. Concluiu-se que a acupuntura nas UBS’s ocupa um papel tímido no Sistema Único de Saúde no Município de São Luís, aparecendo pouco no sistema de informações de saúde e normas operacionais vigentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Práticas Integrativas e Complementares. Acupuntura. Atenção Primária. Sistema Único de Saúde.

### LA ACUPUNTURA EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE SAN LUÍS - MA, BRASIL

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue identificar la percepción del usuario de Acupuntura en 2 Unidades Básicas de Salud del Municipio de São Luís-MA que ofrecen Acupuntura como actividad terapêutica. La metodología utilizada fue investigación bibliográfica y empírica exploratoria, aplicada, descriptiva, utilizando un abordaje cualitativo. Cuestionarios aplicados a 16 usuarias, 11 de ellas con edad superior a 40 años, durante los meses de noviembre

y diciembre de 2016. Los resultados apuntaron que la mayor motivación para la búsqueda de la Acupuntura es el “dolor”. Las personas con ansiedad o depresión, informaron satisfacción con el tratamiento y valorización del autocuidado. Se concluyó que la acupuntura en las UBS’s ocupa un papel tímido en el Sistema Único de Salud en el Municipio de São Luís, apareciendo poco en el sistema de informaciones de salud y normas operacionales vigentes.

**PALABRAS-CLAVE:** Práticas Integrativas y Complementarias. Acupuntura. Atención Primaria. Sistema Único de Salud.

## ACUPUNCTURE IN BASIC HEALTH UNITS IN THE CITY OF SÃO LUIZ - MA, BRAZIL

**ABSTRACT:** The objective of the study was to identify the perception of the user of Acupuncture in 2 Basic Health Units of the Municipality of São Luís-MA that offer Acupuncture as therapeutic activity. The methodology used was a bibliographical and empirical exploratory research, applied, descriptive, using a qualitative approach. Questionnaires were applied to 16 users, 11 of them over the age of 40, during the months of November and December 2016. The results indicated that the greatest motivation for the search for acupuncture is pain. People with anxiety or depression reported satisfaction with the treatment and appreciation of self-care. It was concluded that acupuncture in the BHUs occupies a timid role in the Unified Health System in the Municipality of São Luís, appearing little in the current health information system and operational norms.

**KEYWORDS:** Integrative and Complementary Practices. Acupuncture. Primary attention. Health Unic System.

## 1 | INTRODUÇÃO

A história da medicina é uma grande narrativa, por ser a mais antiga das profissões. Teve início com o empirismo, absorvendo noções de cuidado e prevenção ao longo da história, desde a idade do fogo. Assim, foram necessários vários séculos para que houvesse uma distinção das características sociais do cuidador. O autor Barros<sup>1</sup> contextualiza que o surgimento do curador, juntamente com outras tarefas coletivas como guerreiros e caçadores, traz responsabilidades dentro de uma organização social.

Surgiram, nesse contexto, os primeiros xamãs, com conhecimentos particulares curativos, o que marca uma passagem do empirismo à magia, isso não significando um retrocesso, tendo em vista ser a primeira aplicação do racionalismo humano, uma vez que esse curador tentava explicar a origem da doença, do sofrimento e da

morte conforme o autor Montal<sup>2</sup>.

A primeira ruptura com a estrutura mágico-religiosa ocorreu com a Medicina Hipocrática, na introdução das técnicas observacionais e estudo dos sintomas (semiologia). Assim, como, resgatou-se muito da tradição empírica, formulou-se uma matriz teórica que suscitou uma racionalidade técnica que se coaduna com o empirismo e a racionalidade mágica que busca explicações para o impalpável. Essa descontinuidade de acordo com Barros<sup>1</sup> traz, para a medicina ocidental, uma operacionalização pela técnica e pelo símbolo.

Como fruto ou efeito do crescimento desigual em todo o mundo, o autor Luz<sup>3</sup> enfatiza que por volta da década de 1960, surge a crise da saúde que gerou problemas graves de natureza sanitária, tais como de nutrição, violência, doenças infectocontagiosas, crônicas degenerativas, além do ressurgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção como a tuberculose, a lepra e a sífilis.

Conforme o mesmo autor Luz,<sup>3</sup> o surgimento de novos modelos em cura e saúde, a partir da segunda metade do século XX, como o movimento social denominado “Contracultura”, inclui a importação de modelos terapêuticos distintos da atual racionalidade médica como a medicina tradicional chinesa e a *ayurvédica* (medicina tradicional da Índia). Tal movimento atingiu os EUA o continente europeu, além do conjunto dos países latino-americanos.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. De acordo com Giovanella<sup>4</sup> et al [...] A implantação do Sus tem início no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990), complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Assim, a Constituição Federal instituiu o SUS como “[...] o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público<sup>4</sup>” (p.438).

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>5</sup>, a consolidação do Sus envolve, certamente, muitos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e de longo prazo. Como essa tarefa é bastante complexa, outras políticas, dentro do Sus, fazem-se necessárias. Para Santos<sup>6</sup> et al, a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sus, surgiu a partir de diversas Conferências Nacionais de Saúde, onde representantes das associações nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Antroposófica e Acupuntura, reuniram-se no Ministério da Saúde para implementar ações e políticas pertinentes à Atenção Básica à Saúde.

Em novembro de 2006, a Portaria 853 de 17 de novembro de 2006, inclui o serviço de acupuntura, fitoterapia e outras técnicas de Medicina Tradicional

Chinesa (MTC), práticas corporais, homeopatia, termalismo/crenoterapia e Medicina Antroposófica. Em 1999, o Ministério da Saúde<sup>5b</sup> inclui as consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

No Brasil, os termos MTC e Acupuntura são usados como sinônimos, porém, existem distinções. A Acupuntura é uma das técnicas da MTC conforme a autora Vectore<sup>7</sup>. A autora Campliglia<sup>8</sup> caracteriza a MTC por um sistema médico integral, que surgiu há milhares de anos na China. Seu principal objetivo é equilibrar a dualidade *Yin-Yang*, teoria fundamental de duas forças ou princípios básicos.

<i>Yin</i>	<i>yang</i>
implícito	explícito
curva	reta
absorver	expandir
forma	ideia
norte	sul
noite	dia
escuro	claro
frio	quente
água	fogo
preto	vermelho
inverno	verão
baixo	alto
ventre	dorso
feminilidade	masculinidade
“vísceras maciças” zang	“vísceras ocas” fu
sangue	<i>qi</i>

Tabela 1 - Diferença de *Yin /Yang*

Fonte: Adaptado de Nascimento (2007, p. 93).

A MTC abrange técnicas como massagem, calor, técnicas corporais (como dieta e exercícios), práticas de respiração e meditação e outras<sup>9</sup>. Complementa-se mais, ao se ter o conhecimento de que a MTC inclui, ainda, o uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), relacionadas à prevenção agravos e de doenças, promoção e recuperação da saúde<sup>5b</sup>.

Sobre a acupuntura, faz-se imperioso observar o esclarecimento da autora Silva<sup>10</sup>, quando diz que a mesma é:

[...] uma terapêutica milenar que faz a prevenção, tratamento e cura de patologias através da inserção de finíssimas agulhas de ouro, prata ou aço inoxidável em determinadas regiões do corpo chamado “pontos de acupuntura”.

Na China, a acupuntura é utilizada no dia a dia para o tratamento de diversas afecções. A eficácia dessa terapia levou, em 1979, especialistas de 12 países ao

Seminário Inter-Regional da Organização Mundial da Saúde OMS, a publicarem uma lista provisória de enfermidades que podem ser tratadas pela acupuntura e que inclui, dentre outras: rinite, amigdalite, sinusite, bronquite e conjuntivite agudas, faringite, gastrite, duodenite ulcerativa e colites agudas e crônicas<sup>11</sup>.

O autor Ross<sup>12</sup> afirma que a acupuntura é uma das técnicas utilizadas na MTC para amenizar os desequilíbrios corporais, que estão entrelaçados com os fluxos de energia universais. Por isso, o diagnóstico está relacionado como o modo de vida que o indivíduo tem.

Nesse contexto, o autor Yamada<sup>13</sup> conceitua Acupuntura como uma das formas terapêuticas da MTC que tem como princípio tratar o indivíduo como um todo, através do equilíbrio energético gerado por estímulos com agulhas. Através de pesquisa feita pelo Departamento de Atenção Básica no período de março de 2004, em 26 estados brasileiros, representada na Figura 1 abaixo, identifica uma hierarquização das práticas integrativas e complementares da seguinte forma:

- (1) práticas complementares;
- (2) fitoterapia;
- (3) homeopatia;
- (4) acupuntura e;
- (5) medicina antroposófica.

(FIGURA1)

Este resultado contribui para a inquietação do objeto deste trabalho, uma vez que a acupuntura não ocupa uma posição de destaque dentro dos municípios e estados brasileiros, levando em consideração fatores, como: eficácia e baixo custo.

Conforme a realidade encontrada, pretende-se responder aos seguintes questionamentos: qual a percepção do usuário de Acupuntura nas Unidades Básicas de Saúde no Município de São Luís? O que o motiva a buscar a Acupuntura como forma de tratamento? Com base nestes questionamentos, pretende-se estudar a percepção do usuário sobre a utilização da acupuntura em Unidades Básicas de Saúde de São Luís, Maranhão através do perfil sócio demográfico da população que busca a acupuntura e conhecer quais os motivos que levam o paciente a buscar esta alternativa.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa aplicada, exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, que foi construída a partir da percepção dos usuários de Acupuntura em duas Unidades Básicas de Saúde do Município de São Luís - MA.

As Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção Básica de São Luís teve início no mês de maio de 2015 com a utilização da Acupuntura.

Inicialmente foram cadastradas as Unidades de Saúde contempladas no programa, assim como o profissional terapeuta no sistema CNES/MS. Foram cadastradas, duas unidades de saúde que oferece Acupuntura no município de São Luís, MA, onde foram realizadas as coletas dos dados empíricos.

Nas UBS's as consultas são agendadas através de encaminhamento médico, de enfermagem e psicólogo. Após exame clínico e diagnóstico é realizada a terapia com os seguintes procedimentos, dependendo da necessidade de cada paciente:

- a. Consulta – Exame clínico/propedêutica energética;
- b. Acupuntura – Inserção de agulhas sistêmicas;
- c. Auriculoterapia – Inserção de agulhas no pavilhão auricular;
- d. Moxaterapia – Uso do bastão de artemísia através do calor;
- e. Massagem terapêutica – Massagem corporal.

Todos os pacientes de Acupuntura recebem esclarecimentos sobre a técnica, sendo agendadas 10 sessões em dias pré-determinados. O paciente permanece cerca de 20 minutos na maca do consultório em total relaxamento.

O terapeuta informa na consulta que a acupuntura é uma terapia integrativa e complementar que necessita de determinadas ações por parte do paciente para que sua efetividade seja estabelecida, como o cuidado com a alimentação, estilo de vida saudável, prática de atividade física, etc.

É importante ressaltar, que a Acupuntura não é uma prática exclusiva da categoria médica desde 17 de novembro de 2006. A Portaria 853 incluiu na tabela de Serviços/SCNES de Informações do SUS – o serviço acupuntura – Práticas Integrativas e Complementares realizadas por profissionais de saúde especialistas em acupuntura. E que, portanto, tanto seu exercício como a indicação, não devem ficar restritas, para que de fato seja possível atender às demandas na atenção à saúde<sup>14</sup>.

As UBS's da pesquisa são as únicas que praticam a Acupuntura, dentro de um universo de 59 Centros de Saúde no Município de São Luís. A coleta de dados foi realizada dentro de uma população de 48 usuários atendidos em ambas as UBS's, nos períodos de novembro a dezembro foram aplicados questionários em 16 usuárias de acupuntura escolhidas por conveniência.

Os registros foram gravados e, posteriormente, transcritos pela pesquisadora. As gravações totalizaram 5 horas e foram realizadas na sala de atendimento médico, nos turnos matutino e/ou vespertino. As transcrições foram efetuadas num período de três semanas, perfazendo 12 horas de escuta e escrita.

A análise de dados foi efetuada com os registros das observações diretas em caderno de campo e a partir da transcrição dos questionários semiestruturados, nas

unidades estudadas no processo de atendimento. Foi utilizada a modalidade da técnica de comparação sistemática de Strauss e Corbin. Essa técnica significa comparar um incidente com outro, evocado a partir de experiências ou da literatura<sup>15</sup>.

A Análise foi realizada em três etapas: fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus dos relatos, com o objetivo de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Na leitura flutuante toma-se contato com os documentos a serem analisados, conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações<sup>16</sup>; a segunda fase foi a de organizar os conteúdos por categoria apriorística temática em tabelas. Nesse caso, apriorística significa dizer que o pesquisador de antemão já possui, segundo, experiência prévia ou interesses, categorias pré-definidas<sup>17</sup>.

Após a origem das categorias de análise, finalmente foi feita na fase três, a transcrição dos relatos, para descobrir os complementos entre as diferentes experiências e reflexões presentes num conjunto de arquivos, para no final extrair-se elementos comuns. Cada incidente coletado foi comparado com outro no nível de propriedade na mesma categoria, em busca de similaridades e diferenças, para fins de ampliar os argumentos<sup>15</sup>.

O projeto de pesquisa foi enviado à Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição, conforme as normas da resolução 466/12 com o número de aprovação do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 60290016.0.0000.5084.

A confidencialidade, o anonimato e o ressarcimento de quaisquer prejuízos decorrentes da pesquisa foram garantidos. O prejuízo pode ocorrer pelo simples fato do desconforto, que pode ser gerado a partir de um questionamento.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com a pesquisa realizada 100% dos usuários são mulheres, onde 68,7% possuem idade acima de 40 anos. Das 16 entrevistadas, 8 tem como ocupação “dona de casa”, representando metade das entrevistadas. Quanto ao estado civil, 9 são casadas, incluindo a união estável representa metade das entrevistadas. Ademais, apenas 3 mulheres são solteiras, 3 divorciadas e 1 viúva.

Segundo os dados obtidos, das 16 entrevistadas, apenas 3 apresentavam o curso Fundamental Incompleto.

Entrevistado	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação atual	Estado civil
U1	F	65	Fund. - C	Dona de casa	C
U2	F	48	Sup. - C	Dona de casa	C
U3	F	56	Med. - C	Vendedora	D
U4	F	29	Sup. - C	Dona de casa	UE
U5	F	44	Sup. - C	Corretora de imóveis	S
U6	F	68	Fund. - I	Dona de casa	S
U7	F	80	Fund. - I	Dona de casa	D
U8	F	34	Fund. - C	Doméstica	C
U9	F	39	Fund. - I	Dona de casa	V
U10	F	40	Sup. - C	Professora	C
U11	F	45	Med. - I	Manicure	UE
U12	F	52	Med. - I	Cozinheira	D
U13	F	47	Med. -C	Dona de casa	C
U14	F	22	Sup. - I	Estudante	S
U15	F	57	Fund. - C	Empresária	C
U16	F	65	Sup. - C	Dona de casa	C

Quadro 1 - Perfil dos usuários de Acupuntura entrevistados entre os meses de novembro a dezembro de 2016.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

C Casada

S Solteira

C Viúva

C União estável

D Divorciada

U Usuário

Med. -C Médio completo

Med. - I Médio incompleto

Sup. - I Superior incompleto

Sup. - C Superior completo

Fund. - C Fundamental completo

Fund. - I Fundamental incompleto

Entrevistado	Motivo da busca pela Acupuntura	Como conheceu a acupuntura	Tempo de tratamento
U1	Dor/Chikungunya	P/UBS	1 m
U2	Dor/Chikungunya	P/UBS	1 m
U3	Dor/bursite	P/UBS	1 m
U4	Depressão	P/UBS	2 m
U5	Depressão	Internet	+ 6 m
U6	Dor/lombar	P/UBS	+ 1 m
U7	Dor/joelho	P/UBS	1 m
U8	Dor/coluna	P/UBS	+ 1m
U9	Dor/artrose	P/UBS	+ 1 ano
U10	Dor/costas	Amigo	+ 1m



<b>U11</b>	Dor/Chikungunya	Amigo	1 m
<b>U12</b>	Dor/lombar	Amigo	1 m
<b>U13</b>	Dor/coluna	Amigo	1 m
<b>U14</b>	Ansiedade	Amigo	+ 6 m
<b>U15</b>	Ansiedade	Amigo	+ 6 m
<b>U16</b>	Depressão	Amigo	+ 6 m

Quadro 2 - Conhecimento e busca do usuário sobre acupuntura/tempo de utilização dos usuários de Acupuntura, entrevistados entre os meses de novembro a dezembro de 2016

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

P/UBS Profissional da UBS

### 3.1 Motivo da busca pela Acupuntura

O item, “O que levou a busca do atendimento em Acupuntura”, ou o motivo da busca pela Acupuntura, onze usuárias relataram que a motivação foi a dor, por ter tido Chikungunya, ou por outras causas. Outras 05 buscaram o tratamento por apresentar sintomas de ansiedade e/ou depressão. A acupuntura, dentre a Homeopatia, Fitoterapia e Práticas Corporais, tem sido a PIC mais pesquisada nos últimos anos e que muitos trabalhos estão voltados para ensaios clínicos/tratamento da dor<sup>18</sup>. Pode-se afirmar que a maioria das usuárias entrevistadas nesta pesquisa, buscou a Acupuntura para tratar alguma dor, o que alimenta a crença de que acupuntura é eficaz apenas para esse sintoma.

### 3.2 Como conheceu a Acupuntura?

Cerca de 9 usuárias conheceram a Acupuntura por indicação de um amigo, outros conheceram através de indicação dos profissionais das UBS's e apenas 01 buscou informações sobre a prática na internet.

### 3.3 Tempo de tratamento?

O tempo de tratamento é um fator importante para avaliação da percepção das usuárias, pois um pacote de dez sessões pode demorar cerca de 2 meses de tratamento, o que inviabiliza uma significância mais rápida sobre os efeitos da Acupuntura. Um aspecto importante a ressaltar sobre o funcionamento das UBS's: na UBS1, esse serviço é oferecido apenas às sextas-feiras e na UBS 2 é oferecido às quartas-feiras. Cada paciente é atendido uma vez por semana, o que quantifica o máximo de 24 pacientes em atendimento por semana.

Entrevistado	Dificuldade em ser atendido	Sente-se à vontade	Indica a Acupuntura	Mudança diante do tratamento	Busca em serviços particulares	Deseja voltar a utilizar a acupuntura	Sente falta de outros dias de atendimento
U1	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U2	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U3	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U4	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U5	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U6	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U7	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U8	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U9	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U10	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U11	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U12	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U13	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
U14	Não	Sim	Sim	Sim	Sim/plano de saúde	Sim	Sim
U15	Não	Sim	Sim	Sim	Sim/plano de saúde	Sim	Sim
U16	Não	Sim.	Sim	Sim	Sim/plano de saúde	Sim	Sim

Quadro 3 - Acessibilidade/percepção dos usuários de Acupuntura entrevistados entre os meses de novembro a dezembro de 2016

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

### 3.4 Dificuldade em serem atendidas?

Nenhuma das usuárias encontrou dificuldade em ser atendida, na modalidade Acupuntura nas UBS's. Apesar de a Acupuntura ter evidência diante de outras terapias integrativas ou complementares, ainda é pequena a busca pelo tratamento ao se comparar com o tratamento médico convencional. De acordo com pesquisa de Sousa<sup>19</sup> et al., no Brasil em 2008, já existiam mais 800 municípios realizando algumas práticas integrativas, porém a acupuntura ainda prevalecia nas clínicas particulares.

### 3.5 Sente-se à vontade?

Quando perguntado às usuárias, se se sentiam à vontade em contar suas preocupações ou problemas relacionados à sua saúde, a maioria relatou que se sentia à vontade. Foi possível identificar pelo tom de voz e gestos que a maioria das usuárias tem confiança no terapeuta.

### 3.6 Indica a Acupuntura?

Todas as usuárias relataram que indicariam acupuntura para outra pessoa, pelos motivos relatados nas mudanças diante do tratamento. Foi percebido que, não importa o tempo de tratamento que as usuárias estavam, todas indicaram o tratamento para outra pessoa.

### 3.7 Mudanças diante do tratamento?

Os resultados mostram que as usuárias, que entraram em contato com a acupuntura nas UBS's pesquisadas, apresentam mudanças progressivas em relação às concepções ampliadas de saúde e cuidado, independente da classe social. Estudo Cintra<sup>20</sup> realizado em São Paulo, sobre Acupuntura e promoção da saúde, mostrou que a Acupuntura permite um trânsito interdisciplinar integrando a percepção do indivíduo sobre sua própria saúde. As usuárias entrevistadas relataram terem sido orientadas pelo Acupunturista, a praticarem alguma atividade física ou alimentação mais saudável. Em relação às práticas corporais, em sua maioria, as indicações foram para realização de caminhadas.

Todas as usuárias entrevistadas opinaram que a acupuntura é um tratamento eficaz e obtiveram melhora ou remissão de quadros clínicos ou superação das enfermidades após o tratamento com a Acupuntura. A ausência de dor (muscular, de cabeça, nas costas, joelhos, ombros e mãos), incluindo melhora também do sono e do humor (casos de depressão e ansiedade). O fato de apenas 05 usuárias terem mais de 6 meses de tratamento poderá levantar questionamentos acerca da efetividade da cura ou minimização dos sintomas referidos pelas usuárias.

Além disso, outras mudanças diante do tratamento com a Acupuntura fomenta a participação do sujeito no seu processo de autocuidado. Ademais, a autonomia foi percebida, também, em relação ao profissional de saúde - Acupunturista, que participa de cursos sobre o tema, levando exemplo de autocuidado para os pacientes. A intenção ao se introduzir as PIC's na Atenção Primária à Saúde, não é encontrar o melhor tipo de cuidado, mas diversificar as práticas de cuidado e promover a integralidade do cuidado<sup>21</sup>.

Todas as usuárias entrevistadas opinaram que a acupuntura é um tratamento eficaz. Quando questionadas sobre quais mudanças sentiram durante ou após o tratamento, observa-se que fortalece o conceito de integralidade, diante de suas respostas:

“[...] quando eu cheguei lá, ele perguntou por que eu vim e o que eu sentia. Mas ele sempre diz: vocês têm que fazer o lado de vocês. Ele fala isso porque eu comia muita besteira, agora me cuido. E ele ensina também o que faz mal” (U11).

“Ele ensinou a colocar a mão na água morna, eu faço em casa” (U5).

“[...] eu tomo suco de limão também pra ajudar” (U11).

“[...] precisei mudar também minha alimentação, tirei o leite, não fico inchada, nem com dor de barriga” (U4).

“[...] quando cheguei, disse pra ele que vivo estressada [...] ele até me indicou cloreto de magnésio para minha inflamação, tomo e faço minha parte” (U3).

“[...] faço caminhadas ou pulo corda todos os dias, eu era pré-diabética” (U16).

### **3.8 Busca Acupuntura em serviços particulares?**

Ao perguntar sobre buscar a Acupuntura em serviços particulares, apenas três usuárias consideraram isso possível; as demais consideraram o tratamento particular caro. Diante das respostas das usuárias, foi levantado a possibilidade do plano de saúde como forma de financiamento em Acupuntura, que segundo elas, quando conseguem agendar pelo plano, deixam de ir à UBS.

A acupuntura, atualmente, está inserida na maioria dos planos de saúde, porém, restringe o atendimento ao profissional médico, com algumas exceções, o que fere a Portaria/MS 853, que inclui fisioterapeutas, odontólogos, enfermeiros e psicólogos como profissionais aptos a exercerem a atividade.

### **3.9 Deseja voltar a usar a Acupuntura?**

Por outro lado, todas as entrevistadas consideraram a possibilidade de retornar ao uso da Acupuntura, esse questionamento reforça que as PIC's animam reflexões do próprio usuário acerca da prevenção da saúde, pois a Acupuntura pode ser considerada um procedimento complementar, já que exige maior deslocamento e tempo dos usuários, uma vez que demanda a aplicação heterônoma das agulhas, o que difere da medicação que pode ser administrada em casa<sup>10</sup>.

### **3.10 Sente falta de outros dias de atendimento?**

O ponto que trouxe mais desconforto às usuárias ao responder, foi se elas gostariam de ter mais dias de atendimento. Foram questionadas sobre a possibilidade de acesso em outros dias ou horários, em que todas as usuárias relataram que gostariam de serem atendidas com mais opções de horários de atendimento, incluindo finais de semana.

Foi percebido que a maioria não queria responder, ou sempre ressaltava o bom atendimento na UBS que frequenta.

O acesso dos pacientes ao tratamento por Acupuntura é bem maior em relação à Atenção Secundária, exatamente pela quantidade de pessoas que desconhece essa prática da MTC. Por outro lado, 100% das entrevistadas concordam que o tratamento deveria acontecer por mais de uma vez na semana.

Observou-se que o usuário ao entrar em contato com a Acupuntura incentivou a postura ativa e crítica sobre o seu corpo, facilitando o projeto de construção da sua própria saúde<sup>3</sup>.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada, conclui-se que das dezesseis mulheres entrevistadas, usuárias de Acupuntura nas UBS's, onze estão na faixa etária acima de 40 anos de idade, além disso, pôde se confirmar que o principal motivo de encaminhamento para esta especialidade foi a “dor”.

A tendência positiva por parte das usuárias em relação à aceitação do tratamento com a Acupuntura prevalece. Os resultados mostram também uma melhoria do sofrimento psíquico e quadros álgicos, além de redução do uso de medicação com o tratamento com Acupuntura, sendo enfatizados sentimentos de acolhimento e autocuidado.

Percebe-se um desafio de transformação no setor de saúde das UBS's pesquisadas no que tange a operacionalização e consolidação das PIC's, alertando que a categoria acessibilidade demonstra uma fragilidade no planejamento do tratamento, tendo como grande lacuna, os poucos dias de atendimento para Acupuntura.

Conforme os resultados apresentados, o delineamento das PIC's em específico a acupuntura vem aumentando, mas ainda está estabelecida nos níveis secundários de saúde.

A pesquisa apontou um movimento ainda tímido da inserção das PIC na APS, especialmente da Acupuntura, uma vez que das cinquenta e nove UBS's existentes no Município de São Luís - MA, apenas duas contemplam a prática da Acupuntura como opção de prevenção ou tratamento da saúde. Característica maior para essa afirmativa foram os muitos relatos de que, existe pouca dificuldade para se agendar uma sessão, mesmo tendo apenas um Acupunturista nas duas UBS's.

Assim sendo, a acupuntura ainda pouco contribui para o cuidado ampliado, para a autonomia do usuário das UBS's e para desmedicalização. Novas pesquisas enfocando os processos de realização de cuidado com a Acupuntura e MTC são necessárias para a melhor compreensão de facilidades e dificuldades de acesso às PIC's na Atenção Primária à Saúde. Por fim, a pesquisa demonstra a necessidade de incentivar a inserção e fortalecimento dessa prática, pelo Sistema Único de Saúde através da implantação de novas equipes nas Redes de Atenção à Saúde que suscitem novas práticas e políticas que de fato possam incluir a Acupuntura como uma Prática Complementar Integrativa acessível para muitos!

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Barros NF. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec; 2008.
- <sup>2</sup> Montal A. **Oriente Secreto - O Xamanismo**. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
- <sup>3</sup> Luz MT. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudos Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. 2 ed., rev. São Paulo: Hucitec; 2005.
- <sup>4</sup> Giovanella L, Escorei S, Lobato LVC. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. **rev. e amp.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012; p. 435.
- <sup>4</sup> Giovanella L, Escorei S, Lobato LVC. 2009, p.438.
- <sup>5a</sup> Brasil. Ministério da Saúde (2012). Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Série A. **Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica**; n. 31. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- <sup>5b</sup> Brasil. Ministério da Saúde (2015). Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. PNPIC-SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
- <sup>6</sup> Santos, FAS, Gouveia GC, Martelli PJJ, Vasconcelos EMR. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não médicos. **Rev Bras Fisioter**. 2009 jul./ago [acesso em 2017 maio 05]; 13 (4), p. 330-4. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n4/aop041\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n4/aop041_09.pdf)>.
- <sup>7</sup> Vectore C. Psicologia e Acupuntura: primeiras aproximações. **Psicol., Ciênc. e Prof.** 2005 jun 35 (2) p. 266-285.
- <sup>8</sup> Campliglia H. **Psique e medicina tradicional chinesa**. 2. ed. São Paulo: Roca; 2009.
- <sup>9</sup> Castro IM. **Auxílio da Acupuntura no tratamento da depressão** [Internet]. Brasília: Uniceub; 2011 [acesso em 2017 nov. 03]. Disponível em: <<http://www.repositoriouniceub.br/bistream/123456789/2781/2/20625934.pdf>>.
- <sup>10</sup> Silva EDC, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. **Cad. saúde pública**. 2013 [acesso em 2017 abr. 21]; 21 (11), p. 2186-2196.
- <sup>11</sup> Scognamillo-Szabo MVR, Bechara GH. Acupuntura: bases científicas e aplicações. **Cienc. Rural** [online]. 2001 [acesso em 2017 abr. 21]; 31 (6), p.1091-1099. ISSN 1678-4596. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-84782001000600029>>.
- <sup>12</sup> Ross JZF. **Sistemas de órgãos e vísceras na medicina tradicional chinesa**. São Paulo: ROCA; 1994.
- <sup>13</sup> Yamada MA, Silvério-Lopes S. **Mapeamento do Conhecimento e Interesse pela Acupuntura de Usuários de Unidades de Saúde da Família em Londrina (PR)**, 2012.
- <sup>14</sup> Sussman AL, Williams RL, Shelley BM. Can we rapidly identify traditional, complementary and alternative Medicine users in the primary care encounter? A RIOS Net study. **Ethnicity & disease**. 2010. 20 (1), p.64.
- <sup>15</sup> Strauss A, Corbin J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da**

teoria fundamentada. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre; 2009.

<sup>16</sup> Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2006.

<sup>17</sup> Turato ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis RJ: Vozes; 2003.

<sup>18</sup> Contatore OA, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA, Nascimento JL, Oliveira SL, Peres SMP. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 2015. 20 (10), p. 3263-3273.

<sup>19</sup> Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, 2012 [acesso em 2017 maio 05]; 28 (11), p. 2143-2154. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100014>>.

<sup>20</sup> Cintra MER, Figueiredo R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. **Interface (Botucatu)**. 2010 mar. [acesso em 2017 jul. 24]; 14 (32), p. 139-154. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100012&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>21</sup> Schweitzer MC, Esper MV, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **Mundo saúde (Impr.)** 2012. 36 (3), p. 442-451.

<sup>22</sup> Luz, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: Nascimento MC. **As duas faces da montanha**: estudos sobre a medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006.

## ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

**Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco**

Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Maceió – Alagoas

**Verônica de Medeiros Alves**

Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Maceió – Alagoas

**Valéria Elias Araújo Bichara**

Universidade Estácio de Sá

Maceió – Alagoas

**Vanessa Christinne Nazário Tenório**

Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Maceió – Alagoas

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da ansiedade e a qualidade de vida em estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2017. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Identificação, IDATE (ansiedade traço-estado), WHOQOL (qualidade de vida) e MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFAL. Foram entrevistados 143 discentes, sendo 122 (84,7%) do sexo feminino e 21 (14,6%) do sexo masculino, com média de

idade  $23,1 \pm 4,5$  anos, do 1º ao 8º período. Mediante o IDATE, na ansiedade traço, 138 (96,5%) estudantes apresentaram ansiedade moderada. Na ansiedade estado, 143 (100%) apresentaram ansiedade moderada. Segundo o MINI, 74 (51,7%) apresentaram Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). O domínio físico da qualidade de vida apresentou menor média ( $45,1 \pm 16,7$ ), sendo este, caracterizado por fadiga, sono prejudicado, dependência medicamentosa, dificuldade para realizar trabalhos, dentre outros. O TAG pode ser reflexo de situações enfrentadas na vida e de inúmeras atividades acadêmicas. Diante disso, percebe-se a necessidade de intervenções de cuidado ao estudante na universidade, contribuindo com a melhora da ansiedade e da qualidade de vida do mesmo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ansiedade. Qualidade de vida. Estudante de enfermagem.

### ANXIETY AND QUALITY OF LIFE IN NURSING STUDENTES

**ABSTRACT:** This study aimed to evaluate the prevalence of anxiety and quality of life in nursing students at Federal University of Alagoas (UFAL). This is a descriptive, transversal and quantitative study. Data collection occurred



between September and December 2017. The instruments used were: Identification questionnaire, IDATE (trait-state anxiety), WHOQOL (Quality of Life) and MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). The research was approved by the Research Ethics Committee of UFAL. 143 students were interviewed, 122 (84,7%) female and 21 (14,6%) males, with a mean age of  $23,1 \pm 4,5$  years, from the 1st to the 8th period. Through the IDATE, in the trait anxiety, 138 (96,5%) students presented moderate anxiety. In state anxiety, 143 (100%) presented moderate anxiety. According to MINI, 74 (51,7%) presented generalized anxiety disorder (GAD). The physical domain of quality of life presented the lowest mean ( $45,3 \pm 16,7$ ), characterized by fatigue, impaired sleep, drug dependence, difficulty to perform work, among others. The GAD can be a reflex of situations faced in life and countless academic activities. Therefore, it is perceived the need for care interventions for students at the university, contributing to the improvement of anxiety and quality of life of the student.

**KEYWORDS:** Anxiety. Quality of life. Nursing students.

## 1 | INTRODUÇÃO

O ingresso na universidade causa muitas mudanças, caracterizando-se por dúvidas quanto ao novo e a exigência que essa nova fase requer, como muitas horas de estudos e envolvimento em projetos, conhecimento de novas pessoas e estabelecimento de vínculos, novas responsabilidades, entre outras. Isso exige que o estudante tenha recursos cognitivos e emocionais para lidar melhor com essas situações. No entanto, o indivíduo nem sempre possui essas habilidades, o que repercute em altos níveis de ansiedade e prejuízo na qualidade de vida, podendo contribuir com o desenvolvimento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (LANTYER et al., 2016; MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007).

Além dos fatores relacionados à graduação, ainda existem os problemas da vida pessoal e social que podem influenciar no desencadeamento desse transtorno mental. É necessário pensar em como o estudante irá lidar com a doença, a dor e o sofrimento vivenciados nas práticas das disciplinas estudadas e, no futuro, em sua prática profissional. Ele precisa de cuidados e meios para manter sua saúde física e mental (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007).

As principais características do TAG são preocupação persistente e excessiva, incluindo redução de desempenho no ambiente de trabalho e escolar, onde o indivíduo encontra dificuldade em controlar a ansiedade. Ocorre com mais frequência no sexo feminino do que no masculino (proporção de 2:1) (DSM-5, 2014).

Na ansiedade, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”, fadiga, dificuldade de concentração ou “ter brancos”, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (DSM-5, 2014).

Neste transtorno, o medo é uma das características mais presentes, contribuindo para a tensão muscular (REGO, 2003).

A ansiedade pode trazer prejuízos ao dia a dia do estudante, interferindo na sua qualidade de vida. A qualidade de vida é conceituada de forma ampla e abrange como o indivíduo a percebe no contexto cultural e de valores, por meio da relação de seus objetivos e metas, padrões e preocupações (ARAÚJO, 2018). Assim, o conceito de qualidade de vida passou a ser estudado na área de saúde, inicialmente, por uma necessidade de valorizar as percepções da pessoa a respeito de vários aspectos de sua vida, ao invés de meramente uma avaliação de sintomas ou de seu estado de saúde. Apesar da qualidade de vida ser um desfecho cada vez mais estudado na literatura, seu conceito ainda é bastante impreciso, não consensual e fundamentado em diversos modelos teóricos (LIMA; FLECK, 2009).

Nesse contexto, este estudo teve como questão norteadora: Qual a prevalência de ansiedade e como está a qualidade de vida de estudantes de enfermagem? Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da ansiedade e a qualidade de vida em estudantes de enfermagem.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. O local da pesquisa foi o curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus A. C. Simões. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2017. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Identificação, IDATE (ansiedade traço-estado), WHOQOL (qualidade de vida) e MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).

O MINI é uma entrevista estruturada utilizada para avaliação e rastreamento de transtornos mentais (SHEEHAN et al., 1998). No MINI, existe um capítulo que aborda o rastreamento de sinais e sintomas de ansiedade. Cada aplicação desse instrumento durou em média 30 minutos.

O IDATE foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch, Lushene (1970), traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). O IDATE apresenta uma escala que avalia a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que avalia a ansiedade enquanto traço (IDATE-T). É uma escala autoaplicável que pode ser utilizada individualmente ou em grupo (CAPITÃO; TELLO, 2004). No estudo da ansiedade, encontram-se dois conceitos distintos: a ansiedade-estado, referente a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo, e a ansiedade-traço, a qual se refere a uma disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência a perceber um maior número

de situações como ameaçadora (SPILBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970).

O WHOQOL-Abreviado permite avaliar a qualidade de vida do discente analisando quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Ele foi validado em português por Fleck et al. (2000). Esses instrumentos são autoaplicáveis. Foram fornecidas instruções aos estudantes sobre como responder os mesmos.

Foram entrevistados 143 estudantes de graduação em enfermagem da UFAL, para rastreio de sinais e sintomas de ansiedade. A aproximação ao estudante foi feita a partir de contato eletrônico (e-mail) e via telefone. Para garantir o anonimato do sujeito, foi definido um código numérico, em ordem crescente, à medida que as entrevistas foram acontecendo.

Foram incluídos os de idade igual ou superior a 18 anos, que estavam matriculados entre 1º e 8º períodos de enfermagem. Foram excluídos os que não optaram por participar do estudo, desistiram do curso durante a coleta e os que estavam no 9º e 10º períodos, por estagiarem fora da UFAL. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFAL.

### 3 | RESULTADOS

Foram entrevistados 143 discentes, sendo 122 (84,7%) do sexo feminino e 21 (14,6%) do sexo masculino, com média de idade  $23,1 \pm 4,5$  anos, do 1º ao 8º período. Mediante o IDATE, na ansiedade traço, 138 (96,5%) estudantes apresentaram ansiedade moderada. Na ansiedade estado, 143 (100%) apresentaram ansiedade moderada. A média do escore para a ansiedade traço foi de  $(48,9 \pm 11,8)$ , bem como para a ansiedade estado foi de  $(47,8 \pm 11,0)$  (Tabela 1).

<b>Ansiedade Traço</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média do escore (DP)</b>
Alta	2	1,4	48,92 (11,815)
Moderada	138	96,5	
Baixa	3	2,1	
<b>Ansiedade Estado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Alta	0	0	47,85
Moderada	143	100	(11,053)
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>96,70 (21,295)</b>

Tabela 1 - Frequência de estudantes do curso de enfermagem com ansiedade, segundo o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), da Universidade Federal de Alagoas, Brasil-2017.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

De acordo com o MINI, 74 (51,7%) apresentaram transtorno de ansiedade generalizada (TAG), seguidos de 41 (28,7%) com episódio depressivo maior atual e 41 (28,7%) com risco de suicídio. Vale destacar ainda que 73 (51%) apresentaram comorbidades, ou seja, apresentavam mais de um transtorno mental associado (Tabela 2).

MENTAL DISORDERS	GENERAL		WITH GAD		p	OR	x <sup>2</sup>
	N	%	N	%			
Episódio Depressivo Maior Atual	41	28,7	36	48,6	<b>0,003</b>	0,42	7,65
Episódio depressivo maior recorrente	28	19,6	23	31,1	<b>0,044</b>	0,54	2,98
Episódio depressivo maior com características melancólicas	25	17,5	23	31,1	<b>0,018</b>	0,47	4,47
Distímia atual	4	2,8	1	1,4	0,444	2,10	0,04
Distímia passada	0	0	-	-	-	-	-
Risco de suicídio	41	28,7	13	18,8	<b>0,050</b>	1,89	2,65
Baixo risco de suicídio	24	16,8	10	14,5	0,338	1,29	0,19
Médio risco de suicídio	4	2,8	-	-	-	-	-
Alto risco de suicídio	13	9,1	3	4,3	0,141	2,37	1,15
Episódio hipomaníaco atual	9	6,3	4	5,8	0,528	1,17	0,00
Episódio hipomaníaco passado	6	4,2	3	4,3	0,633	1,04	0,00
Transtorno de pânico atual	10	7,0	1	1,4	0,063	5,49	2,16
Transtorno de pânico passado	2	1,4	1	1,4	0,716	1,04	0,00
Agorafobia	37	25,9	5	7,2	<b>0,000</b>	4,82	10,23
Fobia social	24	16,8	7	10,1	0,102	1,93	1,58
Transtorno obsessivo compulsivo	14	9,8	3	4,3	0,087	2,74	1,78
Transtorno do estresse pós-traumático	6	4,2	-	-	-	-	-
Dependência ao álcool	7	4,9	2	2,9	0,354	1,85	0,17
Abuso de álcool	8	5,6	4	5,8	0,611	1,04	0,00
Dependência de substância (não-alcoolica)	1	0,7	-	-	-	-	-
Abuso de substância (não-alcoolica – últimos 12 meses)	4	2,8	-	-	-	-	-
Transtorno do humor psicótico	5	3,5	-	-	-	-	-
Anorexia nervosa	1	0,7	-	-	-	-	-
Transtorno de ansiedade generalizada	74	51,7	-	-	-	-	-
Presença de transtorno mental	105	73,4	-	-	-	-	-
Comorbidade	73	51,0	11	15,9	<b>0,000</b>	5,98	25,41

Tabela 2 - Transtornos mentais em estudantes de enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Brasil-2017.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Diante das queixas apontadas pelos estudantes entrevistados, destacaram-se o sofrimento por antecipação 102 (71,3%), dificuldade de lidar com pessoas lentas 64 (44,8%), e irritabilidade 63 (44,1%). Vale destacar que, mesmo em meio ao adoecimento mental e diante de tantas queixas indicativas de ansiedade, a maioria

dos estudantes não fazia acompanhamento psicológico 133 (93%).

<b>Queixas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>Sim</b>	26	18,2
	<b>Não</b>	52	36,4
<b>Tem insônia</b>	<b>Às vezes</b>	65	45,5
	<b>Sem resposta</b>	0	0
	<b>Sim</b>	47	32,9
	<b>Não</b>	20	14,0
<b>Dificuldade de concentração</b>	<b>Às vezes</b>	76	53,1
	<b>Sem resposta</b>	0	0
	<b>Sim</b>	61	42,7
	<b>Não</b>	13	9,1
<b>Apresenta impaciência</b>	<b>Às vezes</b>	68	47,6
	<b>Sem resposta</b>	1	0,7
	<b>Sim</b>	47	32,9
	<b>Não</b>	28	19,6
<b>Dor de cabeça</b>	<b>Às vezes</b>	68	47,6
	<b>Sem resposta</b>	0	0
	<b>Sim</b>	64	44,8
	<b>Não</b>	31	21,7
<b>Tem dificuldade de lidar com pessoas lentas</b>	<b>Às vezes</b>	48	33,6
	<b>Sem resposta</b>	0	0
	<b>Sim</b>	102	71,3
	<b>Não</b>	12	8,4
<b>Sofre por antecipação</b>	<b>Às vezes</b>	29	20,3
	<b>Sem resposta</b>	0	0
	<b>Sim</b>	63	44,1
	<b>Não</b>	8	5,6
<b>Irritabilidade</b>	<b>Às vezes</b>	72	50,3
	<b>Sem resposta</b>	0	0
	<b>Sim</b>	8	5,6
<b>Acompanhamento psicológico</b>	<b>Não</b>	133	93
	<b>Sem resposta</b>	2	1,4
	<b>Sim</b>	90	62,9
<b>Vivenciou episódio estressante no último mês</b>	<b>Não</b>	53	37,1
	<b>Sem resposta</b>	0	0
<b>Total</b>		143	100

Tabela 3 - Queixas apontadas por estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Brasil-2017.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Analisando as médias de qualidade de vida mediante o WHOQOL, identificou-se que o domínio físico da qualidade de vida apresentou menor média ( $45,1 \pm 16,7$ ), o que significa dizer que os estudantes possuíam prejuízos em suas vidas

caracterizados por dor e desconforto, falta de energia e fadiga, qualidade de sono e repouso prejudicados, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência medicamentosa ou de tratamentos e dificuldade para realizar trabalhos (Tabela 4).

	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>	<b>QV Geral</b>
	<b>Média (dp)</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Média (dp)</b>
<b>Ansiiedade</b>	45,1 (16,7)	56,5 (18,1)	62,4 (20,9)	51,7 (15,8)	57,0 (21,3)

Tabela 4 - Média dos domínios da qualidade de vida relacionados a ansiedade em estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Brasil-2017.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

## 4 | DISCUSSÃO

Este estudo mostra que a maioria dos estudantes de enfermagem da UFAL sofre com algum tipo de transtorno mental, destacando-se o TAG. A ansiedade é comum à vida da maioria das pessoas, entretanto, passa a ser patológica quando há extrema intensidade e duração, além de causar prejuízo em todo o contexto de vida da pessoa acometida (CAVALER; GOBBI, 2013).

No TAG, a ansiedade é persistente e tem relação com múltiplos fatores. A prevalência maior de estudantes do sexo feminino neste estudo é reflexo da prática da enfermagem ser composta em sua maioria por mulheres. A pesquisa de Machado et al. (2015) que teve como objetivo analisar os aspectos sócio demográficos dos profissionais de enfermagem por meio da avaliação dos registros ativos no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) constatou que, apesar da presença masculina nesta profissão estar em constante crescimento, sua maioria (85,1%) era formada pelo sexo feminino, em relação ao sexo masculino (14,4%), o que corrobora com o atual estudo.

No que diz respeito à idade dos estudantes participantes da pesquisa, percebe-se que os mesmos estão adoecendo muito jovens, comparando-se à alta frequência de casos de adoecimento mental. Um estudo realizado por Chaves et al. (2015), que teve como objetivo investigar a ansiedade e a espiritualidade de estudantes dos cursos de graduação de uma Universidade Federal, identificou uma média de idade dos participantes de  $21 \pm 2,5$  anos, dado semelhante ao atual estudo.

Quanto à ansiedade, Chaves et al. (2015) ainda identificaram, mediante avaliação da ansiedade traço pelo IDATE, que 368 (60,4%) estudantes apresentaram ansiedade moderada. Na ansiedade estado, 390 (64%) estudantes apresentaram nível moderado de ansiedade. Este mesmo estudo, ao avaliar a média dos escores,

identificou média de ansiedade traço ( $44,53 \pm 11,39$ ) e estado ( $44,36 \pm 10,27$ ) menores do que as encontradas na atual pesquisa. Isso permite refletir sobre o porquê dos estudantes participantes do presente estudo apresentaram ansiedade em maiores escores.

Mesmo sabendo que a ansiedade foi o transtorno mais frequente, deve-se dar uma atenção especial aos altos índices de episódio depressivo maior atual e ao risco de suicídio encontrados no presente estudo. Pesquisa realizada em Sichuan, na China, com estudantes universitários de enfermagem, que teve como objetivo identificar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse e fatores associados identificou 41,7% de ansiedade, 28,7% de depressão e 20,2% de estresse (ZENG et al., 2019). Esses resultados, apesar de também identificarem maior adoecimento por ansiedade, mostram taxas menores de adoecimento mental, quando comparados ao atual estudo.

Estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, que teve como objetivo avaliar risco de suicídio e comportamentos de risco em 1560 jovens, identificou uma frequência de 8,6% casos (ORES et al., 2012). O atual estudo identificou 41 (28,7%) casos de risco de suicídio entre os 143 estudantes pesquisados. Isso remete a uma preocupação imediata sobre como conduzir e acompanhar esses casos. Elaboração de estratégias de prevenção, educação sobre o suicídio, tratamento precoce dos transtornos mentais, controle de meios de acesso que possam ser utilizados para se cometer suicídio, bem como a capacitação em suicídio para profissionais de saúde são alternativas eficazes que colaboram com a diminuição desses números (BOTEGA, 2014).

O quantitativo exorbitante de atividades desenvolvidas no ambiente universitário leva o estudante a sentir-se pressionado, de forma que o mesmo se ausenta de suas atividades de lazer e desenvolve hábitos de vida não saudáveis, como o sedentarismo. Isso prejudica a sua saúde mental e sua qualidade de vida (CHAVES et al., 2015). Há grande associação entre a ausência de prática de exercícios físicos, de atividades de lazer, má qualidade de sono, experiências negativas de vida e baixa auto percepção da saúde mental e o surgimento do adoecimento mental (ZENG et al., 2019). Dessa forma, faz-se necessário criar estratégias na universidade que tenham um olhar diferenciado a esse estudante, desenvolvendo a escuta e ofertando formas de cuidado.

As queixas dos estudantes mostraram a presença de insônia, dificuldade de concentração nas aulas, impaciência, dor de cabeça, dificuldade de lidar com pessoas lentas, sofrimento por antecipação e irritabilidade, todos indicativos do TAG e que podia estar contribuindo com a menor qualidade de vida dos estudantes e interferindo em suas atividades acadêmicas e em todo o contexto de suas vidas.

Um estudo realizado por Gonçalves et al. (2016), que teve como objetivo

determinar a prevalência de insônia entre estudantes de enfermagem de uma universidade, identificou grande relação da insônia com hábitos de vida não saudáveis, o ano e o semestre que estes indivíduos estão estudando. Isso se deve ao fato das cobranças irem aumentando, à medida em que os períodos acadêmicos vão fluindo, o que faz com que o estudante coloque o bem-estar e sua qualidade de vida como último plano de cuidado de si.

Destaca-se que uma mínima parcela dos estudantes entrevistados tinha acompanhamento psicológico, mesmo em meio às altas taxas de adoecimento mental, destacando-se o TAG. O acompanhamento de um profissional da saúde mental seria essencial, principalmente quando se enfrentam cotidianamente rotinas exaustivas, pressão por produção, além de toda a dinâmica extra universitária desses indivíduos, o que pode ocasionar forte tensão emocional. Vale destacar que o estudante de enfermagem pode desconsiderar seu adoecimento ou até mesmo acreditar que pode superar os problemas os quais enfrenta sem a ajuda de algum profissional capacitado. O que em alguns casos pode ter resultados positivos, mas em outros pode trazer mais complicações para sua saúde e qualidade de vida.

Estudo que buscou analisar a qualidade de vida de estudantes de graduação em Enfermagem em Picos, Piauí, Brasil, identificou média do domínio físico ( $69,4 \pm 14,3$ ), domínio psicológico ( $68,5 \pm 11,9$ ), domínio relações sociais ( $74,3 \pm 15,7$ ), domínio meio ambiente ( $54,2 \pm 13,4$ ) e qualidade de vida geral ( $66,6 \pm 10,8$ ) (MOURA et al., 2016).

Outro estudo realizado na Universidade de Brasília, que objetivou conhecer a percepção sobre a qualidade de vida de graduandos em enfermagem, identificou as seguintes médias em seus respectivos domínios: físico (65,4), psicológico (69,6), relações sociais (69,2), meio ambiente (63,3) (BAMPI et al., 2013).

Nos dois estudos supracitados, todos os domínios de qualidade de vida apresentaram melhores avaliações médias, quando comparados com ao atual estudo. Isso significa dizer que os estudantes participantes da presente pesquisa apresentaram qualidade de vida bem mais prejudicada.

## 5 | CONCLUSÃO

Os dados coletados na pesquisa deixaram claro que a alta prevalência de TAG e o prejuízo na qualidade de vida de estudantes são reflexo de diversas situações enfrentadas na vida e, dentre elas, as inúmeras pressões por produção e atividades acadêmicas a que são submetidos, repercutindo diretamente no corpo e provocando prejuízos em diversas áreas, sejam elas sociais ou psicológicas.

O estresse da vida diária, muitas vezes, obriga os indivíduos a assumirem



um papel de prontidão e os torna vulneráveis a inúmeros prejuízos na saúde física e mental. Ansiedade, qualidade de vida prejudicada e queixas relacionadas a problemas familiares e à sobrecarga de atividades acadêmicas encontradas nos resultados dessa pesquisa são reflexos disso.

Este estudo permite refletir quão deficiente se encontra a atenção à saúde mental dos estudantes e isso repercutirá na vida profissional destes no futuro, pois não há como cuidar do outro quando não se está bem. Vale destacar a importância de se criarem intervenções de cuidado aos estudantes na universidade, visto a vulnerabilidade a que estão submetidos, como uma forma de proporcionar momentos para autocuidado que visem melhorar o bem-estar, a ansiedade e a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, F. D. P. et al. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 3, p. 312-317, 2018.
- BAMPI, L. N. S. et al. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 125-132, 2013.
- BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C.D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)\*, de Spielberger. **Arq. Bras. Psic. Apl.**, 1977, 29(3): 31-44.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.
- CAPITÃO, C. G.; TELLO, R. R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Psicol. hosp.**, v. 2, n. 2, 2004.
- CAVALER C. M.; GOBBI, S. L. Transtorno de ansiedade generalizada. 2º Simpósio de Integração Científica e Tecnológica do Sul Catarinense. 2013.
- CHAVES, E. C. L. et al. Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 504-509, 2015.
- DSM-5. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.178-183, 2000.
- GONÇALVES, A. et al. Insônia nos estudantes de enfermagem em ensino clínico. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 3, p. 73-78, 2016.
- LANTYER, A. S. et al. Ansiedade e Qualidade de Vida entre Estudantes Universitários Ingressantes: Avaliação e Intervenção. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 18, n. 2, p. 4-19, 2016.
- LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p.1-12, 2009.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 11-17, 2015.

MONTEIRO C. F. S. et al. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da universidade federal do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 66-72, 2007.

ORES, L. C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

REGO, R. A. a clínica pulsional de Wilhelm Reich: uma tentativa de atualização. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, p. 35-59, 2003.

SHEEHAN, D. V. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **J. Clin. Psychiatry**, v. 59, n. 20, p. 22-33, 1998.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Manual for the state-trait anxiety inventory (“self-evaluatin questionnaire”)**. California: Consulting-Psychologists, 1970.

ZENG, Y. et al. Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from Sichuan, China: a cross-sectional study. **Psychol Health Med.**, v. 24, n. 7, p. 798-811, 2019.

## PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES MEDICINA

### **Maria do Socorro Vieira Gadelha**

Universidade Federal do Cariri, Faculdade de Medicina, Barbalha, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5567411295310814>

### **Paulo Renato Alves Firmino**

Universidade Federal do Cariri, Campus Juazeiro do Norte, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8548404880587575>

### **Hellen Lima Alencar**

Universidade Federal do Cariri, Faculdade de Medicina, Barbalha, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1330511584271656>

### **Diógenes Pereira Lopes**

Universidade Federal do Cariri, Faculdade de Medicina, Barbalha, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3991837594418218>

### **Antônio Carlos Silva do Nascimento Filho**

Universidade Federal do Cariri, Faculdade de Medicina, Barbalha, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7048188263275478>

### **Wendney Hudson de Alencar Fontes**

Estácio – Faculdade de Medicina de Juazeiro, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9574501579161237>

### **Joel Lima Júnior**

Centro Universitário Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7266864373400569>

investigar a prevalência de ansiedade em acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri. A metodologia abrangeu um estudo descritivo, comparativo, de corte transversal e abordagem quantitativa. O procedimento da pesquisa envolveu a coletas de dados utilizando como instrumento o Inventário Beck de Ansiedade. Participaram 128 alunos matriculados no período do 1º. ao 4º. semestre do curso, correspondendo a 70,72% da população estudada. Na análise dos dados constatou-se que a maioria dos alunos apresenta ausência de ansiedade (53,94%), seguido de leve ansiedade (26,64%), ansiedade moderada (15,44%) e ansiedade grave (3,98%). As informações apresentadas na pesquisa podem ser utilizadas para definir um perfil dos estudantes do Curso de Medicina, nos primeiros dois anos, permitindo traçar estratégias de intervenção para possíveis riscos de quadros de ansiedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ansiedade. Discentes. Medicina.

### PREVALENCE OF ANXIETY DISORDER IN MEDICINE STUDENTS

**ABSTRACT:** The objective of this research was to investigate the prevalence of anxiety among

**RESUMO:** A pesquisa teve por objetivo

medical students from the Federal University of Cariri. The methodology included a descriptive, comparative, cross-sectional study and quantitative approach. The research procedure involved data collection using the Beck Anxiety Inventory as an instrument. 128 students enrolled in the period of the 1st. to the 4th. corresponding to 70.72% of the studied population. In the data analysis it was found that the majority of students presented absence of anxiety (53.94%), followed by mild anxiety (26.64%), moderate anxiety (15.44%) and severe anxiety (3.98%). The information presented in the research can be used to define a profile of medical students in the first two years, allowing to outline intervention strategies for possible risks of anxiety.

**KEYWORDS:** Anxiety. Students. Medicine.

## 1 | INTRODUÇÃO

O ambiente educativo é amplo e complexo abrangendo componentes materiais e recursos para a facilitação do aprendizado, as relações sociais e as características psicológicas e pedagógicas entre os docentes, estudantes e demais profissionais que compõem o cenário acadêmico (GENN, 2001; TRONCON, 2014).

O ingresso do estudante no ensino superior, na maioria das vezes, ocorre na fase da adolescência, sendo um momento de transição, da construção da identidade. Neste período, o jovem está susceptível a interiorizar os modelos de comportamento de professores e de colegas vivenciados durante o curso (BELLODI; MARTINS, 2006). Verifica-se um marco na vida do sujeito, que ao acessar um universo acadêmico, depara-se com um conjunto de normas, metodologias, grupos e pessoas desconhecidas podendo-se também vivenciar um processo de idealizações, ansiedade, conflitos e angústias (MARTINCOWSKI, 2013). Freire (2015) reportou que o educando se transforma em sujeito da edificação do próprio saber, ensinando e aprendendo ao lado do educador, pois considera que ensinar não é apenas transmitir conhecimentos, mas também entender que o aluno possui uma história e os saberes próprios.

Após a conquista de uma vaga no curso de Medicina, ao invés do descanso, os alunos precisam enfrentar novos desafios, dentre eles as dificuldades de se adaptar ao novo ritmo de estudo, as mudanças no hábito de vida, as exigências de novos currículos. Nesse sentido, dependendo da estrutura de personalidade do aluno, de seus recursos emocionais, de suas capacidades e fragilidades, o momento da graduação pode mobilizar medos e fantasias inconscientes levando a crises e às vezes ao adoecimento físico e psíquico.

Aspectos pedagógicos adotados em instituições de ensino superior, dentre eles a matriz curricular, podem favorecer o surgimento de quadros de estresse, depressão e ansiedade nos estudantes. O jovem não percebe que somar obrigações

acadêmicas e de trabalho, aliadas às dificuldades socioeconômicas e de cunho pedagógico, acaba criando um descompasso em seu relógio biológico e o que era a realização de um sonho se transforma em paixão (LACERDA, 2015). A história de vida e subjetividade que cada carrega ao entrar para a faculdade, pode interferir na maneira como ele enfrenta os conflitos emocionais e momentos de estresse, e conseqüentemente a angústia e a ansiedade podem surgir no transcorrer do curso de graduação.

A ansiedade influencia negativamente na qualidade de vida dos estudantes e está intimamente ligada ao desempenho no processo de formação e na realização das atividades acadêmicas (BAMPI et al., 2013a). No transtorno de ansiedade, há um excessivo estado de excitação, com sentimentos de medo, incerteza ou apreensão. Presente em 12% da população universitária, o transtorno de ansiedade é o problema mais comum de saúde mental. (CARVALHO et al., 2015). Durante o período acadêmico 15 a 29% de estudantes universitários podem apresentar transtorno de ansiedade durante sua vida acadêmica (BRANDTNER; BARDAGI, 2010). Relatos da literatura tem sugerido que o curso de graduação em Medicina atua como um agente estressor, pois a morbidade psicológica é responsável por interrupções na formação acadêmica e que pode levar muitos estudantes a desenvolver doenças. Alunos de Medicina têm sido descritos em vários estudos como relutantes em admitir que precisem de ajuda, principalmente para particularidades emocionais.

Diversas pesquisas envolvendo alunos de graduação foram feitos em diversas universidades internacionais, mas apenas recentemente começou-se a investigação sobre a qualidade de vida na população discente universitária brasileira (BALIEIROS et al., 2005; MATOS et al., 2005). Diante do exposto, faz-se necessário a realização de novas pesquisas de campo no intuito de compreender as diversas vivências enfrentadas pelos estudantes universitários, cada uma dentro da sua subjetividade específica. A pesquisa teve por objetivo investigar a prevalência de ansiedade vivenciada por acadêmicos de Medicina de instituição pública, no período de 2018.

## 2 | METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com os discentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri –UFCA, localizada na Região Metropolitana do Cariri (RMC). O Curso de Medicina, adotando uma doutrina e conteúdo programático baseado nas Novas Diretrizes Curriculares propostas pelo MEC, é formado por 12 semestres, sendo do 1º, ao 4º., o ciclo de ciências básicas, do 5º. ao 9º., o ciclo pré-clínico, e o interna todo 10º. ao 12º.semestre. Os dados foram coletados durante os meses de outubro a dezembro de 2018.

A metodologia adotada na pesquisa envolveu um estudo descritivo e

comparativo, de corte transversal e abordagem quantitativa, a partir de dados coletados de questionários semiestruturados realizados pelos discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri – UFCA. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO (Parecer No. 2.655.799) realizou-se uma reunião com a Direção da instituição a fim de explicitar os objetivos do estudo e solicitar apoio no desenvolvimento das atividades de pesquisa.

Para a definição da amostra foi utilizado o método de amostragem por conveniência, ou seja, não probabilístico. Neste sentido, a unidade amostral por conveniência seleciona indivíduos voluntários que se dispõem a participar da pesquisa, considerando a facilidade de acesso. Utilizou-se como critério de inclusão os alunos matriculados, presentes nas aulas dos períodos selecionados e que responderam ao questionário de forma voluntária e imediata, diante da presença do pesquisador. A recusa de acadêmicos a responder ao questionário ou a ausência nas aulas foram usadas como critério de exclusão.

Com participação voluntária, os alunos foram divididos de acordo o período do curso, sendo eles o 1º., 2º., 3º. e 4º. semestres. Os períodos selecionados se justificam tendo em vista abranger o ciclo básico, permitindo assim registrar uma leitura em diferentes fases de desafio que o discente atravessa na fase inicial do curso. Os estudantes foram abordados ao término das aulas teóricas da graduação, nas salas de aula e com a autorização do professor da disciplina lecionada no momento, sem que houvesse o prejuízo no aprendizado dos alunos.

Os instrumentos da pesquisa foram acessados pelos estudantes de Medicina nas salas de aula, em dia e horário previamente agendado. Os alunos foram informados sobre a voluntariedade da sua participação, bem como da sua confidencialidade e anonimato dos dados coletados. Para coleta de dados foi utilizado um questionário através da aplicação do “formulário Google”. O questionário foi aplicado *on line* e, para tal, criou-se um *link*, que foi disponibilizado para os alunos em sala de aula no momento da aplicação.

Na introdução do questionário foram explicados aos alunos os objetivos do estudo e as condições de realização do mesmo, ou seja, a confidencialidade, o anonimato e o sigilo das respostas, assim se considerando que a resposta pressupunha o consentimento informado. Na abertura do link o aluno primeiramente acessa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informa sobre o objetivo da pesquisa e procedimentos da pesquisa. Em seguida, o aluno acessa o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) que constitui um instrumento composto por 21 questões, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo. Ao finalizar as respostas do inventário, o link é fechado pelo estudante e os dados coletados são transferidos automaticamente

para uma planilha do Excel.

O Inventário Beck de Ansiedade (BAI), traduzido e validado no Brasil por Cunha em 2001, consiste em uma escala de autor relato desenvolvido para medir a intensidade de sintomas de ansiedade, sendo que não é propósito do inventário revelar um diagnóstico (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001). As Escalas Beck são indicadas para pesquisa com indivíduos que possuem a idade entre 17 e 80 anos, tendo por objetivo, fazer uma triagem de sintomas psicopatológicos. Os questionários preenchidos foram configurados em um banco de dados utilizando o Programa Excel.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo envolveu uma amostra de 128 acadêmicos matriculados no período do 1º. ao 4º. semestre do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Cariri – UFCA, correspondendo a 70,72% da população estudada. Quanto a distribuição dos estudantes no curso constatou-se que 32,03% cursavam o primeiro, 23,44% o segundo, 29,69% o terceiro e 14,84% o quarto semestre, respectivamente.

Na Tabela1, apresentam-se, de forma integrada, os resultados sobre o grau de ansiedade verificado na pesquisa frente aos estudantes que compuseram a amostra desse estudo. Nesses dados, percebe-se que a maioria dos alunos apresenta ausência de ansiedade (53,94%), seguido de leve ansiedade (26,64%), ansiedade moderada (15,44%) e ansiedade grave (3,98%). Mediante os dados apontados nesse estudo, percebe-se que boa parte da amostra apresenta algum traço de ansiedade. Da mesma forma, Medeiros e Bittencourt (2017), analisando os fatores de ansiedade em alunos que ingressam no ensino superior, perceberam que a maioria dos alunos apresenta nível mínimo de ansiedade (62,7%), seguido de leve ansiedade (27,3%), ansiedade moderada (6,4%) e ansiedade severa (3,6%).

A ansiedade é comum entre os estudantes universitários, pois está relacionada com diversos elementos ambientais e psicológicos, sendo responsável por preparar o indivíduo para situações de ameaça e perigo, mas que juntamente com o medo, envolvem fatores cognitivos, comportamentais, afetivos, fisiológicos e neurológicos que modulam a percepção do indivíduo ao ambiente, provocando respostas específicas e direcionando a algum tipo de ação (CARDOZO et. al., 2016). Em um estudo realizado por Silveira et al. (2017) estimou-se que alunos das áreas de tecnologia e ciências humanas não têm os escores de ansiedade tão elevados como os de estudantes da área biomédica que possuem um percentual maior de 43,32%. Entre as diversas profissões da área de ciências biológicas, a medicina é alvo de grandes agentes ansiosos e estressores da atualidade, não só pelo prestígio da

profissão, mas, também, pelos desafios que a formação e a profissão acarretam.

Variáveis	Ausência		Levemente		Moderadamente		Gravemente	
	<i>Não incomodou</i>		<i>Não incomodou muito</i>		<i>Foi muito desagradável, mas pude suportar</i>		<i>Difícilmente pude suportar</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dormência ou formigamento	79	61,72	40	31,25	9	7,03	0	0
Sensação de calor	41	32,03	38	29,69	40	31,25	9	7,03
Tremores nas pernas	83	64,84	36	28,12	7	5,47	2	1,56
Incapaz de relaxar	28	21,87	54	42,19	36	28,12	10	7,81
Medo que aconteça o pior	35	27,34	43	33,59	39	30,47	11	8,59
Atordoado ou tonto	72	56,25	37	28,91	14	10,94	5	3,91
Palpitação ou aceleração do coração	54	42,19	40	31,25	27	21,09	7	5,47
Sem equilíbrio	54	42,19	40	31,25	27	21,09	7	5,47
Aterrorizado	80	62,50	29	22,66	12	9,37	7	5,47
Nervoso	23	17,97	45	35,16	48	37,50	12	9,37
Sensação de sufocação	82	64,06	30	23,44	14	10,94	2	1,56
Tremores nas mãos	85	66,41	24	18,75	16	12,50	3	2,34
Trêmulo	88	68,75	28	21,87	12	9,37	0	0
Medo de perder o controle	67	52,34	31	24,22	21	16,41	9	7,03
Dificuldade de respirar	89	69,53	25	19,53	11	8,59	3	2,34
Medo de morrer	93	72,66	21	16,41	11	8,59	3	2,34
Assustado	61	47,66	38	29,69	24	18,75	5	3,91
Indigestão ao desconforto no abdômen	47	36,72	44	34,37	29	22,66	8	6,25
Sensação de desmaio	110	85,94	16	12,50	2	1,56	0	0
Rosto afogueado	95	74,22	27	21,09	6	4,69	0	0
Suor não devido ao calor	84	65,62	30	23,44	10	7,81	4	3,12

Tabela 1. Inventário da Escala Beck de Ansiedade dos universitários do Curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri – UFCA, no segundo semestre de 2018.

Na pesquisa realizada verificou-se que 53,94% dos estudantes de Medicina responderam “*não incomodou*” as variáveis do inventário da escala Beck de ansiedade. Dentro da amostra de estudo, 26,64% respondeu “*não incomodou muito*” e 15,44% assinalou que “*foi muito desagradável, mas pude suportar*” aos itens do questionário. Constatou-se que 42,19% dos alunos apresentavam “levemente”



incapacidade de relaxar e 37,50% apresentavam “moderadamente” nervosismo. Embora verificando que 63,28% dos estudantes estejam na faixa etária entre 18 e 20 anos, observou-se que 24,22% e 29,69% apresentavam “levemente” um sinal de “medo de perder” o controle e assustado. Corroborando com estes dados, Silveira, Silva e Souza (2017) aplicando a escala BAI, nos estudantes de Medicina da Universidade de Itaúna, constataram valor significativo para as questões classificadas em nível moderado “incapaz “incapaz de relaxar (38,33%), “medo que aconteça o pior” (35%) e “nervoso” (46,66%).

Os índices de ansiedade e depressão encontrados nos estudantes universitários são elevados, sendo, inclusive, muito superiores aos encontrados na população geral, com os alunos primeiros anos da universidade apresentando a maior concentração de sintomas depressivos e ansiosos (IBRAHIM et al., 2013). Um estudo realizado por Costa et al. (2015), revelou que cerca de 60% dos universitários de uma instituição privada de Uberlândia (MG), apresentavam sintomas psicológicos decorrentes do estresse sofrido durante a graduação.

Em pesquisa de Tabalipa et al. (2015) a prevalência de ansiedade encontrada foi de 35,5%, em acadêmicos de Medicina, sendo superior à média encontrada na população em geral. A prevalência de sintomas ansiosos também foi averiguada num estudo de Vergara, Cardenas e Martinez (2014) frente à 973 estudantes universitários da cidade de Cartagena, na Colômbia, onde o índice encontrado foi de 76,2%. Em outra pesquisa, feita por Serra et al. (2015), com amostra de 657 alunos de Medicina, foi demonstrado que 21% dos estudantes apresentaram ansiedade.

Os dados obtidos no presente estudo estão de acordo com os reportados por Moutinho et al. (2017) que comparando a prevalência de ansiedade, depressão e estresse em estudantes de todos os períodos de graduação de medicina verificaram que 34,6% apresentavam sintomatologia depressiva, 37,2% sintomas de ansiedade e 47,1% estresse. Os autores observaram que altos níveis de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de Medicina, com diferenças entre os semestres do curso e que fatores como gênero e religiosidade parecem influenciar a saúde mental dos mesmos. Segundo Iqbal et al. (2015), os alunos do meio do curso são os que mais sofrem com ansiedade, em virtude da incerteza em relação ao futuro e do medo de não atingirem seus objetivos profissionais. No primeiro ano de graduação, os alunos se sentem menos preparados para as novas mudanças e conseqüentemente estão mais fragilizados em termos psicossociais (ANJOS; AGUILAR-DA-SILVA, 2017; SOARES; POUBEL; MELLO, 2009).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento emocional vivenciado pelos estudantes de Medicina, durante o período de graduação, não se limita apenas a ele próprio, mas poderá ocasionar, em algumas circunstâncias, um impacto emocional sobre sua relação com as pessoas do convívio social.

A rotina acadêmica não é uma tarefa fácil para jovens adultos, devido às inúmeras responsabilidades que lhes são atribuídas, com uma excessiva carga horária, poucas horas de descanso e uma cobrança pessoal e social acima do esperado. Diante desses limites, grande parte dos jovens se preocupa em demasia e começa a pensar que não será capaz de corresponder toda essa demanda, promovendo um conflito emocional na vida do estudante. Frente aos dados coletados e analisados, ficou evidente alguns traços de ansiedade, variando desde a ausência até ansiedade grave entre os estudantes universitários pesquisados.

Nesse contexto, as informações apresentadas na pesquisa podem ser utilizadas para descrever um perfil dos estudantes do Curso de Medicina, nos primeiros dois anos, permitindo traçar estratégias de intervenção para possíveis riscos de quadros de ansiedade. Faz-se necessário a realização de novas pesquisas de levantamento de dados com o objetivo de analisar o desenvolvimento biopsicossocial dos discentes e docentes durante toda a trajetória do curso, e desta forma atuar de forma específica e pontual na resolução dos conflitos emocionais que porventura venham a acontecer.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, D. R. L.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-R): avaliação de estudantes de medicina em um curso com currículo inovador. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 22, n. 1, p. 105-123, Apr. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772017000100105&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772017000100105&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-40772017000100006>.

BAMPI, L. N. S.; BARALDI, S.; GUILHEM, D.; ARAÚJO, M. P.; CAMPOS, A. C. O. Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 217-225, June 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 June 2019.

BALIEIROS, R. Estudo sobre os fatores de stress entre alunos da Unicamp. **Revista Ciências do Ambiente On-Line**, v. 1, n.1, 2005.

BECK, A. T.; STEER, R.A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, v.8, n. 1, p. 77-100, 1988.

BELLODI, P. L.; MARTINS, M. A. **Tutoria: mentoring na formação médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 371p.

BRANDTNER, M.; BARDAGI, M. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. Gerais: **Rev. Interinstituto Psicol.**, v. 2, n. 2, p. 81-91,

2010.

CARDOZO, M. Q.; GOMES, K. M.; FAN, L. G.; SORATTO, M. T. Fatores associados à ocorrência de ansiedade dos acadêmicos de Biomedicina. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 2, maio/ago., 2016.

CARVALHO, E. A. et al. Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. **Cienc. Cuid. Saude**, v.14, n.3, p.1290-1298, 2015.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 256 p.

FREIRE, L. I. F., FERNANDEZ, C. O professor universitário novato: dilemas e aprendizados no início da carreira docente. *Ciênc. Educ [online]*, v. 21, n. 1, p. 255-272, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516--731320150010016C>

GENN, J. M. A. M. E.E. Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education—a unifying perspective. **Medical Teacher**, v. 23, n. 4, p. 337-344, 2001. DOI: 10.1080/01421590120063330

IBRAHIM, A. K.; KELLY, S. J.; ADAMS, C. E.; GLAZEBROOK, C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of Psychiatric Research**, v. 47, n. 3, p. 391-400, 2013. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>

LACERDA, A. N. Índices de estresse, ansiedade e depressão em estudantes universitários/Ana Nere de Lacerda. Monografia de Prática e Pesquisa II. Universidade de Brasília, Faculdade de Educação. Brasília-DF. 2015, fls. 50.

MARTINCOWSKI, T. M. A inserção do aluno iniciante de graduação no universo autoral: a leitura interpretativa e a formação de arquivos. **Cadernos da Pedagogia**. São Carlos, v.6, n.12, p.129-140, 2013.

MOUTINHO, I. L.D.; MADDALENA, N. C. P.; ROLAND, R. K.; LUCCHETTI, A. L. G.; TIBIRIÇÁ, S. H. C.; EZEQUIEL, O. S.; LUCCHETTI, G. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 21-28, 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302017000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000100021&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.21>.

SERRA, R. D.; DINATO, S. L. M.; CASEIRO, M. M. Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos. **J. bras. psiquiatr.**, v. 64, n. 3, p. 213-220, 2015.

SILVEIRA, M. P.; SILVA, T. F.; SOUZA, R. S. B. Prevalência de sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade de Itaúna – MG. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 7, p. 10-26, 2017.

SOARES, A. B.; POUBEL, L. N.; MELLO, T. V. S. Habilidades sociais e adaptação acadêmica: um estudo comparativo em instituições de ensino público e privado. **Aletheia**, n. 29, p. 27-42, 2009.

TABALIPA, F. O.; SOUZA, M. F.; PFÜTZENREUTER, G.; LIMA, V. C.; TRAEBERT, E.; TRAEBERT, J. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n. 3, p. 388-394, 2015.

TRONCON, L. E. A. Ambiente educacional. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 47, n. 3, p. 264-271, 2014.

VERGARA, K. M. A.; CÁRDENAS, S. D.; MARTÍNEZ, F. G. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. **Rev Clín Med Fam**, v. 7, n. 1, p. 14-22, 2014.

## ATITUDES E PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO A IMAGEM CORPORAL DE ESTOMIZADOS: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

### **Maurício Almeida**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Departamento de Educação Física, Governador  
Valadares – MG.

<http://lattes.cnpq.br/5529470105987110>

### **Mauro Lúcio de Oliveira Júnior**

Universidade Presidente Antônio Carlos,  
Departamento de Enfermagem, Governador  
Valadares – MG.

<http://lattes.cnpq.br/1989189139564036>

### **Rodrigo Silva Nascimento**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Departamento de Educação Física, Governador  
Valadares – MG.

<http://lattes.cnpq.br/0862173068797914>

### **Keveenrick Ferreira Costa**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Departamento de Educação Física, Governador  
Valadares – MG.

<http://lattes.cnpq.br/0677002524433629>

### **Priscila Figueiredo Campos**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Departamento de Educação Física, Governador  
Valadares – MG.

<http://lattes.cnpq.br/7136370940767572>

funcionalidade do seu corpo, ou à percepção da sua nova situação. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é identificar as principais atitudes e percepções em relação a imagem corporal e aspectos associados em pessoas deficientes (estomizados). A amostra foi composta por pacientes estomizados a pelo menos 6 meses com idade igual ou superior a 18 anos. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como método de coleta de dados as entrevistas semiestruturadas. O conteúdo das entrevistas foi submetido a técnica de análise de conteúdo (análise temática) proposta por Laurence Bardin. Em relação a imagem corporal, emergiram duas categorias temáticas, a saber: Ocultação da bolsa coletora e Insatisfação corporal. Nesse sentido, os profissionais que trabalham com a população de estomizados devem estar atentos a reabilitação plena dos seus beneficiários, em equipe multidisciplinar. Portanto, o exercício físico, por meio do Profissional de Educação Física pode ser uma ótima alternativa para redução da insatisfação corporal e aumento da apreciação nessa população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Imagem corporal. Estomizados. Ostomia. Pesquisa qualitativa.

**RESUMO:** A população de estomizados pode internalizar um padrão de aparência ideal distinto da população em geral, ou ainda, sua imagem corporal pode estar atrelada a

## ATTITUDES AND PERCEPTIONS REGARDING BODY IMAGE OF STOMIZED: A QUALITATIVE APPROACH

**ABSTRACT:** The stomized population can internalize an ideal appearance pattern distinct from the population, yet, their body image might be linked to their body functionality, or to the perception of their new situation. Thus, the aim of the present study is to identify the main attitudes and perceptions related to body image and associated aspects to disabled people (stomized). The sample consisted of patients who have been stomized for at least 6 months, aged 18 years or older. This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, using semi-structured interviews as a data collection method. The interviews content was submitted to content analysis technique (thematic analysis) proposed by Laurence Bardin. Regarding to body image, two thematic categories came, hiding the collecting bag and body dissatisfaction. Hence, professionals working with the stomized population should be aware of their beneficiaries, full rehabilitation in a multidisciplinary team. Therefore, physical exercise, through physical education professional, can be a great alternative to reduce body dissatisfaction as well as increase the appreciation in this population.

**KEYWORDS:** Body image. Stomized. Ostomy. Qualitative research.

### 1 | INTRODUÇÃO

A imagem corporal (IC) foi definida por Schilder (1994, p. 19), como a “figuração do nosso corpo formado em nossa mente”, caracterizada por aspectos psicológicos, fisiológicos e libidinais. Já Slade (1994), a define como a imagem que o indivíduo tem do tamanho, forma e contorno do próprio corpo, assim como os sentimentos em relação a essas características e as partes que a constituem. Dessa forma, esse construto tem sido entendido por uma construção dinâmica e multifacetada (SCHILDER, 1994; FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014).

Atualmente a IC é dividida por alguns autores para fins de estudo e pesquisa em duas grandes dimensões, à saber, atitudinal e perceptiva (CASH; PRUZINSKY, 2002; THOMPSON, 2004). A primeira está relacionada aos afetos, crenças e comportamentos relacionados ao corpo, já a segunda está relacionada a acurácia/inacurácia no julgamento do tamanho, da forma e do contorno corporal (CASH; SMOLAK, 2011).

Embora as pesquisas em IC com pessoas sem deficiência apresentem algum desenvolvimento, pouco tem sido investigado em pessoas com deficiência física e intelectual (CASH; SMOLAK, 2011). Isso se dá pelo fato de que para avaliação desse construto existe uma necessidade de instrumentos de medida com propriedades psicométricas adequadas para cada população (THOMPSON, 2004). No Brasil,

foco tem sido dado a deficiência visual, já existindo instrumentos tridimensionais para avaliação dos distúrbios de IC nesse público (MORGADO, 2009; FERREIRA et al., 2014).

As alterações da IC têm apresentado correlação com a saúde e qualidade de vida da população em geral (FERREIRA et al., 2014). A IC positiva tem sido associada a melhora de importantes indicadores da saúde mental e física, tais como sintomas depressivos, autoestima e comportamentos alimentares inadequados (TYLKA, 2015). Conquanto esses construtos tenham sido frequentemente investigados na literatura sobre IC negativa, acredita-se que sujeitos com níveis mais altos de IC positiva sejam menos propensos à depressão e baixa autoestima por terem menos sentimentos de desânimo (GILLEN, 2015). Dessa forma, aqueles com maior IC positiva são mais propensos a se engajar em comportamentos de autocuidado, como atividade física e meditação (DANIELS; GILLEN; MARKEY, 2018; TYLKA, 2012). Além disso, esses sujeitos têm maior capacidade de resistir as mensagens socioculturais que pontuam a muscularidade e magreza como ideias de atratividade, porque eles tendem a estar mais confortáveis com o corpo que possuem (TYLKA; KROON VAN DIEST, 2013). Essas resistências podem auxiliar na redução de comportamentos prejudiciais e insalubres para perda de peso ou construção muscular, como o uso de pílulas dietéticas e esteroides anabolizantes (GILLEN, 2015).

Embora os estudos relacionando IC e qualidade de vida tenham avançado, faz-se necessário investigar a IC em pessoas com deficiência, visto que a IC apresenta alta maleabilidade, inclusive em relação as idiosincrasias sociais (CARVALHO, 2016). Entre esse grupo, encontram-se indivíduos estomizados, pois podem internalizar um padrão de ideal corporal distinto da população em geral, ou ainda sua IC pode estar atrelada a funcionalidade do seu corpo, ou a percepção da sua nova situação. Destaca-se que para fins de padronização, essa pesquisa adotará o termo estomia, por sugestão da Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), além de ser recomendado pela Academia Brasileira de Letras (BACELAR, 2004).

A grande maioria dos estudos realizados com estomizados tem sido desenvolvido em outros países, apresentam corte transversal e metodologia qualitativa (COSTA et al., 2017). Assim, estudos que avaliem a IC de estomizados de maneira genuína na realidade brasileira se fazem necessários. Além disso, a importância dada ao corpo e a aparência física por homens e mulheres brasileiros (SILVA et al., 2011), assim como a associação destas características com a piora da saúde e qualidade de vida da população, aliado a necessidade de estudos exploratórios e qualitativos nessa área de conhecimento, corroboram para o desenvolvimento do presente estudo. Ademais, este estudo poderá contribuir para futura implantação de programas de intervenção voltados para o desenvolvimento pleno e saudável da imagem corporal

de estomizados.

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar as principais atitudes e percepções em relação à imagem corporal e aspectos associados em estomizados.

### 1.1 Imagem corporal de estomizados

A IC de estomizados apresenta características específicas da deficiência e dos desconfortos causados pela mesma. Mahjoubi et al. (2012) destacam o desconforto como a aparência física, falta de controle sobre o barulho ocasionado pelos movimentos intestinais, a eliminação dos gases, os vazamentos de conteúdo fecal, a rejeição e a vergonha da nova imagem podem provocar o isolamento social, alterações na sexualidade e mudanças no estilo de vida.

Um recente estudo de revisão de Costa et al. (2017) encontrou que a maioria dos estudos sobre a temática que foram realizadas em outros países, são de cunho qualitativo e têm mais de cinco anos de publicação. Isso sugere que embora tenhamos avançado nos estudos sobre IC em estomizados, mais estudos são necessários. Esse estudo se preocupou em dividir características definidoras objetivas e subjetivas, de modo a clarear a compreensão do fenômeno. Dentre as características objetivas predominaram as mudanças na estrutura real do próprio corpo, alterações no envolvimento social e comportamentos de monitorar o próprio corpo (COSTA et al., 2017). As principais características subjetivas estiveram ligadas a uma visão alterada da aparência corporal, sentimentos negativos em relação ao corpo, relatos de mudanças no estilo de vida e medo da reação dos outros (COSTA et al., 2017).

A checagem corporal é um comportamento que está relacionado a dimensão atitudinal da IC (CASH; PRUZISKY, 2002). Nesse sentido, no indivíduo estomizado, a monitoração constante do próprio corpo está relacionada a preocupação com o vazamento na bolsa coletora, alterações da atividade sexual, no qual demanda cuidados especiais de higiene e segurança com a bolsa (REESE et al., 2014; COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013).

A maior prevalência dos estudos que relatam os distúrbios de IC em pessoas com estomia, destacam a presença do sexo feminino. Essa insatisfação pode estar relacionada ao padrão social de corpo que tem sido transmitido pela influência sociocultural (pais, amigos e mídia), que preza por um corpo magro, esbelto, com coxas, glúteos e seios avantajados (MURNEN, 2011). Entretanto, esse padrão, na maioria das vezes é incompatível com mulheres estomizadas. Para essas mulheres o apoio do companheiro é fundamental para o processo adaptativo e eficaz, o que demonstra a necessidade de aceitação do outro para melhoria do bem-estar físico e psicológico (SANTOS et al., 2015).

As alterações no estilo de vestir-se integra uma etapa para o processo adaptativo. Assim, para manter a bolsa coletora segura, firme e escondida independentemente do padrão corporal, os sujeitos estomizados optam por utilizar roupas largas e folgadas (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013). Isso se dá principalmente porque a valorização do corpo e da aparência corporal tem aumentado em países desenvolvidos e em desenvolvimento (SWAMI et al., 2010). Além disso, os padrões corporais vêm se alterando ao longo das décadas e com ele o ideal corporal, assim, antes onde se escondia e apertava, agora realça e dá mais visibilidade ao formato corporal (COSTA et al., 2017).

Diante do exposto, inúmeras são as razões que interferem na IC do estomizado, levando a adoção de comportamentos objetivos e subjetivos, em alguns casos insalubres e compensatórios. Além disso, esses sujeitos se massacram psicologicamente para adaptar-se a nova situação (COSTA et al., 2017). Importa destacar, que esses comportamentos estão diretamente relacionados a saúde e qualidade de vida da população (KIMURA; KAMADA; GUILHEM, 2016).

## 2 | MÉTODOS

### 2.1 Participantes e procedimentos

Indivíduos com estomia de qualquer tipo, permanente ou não, foram convidados a participar da presente pesquisa. Foram incluídos todos aqueles que optaram pela participação voluntária no estudo. Em contrapartida, indivíduos que não compareceram à entrevista (coleta de dados) foram excluídos.

Os responsáveis pelo Centro de Apoio ao Deficiente Físico (CADEF) de Governador Valadares- MG consentiram com a divulgação da pesquisa nas dependências da instituição. Posteriormente a aprovação, a pesquisa foi divulgada por meio de cartazes, folders e também pessoalmente nas reuniões mensais do CADEF.

Aqueles sujeitos que concordaram em participar forneceram seus dados de e-mail e telefone para agendamento das entrevistas. As mesmas foram realizadas de maneira individual e sem tempo limite. Destaca-se que todas as entrevistas foram gravadas com auxílio de dois gravadores de voz digitais da marca Sony (Modelo: ICD PX240 4GB).

Todos os procedimentos da presente pesquisa seguiram os preceitos da Declaração de Helsinki e da Resolução de número 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, bem como da Norma Operacional N°001/2013.



## 2.2 Instrumentos

### 2.2.1 Dados sociodemográficos

Um questionário sociodemográfico foi utilizado para descrever a amostra. O mesmo possuía perguntas de cunho geral, como cor/raça, idade, sexo, estado civil, prática regular de exercícios físicos, peso e altura (para cálculo do Índice de Massa Corporal). Paralelamente, eles responderam perguntas específicas em relação ao tipo de estoma que possuíam, a quanto tempo e quais os motivos levaram a confecção do estoma. Ressalta-se que, para os critérios de cor/raça foram utilizadas as categorias sugeridas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

### 2.2.2 Entrevista semiestruturada

Com o objetivo de responder os objetivos da presente investigação, bem como produzir dados e *insights* acerca da IC de estomizados, utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada, construído pelos pesquisadores. As perguntas norteadoras da entrevista foram: “Houveram mudanças na sua forma de viver, vestir ou se alimentar após a construção da estomia?”; “Você está satisfeita(o)/ insatisfeita(o) com sua aparência física?”.

As questões foram construídas com base em um instrumento muito utilizado e implementado na literatura nacional e internacional nos estudos de Imagem corporal, a saber, *Body Shape Questionnaire* (BSQ; SILVA et al., 2014). Para facilitar a resposta das perguntas relacionadas aos aspectos da imagem corporal, seguindo a sugestão de Conti (2008), no início da entrevista pedimos aos participantes que fechassem os olhos e que formassem uma imagem acerca do seu corpo.

## 2.3 Análise dos dados

Como técnica de análise de dados foi utilizado a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2016), por meio da criação de categorias temáticas. Em primeiro lugar, os dados foram transcritos para um software de criação edição de textos. Posteriormente, o conteúdo das entrevistas foi submetido a uma função heurística, com o objetivo de explorar os dados e aumentar a propensão as descobertas (BARDIN, 2016). Logo após, a administração da prova foi conduzida, criando afirmações ou questões provisórias (BARDIN, 2016).

Foram seguidas todas as fases da análise do conteúdo, a saber, pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, por meio da inferência e interpretação. Para tanto, as regras para uma categorização válida foram utilizadas: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2016).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns estudos nacionais já se propuseram avaliar a IC de estomizados (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013; COSTA et al., 2017). Entretanto, para o melhor do nosso conhecimento, a presente pesquisa foi a primeira a investigar de maneira genuína, em nossa realidade, aspectos relacionados as atitudes, percepções, sentimentos, pensamentos e comportamentos da IC de estomizadas. Nesse sentido, a presente investigação acrescenta importantes informações à literatura nacional, ao indicar informações inéditas e originais sobre a realidade desse público.

As pessoas submetidas a confecção de uma estomia, sofrem alterações na sua IC, perdendo o controle do seu próprio corpo, provocando algumas mudanças em sua percepção em relação a vida (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013). Adicionalmente, existe uma forte influência da mídia na idealização do corpo perfeito (COSTA et al., 2017). “Monitorar, cuidar, modificar e adequar o formato corporal ao preconizado como modelo são atitudes frequentes na população contemporânea” (COSTA et al., 2017).

Dessa maneira, com os indivíduos estomizados isso não apresenta diferença, visto que, as mudanças ocasionadas pela estomia, estão longe de ser o que a mídia propaga como aparência ideal, levando o estomizado a adoção de um monitoramento contumaz de sua condição física (SOUSA et al., 2014).

Na presente investigação foram entrevistados três homens e nove mulheres que apresentavam deficiência física, estomia de qualquer tipo. A média de idade entre os participantes do estudo foi de 65 anos para os homens e 54 anos para as mulheres. Em relação aos critérios de raça/cor todos os homens se autodeclararam como brancos. Em relação as mulheres 5 se autodeclararam pardas, 2 pretas e 2 brancas. As informações referentes a idade, sexo, IMC, motivos para o uso de estoma de eliminação e o tipo de estomia podem ser visualizados na Tabela 1.

Nome*	Idade (anos)	Sexo	IMC	Motivo para uso do estoma	Tipo de estomia
João	64	M	18,23	“Acidente de trânsito”	“Ileostomia”
Thiago	66	M	22,70	“Tumor no reto e intestino grosso”	“Colostomia”
Lucas	65	M	24,58	“Câncer na bexiga”	“Urostomia”
Maria	54	F	22,86	“Câncer no reto”	“Colostomia”
Marta	70	F	19,07	“Câncer no intestino”	“Colostomia”
Raquel	66	F	30,62	“Furúnculo nas nádegas”	“Colostomia”
Ester	70	F	19,05	“Câncer no intestino”	“Colostomia”
Luíza	38	F	12,88	“Câncer”	“Colostomia e Urostomia”
Sandra	55	F	20,93	“Câncer no intestino”	“Colostomia”

<b>Juliana</b>	52	F	20,62	<i>“Mioma”</i>	<i>“Colostomia”</i>
<b>Ana</b>	43	F	25,01	<i>“Câncer no Colón infiltrante a bexiga”</i>	<i>“Urostomia”</i>
<b>Bruna</b>	76	F	15,78	<i>“Uma hemorragia repentina no intestino”</i>	<i>“Colostomia”</i>

Tabela 1. Dados demográficos e descritivos

\*Nomes fictícios foram criados para preservar o anonimato dos participantes; M = Masculino; F = Feminino; IMC = Índice de Massa Corporal (Peso/Altura<sup>2</sup>).

Em relação a IC duas categorias temáticas emergiram, a saber, ocultação da bolsa coletora e insatisfação corporal. Ambas, serão apresentadas e discutidas nos tópicos seguintes.

### 3.1 Ocultação Da Bolsa Coletora

Alterações no estilo de vestir-se tem sido comumente relacionado ao processo adaptativo e são necessários para manter a bolsa coletora de estomia segura, firme e escondida (COSTA et al., 2017). Além disso, Dal Poggetto (2002) afirma que indivíduos estomizados tendem a modificar seu vestuário com o propósito de ocultar a bolsa coletora, evitando o aparecimento de seu volume. Observa-se nas falas que muitos indivíduos sentem vergonha sobre o uso da bolsa coletora, adotando comportamentos para ocultá-la:

“Geralmente eu evito usar roupa mais apertada quando vou em alguma festa, casamento porque o povo fica olhando, é estranho [...]” (Thiago)

“Eu evito usar roupas coladas pra não deixar a bolsa aparecer, no trabalho o pessoal fica olhando, fora os desconhecidos que perguntam o que é aquilo [...] quando algum desconhecido pergunta eu fico meio envergonhado [...] eu as vezes faço dieta porque se a barriga começa a crescer a bolsa aparece mais [...] quando coloquei outras pessoas me ensinaram um truque de comprar camisa mais larga e escura, esconde mais.” (João)

“Eu não me preocupo com isso não, coloco a cinta e ela esconde bem as bolsas, só quando vou num lugar mais chique que coloco uma blusa ou um vestidinho mais folgado.” (Luiza)

“Sempre uso roupa larga pra não mostrar a bolsa, tenho vergonha, acho que todo mundo que tem é assim [...] o ruim é quando as pessoas ficam perguntando porque eu tenho, como é, tem gente que é muito indiscreta.” (Maria)

### 3.2 Insatisfação Corporal

A insatisfação corporal, relacionada a pensamentos e sentimentos negativos em relação ao corpo (GROGAN, 2006), está presente em homens e mulheres de diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento (SWAMI et al., 2010). Além disso, indivíduos insatisfeitos apresentam maior probabilidade de adotar

comportamentos inadequados para o controle de peso, como a prática excessiva de exercícios físicos, cirurgias plásticas e estética, e atitudes alimentares inadequadas (TEIXEIRA et al., 2012). Percebe-se que em sujeitos estomizados a insatisfação corporal também está presente:

“Eu acho que se me dedicasse mais conseguiria ter um corpo melhor, com mais músculo, mas depois do acidente não tenho muito ânimo de me cuidar, só faço a caminhada porque minha esposa e meu médico pegam no meu pé [...] No geral não acho meu corpo muito atraente não.” (João)

“No geral pra idade que eu to até que acho que eu tenho um corpo bom, to magro [...] queria ter mais força pra fazer as coisas [...] mas depois de velho a força diminui mesmo né!?” (Lucas)

“Acho que tenho um corpo bom porque faço academia e caminhada, isso ajuda a não engordar [...] me preocupo as vezes com as gordurinhas, até porque não quero ficar velha e muxibenta (risos)” (Maria)

“Ahh eu me considero magra, posso nem reclamar” (Luiza)

Intervenções preventivas direcionadas à redução da insatisfação e melhora da apreciação corporal já tem sido desenvolvidas e apresentam eficácia e efetividade em diversas populações (WATSON et al., 2016). Contudo, os estudos da IC em estomizados se mostra exíguo na literatura, impossibilitando o desenvolvimento de intervenções que realmente englobem os aspectos essenciais da IC dessa população.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo do presente capítulo é foi investigar as principais atitudes e percepções em relação a IC e aspectos associados em pessoas estomizadas. Além disso, tentamos fornecer dados e *insights* relevantes para o desenvolvimento pleno e saudável da IC nesse público, auxiliando a futura implementação de intervenções preventivas para redução da insatisfação e possível aumento da apreciação corporal.

Os dados da presente investigação nos permitem discutir que a cirurgia para confecção do estoma de eliminação desencadeou uma série de alterações na IC desses sujeitos. Destaca-se que, as mudanças fisiológicas e corporais, como a utilização da bolsa coletora, levaram ao aumento do sentimento de vergonha em relação a aparência física. Que por sua vez, desencadeou bruscas alterações no modo de se vestir dessa população, priorizando a ocultação da bolsa coletora.

Estudos de metanálise têm encontrado uma melhora da IC em sujeitos que praticam exercícios físicos dentro do volume e intensidade adequados (BASSETT-GUNTER; MCEWAN; KAMARHIE, 2017). Nesse sentido, intervenções baseadas em exercícios físicos para pessoas com estomia poderiam ser uma alternativa

para redução da insatisfação corporal e aumento da apreciação. Sugere-se novas investigações nesse sentido.

No âmbito prático, profissionais que trabalham com a população de estomizados devem estar atentos a reabilitação plena dos seus beneficiários, em equipe multidisciplinar. Dessa forma, o exercício físico, por meio do Profissional de Educação Física pode ser uma ótima alternativa nesse sentido. Portanto, como passo inicial para uma atuação ética e eficiente, esse estudo fornece evidências iniciais para o conhecimento das principais atitudes e percepções em relação a IC de estomizados, visando auxiliar o desenvolvimento pleno e saudável da sua saúde e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BACELAR, S. et al. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 19, n. 5, p. 582-584, 2004.

BASSETT-GUNTER, R.; MCEWAN, D.; KAMARHIE, A. Physical activity and body image among men and boys: A meta-analysis. **Body image**, v. 22, p. 114-128, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Tradução de Luís Antero Retos e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In: \_\_\_\_\_. **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York: The Guilford Press, 2002. p. 3-12.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011.

CARVALHO, P. H. B. **Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos Três Fatores de Imagem Corporal para jovens brasileiros**. 2016. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; POGGETTO, M. T. D. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 258-277, 2013.

CONTI, M. A. Os aspectos que compõem o conceito de imagem corporal pela ótica do adolescente. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 3, p. 240-253, 2008.

COSTA, I. K. F. et al. Distúrbio en la imagen corporal: diagnóstico de enfermería y características definidoras en pacientes ostomizados. **Aquichan**, v. 17, n. 3, p. 270-283, 2017.

DAL POGGETTO, M. T. **Temáticas de aprendizagem de clientes colostomizados: estratégias norteadoras da assistência de enfermagem** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002.

DANIELS, E. A.; GILLEN, M. M.; MARKEY, C. H. (Ed.). **Body Positive: Understanding and Improving Body Image in Science and Practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.

FERREIRA, M. E. C. et al. Imagem Corporal: contexto histórico e atual. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (Orgs.). **Imagem Corporal: reflexões, diretrizes e práticas de**

- pesquisa.** Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2014. p. 15-48.
- GILLEN, M. M. Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. **Body Image**, v. 13, p. 67-74, 2015.
- GROGAN, S. Body image and health: contemporary perspectives. **Journal of health psychology**, v. 11, n. 4, p. 523-530, 2006.
- IBGE, IBGE Censo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013). **Anuário Estatístico do Brasil**. v. 74, 2013. Acesso em: 20/10/2019.
- KIMURA, C. A.; KAMADA, I.; GUILHEM, D. B. Quality of life in stomized oncological patients: an approach of integrality from Brazilian Unified Health System. **Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)**, v. 36, n. 1, p. 34-39, 2016.
- MAHJOUBI, B. et al. A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. **Health and quality of life outcomes**, v. 10, n. 1, p. 136-142, 2012.
- MORGADO, F. F. R. et al. **Validação e confiabilidade de uma escala de silhuetas tridimensionais para o cego congênito**. 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- MURNEN, S. K. Gender and body images. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**, p.173-179, 2011.
- REESE, J. B. et al. Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. **Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 2, p. 461-468, 2014.
- SANTOS, P. A. et al. Percepções dos estomizados intestinais sobre o estoma após cirurgia/ Perceptions of ostomy patients concerning stoma after surgery. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1051-1057, 2015.
- SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SILVA, W. R.; DIAS, J. C.; MARÔCO, J.; CAMPOS, J. A. Confirmatory factor analysis of different versions of the Body Shape Questionnaire applied to Brazilian university students. **Body Image**, v. 11, n. 4, p. 384-390, 2014.
- SILVA, D. A. S. et al. Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: a population-based study. **Body Image**, v. 8, n. 4, p. 427-431, 2011.
- SLADE, P. D. What is body image?. **Behaviour research and therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502.1994.
- SOUSA, J. O. et al. Sentimentos vivenciados pelo homem adulto colostomizado. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 58-67, 2014.
- SWAMI, V. et al. The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. **Personality and social psychology bulletin**, v. 36, n. 3, p. 309-325, 2010.
- TEIXEIRA, P. C. et al. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 25-32, 2012.
- THOMPSON, J. K. The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. **Body image**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2004.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body image**, v. 14, p. 118-129, 2015.

TYLKA, T. L. Positive psychology perspectives on body image. In: **Encyclopedia of body image and human appearance**. 2012. p. 657-663.

TYLKA, T. L.; KROON VAN DIEST, A. M. The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. **Journal of Counseling Psychology**, v. 60, n. 1, p. 137-153, 2013.

WATSON, H. J. et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 9, p. 833-862, 2016.

## AVALIAÇÃO DO PERFIL DE CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EM UMA POLICLÍNICA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES

### **Thâmara Carollyne de Luna Rocha**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Tháisa Renata Barbosa da Silva**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **José Levi da Silva Filho**

Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.

### **Sheila Elcielle d'Almeida Arruda**

Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.

### **Pollyne Amorim Silva**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Aline Silva Ferreira**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Jefferson Luan Nunes do Nascimento**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Williana Tôrres Vilela**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Débora Dolores Souza da Silva Nascimento**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de

Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Silvana Cabral Maggi**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Pedro José Rolim Neto**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

### **Rosali Maria Ferreira da Silva**

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

**RESUMO:** Estudos demonstram que a maior parte dos medicamentos são prescritos e usados de maneira incorreta. Os medicamentos psicotrópicos são uma das classes de medicamentos mais consumidas mundialmente. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de consumo de psicotrópicos na farmácia da Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão. Foi realizado um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. A fonte de dados foram as notificações de receita retidas no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016. De acordo com os parâmetros analisados, foi constatado o alto consumo de psicotrópicos pelos pacientes atendidos nesta farmácia, sendo o clonazepam



o medicamento mais prescrito. O sexo feminino foi o de maior prevalência na amostra estudada (71%) e o clínico geral foi o profissional que mais prescreveu estes medicamentos durante o período de estudo. Das notificações avaliadas, apenas 22% foram prescritas pela Denominação Comum Brasileira e 99% foram oriundas do SUS. A associação com fenobarbital mais comum foi com a cabarmazepina (34,78%). A partir dos resultados obtidos, foi possível traçar o perfil desejado, visando a execução de ações para racionalizar o consumo de psicotrópicos na policlínica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicotrópicos. Centro de Saúde. Uso de medicamentos.

## EVALUATION OF PSYCHOTROPIC CONSUMPTION PROFILE IN A JABOATÃO DOS GUARARAPES POLICY

**ABSTRACT:** Studies show that most medications are prescribed and used incorrectly. Psychotropic drugs are one of the most consumed drug classes in the world. A descriptive cross-sectional study with a quantitative approach was performed. The data source was like retained revenue notifications from August 2015 to January 2016. The aim of this study was to evaluate the consumption profile of psychotropic drugs in the pharmacy of Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão. According to the analyzed parameters, it was found or high consumption of psychotropics by patients treated at this pharmacy, being clonazepam or most prescribed drug. Women were the highest prevalence studied (71%) and the general practitioner was the professional who most prescribed these drugs during the study period. Of the notifications evaluated, only 22% were prescribed by the Brazilian Common Denomination and 99% came from the SUS. The most common association with phenobarbital was cabarmazepine (34.78%). From the results obtained, it was possible to trace the desired profile, perform actions to rationalize or consume psychotropics in politics.

**KEYWORDS:** Psychotropic. Health Center. Use of medicines.

### 1 | INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e institucionalização pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Brasil tem enfrentado diversas mudanças em seu sistema público de saúde. Desta forma, princípios básicos do SUS vêm guiando a política de saúde brasileira, tais como a universalidade e igualdade no atendimento e a integralidade das ações e serviços de saúde (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI; 2010; VIEIRA, 2010; BRASIL, 2011).

A assistência terapêutica integral, inclusive a Assistência Farmacêutica (AF), também é uma das áreas de atuação do SUS<sup>2</sup>. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída em 1998, através da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de

1998, define a AF como o "grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade" (BRASIL, 1998).

Com a finalidade de assegurar o acesso a medicamentos seguros pela população, a PNM busca desenvolver um conjunto de ações relacionadas ao medicamento, que incluem o abastecimento de medicamentos com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o controle de qualidade, a promoção do uso racional de medicamentos, além de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos mesmos (BRASIL, 1998).

Quando fala em acesso, particularmente dos medicamentos, significa ter o produto certo para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar adequado, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde (BRASIL, 1998).

A avaliação do uso de medicamentos pela população assistida pelo SUS, além de analisar as características relativas a este uso, também avalia a própria assistência à saúde (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2013). Diversos estudos têm demonstrado que mundialmente a maior parte dos medicamentos são prescritos, dispensados, vendidos ou usados de maneira incorreta (FLEITH; FIGUEREDO; FIGUEREDO; 2008; MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006; TOURINHO; BUCARETCH; STEPHAN; 2008; FERRARI; BRITO; OLIVEIRA; 2013) .

Os medicamentos psicotrópicos estão entre as classes de medicamentos que tem seu uso crescentemente aumentado em vários países. Pode-se dizer que isto é resultado do aumento da frequência de diagnósticos psiquiátricos na população, a entrada de novos psicotrópicos no mercado farmacêutico e as novas indicações dos psicotrópicos já existentes (RIBEIRRO; COSTA; CLEMENTE, 2016).

No Brasil, a utilização de medicamentos psicotrópicos tem sido considerada acentuada e indiscriminada. Diversos estudos expõem irregularidade no uso destes medicamentos pela população, como a falsificação de notificações de receitas, falta de orientação e preparo dos profissionais de saúde (PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014).

Medicamentos psicotrópicos são aqueles que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), levando a alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo ampla propriedade reforçadora e sendo de fácil autoadministração, podendo levar à dependência (RIBEIRRO; COSTA; CLEMENTE, 2016).

No Brasil, a Portaria nº. 344/98 - Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde (SVS/MS), de 12 de maio de 1998 é a legislação que aprova o regulamento técnico das substâncias psicotrópicas e sujeitas a controle especial, a qual define a classificação destas como: "A1" e "A2" (entorpecentes), "A3", "B1"

e "B2" (psicotrópicas), "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial), "C2" (retinoicas para uso sistêmico) e "C3" (imunossupressoras) (BRASIL, 1998).

No município do Jaboatão dos Guararapes (JG) - Pernambuco (PE), uma das policlínicas que se destaca pelo alto número de dispensações de medicamentos psicotrópicos é a Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão. Esta policlínica compõe a Rede de Atenção Especializada em Saúde (básica e média complexidade), realiza atendimento nas diversas especialidades médicas e está inserida na Regional II deste município (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2015).

O perfil de consumo de medicamentos psicotrópicos em pacientes atendidos na farmácia da Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão será o objeto deste estudo.

## **2 | METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo De Estudo**

O estudo realizado foi do tipo transversal descritivo com abordagem quantitativa sobre o perfil de consumo de medicamentos psicotrópicos na Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão no município do Jaboatão dos Guararapes (JG) - Pernambuco (PE), no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016.

### **2.2 Local do estudo**

O presente estudo foi realizado na farmácia da Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão, situada no bairro de Cavaleiro, fazendo parte da Regional II do município do JG - PE.

### **2.3 Critérios de inclusão**

Notificações de receitas que possuíam prescrição de medicamentos psicotrópicos inclusos na Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998 nas listas "A3", "B1" e "B2" (psicotrópicas) (BRASIL, 1998). As notificações de receitas que foram dispensadas no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016. Notificações de receitas oriundas de unidades de saúde conveniadas ao SUS ou da rede pública de saúde. Pacientes cadastrados no Sistema Hórus®.

### **2.4 Critérios de exclusão**

Notificações de receitas que não continham prescritos medicamentos listados na Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998, nas listas "A3", "B1" e "B2" (psicotrópicas)<sup>13</sup>. Notificações de receitas que não haviam sido dispensadas no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016. Notificações de receitas cujo paciente não estava cadastrado no Sistema Hórus®.

## 2.5 Coleta e análise dos dados

Como fonte de dados foram utilizadas às notificações de receitas retidas pela farmácia da Unidade em estudo no período estabelecido e dados constantes no Sistema Hórus®.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), procedeu-se à avaliação dos documentos no próprio local.

Os medicamentos psicotrópicos que foram avaliados neste estudo foram o clonazepam nas apresentações comprimido 0,5 mg, comprimido 2 mg e solução oral 2,5 mg/mL; diazepam nas apresentações comprimido 10 mg e comprimido 5 mg; fenobarbital nas apresentações comprimido 100 mg e solução oral 40 mg/mL. Dentre os medicamentos listados nas listas "A3", "B1" e "B2" da Portaria nº 344/98, apenas estes são os que fazem parte da REMUME do município do JG, sendo os três citados pertencentes à lista "B1" da referida Portaria. Nenhum medicamento das listas "A3" e "B2" foi dispensado pelo município (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2015).

Para traçar o perfil do consumo dos medicamentos analisados, foram observadas as seguintes informações: legibilidade dos dados constantes nas notificações de receitas; especialidade médica do emitente; gênero do usuário; medicamentos mais utilizados pelos usuários; dose prescrita; nome do medicamento ou da substância prescrita de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) (BRASIL, 2016); quantidade de medicamentos por prescrição; município onde as receitas foram prescritas; origem das receitas, se oriundas do SUS ou de rede privada conveniada ao SUS.

Os dados foram organizados em planilhas e analisados por meio de estatística descritiva simples com auxílio do programa *Microsoft Excel*® (2013) e apresentados em gráficos e tabelas. Os medicamentos também foram classificados de acordo com o sistema *Anatomical Therapeutic Chemical* (Classificação Anatômica Terapêutico Química) (ATC) do *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde) (WHO) para fins de uniformização dos resultados obtidos.

## 2.6 Aspectos éticos

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, se seguiu todas as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), sendo aprovado com o número CAAE 45300915.7.0000.5208.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de coleta de dados, foram analisadas 5.523 receitas,

referentes àquelas em que foram prescritos os medicamentos psicotrópicos em avaliação neste trabalho. As receitas de medicamentos psicotrópicos corresponderam a 45% do total de todas as receitas em que haviam prescritos medicamentos sob controle especial recebidas pela farmácia da Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão durante o período de agosto/2015 a janeiro/2016.

A avaliação das notificações de receitas foi realizada após as mesmas terem sido cadastradas no sistema Hórus®. Então, em todas as receitas analisadas, o paciente estava devidamente cadastrado neste sistema. A distribuição por mês das receitas avaliadas está demonstrada na Figura 1.

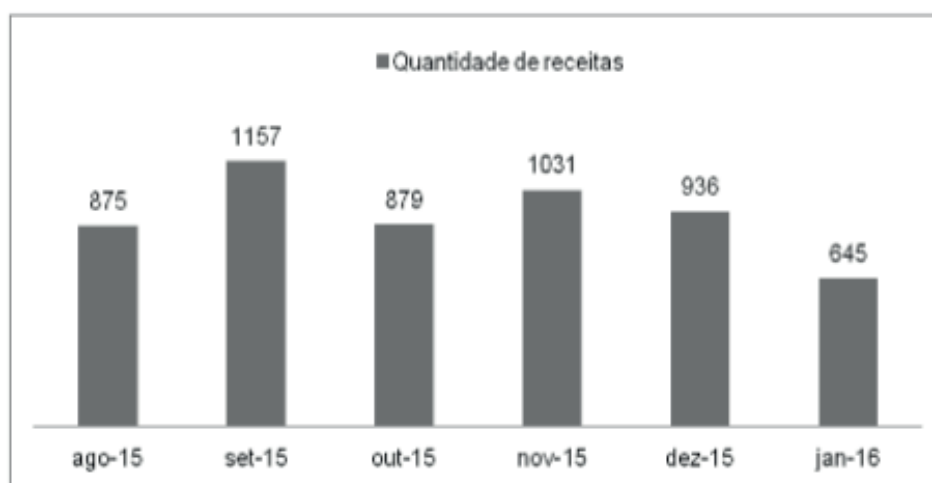


Figura 1 – Distribuição da quantidade mensal de notificações de receita avaliadas na Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão

Nota-se que o mês de setembro foi o período de maior dispensação de medicamentos psicotrópicos (1157). O consumo de psicotrópicos por mês é variável, já que depende diretamente da prescrição médica e consequentemente da presença deste profissional nos estabelecimentos de saúde (SOUSA; TORRES; MELO; 2014). Provavelmente, no estudo realizado, este período tenha sido o de maior atendimento na Policlínica em estudo, sendo um dos fatores responsáveis pelo maior uso destes medicamentos neste mês.

Ainda de acordo com Sebastião e Pelá (SEBASTIÃO; PELÉ; 2004) o consumo de medicamentos na rede pública de saúde também é dependente da disponibilidade destes nas unidades de farmácia, o que depende do processo de licitação para aquisição, podendo também ter sido um fator responsável pela variação observada no período estudado.

O significativo número de receitas nos meses de novembro a dezembro pode ser explicado pelo estado psicológico em que algumas pessoas se encontram ao se aproximar as festividades de fim de ano. Isto pode levar à maior procura desta população pelos médicos, que acabam prescrevendo medicamentos, como os

analisados neste estudo, para tratar as queixas dos seus pacientes.

### 3.1 Gênero do usuário

De acordo com o gênero dos pacientes que receberam os medicamentos psicotrópicos avaliados neste estudo, observou-se que 71% das receitas avaliadas referiam-se aos usuários do sexo feminino, enquanto os do sexo masculino corresponderam a apenas 29% do total.

Estes resultados se assemelham aos encontrados por Guerra et al.<sup>19</sup> que verificaram em sua pesquisa a predominância do sexo feminino (68%) sobre o sexo masculino (32%), entre os pacientes que fizeram consumo de psicotrópicos durante o período de seu estudo.

De acordo com a literatura, diversos estudos apresentam o mesmo perfil encontrado neste trabalho. Este fato pode ser justificado pelo fato de as mulheres se preocuparem mais com a saúde e frequentarem mais os serviços médicos com relação aos homens. Também é relatada a maior prevalência de transtornos psiquiátricos verificados entre as pessoas deste gênero (RIBEIRO; COSTA; CLEMENTE, 2016; FACURY, 2010; FARIAS, 20015; SANTOS, 2015).

### 3.2 Especialidade médica do emitente

A maioria das notificações de receitas foi emitida por clínico geral (67,17%), totalizando mais da metade das receitas analisadas, seguido pelas especialidades de psiquiatria (27,79%), neurologia (2,53%), cardiologia (0,98%), nefrologia (0,25%), reumatologia e cirurgia geral (0,24% cada), oncologia (0,16%), pediatra (0,11%), endocrinologia (0,09%), ginecologia e anestesiologia (0,07% cada), infectologia, geriatria e angiologia (0,05% cada), otorrinolaringologia e gastroenterologia (0,04% cada) e urologia, mastologia e cirurgião-dentista (0,02% cada).

Em pesquisa realizada por Torres et al., foi observado em seus resultados que, na maioria das prescrições, não foi possível identificar a especialidade médica (31,39%) e, das prescrições em que se podiam observar a especialidade, os clínicos gerais (20,53%) e neurologistas (10,8%) foram os que mais prescreveram, seguidos por ginecologistas (8,93%) e psiquiatras (7,10%).

Farias et al., verificou em seu trabalho que 63% das receitas e notificações foram prescritas por clínico geral, 17% por psiquiatra, 6% por neurologista e as demais por outros especialistas como odontólogo, reumatologista, cardiologista, infectologista, dentre outros.

O esperado seria que os especialistas em psiquiatria e neurologia fossem os profissionais em maior evidência nas prescrições de medicamentos psicotrópicos, já que estes possuem maior grau de conhecimento com relação a estes medicamentos e os riscos intrínsecos à sua utilização (PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014).

Neste estudo, apenas 27,79% e 2,53% corresponderam às prescrições realizadas pelos médicos psiquiatra e neurologista, respectivamente. A escassez de profissionais com estas especialidades médicas na região em estudo e a baixa frequência desses atendimentos podem ser fatores que corroboram para a obtenção destes resultados (BRASIL, 1998).

Segundo Mari e Jorge (MARI; JORGE, 2016), os clínicos gerais são os profissionais em saúde mental mais atuantes não apenas no Brasil, mas também na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá. Porém um clínico geral não preparado tem mais dificuldades para diagnosticar um transtorno mental, quando este não se apresenta de forma evidente. Este fato poderia ser justificado pelo fato de o paciente ter o hábito de relatar suas queixas através de um sintoma orgânico, acreditando que o médico prefira ouvir uma queixa somática em vez de um problema psicológico.

### 3.3 Origem das notificações de receita

De todas as notificações avaliadas, 99% eram oriundas de serviços do SUS e apenas 1% de serviços privados conveniados ao SUS. Estes resultados corroboram com o trabalho de Ferrari et al. que, em sua pesquisa realizada no município de Pontal do Araguaia, MT, verificou que 93% de suas notificações analisadas eram oriundas do SUS.

### 3.4 Município de origem

De acordo com a Portaria nº. 008/2014, do município do JG, a dispensação de medicamentos prescritos em receituários de outros municípios e do estado, só é realizada mediante a apresentação de documento comprobatório da residência do usuário no município, ficando proibido a dispensação do medicamento de pacientes que não residam no município do Jaboatão dos Guararapes (Jaboatão dos Guararapes, 2015).

No período de realização deste trabalho, observaram-se que 6,7% das notificações de receita oriundas de outros municípios, além do JG. Porém as notificações advindas de consultas realizadas em JG abrangeram 93,3%.

Previsivelmente, as pessoas que compareciam na farmácia da Policlínica com notificações de outros municípios, deslocavam-se de JG para receber atendimento médico em outra cidade. Este fato pode ter ocorrido devido a alguma dificuldade do paciente em conseguir consulta em JG ou pela facilidade que possa encontrar o atendimento nestes outros municípios.

Também vale salientar que estes pacientes que utilizam os serviços de saúde em outra cidade tem a opção de receber o medicamento nas farmácias municipais da cidade a qual se desloca, sendo, talvez, menos burocrático do que voltar a JG

e apresentar um comprovante de residência para tal. Pode acontecer de, neste município, haver a falta do medicamento que o paciente necessita, ou o próprio paciente não tem conhecimento de que possa receber o seu medicamento na farmácia municipal da cidade, voltando a JG para receber o seu medicamento, já que nela reside.

### 3.5 Medicamentos utilizados

Este estudo contemplou a avaliação dos medicamentos clonazepam, diazepam e fenobarbital, classificados pela Portaria 344/98 como substâncias psicotrópicas. Estes medicamentos foram selecionados de acordo com o critério de inclusão para este trabalho, sendo que deveriam ser avaliados os medicamentos pertencentes às listas "A3", "B1" e "B2" da referida portaria. Dentre estas listas, apenas os três medicamentos citados (todos da lista "B1") pertencem ao elenco de substâncias de interesse para este trabalho, dispensadas pelo município do JG (BRASIL, 1998; JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2015).

A Tabela 1 apresenta o total de notificações de receitas que continham prescritos os medicamentos clonazepam, diazepam e fenobarbital nas diferentes apresentações disponibilizadas pelo município e dispensados pela farmácia da Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão, durante o período de análise.

Classe ATC	Medicamento	Apresentação/Dose	Nº	%
N03AE01	Clonazepam	Comprimido / 2 mg	3524	63,81
N03AE01	Clonazepam	Comprimido / 0,5 mg	190	3,44
N03AE01	Clonazepam	Solução Oral / 2,5 mg/mL	19	0,34
N05BA01	Diazepam	Comprimido / 10 mg	9	0,16
N05BA01	Diazepam	Comprimido / 5 mg	987	17,87
N03AA02	Fenobarbital	Comprimido / 100 mg	779	14,10
N03AA02	Fenobarbital	Solução Oral / 40 mg/mL	15	0,27
<b>Total</b>			5523	100

Tabela 1 – Quantidade de notificações de receita que continham prescritos medicamentos psicotrópicos na Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão.

De acordo com Santos et al. os medicamentos psicotrópicos mais utilizados são os Benzodiazepínicos (BZPs) e os barbitúricos. Os BZPs são medicamentos amplamente prescritos na prática médica, devido aos seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos, miorrelaxantes e anticonvulsivantes, sendo bastante empregado para tratar a ansiedade e para a indução do sono. Os barbitúricos têm propriedade depressora do SNC e estão relacionados com elevados números de casos de intoxicações e uso não-médico em vários países.



Dentre os medicamentos avaliados, destaca-se o consumo do clonazepam (67,59%), prevalecendo sobre os demais medicamentos listados, com mais da metade das prescrições, principalmente o prescrito na dose de 2 mg. Trabalhos como os de Oliveira e Santos também observaram o alto consumo de clonazepam em sua população estudada.

O diazepam aparece com 18,03% das prescrições e o fenobarbital compreende 14,37% das notificações de receita avaliadas. Estes resultados corroboram com os trabalhos de Ferrari et al., Firmo et al. e Santos et al.

Vale salientar a baixa prescrição do diazepam 10 mg neste estudo (0,16%), referindo-se apenas ao mês de agosto de 2015, uma vez que ao fim deste mês este medicamento foi retirado da padronização do município, conforme parecer emitido pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do município.

A eficácia dos BZPs é bem documentada para os tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, principalmente a dependência, constituindo uma grande preocupação para a saúde pública (FARIAS, 2015). Fatores como a diminuição progressiva da resistência da população para tolerar o estresse, a introdução de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica, além de hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos contribuíram para o aumento do uso desta classe de medicamentos (AUCHEWSK, 2004).

### 3.6 Prescrição pela denominação comum brasileira

O percentual de notificações de receita em que foram prescritos os medicamentos psicotrópicos pela Denominação Comum Brasileira (DCB), com 22%, e pelo nome do medicamento de referência, com 78%. De acordo com a lei nº. 9.787/1999 (Art. 3º), as prescrições médicas devem utilizar a DCB de forma obrigatória nos serviços do SUS, sendo recomendada para a iniciativa privada (BRASIL, 1999).

Segundo a pesquisa realizada por Sousa et al., 66% das notificações de receita foram prescritas pelo nome comercial. Possivelmente, a elevada prescrição pelo nome comercial ocorre devido ao aumento do número de medicamentos similares e equivalentes, associado ao intenso trabalho de *marketing*, estimulando esta forma de prescrição.

### 3.7 Quantidade de medicamentos por prescrição

Dos medicamentos avaliados, o fenobarbital era o único que poderia vir associado com outros medicamentos, devido a fazer parte do adendo da lista "B1" da Portaria 344/98, em que medicamentos contendo essa substância devem ser prescritos em Receita de Controle Especial em duas vias, permitindo assim, sua prescrição junto com outros medicamentos sujeitos a controle especial (BRASIL,

1998).

Na tabela 3, encontram-se listadas as substâncias com as quais o fenobarbital foi prescrito durante o período de realização deste trabalho. Em sua maioria, o fenobarbital foi prescrito com a carbamazepina. Em 8,7% dos casos, o fenobarbital foi associado com fenitoína. A maioria das interações entre agentes antiepilépticos resulta na indução ou inibição de enzimas metabolizadoras hepáticas. A fenitoína, carbamazepina e o fenobarbital são indutores enzimáticos fortes. A administração destes medicamentos aumenta o metabolismo de outros fármacos que também sofrem biotransformação hepática (PASTORE; OFUCHI; NISHIYA, 2007).

<b>Associações com fenobarbital</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Carbamazepina	168	34,78
Amitriptilina	55	11,39
Fenitoína	42	8,70
amitriptilina / carbamazepina	29	6,00
carbamazepina / fenitoína	21	4,35
clorpromazina	19	3,93
carbamazepina / clorpromazina	15	3,11
ácido valpróico	14	2,90
amitriptilina / clorpromazina	13	2,69
carbamazepina / haloperidol	13	2,69
Fluoxetina	13	1,86
amitriptilina / fluoxetina	9	1,45
biperideno / haloperidol	7	1,24
carbamazepina / fluoxetina	6	1,04
amitriptilina / fenitoína	5	1,04
clorpromazina / prometazina	5	1,04
Haloperidol	5	0,83
carbamazepina / prometazina	4	0,83
haloperidol / prometazina	4	0,83
Prometazina	4	0,62
ácido valpróico / amitriptilina	3	0,62
ácido valpróico / carbamazepina	3	0,62
ácido valpróico / fluoxetina	3	0,62
clorpromazina / haloperidol	3	0,41
biperideno / clorpromazina	2	0,41
carbonato de lítio	2	0,41
carbonato de lítio / fluoxetina	2	0,41
clorpromazina / fenitoína	2	0,21
ácido Valpróico / amitriptilina / clorpromazina	1	0,21
ácido valpróico / biperideno	1	0,21
ácido valpróico / fenitoína	1	0,21
amitriptilina / prometazina	1	0,21
amitriptilina / risperidona	1	0,21
biperideno / fenitoína	1	0,21
carbamazepina / nortriptilina	1	0,21
carbamazepina / periciazina	1	0,21
carbonato de lítio / fenitoína	1	0,21
fenitoína / fluoxetina	1	0,21
haloperidol / valproato de sódio	1	0,21
Risperidona	1	0,21

<b>Total</b>	<b>483</b>	100
--------------	------------	-----

Tabela 3 – Medicamentos que foram associados com o fenobarbital nas notificações de receitas avaliadas na Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão.

A monoterapia propicia maior adesão ao tratamento, diminui os casos de efeitos adversos, como também evita a ocorrência de interações medicamentosas (ROCHA, 2016). Porém a politerapia pode ser útil em alguns casos. Como desvantagens desta última prática, podem ser citadas as interações farmacodinâmicas ou farmacocinéticas ((PASTORE; OFUCHI; NISHIYA, 2007).

No caso da administração de fenobarbital junto com a fenitoína, um inibe o metabolismo do outro, fazendo-se necessária a monitorização e ajuste das doses. Baixas doses de fenobarbital induzem o metabolismo da fenitoína, diminuindo sua concentração e altas doses de fenobarbital inibem competitivamente o metabolismo da fenitoína, aumentando sua concentração. No caso da carbamazepina, o seu metabolismo é aumentado pelo fenobarbital e sua concentração plasmática é diminuída e conseqüentemente também diminuída a sua eficácia (PASTORE; OFUCHI; NISHIYA, 2007).

### 3.8 Legibilidade

A notificação de receita ilegível é um fator responsável por sérios problemas de saúde, sendo este fato classificado como falta de ética médica. A equivocada interpretação dos dados constantes na notificação de receita com relação ao nome do medicamento, dose e posologia são os principais problemas encontrados (OLIVEIRA, SANTOS, LEITE; 2015).

Durante este estudo, não foram encontradas notificações de receitas ilegíveis. Sendo assim, todas as análises realizadas estavam de acordo com o que prediz o Código de Ética Médica (Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.246/88), que determina que os médicos não podem prescrever de forma ilegível, uma vez que a receita não poderá ser lida e executada (CFM, 1988).

## 4 | CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstraram um alto consumo dos medicamentos clonazepam, diazepam e fenobarbital entre os pacientes atendidos na farmácia da Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão, tendo sido o clonazepam prescrito em maior quantidade. Os demais parâmetros avaliados permitiram traçar um perfil do consumo destes medicamentos na policlínica estudada, permitindo o retorno das informações às autoridades competentes a fim de serem promovidas mais ações

para racionalizar o seu uso.

## REFERÊNCIAS

Auchewsk L, Andreatine R, Galduróz JCF. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 26(10):24-31, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez 1998.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set 1999.

Brasil. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466/12, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacopeia Brasileira. 5 ed., Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/dcb.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 nov 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 18-22, 1998.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88. Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan 1988.

Facury APM. A saúde mental na estratégia de Saúde da Família Dr. Roberto Andrés - Entre Rios de Minas [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010

Farias JT. Análise da prescrição de psicotrópicos dispensados em um Centro de Atenção Integral à Saúde em João Pessoa - Paraíba [Monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015.

Ferrari CKB, Brito FL, Oliveira CC. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, 2013, 34(2): 109-116.

Fleith VD, Figueredo MA, Figueredo KFLRO. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, 13(0):755-762.

Firmo WCA, Paredes AO, Cunha CLF. Análise das prescrições médicas de psicotrópicos de uma farmácia comercial no município de Bacabal, Maranhão. **Journal of Mangement & Primary Health Care**, 2013, 4(1):10-18.

Guerra CS, Costa MMH, Filha MOF. Epidemiologic profile and prevalence of psychotropic use in one Reference Unit for Mental Health. PE, **Revista de Enfermagem da UFPE on Line**, 2013, 7(6):4444-4451.

Jaboatão dos Guararapes. **Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Jaboaão dos Guararapes - PE 2014-2017**. *Diário Oficial do Jaboaão dos Guararapes*, Jaboaão dos Guararapes, PE, 22 nov 2013.

Jaboatão dos Guararapes. **Secretaria Executiva de Promoção à Saúde. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**, 2014/2015. *Diário Oficial do Jaboaão dos Guararapes*, Jaboaão dos Guararapes, PE, 20 out 2015.

Jaboatão dos Guararapes. Poder Executivo. Portaria nº. 008, de 02 de janeiro de 2014. **Aprovar, no âmbito da Secretaria Executiva de Promoção da Saúde (SESAU), as rotinas para a prescrição e dispensação de medicamentos e, dá outras providências**. *Diário Oficial do Jaboaão dos Guararapes*, Jaboaão dos Guararapes, PE, 15 jan 2015.

Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na Clínica Geral. *Psychiatry Online*, 2003. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano97/tpqcm.php>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. SP, **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, 42(4): 475-485, 2006.

Oliveira CS, Santos AS, Leite ICG. Avaliação da qualidade das prescrições médicas da farmácia municipal de Catalão - Goiás. GO, **Revista Médica de Minas Gerais**, 25(4):556-561, 2015.

Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):3561-3567, 2010.

Padilha PDM, Toledo CEM, Rosada CTM. Análise da dispensação de medicamentos psicotrpicos pela Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Mourão/PR. PR, **Revista Uningá Review**, 20(2):6-14, 2014.

Pastore ME, Ofuchi AS, Nishiya P. Monitorização terapêutica de fenobarbital. PR, **Acta Scientiarum. Health Sciences**, 29(2):125-131, 2007.

Ribeiro MI, Costa D, Clemente J. Uso racional de medicamentos: conhecimento do utente acerca do medicamento em uso. **Egitania Scientia**, 2014. Disponível em: <[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11478/1/egitania\\_scientia\\_15MedicamentosRacional.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11478/1/egitania_scientia_15MedicamentosRacional.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2016.

Rocha GP, Batista BH, Nunes ML. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. **Jornal de Pediatria**, RJ, 80(2):45-55.

Santos EML. Análise da utilização do Clonazepam por seus usuários [monografia]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

Santos LP, Oliveira AA, Salvi JO. Farmacovigilância de medicamentos psicotrpicos no município do Vale do Paraíso. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Rondônia, 6(2):36-48, 2015.

Sebastião ECO, Pelá IR. Consumo de psicotrpicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Pharmacy Practice**, 2(4):250-266, 2004.

Sousa LMG, Torres MLD, Melo GC. Estudo de prescrições médicas de psicotrpicos de uma farmácia comercial no município de Santa Inês, Maranhão, Brasil. **Enciclopédia Biosfera**, GO, 10(19):2428-

2440, 2014.

Torres MLD, Sousa LMG, Melo GC. Prescrição de psicotrópicos e especialidade médica: estudo em uma farmácia comercial no município do Maranhão. **Revista Científica do ITPAC**, TO, 7(4):6, 2014.

Tourinho FSV, Bucaretech F, Stephan C. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. RJ, **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro,84(5): 416-422, 2008.

Vieira FP. Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 27(2):149-156, 2010.

## INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR LESÕES AUTOPROVOCADAS NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS

### **Marlete Corrêa de Faria**

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.

União Metropolitana de Educação e Cultura,  
Centro Universitário de Ciências Agrárias e da  
Saúde.

Lauro de Freitas/BA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0013405653078330>

### **Anderson Rinê Dias Aguiar**

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.

União Metropolitana de Educação e Cultura,  
Centro Universitário de Ciências Agrárias e da  
Saúde.

Lauro de Freitas/BA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1569810680663939>

### **Maria Luiza Souza Bezerra de Carvalho**

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.

União Metropolitana de Educação e Cultura,  
Centro Universitário de Ciências Agrárias e da  
Saúde.

Lauro de Freitas/BA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4375319343732905>

### **Tamyris Thuama de Souza Lima**

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.

União Metropolitana de Educação e Cultura,  
Centro Universitário de Ciências Agrárias e da  
Saúde.

Lauro de Freitas/BA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8274977313899074>

### **Thayná Moraes de Jesus**

Discente do Curso de Graduação em Medicina, 8º Semestre.

União Metropolitana de Educação e Cultura,  
Centro Universitário de Ciências Agrárias e da  
Saúde.

Lauro de Freitas/BA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1625549495223582>

### **Thiago Barbosa Vivas**

Docente do Curso de Graduação em Medicina.

União Metropolitana de Educação e Cultura,  
Centro Universitário de Ciências Agrárias e da  
Saúde.

Lauro de Freitas/BA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8613712673344766>

**RESUMO:** A Organização Mundial de Saúde classifica violência em três categorias: interpessoal, coletiva e autoinfligida. Esta última, denominada lesão autoprovocada, é subdividida em comportamento suicida e autoagressão. Os dados provenientes de internação hospitalar relacionada à lesão autoprovocada subestimam a real prevalência, visto que a minoria dos indivíduos não procura atendimento hospitalar. As informações referentes às hospitalizações no Brasil estão disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Este trabalho teve como objetivo elucidar a

prevalência de internações na Bahia por lesões autoprovocadas no período de 2007 a 2017. Trata-se de estudo ecológico de séries temporais que buscou estimar as internações por lesões autoprovocadas (CID X60-X84) registradas no SIH/SUS no intervalo de tempo entre 2007-2017, no estado da Bahia. Os dados foram sistematizados segundo as variáveis idade, raça/cor e sexo. Os resultados demonstraram que as internações por lesões autoprovocadas na Bahia apresentaram maiores prevalências na faixa etária de 30 a 39 anos (22,11%) e nas pessoas de cor parda (54,15%) e do sexo masculino (66,34%). O estudo das internações hospitalares por lesões autoprovocadas é relevante para correta identificação de estratégias de prevenção do comportamento autodestrutivo e promoção da saúde mental, de modo a considerar os grupos populacionais mais vulneráveis a se auto lesionar voluntariamente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comportamento Autodestrutivo. Saúde Mental. Saúde Coletiva.

## HOSPITALIZATIONS BY INTENTIONAL SELF-HARM INJURIES IN THE STATE OF BAHIA BETWEEN THE YEARS OF 2007 AND 2017: A TIME SERIES ECOLOGICAL STUDY

**ABSTRACT:** The World Health Organization (WHO) classifies the violence on three categories: interpersonal, collective and self-directed. The last one, named self-harm, is subdivided on suicide behavior and self-abuse. The data obtained from hospitalization related to self-harm underestimate the real prevalence, once the minority demands hospital care. All the information about hospitalizations in Brazil are available on the System of Hospital Information's (SIH/SUS). This paper's objective is to estimate the prevalence of hospitalizations by self-harm injuries on state of Bahia, from 2007 to 2017. The methodology chosen was the ecological time series design, covering the hospitalizations by self-harm (ICD X60-X84) notified and registered on SIH/SUS in the range of 2007 to 2017, on state of Bahia. All the records were shown according to the variables age, skin color and sex. The results show that the hospitalizations by self-harm on Bahia in the range of 2007 to 2017 had the bigger prevalence in the age range of 30 to 39 (22,11%), on brown (54,15%) and male (66,34%) people. We conclude that the analysis of hospitalizations by self-harm injuries is relevant as it permits the identification of better strategies for promotion of mental health by the identification of the population groups most vulnerable to self-harm.

**KEYWORDS:** Self-Injurious Behavior. Mental Health. Public Health.

### 1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde classifica violência em três categorias: interpessoal, coletiva e autoinfligida. De acordo com Pinto (2012) esta última, denominada lesão autoprovocada, é subdividida em comportamento suicida e



autoagressão, a qual engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros, e traz ainda o suicídio como um grave problema de saúde pública.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), segundo Alves Bahia (2017), considera como autoprovocados, as lesões e os envenenamentos intencionalmente desferidos pela própria pessoa a si mesma e as tentativas de suicídio.

Os dados provenientes de internação hospitalar relacionada à lesão autoprovocada subestimam a real prevalência, visto que a minoria dos indivíduos procura atendimento hospitalar. Ainda assim Monteiro (2015) relata que, atualmente, o suicídio é considerada a segunda maior causa de morte no mundo entre as pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

No Brasil, assim como em várias partes do mundo, a taxa de mortalidade por suicídio representa apenas uma pequena parcela da problemática das lesões auto infligidas, uma vez que ainda existe um grande número de internações por estas causas que não resultaram em óbito e um número ainda maior de indivíduos que procuram atendimento em âmbito ambulatorial ou os que nem buscam tratamento para as suas lesões (MONTEIRO, 2015).

O Ministério da Saúde (2017) demonstrou através de avaliação de boletins epidemiológicos que, de uma forma geral, no Brasil, as notificações de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio mostraram predominância da ocorrência em mulheres, raça/cor branca, nas faixas etárias da adolescência (10-19 anos) e adultos jovens (20-39 anos), residentes da zona urbana e com escolaridade menor que 8 anos de estudo. Porém isso pode ser contraditório quando comparado em populações e regiões específicas do país.

## 2 | OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- Estimar a prevalência de internações por lesões autoprovocadas no estado da Bahia, no período de 2007 a 2017.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o número de notificações das internações por lesões autoprovocadas de acordo com as variáveis de idade, raça/cor e sexo;
- Apresentar o número de óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas.

## 3 | METODOLOGIA

### 3.1 Delineamento e Local de Realização do Estudo

Trata-se de estudo epidemiológico de caráter quantitativo, documental, com recorte temporal transversal, classificado como ecológico de série temporal, que analisa as internações por lesões autoprovocadas (CID X60-X84) registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) entre 2007 e 2017, tendo como unidade amostral o estado da Bahia.

### 3.2 População do Estudo

A população do estudo foi a de pacientes internados no estado da Bahia, durante o período de 2007 a 2017, registrados com a causa da internação por lesões autoprovocadas. O estudo não apresentou critérios de exclusão, tendo em vista que considerou todas as notificações apresentadas segundo as variáveis de idade, raça/cor, sexo e número de óbitos.

### 3.3 Coleta de Dados

Os dados foram selecionados na base de dados do sistema de informações hospitalares do SUS, no dia 17 de agosto de 2018, a partir das variáveis: sexo, idade, raça/cor e número de óbitos.

Dispondo da ferramenta DATASUS, buscou-se informações de saúde pelo TABNET, de modo que foi possível coletar os dados de doenças e agravos de notificação do período estudado, de acordo com características epidemiológicas e de morbidade. Os dados seguiram etapas de seleção e tabulação no Microsoft Excel 2010, com posterior interpretação e análise.

### 3.4 Aspectos Éticos

A pesquisa apresentou riscos mínimos em sua execução, pois empregou uma metodologia documental para coleta dos dados. Dessa forma, não foram realizadas intervenções ou modificações fisiológicas, psicológicas ou sociais em indivíduos.

Como critério de suspensão da pesquisa tinha-se o dano ou a perda integral dos arquivos eletrônicos contendo os dados a serem analisados, impossibilitando a utilização e interpretação das informações salvas.

O estudo traz benefícios indiretos para a população estudada e a sociedade. Os resultados serão publicados em revista científica e encaminhados à administração do estado, para que possam ser apreciados, no intuito de proporcionar uma gestão participativa entre comunidade, setor de saúde e gestão pública, visando diminuição da incidência das lesões autoprovocadas.

## 4 | RESULTADOS

Foram pesquisados os números de internação por lesões autoprovocadas na Bahia, entre os anos de 2007 a 2017, de acordo com as variáveis de idade, raça/cor, sexo e número de óbitos. Deve-se considerar que o número de notificações totais para o período foi de 4526 internações. Dessa forma, os cálculos de prevalência foram realizados considerando o número total de notificações.

Ano	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	Total
2007	-	-	-	1	1	3	10
2008	2	19	4	9	26	56	297
2009	1	4	11	13	44	82	394
2010	2	19	11	16	48	89	468
2011	3	19	9	13	35	71	460
2012	3	26	10	14	37	82	466
2013	1	12	12	20	28	89	448
2014	15	30	17	21	38	107	624
2015	2	23	14	27	33	87	497
2016	6	18	14	20	56	69	480
2017	2	17	8	23	42	63	382
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>187</b>	<b>110</b>	<b>177</b>	<b>388</b>	<b>798</b>	<b>4526</b>

Ano	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	≥ 80 anos	Total
2007	2	-	2	-	-	1	10
2008	64	57	30	16	11	3	297
2009	99	69	44	13	9	5	394
2010	113	92	41	23	11	3	468
2011	99	100	57	24	17	13	460
2012	89	104	55	32	10	4	466
2013	109	88	57	20	8	4	448
2014	130	118	81	37	16	14	624
2015	101	82	74	30	14	10	497
2016	114	76	55	28	10	14	480
2017	81	64	47	20	9	6	382
<b>Total</b>	<b>1001</b>	<b>850</b>	<b>543</b>	<b>243</b>	<b>115</b>	<b>77</b>	<b>4526</b>

Tabela 1. Número de Internações por Lesões Autoprovocadas na Bahia, por Faixa Etária, Segundo o Ano da Ocorrência (2007 a 2017)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na Tabela 1 é possível visualizar o número de internações registradas no SIH/SUS, de acordo com diferentes faixas etárias. Destaca-se que os dados das internações foram apresentados na tabela de acordo com os diferentes anos do período estudado.

Pode-se visualizar que os anos de 2014, 2015 e 2016 apresentaram as maiores prevalências de notificações de internações por lesões autoprovocadas, sendo de 13,78%, 10,98% e 10,60% respectivamente.

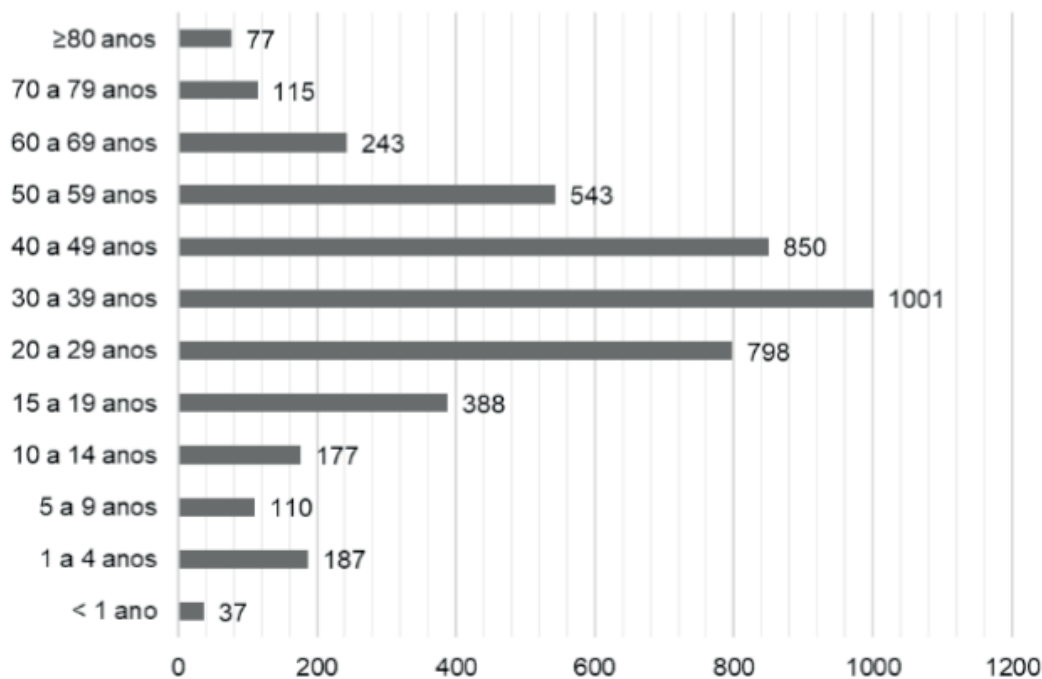


Figura 1. Número de Internações por Lesões Autoprovocadas na Bahia, por Faixa Etária (2007 a 2017)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No que tange a faixa etária estudada, é possível observar na Figura 1 que, no período de 2007 a 2017, as internações por lesões autoprovocadas foram maiores na faixa de 30 a 39 anos (22,11%), seguidas da faixa etária de 40 a 49 anos (18,78%) e 20 a 29 anos (17,63%).

No tocante ao número de internações relacionadas a raça/cor, é possível visualizar na Tabela 2 as notificações de acordo com cada ano do período estudado, considerando as raças/cores branca, preta, parda, indígena, bem como os casos registrados com raça/cor não informada.

Ano	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado	Total
2007	-	-	3	-	-	7	10
2008	7	3	118	-	-	169	297
2009	20	15	214	-	-	145	394
2010	49	29	251	-	-	139	468
2011	56	36	228	1	-	139	460
2012	34	50	225	-	-	157	466
2013	29	29	255	1	-	134	448
2014	63	41	383	1	-	136	624
2015	54	33	266	9	-	135	497
2016	32	33	269	8	1	137	480
2017	21	16	239	13	1	92	382
<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>285</b>	<b>2451</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>1390</b>	<b>4526</b>

Tabela 2. Número de Internações por Lesões Autoprovocadas na Bahia, por Raça/cor, Segundo

Na Figura 2 é possível notar que a raça/cor que apresentou o maior número de notificações de internações por lesões autoprovocadas foi a parda (54,15%) seguida da raça/cor branca (8,06%).

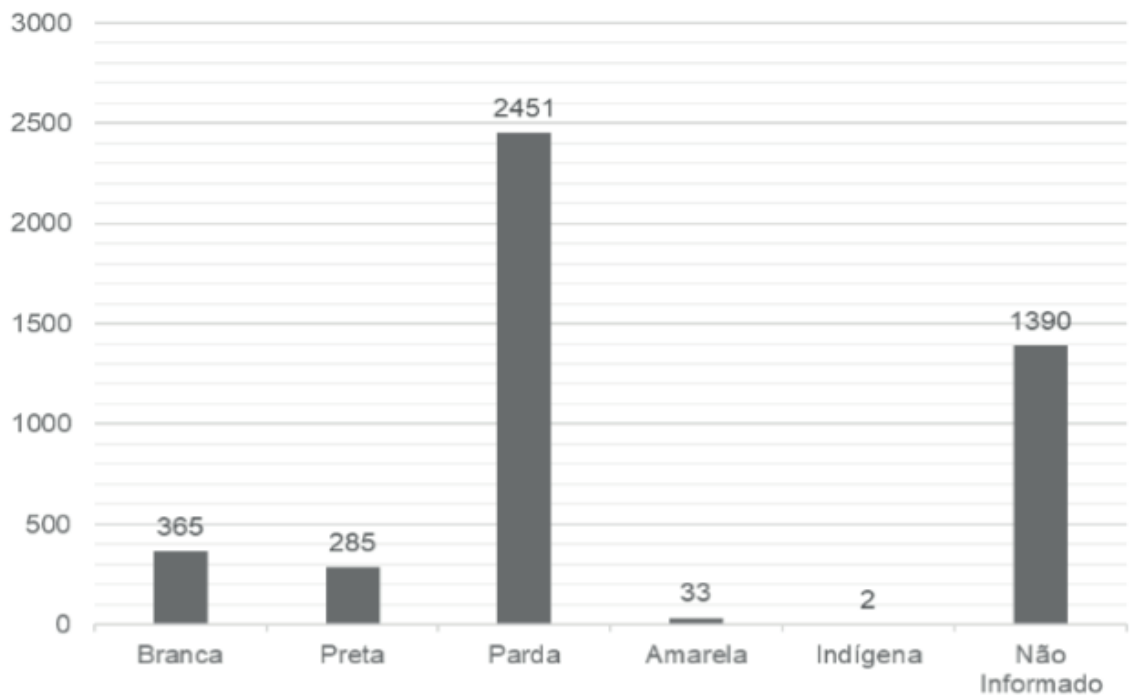


Figura 2. Número de Internações por Lesões Autoprovocadas na Bahia, por Raça/cor (2007 a 2017)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao se avaliar o número de notificações no sexo masculino e feminino, é possível notar na Tabela 3 e Figura 3, que a prevalência maior foi no sexo masculino (66,34%).

Ano	Masculino	Feminino	Total
2007	6	4	10
2008	181	116	297
2009	255	139	394
2010	313	155	468
2011	318	142	460
2012	328	138	466
2013	295	153	448
2014	428	196	624
2015	311	186	497
2016	323	157	480
2017	251	131	382
<b>Total</b>	<b>3009</b>	<b>1517</b>	<b>4526</b>

Tabela 2. Número de Internações por Lesões Autoprovocadas na Bahia, por Sexo, Segundo o Ano da Ocorrência (2007 a 2017)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

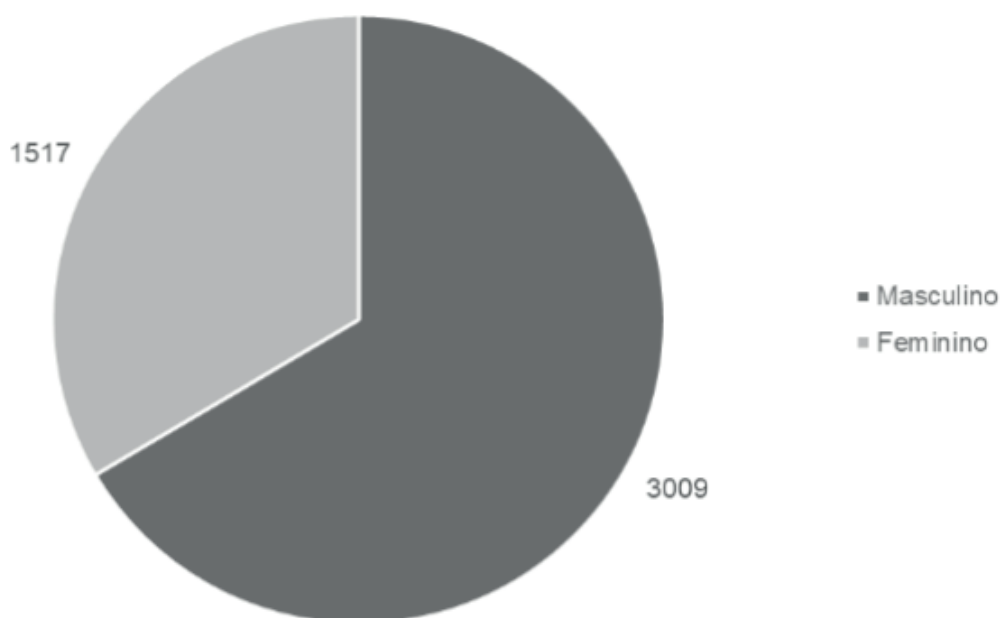


Figura 3. Número de Internações por Lesões Autoprovocadas na Bahia, por Sexo (2007 a 2017)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao se avaliar o número de óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas, ocorreram 172 notificações, tendo-se que as maiores prevalências foram nos anos de 2012 (13,95%), seguido dos anos de 2016 (12,20%) e 2014 (11,04%). Os dados podem ser visualizados na Figura 4.

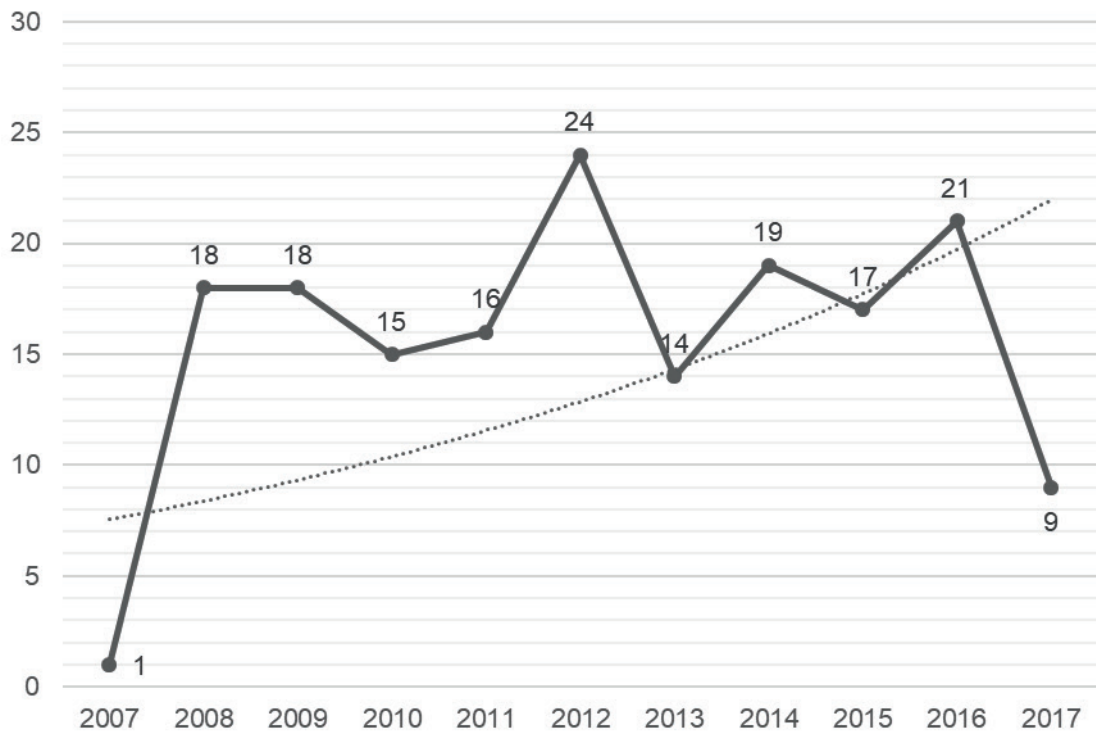


Figura 4. Número de Óbitos Hospitalares por Lesões Autoprovocadas na Bahia (2007 a 2017)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

## 5 | DISCUSSÃO

Tendo em vista a prevalência de suicídios por 100.000 habitantes, o Brasil encontra-se na 113<sup>a</sup> posição no ranking da OMS, sendo que as taxas crescem exponencialmente, de modo a fazer com que o país seja o quarto em crescimento na América Latina (WAISELFISZ, 2014).

Os resultados deste estudo permitiram o delineamento das principais características de distribuição deste agravo considerando as variáveis de faixa etária, sexo e raça. Assim, foi possível identificar que as internações por lesões autoprovocadas na Bahia no período de 2007 a 2017 apresentaram as maiores prevalências na faixa etária de 30 a 39 anos, na raça parda e no sexo masculino.

O perfil epidemiológico delineado por esse estudo corrobora com o trabalho de Ferrari e colaboradores (2015), que afirmam que as lesões autoprovocadas intencionalmente no estado de Sergipe ocorrem com maior frequência nas pessoas do sexo masculino, na faixa etária entre 30 a 39 anos, de cor parda, com 4 a 7 anos de escolaridade e de estado civil solteiro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), estudos observaram que ser do sexo masculino, ter entre 15 e 35 anos, estar desempregado, ser solteiro, não participar de grupos religiosos ou ter situação financeira muito elevada ou muito baixa aumentam o risco de tentativa de eliminar a própria vida.

Deve-se considerar que os homens, quando enfrentam o fracasso de não ser um bom provedor para a família ou passam por situações de crise principalmente de ordem financeira, elevam o consumo de álcool e drogas, isso pode levar a desordem familiar, desemprego e posteriormente ao suicídio (LEON, 2003). Ademais, os homens com comportamento impulsivo e competitivos possuem ainda mais predisposição para se suicidarem em momentos de crise e estresse, principalmente aqueles que possuem acesso a armas de fogo ou outros métodos capazes de causar lesões autoprovocadas (SOUZA, 2011).

Em relação à faixa etária, ainda que a literatura apresente taxas de suicídio mais altas entre os indivíduos mais velhos (maiores que 60 anos), está ocorrendo aumento das notificações no grupo com idade de 20-59 anos, em ambos gêneros, conforme demonstrado no presente estudo. Este incremento no número de suicídios entre adultos jovens pode ser resultante da tendência mundial que apontam que condições socioeconômicas desfavoráveis resultam em maiores tentativas de autolesão neste grupo (LOVISI, 2009).

Monteiro (2015) relata a importância do suicídio como motivação de morte, entretanto, outras causas podem ser descritas, visto que além das intenções suicidas, há outras situações que podem ser descritas como intencionais e autodestrutivas ou auto agressivas em manifestações individuais, como automedicação, abuso de drogas e/ou álcool (MACHIN, 2009). Os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida são: problemas biológicos, médicos, ambientais, psiquiátricos, psicológicos, filosófico existenciais e por motivações sociais; tendo um leque amplo. Além disso, as fronteiras entre autonegligência, lesão autoprovocada, ideação suicida, comportamento suicida e suicídio consumado são tênues, o que pode interferir na organização dos dados (BAHIA, 2017).

Com relação à raça, os resultados deste trabalho demonstraram maiores prevalências em indivíduos pardos, o que corrobora com o estudo de Barbosa (2016), de modo a ser relacionado pela miscigenação de raças, o que poderia justificar a elevada incidência do suicídio entre pardos. Entretanto, ao se avaliar o perfil epidemiológico do Brasil, de acordo com Borges (2014), a taxa de mortalidade por suicídio segundo a cor/raça, indicou maiores prevalências para pessoas indígenas (14.4/100.00), seguida de brancos (6.6/100.000) e pardos (5.9/100.000).

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se que a real prevalência dessas lesões acaba sendo mascarada, devido à pouca procura do atendimento hospitalar por esses indivíduos, o que depende muito da gravidade da lesão e grau de incapacidade trazido por ela (BAHIA, 2017).



## 6 | CONCLUSÃO

O estudo das internações hospitalares por lesões autoprovocadas permite a correta identificação de estratégias de prevenção do comportamento autodestrutivo e promoção da saúde mental ao identificar os grupos populacionais mais vulneráveis a se auto lesionarem voluntariamente. Este trabalho permitiu a caracterização das internações hospitalares por lesões autoprovocadas no estado da Bahia, identificando maiores prevalências na faixa etária de 30 a 39 anos (22,11%), nas pessoas de cor parda (54,15%) e do sexo masculino (66,34%).

Os 172 óbitos decorrentes das internações por lesões autoprovocadas denotam uma maior necessidade de atenção dos órgãos de saúde pública no estado, bem como a nível nacional, para intensificação e elaboração de estratégias de prevenção das autolesões e assistência a pacientes que as cometem.

Ademais, estudos adicionais se fazem necessário para compreensão não somente do perfil epidemiológico, mas dos fatores de risco para as tentativas de lesões autoprovocadas no estado da Bahia, para que, assim, possam ser traçadas medidas de controle e prevenção.

## REFERÊNCIAS

ALVES BAHIA, Camila et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.9, 2017.

BARBOSA, G.C. **Mortalidade por suicídio e sua distribuição em áreas de abrangência da estratégia saúde da família, em uma capital da Região Norte**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Bahia, 2016. 50p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2018.

BORGES, D.M. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.64, n.1, 2015.

FERRARI, Y.A.C.; SILVA, D.P.; JESUS, C.V.F.; CORREIA, E.S.D.; LIMA, S.O. **Perfil epidemiológico dos indivíduos que cometeram lesão autoprovocada intencionalmente no estado de Sergipe em 2015**. 2015. Disponível em <<https://eventos.set.edu.br/index.php/conenf/article/view/9249>>. Acesso em 13 de outubro de 2019.

LEÓN, L. M; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.3, 2003.

LOVISI, G.M.; SANTOS, S.A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.3, p.86-94, 2009.

MACHIN, Rosana. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1741-1750, 2009.

MONTEIRO, Rosane Aparecida et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, 2015.

PINTO, Lélia Lessa Teixeira et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.66, n.4, p.203-210, 2017.

SOUZA, et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.60, n.4, p.294-300, 2011.

WHO (World Health Organization). **Suicide prevention**. Mental Health.2003 Disponível em <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)>. Acesso em 14 de outubro de 2019.

WASELFISZ JJ. **Os jovens do Brasil: mapa da violência 2014**. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude; 2014

## USO DE MACONHA ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA - DILEMAS & DESAFIOS

### **Leidiane Faria Ramos**

Graduando em Enfermagem; Voluntária de IC; Membro do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas (CEPAD) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Alvim Pagung de Abreu**

Graduando em Terapia Ocupacional; Voluntário de EXT; Membro do CEPAD-UFES.

### **Rayane Cristina Faria de Souza**

Enf<sup>a</sup>, Mestre em Saúde Coletiva; Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC); Pesquisadora do CEPAD-UFES.

### **Marluce Mechelli de Siqueira**

Prof<sup>a</sup> Titular do Dept<sup>o</sup> de Enfermagem (DENF) e Programas de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) e Saúde Coletiva (PPGSC); Coordenadora do CEPAD-UFES.

### **Átala Lotti Garcia**

Prof<sup>a</sup> Adjunta do Dept<sup>o</sup> de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES.

### **Flávia Barista Portugal**

Prof<sup>a</sup> Adjunta do DENF, PPGENF, PPGSC e Coordenadora Adjunta do CEPAD-UFES.

aproximadamente 250 milhões de pessoas na população mundial, desses, 29 milhões possuem transtornos relacionados ao uso. No ranking do consumo de drogas ilícitas, em primeiro lugar temos a *Cannabis Sativa*, também mundialmente conhecida como maconha, que representa de 25% a 35% do uso semanal. O objetivo do presente trabalho é traçar o perfil do uso de Maconha e fatores associativos entre estudantes do curso de Terapia Ocupacional de uma universidade pública. Trata-se de um estudo, transversal e quantitativo realizado no Centro de Ciências da Saúde, no curso de Terapia Ocupacional de uma universidade pública. Na disposição da pesquisa haviam 130 alunos com matrícula ativa referente ao segundo semestre do ano de 2016, porém, apenas 111 alunos estavam aptos a participar da pesquisa. Os dados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22. Dentre os universitários abordados na pesquisa, verificou a maioria com faixa etária de 22 anos, do sexo feminino, solteiro, se autodeclarando mulato/pardo, relatando ter religião e não possuir atividade remunerada. Esse estudo possibilita enxergar pontos importantes que devem ser contemplados nas discussões em sala de aula sobre assuntos relacionados a uso de SPAs no âmbito acadêmico, servindo, assim como

**RESUMO:** O uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) é uma prática milenar, primordialmente utilizadas de forma medicinal, estão presentes em diferentes níveis sociais e grupos culturais. Sabe-se que a prevalência do uso de drogas pelo menos uma vez na vida atingiu

disparador de discussões das crenças sobre os padrões de uso por tal população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Uso de drogas por universitários; Maconha; Religiosidade.

## MARIJUANA USE AMONG OCCUPATIONAL THERAPY STUDENTS AT A PUBLIC UNIVERSITY - DILEMMAS & CHALLENGES

**ABSTRACT:** The use of Psychoactive Substances (SPAs) is an ancient practice, primarily used for medicinal purposes, and is present at different social levels and cultural groups. It is known that the prevalence of drug use at least once in life has reached approximately 250 million people in the world population, 29 million of whom have use disorders. In the ranking of illicit drug use, in first place is Cannabis Sativa, also known worldwide as marijuana, which represents 25% to 35% of weekly use. The objective of this work is to outline the profile of marijuana use and associative factors among students of the Occupational Therapy course at a public university. This is a cross-sectional, quantitative study carried out at the Health Sciences Center in the Occupational Therapy course of a public university. In the survey provision there were 130 students with active enrollment for the second half of 2016, but only 111 students were able to participate in the survey. The data were analyzed by the Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 22. Among the university students approached in the research, the majority were found to be 22 years old, female, single, self-declared mulatto/parous, reporting having religion and not having paid activity. This study makes it possible to see important points that should be contemplated in classroom discussions on issues related to the use of SPAs in the academic sphere, serving as a trigger for discussions of beliefs about the use patterns by such population.

**KEYWORDS:** Drug use by university students; Marijuana; Religiosity.

### 1 | INTRODUÇÃO

O uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) é uma prática comum desde os antepassados, a qual está presente nos mais diferentes níveis sociais, grupos culturais e faixa etária. Dados do Relatório Mundial sobre Drogas de 2016 mostram que a prevalência do uso de drogas atingiu aproximadamente 250 milhões de pessoas na população do qual fez uso de alguma droga pelo menos uma vez na vida, dentre essas pessoas 29 milhões apresentaram transtornos relacionados ao uso de SPAs. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Além disso, em 2012, 5% das mortes no âmbito mundial estavam relacionadas diretamente com o uso abusivo de drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, houve uma relação direta com as quatro primeiras causas de mortes (acidentes de trânsito; homicídios, suicídios, brigas em ambientes sociais) entre o público adolescente/jovem, na faixa etária de 10 a 24 anos (GALDUROZ,

2004).

Assim, é nítido o quanto as SPAs estão presentes na maioria da população e interferem negativamente na vida do indivíduo, podendo acarretar a morte, especialmente entre a população jovem adulta.

No Brasil, através do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Substâncias Psicoativas, foram evidenciados altos índices de uso de drogas. O uso de álcool na vida de 74,6% e o nível de dependência 12,3%; o uso na vida de tabaco de 44% e a dependência 10,1% e em relação às demais SPAs (exceto o álcool e o tabaco), o uso na vida foi de 22,8%, no ano, de 10,3% e no mês, de 4,5% (CARLINI, 2007).

Dessa maneira, verifica-se que as drogas lícitas e ilícitas são as principais causadoras de desordens sociais em diferentes localidades do mundo, gerando um grande transtorno nas políticas de saúde pública, do qual, o público jovem é o principal alvo atuante (OPAS, 2002). Ademais, o uso de SPAs está mais concentrando no público universitário quando comparado à população em geral, levando em consideração diversos fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas no ambiente universitário como grupo de amigos, festas, necessidade de inclusão nos grupos e também a simples busca pelo prazer (KERR-CORRÊA et al., 1999; LUCAS et al., 2006; PILLON; CHAVEZ, 2005; SÁEZ et al., 2009).

Neste contexto, é importante ressaltar que o uso de SPAs aumenta de forma demasiada entre universitários, lembrando que estes se tornarão os futuros profissionais e responsáveis por importantes decisões em diferentes e importantes âmbitos da sociedade (PORTUGAL, 2011; ECKSCHMIDT, 2013). E a droga de consumo mais presente nesta população é o álcool como droga lícita e a maconha, *Cannabis Sativa*, como droga ilícita.

Segundo o Centro Brasileiro de Observação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), a maconha vem sendo utilizada com um maior percentual dentro as drogas ilícitas, onde o quantitativo de pessoas que fazem uso da substâncias esta dentre 25 a 35%, semanalmente (CEBRID, 2007).

O uso de SPAs por universitários pode estar relacionado a inúmeros fatores, sendo mais bem entendido, quando visto sob a ótica pluricausal. Esses fatores estão ligados diretamente com os contextos socioculturais, assim como viver em ambiente familiar e com amigos que fazem o consumo de drogas, situações que podem gerar no jovem a curiosidade, imitação ou pressão do grupo. Conforme verificado em diversos estudos a respeito do uso de drogas na população acadêmica (MARDEGAN et al, 2007; PEREIRA et al, 2008; PORTUGAL et al, 2008; TEIXEIRA et al, 2010; PORTUGAL et al, 2011; SANTOS et al, 2013; PORTUGAL et al, 2014).

Uma vez encontrados significativos dados científicos a respeito da temática, torna-se crucial a necessidade de planejamentos e políticas governamentais para prevenção do público em evidência (SIQUEIRA et al, 2007; SIQUEIRA et al., 2008).

Para além do campo de saúde a demanda de uso de drogas pelo público jovem e universitário tem uma demanda intersetorial, na qual também irão se inserir os contextos sociais, como as graves desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à cultura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

Dessa maneira, justifica realizar essa pesquisa, devido ao fato de haver poucos estudos relacionados a essa temática, evidenciando a importância de conhecer o consumo de SPAs nesta população para medidas eficazes.

Portanto, buscou traçar o perfil do uso de SPAs entre os acadêmicos de Terapia Ocupacional de uma universidade pública, para compreensão do perfil deste público.

## 2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), no curso de Terapia Ocupacional de uma universidade pública.

O estudo descritivo tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou determinado fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2002). O estudo transversal é um tipo de estudo seccional caracterizado pela observação direta de uma determinada população em uma única oportunidade. O termo transversal está relacionado com a temporalidade, ou seja, a época da coleta de dados do estudo (MEDRONHO et al., 2006). Já, o estudo quantitativo analisa os fatos como se fossem coisas exteriores e submetidas a leis e padrões gerais, através da precisão matemática e dos modelos estatísticos da codificação numérica (TOBAR; YALOUR, 2001).

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Ciências da Saúde (CCS), no Departamento de Terapia Ocupacional de uma universidade pública, que possui como função a formação de profissionais em um contexto biopsicossocial, tais como a elaboração de projetos de pesquisa e extensão no campo da saúde, que possuem a posição de elementos integrantes e indispensável nas equipes de saúde, educação, cultura e assistência social (WFOT 2012). No período que a pesquisa foi realizada, haviam 130 alunos matriculados. O tamanho da amostra foi calculado no *software Epi Info 6,04*, com nível de confiança de 95%, precisão de 5% e prevalência de 50% resultando assim em 111 estudantes.

Foi enviada uma carta à diretoria do Centro de Ciências da Saúde e ao chefe do departamento de Terapia Ocupacional, explicando a pesquisa e solicitando a colaboração. No segundo momento, mediante agendamento com os professores responsáveis verificou-se qual o momento mais oportuno para aplicação do “Questionário Sobre o Uso de Drogas” desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adaptado no Brasil por Carline-Contrin et al, 1989, utilizado nos levantamentos nacionais sobre o uso de drogas em estudantes, realizado pelo

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID 1987, 1989, 1993, 1997 e 2004).

Tal instrumento é dividido em cinco partes, onde a primeira etapa começa explicando a pesquisa e convidando o estudante a participar; a segunda etapa é formada por questões referentes a dados sociodemográficos; a terceira etapa contempla questões envolvendo o uso de substâncias psicoativas; a quarta etapa abrange questionamentos minuciosos sobre o uso abusivo de álcool; já a quinta parte é constituída por um questionário sobre o relacionamento entre os pais e os estudantes abordados na pesquisa. Após a aplicação de tal questionário, as variáveis socioeconômicas foram avaliadas segundo critérios da Associação Brasileira do Instituto de Mercado e Pesquisa (CARLINE-CONTRIN ET AL, 1989.; ABIPEME, 1978).

Primeiramente, foi realizado um estudo piloto, a fim de treinar os pesquisadores com o instrumento de coleta de dados. Posterior ao treinamento para aplicação do questionário, aplicou-se o mesmo entre todos os estudantes com matrícula ativa até o segundo semestre de 2016, com autorização prévia dos professores. No proceder da aplicação foi explicado sobre os objetivos da pesquisa, ressaltando a livre escolha de participação e anonimato. Para aqueles que aceitaram participar, foi dado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Na disposição da pesquisa haviam 130 alunos com matrícula ativa referente ao segundo semestre do ano de 2016 no curso de Terapia Ocupacional, havendo 1 recusa, 18 perdas por variados motivos (faltas nas aulas, evasão do curso, fatores éticos e também por não atender a critérios de inclusão), possuindo um quantitativo final de 111 alunos aptos a responder e participar da pesquisa.

Os dados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 24. Foi realizada uma análise univariada, na qual houve descrição das variáveis qualitativas, representadas pela frequência absoluta simples (N) e frequência relativa simples (%).

A pesquisa integra um projeto de pesquisa maior intitulado “Saúde Mental no CCS: Conhecer para cuidar” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CCS da referida universidade (parecer nº 1.566.208), observando-se os dispositivos da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

### **3 | RESULTADOS**

No total dos 111 universitários abordados na pesquisa, a maioria estava na faixa etária de 22 anos. E ainda, conforme na Tabela 1, constatou-se, predominância do sexo feminino (83,8%), solteiro (88,3%), se autodeclarando mulato/pardo (42,3%),

relatando ter religião (77,3%) e não possuir atividade remunerada (60,9%). E, por fim, demonstrou que a maioria dos universitários estavam matriculados nos 2 (dois) primeiros anos do curso (53,1%). Apresentando idade de experimentação dentre os 15 anos com desvio padrão de 2,6.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	18	16,2
Feminino	93	83,8
<b>TOTAL</b>	111	100
<b>RELIGIÃO</b>		
Não tenho Religião	25	22,7
Tenho Religião	85	77,3
<b>TOTAL</b>	110	100
<b>GRUPO ÉTNICO</b>		
Mulato/Pardo	47	42,3
Caucasoide/Branco	43	38,7
Negro	18	16,2
Outros	3	2,8
<b>TOTAL</b>	111	100
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro	98	88,3
Casado	9	8,1
Divorciado	4	3,6
<b>TOTAL</b>	111	100
<b>PERÍODO</b>		
2º ano (3º/4º semestre)	31	27,9
1º ano (1º/2º semestre)	28	25,2
4º ano (7º/8º semestre)	21	18,9
3º ano (5º/6º semestre)	15	13,5
5º ano (9º/10º semestre)	12	10,8
6º ano (11º/12º semestre)	1	0,9
Outros	3	2,7
<b>TOTAL</b>	111	100
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>		
Não	67	60,9
Sim, até 20 horas semanais.	31	28,2
Sim, até 40 horas semanais.	12	10,9
<b>TOTAL</b>	110	100

Tabela 1. Características sociodemográficas dos estudantes do curso de Terapia Ocupacional do CCS. Vitória, Brasil, 2019.

FONTE: O autor (2019)

Quanto ao padrão de consumo da maconha, verificou o uso na vida de 35,5%,



no ano de 26,5% e nos últimos 3 meses de 21,0%, conforme tabela 2.

Substância psicoativa	Uso na vida		Uso no ano		Uso nos últimos 3 meses	
	N	%	N	%	N	%
Maconha	39	35,5	27	26,7	21	21,0

Tabela 2: Tipos de uso da maconha entre estudantes de Terapia Ocupacional do CCS. Vitória, Brasil, 2019.

FONTE: O autor (2019)

Ao realizar a análise bivariada através do teste qui-quadrado percebeu-se associação com as seguintes variáveis: prática religiosa; experimentar álcool e cocaína. E conforme exposto na tabela 3 a variável prática religiosa (OR: 0,302; IC: 0,129-0,704; p-valor 0,005) foi considerada fator protetor para a experimentação da maconha. Em contrapartida, as variáveis experimentação do álcool (OR: 4,868; IC: 1,052-22,536; p-valor 0,028) e experimentação da cocaína (OR: 3,182; IC: 2,399-4,221; p –valor 0,001) representaram fatores de risco ao uso da maconha.

Variáveis	Sim		Não		P valor	OR (IC 95%)
	N	%	N	%		
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	19	26,4	53	73,6	0,005	0,302 (0,129-0,704)
Não	19	54,3	16	45,7		
<b>Experimentar Álcool</b>						
Sim	37	39,4	57	60,6	0,028	4,868 (1,052-22,536)
Não	2	11,8	15	88,2		
<b>Experimentar Cocaína</b>						
Sim	6	100	0	0	0,001	3,182 (2,399-4,221)
Não	33	31,4	72	68,6		

Tabela 3: Características dos estudantes de terapia ocupacional de uma universidade pública segundo a experimentação da maconha. Vitória, Brasil, 2019.

FONTE: O autor (2019)

## 4 | DISCUSSÃO

De acordo com o I levantamento entre universitários, a maconha teve o

consumo mais intenso em relação às substâncias ilícitas (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010). E ratificando a presença do uso da maconha entre a população jovem, estudos demonstraram a relação entre o consumo da *cannabis sativa* entre os adultos jovens percorrendo idade entre 18 e 25 anos, faixa etária padrão entre os universitários (LUCAS et al., 2006). Logo, validando o dado encontrado neste estudo, pois a média da idade encontra-se na categoria adultos jovens.

Outra variável identificada é a presença acentuada do sexo feminino. Esta situação corrobora com o estudo de Barreto (2014), o qual apontou que cerca de 90% da população dos cursos de saúde como a Terapia Ocupacional são ocupadas pelo sexo feminino, não entrando em méritos de gênero. Conforme averiguado em diversos outros estudos envolvendo universitários dos cursos da saúde (SOUZA, 2007; PORTUGAL; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2008; TEIXEIRA; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2010; PEREIRA, 2013).

Em relação a questões étnicas, a articulação referente a este dado é dificultosa, visto que cada indivíduo apresenta um conceito pessoal de raça/cor/etnia. Portanto, levando em consideração que o item é auto referido, identificou a maioria se declarando mulato/pardo (42,3%).

Quanto ao perfil religioso, a pesquisa evidencia a preponderância daqueles que possuem religião, o que determina um fator positivo para a prevenção/tratamento do uso de substâncias psicoativas, já que, de acordo com o I levantamento entre universitários, independente do credo, a espiritualidade apresenta influência positiva para o não uso de drogas, associando-se a prática da redução do uso de droga, abandono e abstinência (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Outra variável verificada foi a respeito da atividade remunerada, do qual foi encontrado que a maioria (60,9%) não exerce esse tipo de atividade, corroborando com a pesquisa de Alcântara; Oliveira; Oliveira Filho (2017) no qual fora feito com estudantes de escola pública, identificando que 60% não exercia nenhuma atividade remunerada. Todavia no estudo de Vale; Uesugui; Pereira (2014) obteve um resultado contrário aos estudos acima, onde 76,55% dos graduandos exerciam essa modalidade de atividades.

Assim sendo, na presente pesquisa, pode-se verificar que as características sociodemográficas delineadas tiveram representações semelhantes ao que se encontra na literatura, em sua maioria.

Enquanto no que diz respeito ao uso da maconha, o uso na vida (35,5%) teve maior representação conforme no I levantamento entre universitários (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010). Contudo, no presente estudo, 21% dos estudantes relataram o uso nos últimos 3 meses da *cannabis sativa* ao contrário do que foi encontrado no levantamento, onde a incidência dessa categoria foi menor, considerando ainda que a sua proporção de uso no ano na pesquisa se encontrou

maior que o uso de tabaco.

Segundo uma pesquisa realizada por Johnston e colaboradores (2014), o uso da maconha em 2006 era de 30%, assumindo a proporção de 34% em 2014, superando o uso de tabaco. Tal aumento do uso, assim como os dados estarem ultrapassando ao do tabaco, pode estar relacionado as crenças dos universitários sobre o uso da substância quanto a malefícios e benefícios. Fato que gera um alerta, pois poucos são os estudos relacionados ao uso da maconha nessa população jovem e as crenças associadas (RIGONI; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

## 5 | CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu conhecer o perfil de uso da maconha e suas associações, possibilitando enxergar pontos importantes que devem ser contemplados nas discussões em sala de aula sobre assuntos relacionados a uso de substâncias psicoativas no do âmbito acadêmico, podendo servir assim como disparador de discussões das crenças sobre os padrões de uso por tal população.

Nota-se a importância e relevância da temática, visto que os dados da Terapia Ocupacional se aproximam a de outros universitários. Desta forma, torna-se necessário uma continuidade de pesquisas sobre o uso de substâncias psicoativas na esfera acadêmica, tendo em vista tanto as consequências de seu uso, como a pouca oferta de discussões dentro da própria universidade sobre a temática. Ressalta-se a falta de estudos voltados aos acadêmicos de Terapia Ocupacional e também em outros cursos de graduação e pós-graduação, ou seja, de todos que participam desse universo repleto de particularidades, que é o da universidade.

## REFERÊNCIAS

Associação Brasileira Dos Institutos De Pesquisa De Mercado - ABIPEME. **Proposição para um novo critério de classificação socioeconômica** – 1978. São Paulo: Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado, 1978. 15p. Mimeo.

ALCANTARA, R. M.; OLIVEIRA, G. C. S.; OLIVEIRA FILHO, A. B. **Aspectos epidemiológicos do uso de drogas ilícitas por estudantes adolescentes no município de Capanema, Pará.** *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 47-57, 2017.

Andrade, A. G.; Duarte, P. C. A. V.; Oliveira, L. G. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

BARRETO, A. **Mulheres – Ensino superior – Brasil – Periódicos. 2. Relações de gênero – Ensino superior – Brasil – Periódicos I. Grupo Estratégico de Análise da Educação Superior no Brasil.** II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Políticas Públicas. Cadernos do GEA. – n.6 (jul./dez. 2014).

- CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País** – 2001- p. 391, [s.d.].
- CARLINI, C.; CARLINI, B.; FILHO, E. A. S.; BARBOSA M. T. S. **O uso de drogas psicotrópicas por estudantes do primeiro e segundo grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras**, 1987. In: Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989. p. 9-84.
- CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI C. M. A.; OLIVEIRA, L. G.; et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
- CHAVEZ, K. A. P; O'BRIEN, B; PILLON, S. C. **Uso de Drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária**. Rev. Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro
- ECKSCHMIDT, F.; ANDRADE, A. G.; OLIVEIRA, L. G. **Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira**. J Bras. Psiquiatria. 2013; 62(3):199-207.
- GALDURÓZ, José. C.; CAETANO, Raul. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 26, p. 3-6, 2004.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M., BACHMAN, J. G., SCHULENBERG, J. E. & MIECH, R. A. (2015). **Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2014: Volume 2, College students and adults ages 19–55**. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- KERR-CORRÊA, F. et al. **Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp**. Rev Bras Psiquiatria, v. 21, n. 2, p. 95-100, 1999.
- LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; PICANÇO, N. S.; CONCEIÇÃO, D. A.; COSTA, K. R.C.; MAGALHÃES, I. R. S.; SIQUEIRA, J. C. A. **Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil**. *Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.663-671, 2006*.
- MARDEGAN, P. S. et al. **Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem**. J. Bras. Psiquiatria. v. 56, n. 4, p. 260-6, 2007.
- MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL. **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**, Brasília: INAN/IBGE/IPEA, 1989.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo. Relatório Mundial de Saúde**. 2014.
- Pan-America Health Organization. OPAS. **Health in the Americas**. Vol I. Scientific and Technical Publication. N. 587; 2002.
- PEREIRA, D. S. et al. **Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina**. J Bras Psiquiatr, J Bras Psiquiatr, 57(3):188-195, 2008.
- PEREIRA, D.S. **Uso de substâncias psicoativas entre universitários de psicologia de uma universidade pública**. 2013. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-

graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2013.

PILLON, S. C.; O'BRIEN, B; CHAVEZ, K. A. P. **A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros**. Rev. Latinoam Enfermagem. 2005;13 (Suppl 2):1169-76.

PORTUGAL, F. B.; SIQUEIRA, M. M. **Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre universitários de pedagogia da universidade federal do espírito Santo**. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, 19 (3): 348, 2011.

PORTUGAL, F.B.; SOUZA, R.S.; BUAIZ, V.; SIQUEIRA, M.M. **Uso de drogas por estudantes de Farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo**. J Bras Psiquiatr., Rio de Janeiro, v.57, n2, p.:127-132, 2008.

RIGONI, M. S.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. **Consequências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens**. Ciências & Cognição, Rio de Janeiro, v.8, n0, p.118-126, 2006.

SIQUEIRA, M. M. et al. **Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espírito Santo**. Rev Bras Psiquiatr, v. 29, n. 4, p. 315-23,2007.

SIQUEIRA, M. M. et al. **As Políticas Públicas Relacionadas às Substâncias Psicoativas**. Enfermagem Atual, v. 45, p. 25-29, 2008.

SOUZA, R.S. **Uso de álcool e tabaco entre estudantes da saúde de uma universidade pública**. 2007. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2007.

TEIXEIRA, R. F.; SOUZA, R. S.; BUAIZ, V.; SIQUEIRA, M. M. **Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo**. Ciênc. saúde coletiva. vol.15 no.3. Rio de Janeiro, 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VALE, J. S.; UESUGUI, H. M.; PEREIRA, R. A. **Perfil do consumo de álcool, tabaco e maconha entre graduandos em enfermagem da faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Rondônia, v.5, n.2, p.156-172, 2014.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. **Definition of Occupational Therapy**. 2012. Disponível em: Acesso em: 16 novembro 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Status Report on Alcohol and Health**. Vienna/ Austria, 2016.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ENTRE PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR ATENDIDAS EM UM CAPS

**Juceli Andrade Paiva Morero**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

**Tássia Ghissoni Pedroso**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

**Sandra de Souza Pereira**

Universidade do Estado de Minas Gerais  
Passos – Minas Gerais

**Mayara Caroline Ribeiro Antonio**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul  
Coxim – Mato Grosso do Sul

**Vivian Aline Preto**

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium  
Araçatuba – São Paulo

**Bianca Cristina Ciccone Giacon**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul  
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

**Monise Martins da Silva**

Universidade do Estado de Minas Gerais  
Passos – Minas Gerais

**Giselle Clemente Sailer**

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium  
Araçatuba – São Paulo

**Luana Pereira da Silva**

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium  
Araçatuba – São Paulo

**Lucilene Cardoso**

Universidade de São Paulo, Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

**RESUMO:** A maneira como as pessoas com transtornos mentais enfrenta situações estressantes têm sido alvo de investigações. Objetivou-se investigar e ampliar a compreensão da relação entre o perfil sociodemográfico e as estratégias de enfrentamento em pessoas com Transtorno Bipolar (TB) atendidas em um serviço comunitário de saúde mental. Estudo transversal, analítico, exploratório, de abordagem quantitativa, utilizando os instrumentos: entrevista clínica para confirmação diagnóstica, de acordo com os critérios do DSM-IV; questionário sociodemográfico, de condições clínicas e de saúde e Escala de modos de enfrentamento de problemas (EMEP). Utilizou-se a estatística descritiva e analítica. a amostra foi de conveniência não probabilística com 50 pessoas com TB. Prevaleceram mulheres (66%), com idade média de 42 anos. A prática religiosa e o suporte social foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas entre os usuários, indicando que tais estratégias têm sido protetoras. O presente estudo abordou a temática atual e relevante relacionada às pessoas com Transtorno Bipolar e evidenciou

a importância do apoio e suporte social proporcionado pelo CAPS e pela família no contexto de vida destas pessoas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sofrimento mental; Estratégias de enfrentamento; Transtorno de Humor Bipolar; Centro de Atenção Psicossocial.

## SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE AND COPING BETWEEN PEOPLE WITH BIPOLAR DISORDER ATTENDED IN A CAPS

**ABSTRACT:** The way people with mental disorders face stressful situations have been something of investigations. This study aimed to investigate and broaden the understanding of the relationship between the sociodemographic profile and coping strategies in people with Bipolar disorder (TB) attended at a community mental health service. This is a cross-sectional, analytical, exploratory study of quantitative approach, using the instruments: Clinical interview for diagnostic confirmation, according to DSM-IV criteria; Socio-demographic questionnaire, clinical and health conditions and scale of coping modes of problems (EMEP). Descriptive and analytical statistics were used. The sample was of non-probabilistic convenience with 50 people with TB. Women (66%) prevailed, with a mean age of 42 years. Religious practice and social support were the most used coping strategies among users, indicating that these strategies have been protective. The present study addressed the current and relevant theme related to people with Bipolar disorder and evidenced the importance of social support and support provided by the CAPS and the family in the context of these people's lives.

**KEYWORDS:** Mental distress; Coping; Bipolar mood disorder; Psychosocial Care Center.

### 1 | INTRODUÇÃO

A maneira como os indivíduos gerenciam os eventos estressores e circunstâncias da vida tem sido foco de investigação e estudos, principalmente na área da saúde mental, buscando formas de auxiliar as pessoas no manejo de eventos e agravos decorrentes de transtornos mentais (BRIDI, 2015).

Diante de situações geradoras de estresse, os indivíduos apresentam diferentes formas de reação e essas respostas desde a ancestralidade foram desenvolvidas a fim de preparar o indivíduo para “lutar ou fugir” (CANNON, 1927) de ameaças, necessárias para sobreviver.

Para poder dominar estas situações e adaptarem-se a elas, os indivíduos desenvolvem habilidades denominadas de enfrentamento, conhecidas também como *coping*, que refere-se ao conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos, para adaptar-se e enfrentar situações de estresse

(BRIDI, 2015). Assim, sugere-se que toda situação possui um significado específico a cada indivíduo e que as estratégias de enfrentamento dependem da avaliação cognitiva, categorização e análise dos eventos e da qualidade e intensidade de cada reação emocional (GUIDO, 2003).

Quanto à classificação, as estratégias de enfrentamento são divididas em duas categorias básicas, que podem atuar de forma simultânea e complementar. A primeira refere-se às estratégias focalizadas no problema e a segunda focalizada na emoção. Na primeira o indivíduo busca conhecer o agente estressor e tenta de algum modo modificá-lo ou evitá-lo no futuro. Já na segunda, procura diminuir a aflição que o estímulo determina, mesmo que a situação estressante não possa ser modificada. Além destas estratégias de enfrentamento fundamentais, há inúmeras outras das quais destaca-se: a busca pelo suporte social e por práticas religiosas (VITALIANO et al., 1985; LAZARUS; FOLKMAN, 1986; SEIDL; TROCCOLI; ZANNON, 2001).

As estratégias de enfrentamento podem também ter impactos positivos ou negativos. Como exemplo, podemos citar uma pessoa em estado de ansiedade e optar por comer de maneira descompensada ou utilizar técnicas de relaxamento. Ambas as estratégias reduzem o estado de ansiedade, no entanto, a última é considerada como estratégia saudável (LAZARUS; FOLKMAN, 1986). Assim, as estratégias selecionadas pelo indivíduo tanto podem incluir respostas efetivamente positivas sobre o estressor, como respostas negativas para a saúde e o bem-estar do próprio indivíduo (UMANN et al., 2014).

Deste modo, o reconhecimento das estratégias de enfrentamento como preditor de vulnerabilidade, poderá auxiliar nos esforços para lidar com situações geradoras de estresse e conseqüentemente promover o estadiamento de doenças, ao definir indivíduos como população de risco (MARTINS-MONTEVERDE et al., 2019).

Considerando que as estratégias de enfrentamento podem interferir no curso do Transtorno Afetivo Bipolar, é importante investigar a maneira como estes indivíduos utilizam tais estratégias e maneiras de ajudá-los a identificar e desenvolver estratégias mais assertivas.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico-exploratório, de corte transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) no interior de São Paulo.

O procedimento da amostragem foi por conveniência não probabilística. A amostra foi composta por 50 usuários do CAPS com TB, convidados a participar do estudo durante o período de coleta de dados que teve duração de 3 meses. Durante



o período, foi solicitado ao serviço uma relação com o nome completo dos usuários cadastrados diagnosticados com TB. De posse dessa lista, foram realizadas três tentativas de contato telefônico com todos os usuários, dando a eles a mesma chance para participarem do estudo. As entrevistas ocorreram individualmente em sala privativa no próprio serviço, com um tempo de aproximadamente uma hora cada.

Como critério de inclusão, considerou-se os usuários com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados com TB, de acordo com o DSM-IV (confirmado através da aplicação da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional–MINI-Plus), podendo ou não apresentar comorbidades psiquiátricas, associadas ao diagnóstico principal. Quanto aos critérios de exclusão, considerou-se aqueles com presença de transtorno mental causado por uma condição médica geral ou resultante do efeito fisiológico direto de uma substância, pessoa em surto psicótico agudo, déficits cognitivos ou retardo mental, de acordo com a MINI plus.

Para coleta de dados foram utilizados o MINI Plus, um Questionário sociodemográfico e a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

O *MINI Plus* foi elaborado por Sheehan et al. (1998), traduzida e adaptada para o português por Amorim (2000). Constitui-se em uma entrevista diagnóstica estruturada e padronizada, explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e exclusão e a cronologia de 23 categorias de diagnósticos do DSM-IV, e está habilitado a ser aplicado em pesquisas na área de saúde mental, em psiquiatria e na prática clínica. Este instrumento não possui ponto de corte, apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatória, além das qualidades psicométricas.

O *questionário sociodemográfico de condições clínicas* foi elaborado pela pesquisadora, composto por questões fechadas e abertas contendo dados como: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, profissão, renda, religião, hábitos saudáveis, tentativa de suicídio prévia, início da primeira crise, internações prévias, problemas clínicos de saúde, segue ou não tratamento terapêutico e antecedentes familiares.

A *EMEP* foi elaborada por Vitaliano et al. (1985), adaptada para o contexto brasileiro por Gimenes e Queiroz (1997) e validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). Composta por 45 itens, distribuídos em 4 fatores: fator 1- enfrentamento focalizado no problema (18 itens); fator 2- enfrentamento focalizado na emoção (15 itens); fator 3- busca de suporte social (5 itens) e; fator 4- busca de práticas religiosas (7 itens). As alternativas de respostas estão dispostas em escala do tipo Likert de cinco pontos, o escore total é obtido pela média aritmética e, quanto mais alto o escore, maior a frequência de utilização da estratégia de enfrentamento. As subescalas são avaliadas separadamente, não havendo um escore global (SEIDL; TROCCOLI; ZANNON, 2001).

Os dados coletados foram codificados e tabulados em uma planilha do Microsoft Windows Excel, em dupla digitação. Após a validação do mesmo, as análises estatísticas foram realizadas nos programas IBM Statistic Package for Social Science (SPSS) versão 25. Realizou-se estatística descritiva para evidenciar o perfil e as características da amostra, bem como das demais variáveis estudadas, por meio de distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, média, mínimo e máximo e desvio padrão.

O estudo seguiu as determinações da Resolução nº 466, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo CAAE: 70136117.6.0000.5393).

### 3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 50 pessoas com TB, sendo 66% mulheres, com idade média de 42,7 anos ( $dp \pm 12,3$ ), variando entre 19 e 62 anos. Com relação a cor da pele autorreferida 72% referiu cor branca, 56% dos participantes possuíam ensino médio, 44% eram casados ou com companheiro fixo, 90% moravam com a família e 88% tinham religião. A maioria referiu não praticar atividade física (84%) e além do TB 56% possuía comorbidades.

Em relação as atividades laborais, 60% estavam afastados ou desempregados e 74% viviam com renda mensal de 0 a 1 salário mínimo, sendo que para 60% dos usuários a renda familiar era de até de 1 salário mínimo.

Os resultados evidenciaram no histórico familiar dos usuários a ocorrência de transtornos psiquiátricos (74%), o uso de drogas (54%), bem como tentativas de suicídio (28%) e suicídio de algum membro da família (10%).

Entre os usuários observou-se que 48% tiveram tentativas de suicídio e 58% passaram por internações psiquiátricas prévias. Além disso, 56% dos usuários referiram alguma doença clínica.

Importante ressaltar que quanto ao surgimento da primeira crise psiquiátrica, 50% das pessoas vivenciaram episódio de mania e 50% episódio de depressão. A idade média da primeira crise foi de 27,8 anos ( $dp \pm 10,8$ ), com média de 6 crises ao longo da vida. Somente após 7 anos de tratamento em média é que foi confirmado o diagnóstico clínico, sendo a idade média da pessoa para o primeiro diagnóstico de TB igual a 34,6 anos ( $dp \pm 11,9$ ).

Este estudo evidenciou que o tipo de estratégia mais utilizada pelas pessoas com TB foi a busca por práticas religiosas, correspondendo a 34% da amostra. Em contrapartida, as estratégias focalizadas no problema apresentaram a menor

frequência, sendo identificadas em apenas 16% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de frequência e porcentagem das pessoas com TB segundo o tipo de estratégias de enfrentamento utilizadas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018.

Fatores	n	%
Estratégias focalizadas no problema	8	16,0
Estratégias focalizadas na emoção	10	20,0
Estratégias de busca por práticas religiosas	17	34,0
Estratégias de busca por suporte social	15	30,0
Total	50	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Considerando a frequência e porcentagem de respostas aos itens da escala EMEP, pode-se perceber que entre as estratégias sempre utilizadas entre os usuários, 52% referiram que **“Eu rezo/oro”** (item 8) e 40% referiram **“Eu me apego a minha fé para superar esta situação”** (item 44). Estratégias estas classificadas como focadas nas práticas religiosas.

Quanto à análise dos tipos de estratégias menos utilizadas destaca-se que entre os usuários, 56% referiram nunca **“Penso em coisas fantásticas ou irreais”** (item 38) e 50% referiram nunca **“Desconto em outras pessoas”** (item 13).

#### 4 | DISCUSSÃO

A utilização de estratégias focadas no problema, possivelmente ocorrem com maior frequência entre indivíduos mais saudáveis e que não possuem comprometimento do seu funcionamento cognitivo. Diante de uma situação de adoecimento que eleve os níveis de estresse e ansiedade, a pessoa deixa de utilizar estratégias focadas no problema e passa a buscar por estratégias mais voltadas para a religião e suporte social. Muito provavelmente porque as estratégias focadas no problema dependem, em maior parte, de um empenho pessoal, enquanto as outras buscam apoio de outras pessoas.

Estudos nacionais e internacionais realizados com pessoas com câncer de mama, em hemodiálise, internados em um hospital geral e pessoas com transtornos mentais, também evidenciaram as estratégias de suporte social e práticas religiosas como as mais prevalentes (NUNES et al., 2013; LIRA; AVELAR; BUENO, 2015; PEDROSO, 2016; CHAIBUB; KOHLSDORF, 2017; FERREIRA et al., 2017). Além disso, a estratégia de enfrentamento focada no suporte social está associada a uma melhor resposta ao tratamento, revelando a importância de fontes de apoio e cuidado (FERREIRA et al., 2017).

Os resultados do presente estudo permitem inferir que a escolha tanto da

utilização de estratégias focadas na religião, quanto no suporte social entre as pessoas com TB, podem ser reflexos do fator protetor proporcionado por elas. Pois diante das adversidades da vida e do próprio adoecimento, tais estratégias são capazes de promover conforto, encorajamento e aliviar preocupações. Esses dados são importantes, pois experiências assertivas no manejo do TB, podem promover o enfrentamento adaptativo do adoecimento em diferentes contextos de assistência. Destaca-se também que o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas com TB neste estudo é semelhante ao evidenciado em outros estudos com a mesma população (FERREIRA et al., 2017; CARR, 2014; CARMO et al., 2016). A maior predominância do sexo feminino (66%) pode estar relacionada ao fato das mulheres procurarem os serviços de saúde com maior frequência que os homens e também por serem o grupo com maior incidência deste tipo de transtorno.

Quanto à situação laboral, 60% dos usuários estavam afastados ou desempregados. O nível de gravidade do TB e as consequências negativas desta doença podem influenciar o desemprego e ainda estar relacionados ao baixo grau de escolaridade e baixo *status* socioeconômico (SEIXAS et al., 2012; KAPCZINSKI; QUEVEDO, 2016). Nesse sentido, através dos resultados evidenciou-se que 74% dos usuários atendidos no CAPS tinham renda de até um salário mínimo.

Agravidade do TB nestas pessoas pode ser reforçada também pela ocorrência de comorbidades, o que ficou evidenciado em 56,0%, entre as principais comorbidades destacam-se os transtornos ansiosos, abuso de substâncias e obesidade. Estudos nacionais e internacionais realizados com pessoas com TB também destacaram a ocorrência de comorbidades entre 75% e 58% (MENEZES; JURUENA, 2017; HOSANG et al., 2017).

Além disso, cabe destacar também que estas pessoas tinham familiares com transtornos psiquiátricos (74%), uso de drogas (54%), tentativas de suicídio (28%) e suicídio (10%). Esses achados são preocupantes, pois o ambiente familiar pode contribuir fortemente para a evolução do quadro clínico. Sabe-se que um ambiente familiar desfavorável pode levar a um maior número de recaídas e novas tentativas de suicídio e maior gravidade da doença (COSTA et al., 2014; ZANARDO et al., 2017). Embora no presente estudo, o suporte familiar tenha sido considerado junto às estratégias de apoio social como um fator protetor para uma melhor manutenção do tratamento e eutimia entre os pessoas com TB. Assim, as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com TB evidenciam o perfil de usuários com transtornos de humor graves, embora a amostra tenha demonstrado sintomas estáveis.

Neste sentido, cabe ressaltar também o papel do CAPS como rede de apoio aos portadores de transtornos mentais. O CAPS ao oferecer tratamento multiprofissional contínuo, representa importante recurso social de apoio e tratamento qualificado.

Sabe-se que a ausência de tratamento adequado leva ao fenômeno chamado “porta giratória”, caracterizado por repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas, que ocorrem em pouco tempo após a hospitalização. Outros fatores como ser solteiro ou viver sozinho e possuir pouco contato com a família, também contribuem para as reinternações (ZANARDO et al., 2017; PFIFFNER et al., 2014).

Deste modo, é possível inferir que um tratamento adequado pode reduzir a gravidade e as consequências da oscilação do humor, minimizar as tentativas de suicídio e criar estratégias para melhorar o funcionamento psicossocial entre as crises, evitando as recaídas em pessoas com TB.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou a temática atual e relevante relacionada a pessoas com Transtorno Bipolar atendidos em um CAPS. Além disso, evidenciou a importância do apoio e suporte social proporcionado pelo CAPS e pela família no contexto de vida destas pessoas.

A busca por prática religiosa e o suporte social, foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas, indicando que tais estratégias têm sido protetoras.

## REFERÊNCIAS

AMORIM P. **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**: validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.22, n.3, p.15-106, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselho Nacional de Ética em Pesquisa**. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRIDI, K.P.B. **Estratégias de coping em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar e seus familiares**, 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CANNON, W.B. **Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement**. New York: D. Appleton and Company, 1927.

CARMO, D.C.; CRUZ, L.S.; SACRAMENTO, D.M.S.; ALMEIDA, M.S.P.; SILVEIRA, H.F.; RIBEIRO JUNIOR, H.L. **Perfil de pacientes com Transtornos mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias-Bahia**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.20, n.2, p.39-98, 2016.

CARR, C.P. **Caracterização e consequências do estresse precoce em pacientes Psiquiátricos Adultos**, 2014. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CHAIBUB, G.F.W.; KOHLSDORF, M. **Estratégias de enfrentamento e ideação suicida em cuidadores de crianças com doença crônica**. *Revista Perspectivas Psicológicas*, v.21, n.2, p.183-205, Jul/Dez, 2017.

COSTA, G.M.; PESSÔA, C.K.L.; SOARES, C.A.; ROCHA, S.A.M. **A importância da família nas**

**práticas de cuidado no campo da Saúde Mental.** Cadernos ESP, v.8, n.1, p.41-57, Jan/Jun, 2014.

FERREIRA, T.D.G.; VEDANA, K.G.G.; MAGRINI, D.F.; ZANETTI, A.C.G. **O enfrentamento do transtorno depressivo maior na perspectiva de pacientes.** Saúde & Transformação Social, v.8, n.2, p.70-6, maio/Ago, 2017.

GIMENES, M.G.G.; QUEIROZ, B. **As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia.** In GIMENES, M.G.G.; FÁVERO, M.H.(Orgs). A mulher e o câncer, Campinas: Editorial Psy,1997, p. 171-195.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica,** 2003. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HOSANG, G.M.; FISHER, H.L.; UHER, R.; COHEN-WOODS, S.; MAUGHAN B, MCGUFFIN, P. et al. **Childhood maltreatment and the medical morbidity in bipolar disorder: a case-control study.** International Journal of Bipolar Disorders, v.5, n.1, p.30, Set, 2017.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. **Transtorno bipolar: teoria e clínica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

LAZARUS RS, FOLKMAN S. **Estrés y procesos cognitivos.** Barcelona: Martinez Roca, 1986.

LIRA, C.L.O.B.; AVELAR, T.C.; BUENO, J.M.M.H. **Coping e Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.** Estudos Interdisciplinares em Psicologia, v.6, n.1, p.82-99, Jun, 2015.

MARTINS-MONTEVERDE, C. M. S., et al. **Relationship Between Depression and Subtypes of Early Life Stress in Adult Psychiatric Patients.** Frontiers in Psychiatry, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2019

MENEZES, I.C.; JURUENA, M.F. **Diagnóstico de depressões unipolares e bipolares e seus especificadores.** Medicina, v.50, supl 1, p. 64 – 71, Jan/Fev, 2017.

NUNES, S.; RIOS, M.; MAGALHÃES, A.; COSTA, S. **Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral.** Psicologia: Saúde e Doenças, v.14, n.3, p.382-88, Nov, 2013.

PEDROSO, T.G, 2016. **Influência do estresse e do sofrimento mental na sobrecarga do cuidado em saúde mental,** 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

PIFFNER, C.; STEINERT, T.; KILIAN, R.; BECKER, T.; FRASCH, K.; ESCHWEILER, G. et al. **Rehospitalization risk of former voluntary and involuntary patients with schizophrenia.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v.49, n.11, p.1719-27, Nov, 2014.

SEIDL, E.M.F.; TROCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L. **Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.25, n.3, p.225-34, 2001.

SEIXAS, C.; MIRANDA-SCIPPA, A.; NERY-FERNANDES, F.; ANDRADE-NASCIMENTO, M.; QUARANTINI, L.C.; KAPCZINSKI, F. et al. **Prevalence and clinical impact of eating disorders in bipolar patients.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v.34, n.1, p.66-70, Mar, 2012.

SHEEHAN, D. et al. **The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10.** The Journal of Clinical Psychiatry, v.59, Suppl 20, p.22-33, 1998.

UMANN J, SILVA RM, BENAVENTE SBT, GUIDO LA. **O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia.** Revista Gaúcha de

Enfermagem, v.35, n.3, p.103-10, Jul, 2014.

VITALIANO, P.P.; RUSSO, J.; CARR, J.E.; MAIURO, R.D.; BECKER, J. **The Ways of Coping Checklist**: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavior Research Methods*, v.20, n.1, p.3-26, 1985.

ZANARDO, G.L.P.; SILVEIRA, L.H.C.; ROCHA, C.M.F.; ROCHA, K.B. **Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre**: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.20, n.3, p.460-74, Jul/Set, 2017.

## PREVALÊNCIA DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### **Sandra de Souza Pereira**

Universidade do Estado de Minas Gerais  
Passos – Minas Gerais

### **Gessiane Santos Ricarte**

Universidade do Estado de Minas Gerais  
Passos – Minas Gerais

### **Juceli Andrade Paiva Morero**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

### **Tássia Ghissoni Pedroso**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

### **Monise Martins da Silva**

Universidade do Estado de Minas Gerais  
Passos – Minas Gerais

### **Mayara Caroline Ribeiro Antonio**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul  
Coxim – Mato Grosso do Sul

### **Jéssica Moreira Fernandes**

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium  
Araçatuba – São Paulo

### **Vivian Aline Preto**

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium  
Araçatuba – São Paulo

### **Bianca Cristina Ciccone Giacon**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul  
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

**RESUMO:** Durante o processo de trabalho o indivíduo necessita estar em equilíbrio com sua saúde física e mental, porém, quando um desses elementos está em desequilíbrio, acaba aumentando os riscos de se desenvolver doenças ocupacionais, como a Síndrome de *Burnout*. A equipe de enfermagem se encontra em contato constante com situações estressantes presentes no seu ambiente de trabalho, o que os tornam susceptíveis a desenvolver a síndrome, principalmente aqueles profissionais atuantes no serviço de urgência e emergência. Objetivou-se identificar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de enfermagem atuantes no serviço de urgência e emergência. Estudo de caráter quantitativo, descritivo, onde a população foi de 44 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). Foram utilizados o questionário sócio-demográfico e o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI). Realizada a análise descritiva das variáveis. A análise evidenciou uma prevalência de 9% dos profissionais com a Síndrome de *Burnout* já instalada. Ficou evidenciado também que, ao analisar as dimensões da síndrome separadamente, 43% dos participantes possuem alto nível de exaustão emocional, 14% possuem alto nível de despersonalização e 52% possuem um baixo



nível de realização pessoal. Além da prevalência da síndrome de Burnout, pode-se evidenciar que há uma significativa prevalência de profissionais que apresentam alto nível de exaustão emocional, de despersonalização e baixo nível de realização pessoal, indicando que, apesar das dimensões não estarem associadas, pode ser um indicativo de que há uma situação de sofrimento, principalmente emocional, que pode estar em fase de desencadeamento da síndrome.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de *Burnout*; Enfermagem; Urgência e emergência.

## PREVALENCE OF BURNOUT IN PROFESSIONALS OF AN URGENCY AND EMERGENCY SERVICE

**ABSTRACT:** During the work process the individual needs to be in balance with their physical and mental health, but when one of these elements is in imbalance, it increases the risk of developing occupational diseases, such as Burnout Syndrome. The nursing team is in constant contact with stressful situations present in their work environment, which makes them susceptible to develop the syndrome, especially those professionals working in the emergency service. The objective was to identify the prevalence of Burnout Syndrome among nursing professionals working in the emergency department. It is a quantitative, descriptive study, where the population was 44 professionals of the nursing team (nurses and nursing technicians). The sociodemographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were used. Performed a descriptive analysis of the variables was performed. The analysis showed a prevalence of 9% of professionals with Burnout Syndrome already installed. It was also evidenced that, when analyzing the dimensions of the syndrome separately, 43% of the participants had a high level of emotional exhaustion, 14% had a high level of depersonalization and 52% had a low level of personal accomplishment. In addition to the prevalence of Burnout syndrome, it can be evidenced that there is a significant prevalence of professionals who present a high level of emotional exhaustion, depersonalization and low level of personal accomplishment, indicating that although the dimensions are not associated, it can be indicative that there is a situation of suffering, mainly emotional, that may be in the triggering phase of the syndrome.

**KEYWORDS:** Burnout Syndrome; Nursing; Emergency service.

### 1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o trabalho vem sofrendo transformações e modificações, acompanhadas pelo processo de inovação tecnológica e globalização, acarretando mudanças na estruturação e organização do trabalho, podendo tornar-se um ambiente insatisfatório para seus profissionais e elevar os níveis de desgaste psicológico e físico (NEVES; OLIVEIRA; ALVES, 2014).

Diante deste contexto, o trabalho pode se tornar fonte tanto de satisfação quanto de frustração na vida do trabalhador. A influência positiva do trabalho ocorre quando o ambiente laboral oferece condições saudáveis para o seu funcionamento, quando há valorização e qualificação profissional, fazendo com que o trabalhador se sinta satisfeito com a sua função, auto realizado, motivado a desempenhar seu papel da melhor maneira possível e, em consequência, aumentando seu desempenho e sua produtividade (COHEN et al,2013).

Por outro lado, o trabalho pode também influenciar negativamente a vida do trabalhador, podendo ser considerado um esforço, uma forma de subsistência, obrigação ou até mesmo um mal necessário, tornando-se penoso e doloroso. Pode-se perceber pelo adoecimento mental e espiritual provocados pelo trabalho, há apontamentos que evidenciam que a qualidade de vida desses trabalhadores se encontra frágil, o número de acidentes de trabalho, doenças laborais, aumento da dependência química e alcoólica decorrente as más condições do ambiente laboral, que não proporcionam subsídios necessários para que haja adaptação a esse padrão imposto pelo mercado trabalhista (COHEN et al, 2013).

De acordo com Martins e colaboradores (2017), quando a saúde do trabalhador é afetada pelo seu serviço, ele passa a responder de maneira negativa, podendo surgir doenças devido à dificuldade de se adaptar às situações estressantes que o acomete. Entre as várias possibilidades de adoecimento físico e psíquico provenientes dos estressores laborais, encontra-se a Síndrome de *Burnout*.

O tema *Bunout* foi abordado em 1974 pelo psicanalista Fredeunberg que, ao ouvir queixas de profissionais que trabalhavam em uma clínica para dependentes químicos na cidade de Nova York, relatos de desânimo e alterações de humor em relação ao trabalho que desenvolviam com seus pacientes, voltou-se sua atenção para esses profissionais, e tentou explicar o processo de desgaste que estava ocorrendo, dando início aos estudos voltados para essa temática (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2016).

No ano de 1981, as autoras Maslach e Jackson definiram as características desta síndrome através de seus estudos e concluíram que o problema no adoecimento não é do trabalhador, mas sim do ambiente de trabalho que lhe é fornecido, e que as estruturas do local junto com o seu modo de operação influenciam na maneira em que o indivíduo irá se relacionar com as pessoas a sua volta e como irá exercer as suas tarefas e que se a instituição não agir de forma humanizada com o seu colaborador, buscando identificar as suas necessidades e capacidades, haverá conflitos entre o contratante e o prestador de serviço, podendo aumentar os riscos para que se desenvolva a síndrome (NEVES; OLIVEIRA; ALVES, 2014).

A síndrome de *Bunout* se caracteriza como uma resposta física e psicológica a situações estressantes de conflitos e insatisfação no ambiente de trabalho, sendo

ligada ao estresse laboral, que é ocasionado por múltiplos fatores presentes no ambiente de trabalho, somado às características individuais e realidade de cada indivíduo (MOURÃO et al, 2017).

Além disso, Silva e colaboradores (2015) destacam que as relações interpessoais exercem a principal influência no desencadeamento de *Burnout* e se evidencia em três níveis, o primeiro nível é a relação assistencial entre profissional-usuário, no exemplo da enfermagem que quando realiza algum serviço espera o reconhecimento por parte do beneficiado, mas esse não atribuiu tal valor esperado a essas atitudes causando a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização profissional.

Já no segundo nível a relação é entre profissional-profissional do mesmo ambiente de trabalho, nesse caso o profissional espera o apoio por parte dos demais colegas de serviço oferecendo ajuda para executar as tarefas sem receber o retorno esperado e, com o passar do tempo, as relações interpessoais ficam comprometidas, fazendo com que haja o afastamento desse indivíduo com os seus colegas, passando a agir de maneira cínica e fria (despersonalização) (SILVA, et al, 2015).

Por fim o terceiro nível é entre profissional-organização, onde há desequilíbrio entre o que o profissional espera de retorno da organização, como o reconhecimento e melhoria de condições trabalhistas, e o retorno da instituição empregadora, que não possui uma boa comunicação com o seu empregado, não oferece apoio e possui problemas de liderança, fazendo com que esse profissional fique desmotivado com o seu trabalho e não se empenhe em realizar suas tarefas (SILVA, et al, 2015).

Neste sentido, autores referem que o maior risco para o desencadeamento do *Burnout* está entre aqueles profissionais que desenvolvem uma relação interpessoal com o outro, ou seja, aqueles que trabalham em contato direto com a população, como o caso de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e professores (CARLOTTO; CÂMARA, 2008; CANDIDO; SOUZA, 2017).

Os trabalhadores de enfermagem brasileiros constituem o maior número de profissionais que atuam na área da saúde, porém não recebem a devida atenção por parte do poder público e das instituições públicas e privadas que necessitam de seu serviço (ASCARI; SCHMITZ; SILVA, 2013).

De acordo com a literatura, os profissionais da saúde são os mais afetados pela síndrome, principalmente a enfermagem, por possui uma grande sobrecarga de trabalho, más condições de trabalho, baixa remuneração salarial e falta de apoio tanto por parte da equipe quanto por parte administrativa, o que acaba gerando conflitos.

Pesquisadores têm dado atenção a essa classe de profissionais realizando pesquisas sobre as condições de trabalho e sua influência direta na saúde dos

mesmos, constatando que o alto nível de estresse pode gerar uma série de problemas como o absenteísmo, a insatisfação com o trabalho e até mesmo o afastamento da profissão, e que aqueles profissionais que se enquadram com o quadro clínico de Síndrome de *Burnout*, por estarem com a saúde física e mental prejudicada, podem desenvolver outros transtornos mentais comuns (YAO et al, 2013; NASCIMENTO; SANTOS; NERY, 2017).

Medeiros e Nóbrega (2013) relatam que a classe de enfermagem está no quarto lugar do ranking das profissões que são mais estressantes e que isso ocorre pela desvalorização que a profissão possui afetando o trabalhador e contribuindo para a sua despersonalização.

Os profissionais da enfermagem que trabalham no setor de urgência e emergência precisam lidar diariamente com o estresse, pois esse ambiente pede o autocontrole para lidar não só com os cuidados ao paciente, mas também com seus familiares que necessitam de acolhimento durante um momento tão delicado, e isso acaba acometendo um esgotamento físico e mental do enfermeiro (FREITAS et al, 2015).

Diante do atual contexto da síndrome de *Burnout*, ressalta-se a importância de se investigar o possível adoecimento do trabalhador, enfatizando a devida atenção aos profissionais de enfermagem. Neste sentido, objetivou-se identificar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de enfermagem atuantes no serviço de urgência e emergência

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e abordagem quantitativa, que foi realizada no serviço pré-hospitalar de urgência e emergência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em um município do interior do estado de Minas Gerais, Brasil.

Os participantes convidados a participarem da pesquisa foram os integrantes da equipe de enfermagem atuantes no serviço, totalizando 44 profissionais (10 enfermeiros e 34 técnicos de enfermagem).

A coleta de dados foi realizada de julho e agosto de 2018, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer número 2.827.978), de forma individual com cada participante, no próprio ambiente laboral, em local privativo, com a duração de aproximadamente 20 minutos. Foram utilizados um questionário sociodemográficos e o *Maslach Burnout Inventory– Human Services Survey* (MBI-HSS).

Foi assegurado aos participantes que as informações obtidas impossibilitassem a identificação deles. Todos os participantes foram esclarecidos quanto à pesquisa, os seus direitos e os cuidados a eles garantidos. Após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias assinadas

também pelo pesquisador, sendo uma via do pesquisador e a outra via do participante, ressaltando também que a desistência na participação da pesquisa poderia ser informada a qualquer momento ao pesquisador e não traria prejuízos de qualquer espécie para o mesmo.

Os dados foram organizados em planilha Microsoft Windows Excel®, pela própria pesquisadora, em dupla digitação e posteriormente validado. Após realizou-se uma análise descritiva de todas as variáveis quantitativas (frequência, números absolutos, percentuais, máximo e mínimo, medida de tendência central e de dispersão).

### 3 | RESULTADOS

Neste estudo, a maioria são mulheres (73%), a idade média dos participantes foi de 44 anos ( $dp \pm 9,4$ ), variando entre 27 e 64 anos de idade, casados ou com companheiros (52%) e com filhos (73%). Quanto à formação profissional, a maioria possui o curso de técnico de enfermagem (68%), 30% graduação em enfermagem e 2% curso de auxiliar de enfermagem. Já em relação a atuação profissional, neste estudo, a maioria, ou seja, 32 funcionários atuam como técnico de enfermagem, o que corresponde a 73% do total da equipe. Quanto ao nível de escolaridade, considerando que a maioria dos participantes são técnicos de enfermagem, evidenciou-se que 64% possuem o ensino médio completo.

A jornada de trabalho indicou que 100% dos funcionários que compõe a equipe é plantonista, devido à unidade adotar a escala de 12x60 horas semanais, sendo dois plantões no dia, o da manhã que se inicia às 7h e o da noite que se inicia às 19h. Destaca-se que, entre os participantes, 7% trabalham em mais de um turno, como hora extra, conforme necessidade e disposição a critério do próprio funcionário. A média de salário mínimos dos participantes foi de 2,3 salários ( $dp \pm 0,5$ ), tendo uma variação de 0,30%. Mais da metade, 61%, recebem dois salários mínimos.

Após proceder à análise estatística dos dados obtidos com a escala MBI, identificou-se uma prevalência de 9% dos participantes com alto nível de *Burnout* (Gráfico 1). Ou seja, 4 participantes apresentam alto nível de exaustão emocional, alto nível de despersonalização e baixo nível de realização pessoal. Entre esses profissionais, 50% são enfermeiros e os outros 50% são técnicos de enfermagem. No que se refere ao sexo, 50% desta prevalência corresponde ao sexo masculino e os outros 50% ao sexo feminino, 50% possuem pós-graduação e os outros 50% possuem o ensino médio completo, 75% recebem dois salários mínimos e 25% recebe três salários mínimos ou mais.

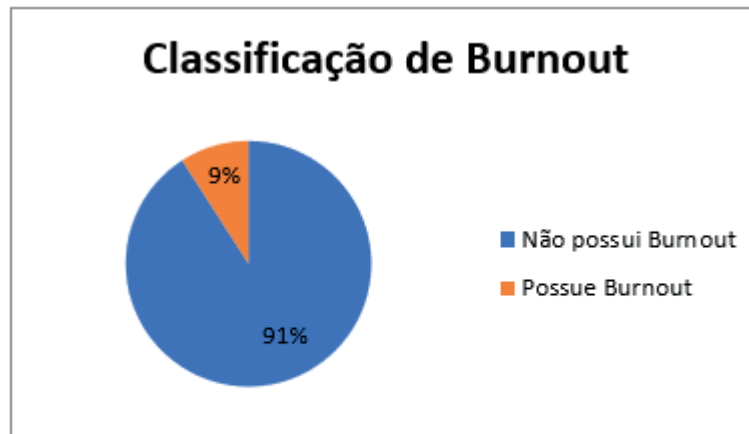


Gráfico 1 – Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento. Passos, MG.

Cabe destacar que, apesar da prevalência da Síndrome de Burnout ter sido de 9% entre os profissionais de enfermagem atuantes numa unidade de pronto atendimento, porém, ao observar as dimensões da síndrome separadamente, constatou-se alto nível de exaustão emocional em 43% dos participantes, alto nível de despersonalização em 14% e baixo nível de realização pessoal em 52%.

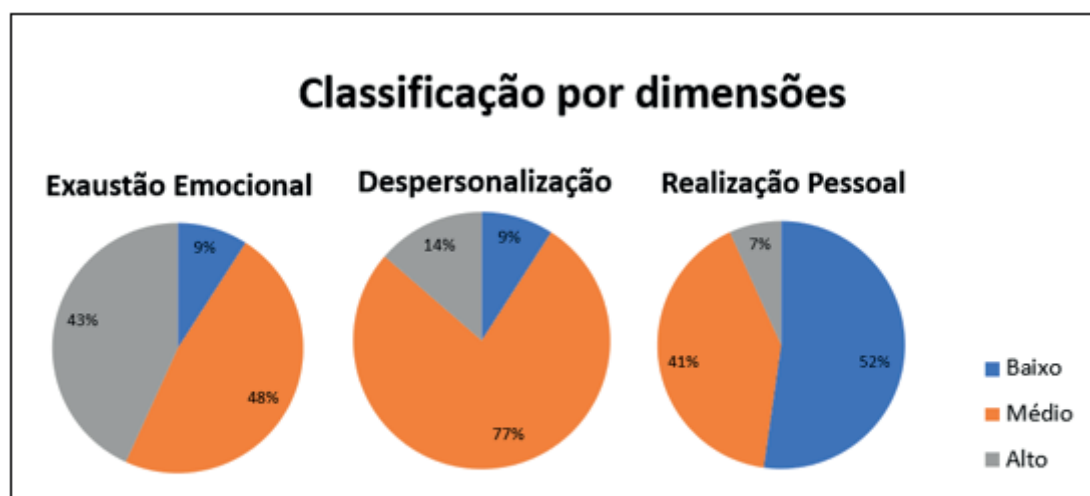


Gráfico 2 – Prevalência das dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal em profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento. Passos, MG.

## 4 | DISCUSSÕES

Na literatura encontram-se prevalências da Síndrome de *Burnout* que variam de 10 a 14,3%, considerando amostras semelhantes, da equipe de enfermagem (VASCONCELLOS; MARTINO e FRANÇA, 2018; COHEN et al, 2013; PENDLOSKY e ZAFRA, 2016).

Conforme foi evidenciado, parcela significativa de profissionais estão com algum nível de Exaustão Emocional, que é considerado o traço inicial da síndrome. Na literatura, as prevalências de Exaustão Emocional em profissionais de enfermagem variam de 24,32 a 80% (COHEN et.al. 2013; CAMPOS et.al. 2015; FERNADES; NITSCHKE e GODOY, 2017; DANTAS et al., 2018; VASCONCELLOS; MARTINO e FRANÇA, 2018).

Para Souza e Maria (2016), a exaustão emocional é a variável principal para se identificar a síndrome, pois ela provoca no profissional sentimento de esgotamento, falta de energia e estabilidade emocional que são fundamentais para realizar as atividades que são de sua competência.

Tal achado demonstra que esses profissionais já se encontram em um nível de estabilidade emocional crítica, e com uma grande carga emocional, que está associada à falta de energia aparecendo de maneira gradativa e não ganhando reposição nessa perda (SOUZA et.al., 2016). O que faz com que o trabalhador não consiga encontrar recursos emocionais para lidar com os estressores presentes no ambiente laboral.

A segunda dimensão do *Burnout* se refere à despersonalização. Ao se analisar a variável Despersonalização ficou evidente que uma parcela dos participantes já se encontra numa fase em que as relações interpessoais estão sendo comprometidas. Observa-se na literatura, que as prevalências de Despersonalização em profissionais de enfermagem variam de 24,32 a 93,7 % (COHEN et.al., 2013; CAMPOS et. al., 2015; FERNADES; NITSCHKE e GODOY, 2017; DANTAS et. al., 2018; VASCONCELLOS; MARTINO e FRANÇA,2018).

Esse fato se relaciona às relações interpessoais, no caso, que esses participantes possuem em sua jornada de trabalho. Durante o período da coleta pode-se observar situações em que os participantes perdiam seu controle emocional de maneira inesperada, onde a pessoa tratava seus pacientes ou colegas de forma agressiva, ou até mesmo os próprios se queixavam de não receber reconhecimento pelo seu trabalho, tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos colegas.

Já em relação a dimensão Realização Pessoal, 52% indicaram um baixo nível nesta dimensão, ou seja, um pouco mais da metade da equipe referem não enxergar em seu trabalho, uma forma de realização pessoal.

De acordo com a literatura, que as prevalências de baixa Realização Pessoal em profissionais de enfermagem variam de 16,21 a 93,7% (COHEN et. al., 2013; CAMPOS et. al., 2015; FERNADES; NITSCHKE e GODOY, 2017; DANTAS et. al., 2018; VASCONCELLOS; MARTINO e FRANÇA, 2018).

Apresentar baixa realização pessoal remete a ideia de que o profissional possui uma imagem negativa sobre o seu trabalho e como ele o desempenha, o que acaba afetando em seu desempenho ao executar as tarefas, passando a não colaborar

de forma espontânea nas atividades e quando colabora, não realiza as atividades como se espera (CRUZ; ABELLÁN, 2015).

Cohen, Marques e Katsurayama (2013), mencionam que o profissional quando possui a baixa realização profissional passa a ter sentimentos como a ineficiência, o que faz com que o mesmo passe a não acreditar em sua capacidade para executar suas tarefas, perdendo sua confiança e conseqüentemente fazendo com que seus próprios colegas de trabalho não acreditem em sua capacidade.

Tavares e seus colaboradores (2014) destacam que aqueles profissionais que não associaram as três dimensões para se caracterizar a síndrome, mas possuem isoladamente altos níveis de exaustão emocional e/ou despersonalização e/ou uma baixo nível de realização pessoal, estão propensos a desencadear *Burnout*, porém esses níveis podem sofrer alterações de acordo com cada situação. Esses profissionais podem mudar de setor ou até mesmo encontrar um parceiro para dividir seus problemas aliviando assim sua carga emocional interferindo nesses valores e servindo como uma forma de proteger esse indivíduo e evitar o desenvolvimento da síndrome.

Durante a deste estudo foi possível observar vários problemas organizacionais como a falta de matéria prima de trabalho, a desorganização de responsabilidades entre os funcionários, a deficiência no controle de atendimento e a alta demanda de usuários que frequentam a unidade, devido à falta de atendimento adequado por parte dos outros setores de saúde que estão ligados a instituição, porém não exercem sua função de forma eficaz e correta. Muitos pacientes que chegam à unidade poderiam ter seus problemas solucionados de forma simples em outras unidades como as unidades básicas de saúde que são a porta de entrada destes usuários no sistema de saúde público.

Uma limitação sentida foi em relação à abordagem quantitativa. Acredita-se que uma abordagem qualitativa poderia contribuir para maior compreensão de falas que foram captadas pela pesquisadora, mas não contemplada pelos instrumentos utilizados. Como contribuição, espera-se com este estudo, que a própria divulgação dos resultados no serviço, levante o interesse por parte dos administradores e dos próprios funcionários, para se atentarem sobre os estressores que estão presentes no trabalho e buscar meios de enfrentamento.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram uma prevalência dentro do encontrado pela literatura. Importante ressaltar que além da prevalência da Síndrome de *Burnout*, evidenciou-se significativa prevalência de profissionais que apresentam alto nível



de exaustão emocional, alto nível de despersonalização e baixo nível de realização pessoal que, apesar de não estarem associadas, remetem à ideia de sofrimento principalmente emocional, o que pode estar em fase de desencadeamento da síndrome. A instituição necessita adotar medidas junto à equipe de enfermagem que visem aliviar a alta carga de trabalho, e precisa buscar mecanismos para aliviar o estresse desses profissionais, que já se encontram com um alto nível de exaustão emocional.

## REFERÊNCIAS

ASCARI, R. A.; SCHMITZ, S. S.; SILVA, O. M. **Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem**: revisão de literatura. Revista Uningá, v.15, n.2, p.26-31, jul-set, 2013. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1449/1065>>. Acesso em: 24 de abr. 2018.

CAMPOS, I. C. M.; ANGÉLICO, A. P.; OLIVEIRA, M. C.; OLIVEIRA, D. C. R. **Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de *Burnout* em Profissionais de Enfermagem**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.28, n.4, p.764-771, Out/Dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722015000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000400015)>. Acesso em: 27 de abr. 2018.

COHEN, J.; SILVA, J. O.; MARQUES, L. A. Q.; KATSURAYAMA, M. **Síndrome de *Burnout* em profissionais na cidade de Manaus**. Saúde & Transformação Social, v.4, n.1, p.31-38, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2653/265325753007/>>. Acesso em: 05 de mai. 2018.

CRUZ, S. P.; ABELLÁN, M. V. **Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.23, n.3, p.543-552, Jul.2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000300543&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000300543&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 19 de set. 2018.

DANTAS, T. R. S.; CARREIRO, B. O.; PASCOAL, F. F. S.; MORAES, M. N.; CORDEIRO, R. C.; FILHA, M. O. F. **Prevalência da Síndrome de *Burnout* entre Enfermeiros da Rede Hospitalar de Urgência e Emergência**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v.6, n.5, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750772017/>>. Acesso em: 20 de abr. 2018.

FERNANDES, L. S.; NITSCHKE, M. J. T.; GODOY, I. **Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. Rev. pesqui. cuid. fundam. (online), v. 9, n. 2, p.551-557, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836380>. Acesso em: 20 de abr. 2018.

FREITAS, R. J. M.; LIMA, E. C. A.; VIEIRA, E. S.; FEITOSA, R. M. M.; OLIVEIRA, G. Y. M.; ANDRADE, L. V. **Estresse do enfermeiro no setor de urgência e emergência**. Revista de Enfermagem UFPE Online, v.9, n.10. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10861/12088>>. Acesso em: 27 de abr. 2018.

MEDEIROS, A. J. S.; NÓBREGA, M. M. **O estresse entre os profissionais de enfermagem nas unidades de atendimento de urgência e emergência**: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Educação e Saúde - REBES, v.3, n.3, 2013. Disponível em: <<http://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2499/1942>>. Acesso em: 28 de abr 2018.

MOURÃO, A. L.; COSTA, A. C. C.; SILVA, E. M., LIMA, K. J. **Síndrome de *Burnout* no contexto da enfermagem**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 41, n. 1, 2017. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1926>. Acesso em: 15 de jun. 2018.

NASCIMENTO, C. P.; MORAIS, K. C. S.; MIRANDA, V. C.; FERREIRA, J. B. **Síndrome de Burnout em fisioterapeutas intensivistas**. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 7, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1302>. Acesso em: 15 de jun. 2018.

NEVES, V. F.; OLIVEIRA, A. F.; ALVES, P. C. **Síndrome de *Burnout*: Impacto da Satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional**. Revista PSICO, v.45, n.1, p.45-54, jan/mar, 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12520/11440>>. Acesso em: 27 de abr. 2018.

OLIVEIRA, L. P. S.; ARAÚJO, G. F. **Características da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros da emergência de um hospital público**. Revista Enfermagem Contemporânea, v.5, n.1, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/834>>. Acesso em: 26 de abr. 2018.

PENDLOSKI, J.; ZAFRA, M. C. **Síndrome de *Burnout* relacionada aos funcionários das unidades de pronto atendimento em Maringá, Paraná, Brasil**. Revista UNINGÁ, v. 47, n. 2, p. 46-50, 2016. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1268/890>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

SILVA, R. P.; BARBOSA, S. S.; SILVA, S. S.; PATRÍCIO, D. F. ***Burnout* e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 67, n. 1, p. 130-145, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672015000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100010)>. Acesso em 25 de abr. 2018.

SOUZA, A. K. S.; MARIA, A, L. **Síndrome de Burnout em diferentes áreas profissionais e seus efeitos**. Acta Brasileira do Movimento Humano, v.6, n.3, p.1-12, Jul/Set.2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/actabrasileira/article/view/2920/2492>> Acesso em: 21 set. 2018.

TAVARES, K. F. A; SOUZA, N. V. D. O.; SILVA, L.D; KESTENBERG, C.C.F. **Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes**. Acta Paulista de Enfermagem, v.27, n.3, p.206-265, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307031542012/>>. Acesso em: 20 de set. 2018.

VASCONCELOS, E. M.; MARTINO, M. M. F.; SOUZA, S. P. **Burnout e sintomatologia depressiva em enfermeiros de terapia intensiva: análise de relação**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 7, n. 1, p. 147-53, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt\\_0034-7167-reben-71-01-0135.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0135.pdf). Acesso em: 20 de set. 2018.

YAO, Y.; YAO, W.; WANG, W.; LI, H.; LAN, Y. **Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China**. International Journal of Nursing Practice, v. 19, p. 530-538, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijn.12103>. Acesso em: 20 set. 2018.

## PROBLEMAS RELACIONADOS A CRIME E VIOLÊNCIA EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

### **Gabriella de Andrade Boska**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem  
São Paulo - SP

### **Heloísa Garcia Claro**

Universidade de São Paulo, Faculdade de  
Medicina  
São Paulo - SP

### **Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem  
São Paulo - SP

### **Priscila Conceição da Costa**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem  
São Paulo - SP

### **Bruno Henriques Zanoni Kunst**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem  
São Paulo - SP

### **Renato de Angelo Araújo**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem  
São Paulo - SP

indivíduos durante o seu acolhimento para início do tratamento em um CAPS AD. Foi realizada a aplicação do instrumento Avaliação Global das Necessidades Individuais – Rastreo Rápido que mensura 23 sintomas e quando foi a última vez que aconteceram, fornecendo um escore de gravidade do indivíduo nas 5 áreas: sintomas de internalização e externalização, uso de substâncias, crime e violência e gravidade total. A análise de regressão linear múltipla permitiu propor um modelo de variáveis preditoras que, juntas, explicaram 30,5% da variação dos problemas relacionados a crime e violência na amostra, sendo elas: gênero, idade, sintomas de externalização e problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Conhecer os preditores de problemas relacionados a crime e violência em usuários de CAPS AD e em conjunto realizar o rastreo das necessidades dos indivíduos em fases iniciais do tratamento, podem ajudar no planejamento de um cuidado baseado em evidências e com melhores resultados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas; Saúde Mental; Rastreamento.

**RESUMO:** Este estudo investigou problemas relacionados a crime e violência em adultos em tratamento para uso de substâncias em Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Participaram 128

## CRIME AND VIOLENCE RELATED PROBLEMS IN USERS OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS

**ABSTRACT:** This study investigated issues related to crime and violence in adults undergoing to substance abuse treatment at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD). One hundred and twenty-eight individuals participated during their reception to start treatment in a CAPS AD. The Global Individual Needs Assessment - Rapid Screening instrument was used to measure 23 symptoms and when was the last time they occurred, providing an individual's severity score in the 5 areas: internalization and externalization symptoms, substance use, crime and violence and total gravity. The multiple linear regression analysis allowed us to propose a model of predictor variables that together explained 30.5% of the variation of problems related to crime and violence in the sample, namely: gender, age, symptoms of externalization and problems related to the use of drugs. Knowing the predictors of crime and violence-related problems in CAPS AD users and jointly tracking the needs of individuals in the early stages of treatment can help in planning evidence-based care with better outcomes.

**KEYWORDS:** Violence; Disorders Related to the Use of Psychoactive Substances; Mental health; Tracking.

### 1 | INTRODUÇÃO

A violência é considerada como uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos no mundo. Para além daquelas que sofrem ferimentos decorrentes de auto ou heteroagressões e até mesmo violências coletivas, a cada ano cerca de um milhão de pessoas perdem a vida pela violência. Este cenário leva a gastos públicos com cuidados em saúde como também, a despesas relacionadas a ausências no trabalho, investimentos perdidos e cumprimento da lei, o que configura em um custo anual de bilhões de dólares para o mundo (DAHLBERG, KRUG, 2006).

Pesquisas sugerem que fatores biológicos e outros fatores individuais explicam a predisposição para a agressão. Com frequência essas questões se associam com problemas familiares, comunitários, culturais ou outros fatores externos, criando situações em que a violência pode ocorrer (CLARO et al, 2015) (HARFORD et al, 2018).

O consumo de álcool por exemplo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018 foi identificado como um importante fator de risco para diferentes tipos de danos e violências como acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, envenenamentos, quedas, suicídio, dentre outros (WHO, 2018). Dado confirmado pelo III Levantamento Nacional de Uso de Drogas na População Brasileira no

mesmo ano que mostrou que aproximadamente 1,3% da população entre 12 a 65 anos referiu ter se machucado no último ano sob efeito de álcool ou ter sido vítima de alguma situação violenta onde o agressor estava sob efeito da substância. Já com relação as drogas ilícitas, este dado variou de 0,15% a 0,75%, respectivamente (BASTOS et al, 2017).

Por outro lado, os usuários de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, estão mais expostos a situações de violências muitas vezes agravadas pela intolerância e repressão que sofrem da sociedade (SILVA, PESSOA, 2019) (CASTELO BRANCO et al, 2019). Neste sentido, se faz necessário um olhar multifatorial para estes problemas, pois conforme evidenciado pela literatura, situações de vulnerabilidade social como ausência de moradia e renda, transtornos mentais e ausência de tratamento adequado são fatores agravantes (CLARO et al, 2015) (HARFORD et al, 2018) (ANDREUCETTI et al, 2018).

Os altos índices de violência, em nível mundial, levaram OMS a considerá-la como um problema de saúde pública (WHO, 2018), mas ainda é um desafio para os serviços o manejo destes casos. O uso de instrumentos de rastreios como o Avaliação Global das Necessidades Individuais - Rastreamento Rápido (AGNI-RR) em conjunto com o conhecimento de possíveis preditores relacionados a casos de crime e violência, podem contribuir com a orientação, intervenção, prevenção e encaminhamento para tratamento especializado (CLARO, 2015) (DENNIS, CHAN, FUNK, 2006).

Sendo assim, este estudo tem por objetivo analisar as evidências da correlação entre os problemas relatados pelos indivíduos com crime e violência e o uso de álcool e drogas, com base no instrumento AGNI-RR.

## 2 | MÉTODOS

Estudo descritivo e transversal, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo. Foram abordados 128 indivíduos entre 18 e 60 anos, que faziam uso de álcool e outras drogas e que buscaram tratamento no serviço durante o ano de 2015.

Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento AGNI-RR (Rastreio Rápido), escala de avaliação que compõe o GAIN - *Global Appraisal of Individual Needs*, ou, em português, AGNI - Avaliação Global das Necessidades Individuais, uma família de escalas que avalia pessoas com necessidades de saúde mental e substâncias psicoativas – SPAs - baseada em evidências. Este foi traduzido, adaptado culturalmente e validado para o português falado no Brasil, pelo Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas - GEAD na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP (Claro, 2015).

O AGNI-RR mensura 23 sintomas e quando foi a última vez que aconteceram (nunca, há mais de um ano, de 4 a 12 meses atrás, de 2 a 3 meses atrás, ou no último mês), fornecendo um escore de gravidade do indivíduo nas 5 áreas: sintomas de internalização, sintomas de externalização (que compõe a área de saúde mental), uso de substâncias, crime e violência e gravidade total. Este leva de cinco a 15 minutos para ser realizado (CLARO, 2015).

Consideramos no presente estudo como sintomas de internalização sinais e necessidades relacionadas à depressão, ansiedade, estresse traumático e suicídio. Já os sintomas de externalização são sinais relacionados a déficit de atenção, distúrbio de hiperatividade e desvio de personalidade/conduita (CLARO, 2015) (DENNIS, CHAN, FUNK, 2006).

As entrevistas foram conduzidas no CAPS AD no qual os indivíduos buscaram tratamento em ambiente confortável, privado e sem interrupções, com a presença apenas do entrevistador e do sujeito. Os CAPS AD são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que oferecem assistência para o uso de álcool e drogas com base nas estratégias de redução de danos. Realiza atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros) e em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte e social), oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, assistência a desintoxicação e outras atividades comunitárias. O objetivo do tratamento é a reabilitação psicossocial dos usuários, com foco na integração e a inserção familiar e social (BRASIL, 2004).

No período da coleta de dados, foram analisados 444 planos terapêuticos individuais no serviço. Desses, 93 indivíduos foram excluídos por terem buscado tratamento apenas para o consumo de tabaco, 33 indivíduos tinham idade superior a 60 anos e 14 indivíduos tinham idade inferior a 18 anos. Dos 304 indivíduos elegíveis para a pesquisa, 128 compareceram ao agendamento da avaliação e aceitaram participar dela, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os relatórios clínicos e diagnósticos gerados com a pesquisa foram disponibilizados à equipe do serviço, e os dados coletados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão *Statistics 20*.

Verificamos a associação entre as variáveis de sintomas e problemas relatados na área de crime e violência com modelos de regressão de mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares* - OLS) univariados e múltiplos. O objetivo desta análise é traçar uma linha que tem como objetivo prever o comportamento da variável de resposta (variável dependente), a partir de uma ou mais variáveis explicativas (variáveis independentes), sendo que esta reta situa-se a uma distância que minimize a soma do quadrado dos erros de cada ponto de dado observado (OGUNDARE, 2018).

Analisaram-se, como variável dependente, problemas relacionados a crime e violência, e como variáveis independentes: gênero, idade, sintomas relacionados à saúde mental (que compreende os sintomas de internalização e os de externalização) e problemas relacionados ao uso de substâncias.

Quando observamos p-valor menor ou igual a 0,3 nos modelos univariados, as variáveis independentes foram mantidas no modelo múltiplo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

### 3 | RESULTADOS

Dentre os participantes da pesquisa, 109 eram do sexo masculino (85,2%) e apenas 19 do sexo feminino (14,8%). A média de idade foi de 36 anos.

De acordo com os sintomas e problemas relatados pelos sujeitos da pesquisa nos últimos 90 dias, a maior parte da amostra apresentou problemas com o uso de álcool e drogas com média de 3,73 problemas entre 5, seguido de sintomas de internalização, externalização e por último, problemas de crime e violência. Os demais dados seguem descritos na tabela 1.

	Média	Mediana	Intervalo de Confiança 95%		Mín.	Máx.
			Limite inferior	Limite superior		
<b>Sintomas de Internalização – IDScr*</b>	3,05	3,00	2,72	3,39	0	6
<b>Sintomas de externalização – EDScr**</b>	2,10	2,00	1,79	2,41	0	7
<b>Problemas com uso de substâncias – SDSr***</b>	3,73	4,00	3,49	3,98	0	5
<b>Problemas relacionados a crime e violência – CVScr****</b>	1,01	1,00	0,81	1,20	0	5

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa com relação a sintomas e problemas percebidos nos últimos 90 dias. São Paulo- SP, Brasil. 2015 (n=128).

\*Número de sintomas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 6 sintomas;

\*\*Número de sintomas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 7 sintomas;

\*\*\*Número de sintomas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 5 sintomas;

\*\*\*\*Número de problemas relatados nos últimos 90 dias. Máximo 5 sintomas.

Na tabela 2 pode-se verificar, em relação à variável dependente, significância em todas as variáveis independentes descritas. Essas que possuem valor de  $p \leq 0,3$ , foram inseridas no modelo múltiplo, pois são sugestivas de correlação com a variável dependente, problemas relacionados a crime e violência, conforme mensuração desses itens pelo instrumento AGNI-RR.

Variável	Erro padrão	Beta padronizado	p-valor
<b>Sexo</b>	0,274	-0,123	0,167*
<b>Idade</b>	0,009	-0,261	0,003*
<b>Sintomas de externalização - EDScr</b>	0,049	0,499	0,000*
<b>Problemas com uso de substâncias - SDSCr</b>	0,067	0,335	0,000*
<b>Sintomas de Internalização - IDScr</b>	0,050	0,274	0,002*

Tabela 2 - Modelos univariados para problemas relacionados a crime e violência como variável dependente. São Paulo - SP, Brasil. 2015 (n=128).

\*Significante a  $p \leq 0,3$

Todas as variáveis com p-valor inferior a 30% nos modelos univariados foram inseridas no modelo múltiplo conforme apresentadas na tabela 3.

Variável	Erro padrão	Beta padronizado	p-valor
<b>Gênero</b>	0,239	-0,181	0,021*
<b>Idade</b>	0,008	-0,161	0,039*
<b>Sintomas de externalização - EDScr</b>	0,055	0,386	0,000**
<b>Problemas com uso de substâncias - SDSCr</b>	0,064	0,175	0,032*
<b>Sintomas de Internalização - IDScr</b>	0,051	0,063	0,479

Tabela 3 – Modelo múltiplo para problemas relacionados a crime e violência como variável dependente. São Paulo - SP, Brasil. 2015 (n=128).

\*Significante a  $p \leq 0,05$ ; \*\*Significante a  $p \leq 0,01$

No modelo múltiplo é possível visualizar que a gravidade dos problemas relacionados a crime e violência está associada ao sexo masculino, à idade sintomas de externalização e sintomas do uso de substâncias – de forma simplificada, problemas relacionados a crime e violência mais graves, na amostra estudada, estão associados a homens jovens, com transtornos de personalidade/conduita e problemas relacionados ao uso de drogas.



O modelo múltiplo explicou 30,5% da variação dos problemas relacionados a crime e violência (r-quadrado ajustado).

#### 4 | DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos pelo estudo, pode-se dizer que os relatos de problemas com crime e violência estão diretamente relacionados com a presença de sintomas ligados ao uso de álcool e outras drogas e a transtornos de personalidade/conduta, déficit de atenção e hiperatividade em pessoas jovens do sexo masculino. Dados que corroboram com outros estudos (LIAKONI et al, 2018) (HARFORD et al, 2018).

A análise do perfil de usuários de substâncias psicoativas que buscam por tratamento, ou seja, que apresentam problemas com o consumo, são em sua prevalência homens, com idade média entre 24 e 41 anos, consumindo preferencialmente álcool em mais de 50% dos casos, seguido por crack e vivendo em situações vulneráveis ou de risco, sem apoio familiar (CLARO et al, 2015) (LIAKONI et al, 2018) (HARFORD et al, 2018) (BOSKA et al, 2018).

Sabe-se que o consumo de álcool no Brasil e no mundo é o mais danoso em termos de problemas para terceiros, como situações de crime e violência e que essas pessoas geralmente necessitam de acompanhamento de serviços especializados pois, em sua maioria, preenchem critérios de abuso ou dependência (WHO, 2018) (BASTOS et al, 2017) (NUTT, KING, PHILLIPS, 2010).

Situações como agressões, desentendimentos familiares, crimes e até mesmo mortes, fazem parte do cotidiano de usuários que apresentam problemas com o uso de drogas (NUTT, KING, PHILLIPS, 2010) assim como encontrado neste estudo onde a média de problemas relatados foi de 3,73 de 5 sintomas nos últimos 90 dias.

Especificamente com o uso do crack as situações mais comuns relacionadas a comportamentos violentos são associados primeiramente a exclusão sofrida pelos usuários e em seguida a quadros de fissuras onde o desejo tão grande pela substância leva a brigas, furtos, quebra de vínculos, comportamentos sexuais de risco e diversas agressões em diferentes cenários da vida (CASTELO BRANCO et al, 2019).

É conhecida pela literatura a associação entre violência e uso de drogas, mas são pouco aprofundadas as variáveis que predispõe este comportamento. Para além de as substâncias psicoativas causarem alteração química a nível cerebral desencadeando mudança de comportamento e redução do nível de consciência, a análise dos resultados demonstra que os sintomas de externalização, por exemplo, transtornos de personalidade/conduta, déficit de atenção e hiperatividade, podem

levar a alguma intercorrência agressiva.

Apesar de um maior número de evidências relacionarem o consumo de drogas a sintomas de internalização como sintomas depressivos (CLARO et al, 2015) (BOSKA et al, 2018), são as situações estressantes, os sentimentos de abandono e os momentos de raiva que levam a condutas violentas (HARFORD et al, 2018) (ANDREUCETTI et al, 2018) (NUTT, KING, PHILLIPS, 2010).

Com estas informações é possível inferir que a presença de intercorrências agressivas pode ser um problema recorrente no dia a dia de profissionais que trabalham com o tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Portanto, pode-se pensar na importância de estratégias de manejo de raiva e agressividade para que seja contemplado o atendimento de tais episódios sem que haja prejuízo para os profissionais e usuários envolvidos.

A identificação dos problemas relativos ao crime e à violência e o estudo dos seus preditores, possibilita aos profissionais da saúde o planejamento de um cuidado atrelado a realidade daquele indivíduo, conseqüentemente aprimora os resultados esperados com os programas de tratamentos existentes (CLARO et al, 2015).

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas exercem considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e a comunidade, determinando prejuízo à saúde física e mental, comprometimento das relações, perdas econômicas e, algumas vezes, chegando a problemas legais como demonstrado este e outros estudos.

O número de jovens iniciando precocemente o consumo de álcool e outras drogas é um problema crescente a nível global e que pode estar diretamente relacionado a casos de crimes e violência (WHO, 2018). Um estudo encontrou taxas de situações violentas direcionadas a si e a terceiros em sua maioria realizadas por jovens com menos de 18 anos, sob efeito de maconha e álcool (DAWSON et al, 2018), corroborando com o dado de que o uso problemático de drogas leva a um aumento da violência.

É de extrema importância a implementação de políticas públicas específicas para esta população com estratégias de redução de danos e prevenção de situações de risco a que são expostos (CASTELO BRANCO et al, 2019), pois muitos desses casos acabam sofrendo internações involuntárias devido exclusivamente a agressividade (DAWSON et al, 2018).

Entendendo que o tratamento adequado exerce um grande papel na redução dos sintomas de externalização e uso de álcool e drogas, conseqüentemente estarão atuando na prevenção de comportamentos violentos e reduzindo a necessidade de internações. Desse modo, os CAPS AD como serviços especializados que atendem estas demandas no território, devem estar capacitados para desempenhar um manejo adequado e de acordo com as necessidades dos usuários.

Como limitações deste estudo apontamos para a regionalidade do mesmo o que dificulta a generalização dos dados, entretanto contribui significativamente com as evidências necessárias para o cuidado aos usuários de álcool e drogas. Destacamos que para a promoção de um cuidado integral e acolhedor se faz necessário o olhar para os problemas decorrentes do consumo e não apenas ao tipo de substância consumida, assim se faz possível a prevenção de situações de crime e violência.

## 5 | CONCLUSÕES

Este estudo permitiu conhecer os fatores preditores dos problemas relacionados a crime e violência de usuários em tratamento nos CAPS AD evidenciando que para além do consumo problemático de substâncias variáveis como sexo, idade e sintomas de externalização como déficit de atenção e hiperatividade, sentimentos de abandono, momentos de raiva, dentre outros, estão diretamente relacionadas a estas situações.

Acredita-se que programas de tratamento relacionados ao uso de substâncias pode ser o contexto adequado para realizar o rastreio e identificar outros problemas de saúde mental como também a exposição dos usuários ao risco na presença de violência ou envolvimento com o crime.

Os CAPS AD por exemplo, enfatizam a necessidade de promover uma atenção multidisciplinar, intersetorial e integral voltada a todas as necessidades do sujeito na perspectiva da redução de danos, dinâmica considerada potente no atendimento desses casos tanto para jovens como adultos.

Outras pesquisas nesta temática se fazem necessárias, assim como o uso do instrumento AGNI-RR em outros cenários de cuidado em saúde fortalecendo as evidências existentes e aprimorando o cuidado aos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ANDREUCETTI, G et al. **Alcohol in combination with illicit drugs among fatal injuries in Sao Paulo, Brazil: An epidemiological study on the association between acute substance use and injury.** Injury. v.49, n.12, p.2186-2192, 2018.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BOSKA, Gabriella de Andrade et al. **Leitos em centro de atenção psicossocial álcool e drogas: análise e caracterização.** Rev. Bras. Enferm., v. 71, supl. 5, p. 2251-2257, 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102251&lng=en&nrm=i](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102251&lng=en&nrm=i)> doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0149>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial.** 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CASTELO BRANCO, Fernanda Matos Fernandes et al. **O “fenômeno crack” e suas consequências: uma reflexão necessária para mudanças nas práticas assistenciais.** v. 8, n. 1, p. 138-146. 2019. Available from <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3365/pdf>> doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v8i1.3365>

CLARO, Heloísa Garcia. **Validação dos Instrumentos “Avaliação Global das Necessidades Individuais - Inicial e Rastreo Rápido”.** 2015. 158 p. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2015.

CLARO Heloísa Garcia et al. **Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. v. 23, n. 6, p. 1173-1180, 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000601173&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601173&lng=en)> doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0478.2663>.

CLARO, Heloísa Garcia et al. **Rasch model of the GAIN substance problem scale among inpatient and outpatient clients in the city of São Paulo, Brazil.** Addictive Behaviors Reports. v. 2, p. 55-60. 2015. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845976/>> doi: <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2015.08.001>.

DAHLBERG, Linda L., KRUG Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública.** Ciênc. Saúde coletiva. v. 11, suppl. 2, p. 1163-1178. 2006. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en)> doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>

DAWSON, Nancy L. et al. (2018). **Violent behavior by emergency department patients with an involuntary hold status.** The American Journal of Emergency Medicine, v. 36 n. 3, p. 392–395, 2018. Available from <[https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(17\)30688-5/fulltext](https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(17)30688-5/fulltext)> doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.08.039>

DENNINS, Michael L., CHAN, Ya-Fen, FUNK, Rodney R. **Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults.** Am J Addict. v. 15, suppl 1, p. 80-91. 2006.

HARFORD, Thomas C. et al. **Substance use disorders and self- and other-directed violence among adults: Results from the National Survey on Drug Use And Health.** Journal of Affective Disorders, v. 225, p. 365–373. 2018. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626648/>> doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.021>

LIAKONI, Evangelia et al. **Psychoactive substances and violent offences: A retrospective analysis of presentations to an urban emergency department in Switzerland.** PLoS ONE. v. 13, n. 3. 2018. Available from <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195234>> doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195234>

NUTT, David, KING, Leslie A, PHILLIPS Lawrence D. **Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis.** Lancet. v. 376, n. 9752, p. 1558–1565. 2010. Available from <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/fulltext#section-7c530872-6235-4433-899c-b3f276970189](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/fulltext#section-7c530872-6235-4433-899c-b3f276970189)> doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)

OGUNDARE, J. O. **Understanding Least Squares Estimation and Geomatics Data Analysis.** Wiley, 2018. 9781119501398.

SILVA, Barbara Santos Bernardino, PESSOA, Paulo José Barroso de Aguiar. **Sofrimento e violência que a lógica proibicionista gera na vida de usuários de drogas ilícitas.** Estudos e Pesquisas em Psicologia. v. 29, n. 1, p. 187-205. 2019. Available from <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43013/29724>>

WHO. **Global status report on alcohol and health.** Geneva: World Health Organization; 2018. 462 p.

## PROCESSOS COGNITIVOS NAS VERTENTES TRADICIONAL, PENTECOSTAL E NEOPENTECOSTAL DA RELIGIÃO PROTESTANTE

**Jéssica Florinda Amorim**

Especialista em Psicologia Clínica Professora na Faculdade Cambury. Goiânia – Goiás

**Sarah Cassimiro Marques**

Mestra em Neurociências do Comportamento, UnB Especialista em Neuropsicologia, PUC Goiás  
Goiânia – Goiás

**RESUMO:** o presente artigo apresenta uma pesquisa comparativa realizada com a população evangélica como grupo experimental, e como grupo controle indivíduos que não frequentam instituições religiosas. Baseada na neuropsicologia e na psicologia da religião, objetivou-se avaliar a flexibilidade cognitiva de indivíduos inseridos nos diversos contextos protestantes. Os resultados apontaram diferenças significativas entre os grupos estudados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicologia da Religião. Funções Executivas. Saúde.

COGNITIVE PROCESSES ON TRADITIONAL, PENTECOSTAL AND NEOPENTECOSTAL VIEWS ON PROTESTANT RELIGION

**ABSTRACT:** this article produces a relative research accomplished to the gospel population

as experimental group, and, as control group, subjects that doesn't attend any religious institution. Based on neuropsychology and psychology of religion, its purpose to evaluate the flexibility cognition of subjects that are immersed in several protestant contexts. This results pointed significant differences among researched groups.

**KEYWORDS:** Psychology of religion. Executive functions. Cheers.

A Neuropsicologia, ciência que busca estabelecer relações entre o Sistema Nervoso Central e o comportamento humano, possui estudos aprofundados a respeito das estruturas cerebrais e processos cognitivos (CONSENZA; FUENTES; MALLOY-DINIZ, 2008). Uma das funções neuropsicológicas amplamente investigadas são as chamadas Funções Executivas (FEs) que dizem respeito a habilidades cognitivas descritas como um conjunto de cognições que permitem a execução de ações necessárias para alcançar um objetivo (LEZAK, 1995; GARON, BRYSON, SMITH apud UEHARA; CHARCHAT-FICHMAN, LANDEIRA-FERNANDEZ, 2013).

Diversos autores concordam que os processos característicos das FEs influenciam

outras funções cognitivas como a linguagem, a memória e os processos mentais de alta ordem (GIL, 2002; MIOTTO, 2015). Além disso, funções executivas são necessárias para lidar com situações flutuantes e ambíguas que permeiam o relacionamento social para uma conduta apropriada e efetiva (LEZAK, 1995; ARGIMON et al., 2006). Dessa forma, levando em consideração o fato de que o cérebro é plástico e sofre alterações de acordo com a estimulação recebida (LENT, 2010), pesquisadoras apontam que as FEs são desenvolvidas a partir do contato com o meio social (CHAN et al., 2008; GRAFMAN; LITVAN apud SANTOS, 2015). Partindo de uma visão holística da interação funcional do encéfalo e de processos cognitivos trazidos pelas neurociências, a experiência religiosa passou a ser objeto de estudo da Neuropsicologia, a qual se propõe a compreender as atividades neurais envolvidas no comportamento religioso e as variáveis relacionadas às diferentes concepções religiosas (VALLE, 2001).

Contudo, ainda há poucas investigações sobre circuitos neurais nesse tipo de experiência. Porém, sabe-se que os sistemas temporolímbico, parietal e frontal têm maior relevância. O primeiro relaciona-se à vivência de fortes emoções religiosas; o segundo as percepções de limites do “eu e o mundo” e o terceiro aos processos cognitivos, principalmente em relação às FEs (DALGALARRONDO, 2008). Tais estudos corroboram pesquisas anteriores e reafirmam a importância do lobo frontal na concepção religiosa humana. Didaticamente, Anderson e Tranel (2013) dividiram o papel do lobo frontal em três etapas, a saber: (a) Motivação para engajar em práticas religiosas; (b) Tomada de Decisão; e (c) Inflexibilidade Cognitiva. Logo, observa-se que o mundo protestante contém uma enorme diversidade teológica, litúrgica, política e organizacional. Apesar de professarem a mesma fé, os indivíduos apresentam comportamentos distintos (FREESTON, 1993), podendo ser divididos em três grandes ramificações: Tradicional, Pentecostal e Neopentecostal. Conforme aponta Silva (2004), os Evangélicos inseridos nesses contextos religiosos apresentam características específicas de cada grupo.

## **METODOLOGIA**

Participaram dessa pesquisa 180 indivíduos, de 19 a 30 anos, dos quais 88 (48,8%) do sexo feminino e 92 (51,1%) do sexo masculino. Com maior representatividade de sujeitos com ensino superior em curso (67,7%), os participantes foram divididos em dois grupos pareados quanto à idade, escolaridade e sexo, a saber: Grupo Areligioso (GA), com 90 participantes, e Grupo Religioso (GR), com também 90 participantes.

O primeiro, GA, foi composto por indivíduos que não professam nenhuma religião. Já o Grupo Religioso constituiu-se de indivíduos inseridos em

instituições religiosas denominadas protestantes (evangélicas), subdividido em subgrupos de diferentes vertentes denominacionais e perspectivas teológicas: Pentecostal, Neopentecostal e Tradicional.

A composição do GR se deu através da análise de denominações de maior destaque e relevância no local de aplicação da pesquisa, bem como de acordo com o interesse e disponibilidade dos participantes. Cada sub grupo foi composto por 30 participantes distribuídos da seguinte forma: Pentecostal: 7 Assembleia de Deus (Fama), 12 Assembleia de Deus (Campinas), 9 Assembleia de Deus (Anápolis) e 2 Batista Pentecostal; Neopentecostais: 1 Embaixada Rocha Viva, 2 Fonte da Vida, 14 Batista Renascer e 13 Videira; Tradicionais: 10 Presbiteriano do Brasil, 15 Batista e 5 Farol da Esperança.

Para a construção dos sub grupos do GR os critérios de inclusão adotados foram, respectivamente, assiduidade aos cultos (frequência semanal à instituição religiosa) e envolvimento efetivo nas atividades da igreja (presença nas reuniões extraculto e adesão aos ritos e campanhas). Para a construção do GA, foram adotados como critérios de inclusão, respectivamente, não estar inserido em nenhuma instituição religiosa, independente de acreditar ou não em Deus ou qualquer outro ser Numinoso (ABBAGNANO, 2007). Para ambos os grupos, foram adotados critérios de exclusão: ser estudante de psicologia, ser graduado ou possuir algum prejuízo auditivo, visual ou transtorno mental diagnosticado que impedisse a aplicação adequada dos instrumentos utilizados na pesquisa.

Como instrumento, foi utilizado o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) (HEATON et al., 2005), o qual avalia funções cognitivas (ex: raciocínio abstrato, capacidade de gerar estratégias de solução de problemas), medindo a flexibilidade do pensamento e exploração organizada. Para a seleção dos indivíduos foi utilizado questionário padronizado direcionado à avaliação dos quesitos estipulados. A pesquisa foi divulgada nas unidades das Faculdades Alves Faria–ALFA, da cidade de Goiânia. A coleta de dados foi realizada na Clínica Escola ALFA e nas dependências da instituição religiosa, quando a convite do participante. Em contrapartida pela participação na pesquisa, os indivíduos receberam uma devolutiva por e-mail sobre o teste neuropsicológico.

Para as comparações intergrupos (GAxGR), foi utilizado o teste *t*. Porém, para as comparações intragrupos, em relação ao GR, foi utilizado o teste *a nova*, com vistas à análise do desempenho dos participantes das diferentes instituições religiosas. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,01$ . O teste *post-hoc* utilizado para identificar as diferenças significativas foi o teste de *scheffé*. As análises foram processadas no programa estatístico SPSS para Windows.

## RESULTADOS

Nas visitas realizadas às instituições religiosas, foi possível notar características específicas de cada vertente. Nas Igrejas Tradicionais, o culto segue em um âmbito mais intelectual e sereno, com orações silenciosas (geralmente direcionadas por um dirigente) e músicas que falam sobre o Ser Numinoso a quem possuem devoção, sobre seu amor e as grandezas que realiza. O momento da pregação é um momento calmo, no qual o orador expõe a mensagem da Bíblia de forma tranquila e com voz amena. O momento de dízimos e ofertas é bastante sucinto, realizado sem qualquer tipo de constrangimento por parte dos membros da Igreja.

Os cultos nas Igrejas Pentecostais possuem mais movimento, com orações coletivas, nas quais todos oram ao mesmo tempo, acompanhados de canto e dança por parte dos fiéis que demonstram, assim, o amor para com seu Ser superior de devoção. O pregador geralmente possui voz mais encorpada, com tom elevado. Detalhe importante observado na pregação é que existe uma interação entre o orador e os fiéis, na qual nota-se que o comportamento do fiel em dizer expressões como “aleluia” e “glória a Deus” faz com que o pregador eleve mais a tonalidade da voz dentre outros comportamentos, tais como andar de um lado para o outro e falar em línguas (glossolalia). Assim, o orador se mostra como empenhado e mobilizado à pregação, o que é entendido pelos presentes como manifestações do Espírito Santo. O momento do dízimo e ofertas é voltado a mostrar sua importância para a manutenção da Igreja e afins.

Nas Igrejas Neopentecostais o culto também é bastante movimentado. Antes do início do culto já é possível encontrar grupos pela Igreja em orações coletivas e altas, nos quais os participantes se movimentam pela Igreja tocando em cadeiras e em pessoas que estejam no local. Grande parte do culto é dedicada à música, na qual os fiéis demonstram seu amor através do choro, saltos, joelhos dobrados ou corpos deitados ao chão. A pregação possui um caráter mais exaltado, sob a intenção de mobilizar os membros a interagirem com o orador, bem como uns com os outros, a partir de pedidos para dizer algo para o irmão ao lado ou para realizar algum comportamento. O momento do dízimo e oferta enfatiza a necessidade de se entregar o melhor a Deus, como forma de ser abençoado e recompensado. Nesse quesito, um fator importante é a organização do prédio da Igreja. Sua decoração é repleta de versículos sobre prosperidade financeira. Os envelopes para doações estão sempre ao alcance das mãos, dentro de bolsas nas cadeiras, estando bastante acessíveis.

Uma das dificuldades durante o recrutamento foi encontrar sujeitos do subgrupo Tradicional, pertencente ao Grupo Religioso, e do Grupo Arreligioso,



uma vez que a grande maioria dos sujeitos dentro da faixa etária exigida já possuía curso superior completo. Em equivalência, em relação aos demais subgrupos do GR, a maioria possuía o ensino médio completo, porém relataram pouco interesse na pesquisa. Em especial o subgrupo Neopentecostal, que se mostrou arredo quanto à pesquisa, demonstrando medo de expor a si e asua instituição ou por serem desaconselhados por seus líderes religiosos.

A análise dos questionários apontou para diferenças individuais. O GR ao ser questionado acerca do motivo pelo qual frequenta a igreja respondeu que frequenta por que deseja (85,55%) ou por outro motivo (família, Deus, necessidade e aprendizado) (14,45%). Relativo à companhia, 80% dos participantes disseram que vão à Igreja acompanhados, enquanto os 20% restantes confirmaram que vão sozinhos.

Relativo aos dízimos, 96,66% dos participantes acreditam ser importante, porém apenas 62,22% é dizimista. Além disso, 15% apresentaram relatos de autodiagnóstico, automeando-se com um transtorno mental, sem ter recorrido a algum apoio médico. Em relação aos tratamentos, apenas 1,48% do total de sujeitos da pesquisa tiveram algum contato com psicoterapia. No GA, 85,71% dos participantes afirmaram acreditar em algum ser superior, enquanto 14,29% se declararam ateus e 7,15% do número total de participantes desse grupo tiveram ou tem contato com psicoterapia.

A Tabela 1 apresenta as médias obtidas no WCST do GA e GR em relação aos itens categoria completa, respostas perseverativas, repostas de nível conceitual e fracasso em manter contexto. Os itens categoria completa, repostas de nível conceitual e fracasso em manter contexto não apresentaram diferenças significativas. Entretanto, a categoria de respostas perseverativas apresentou diferença significativa, com o GA apresentando média inferior ( $p < 0,01$ ).

	GRUPOS		Teste Estatístico	
	Religioso	Arreligioso	T	p<
<b>Categoria completa</b>	4,18 (1,99)	4,63 (1,95)	-1,55	0,123
<b>Respostas perseverativas</b>	28,4 (20,64)	20,47 (13,96)	3,021	0,003*
<b>Respostas de nível conceitual</b>	54,1 (18,69)	58,64 (16,99)	-1,707	0,09
<b>Fracasso em manter contexto</b>	0,79 (0,99)	0,91 (1,18)	-0,754	0,452

Tabela 1. Média dos itens avaliados no WCST do GR e GA.

A Tabela 2 apresenta as médias e desvio padrão de análises dos grupos

Pentecostal, Neopentecostal e Tradicional (GR) e Arreligiosos (GA). O item fracasso em manter contexto não apresentou diferença significativa nas médias obtidas por cada grupo. Entretanto, o item de avaliação categoria completa apresentou diferença significativa, no qual o Grupo de Arreligiosos e o subgrupo Tradicional apresentaram média maior do que o subgrupo Neopentecostal.

	GRUPOS				Teste Estatístico	
	Pentecostal	Tradicional	Neopentecostal	Arreligiosos	F	p=
<b>Categoria completa</b>	4,37 (1,903)	5 <sub>b</sub> (1,682)	3,17 <sup>a</sup> (2,001)	4,63 <sub>b</sub> (1,946)	5,624	0,001*
<b>Respostas perseverativas</b>	31,27 <sub>b</sub> (26,39)	21,33 (14,082)	32,6 <sub>b</sub> (18,269)	20,47 <sub>a</sub> (13,963)	5,654	0,001*
<b>Respostas de nível conceitual</b>	53,4 (17,863)	61,33 <sub>b</sub> (14,745)	47,57 <sub>a</sub> (20,887)	58,64 <sub>b</sub> (16,985)	4,132	0,007*
<b>Fracasso em manter contexto</b>	0,6 (0,675)	0,7 (0,837)	1,07 (1,311)	0,91 (1,177)	1,219	0,304

Tabela 2: Média e desvio padrão os itens avaliados no WCST dos subgrupos GR e GA

No item respostas perseverativas, houve diferença significativa entre o GA e os subgrupos Pentecostal e Neopentecostal, no qual o GA apresentou média menor que os demais, apontando melhor desempenho. Em respostas de nível conceitual, houve diferença significativa, no qual o subgrupo Neopentecostal obteve média menor que o Grupo Arreligioso e o subgrupo Tradicional ( $p < 0,01$ ).

## DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo a realização de um estudo comparativo para avaliar a flexibilidade cognitiva dos indivíduos inseridos em instituições Protestantes, estabelecendo uma relação entre os participantes religiosos e arreligiosos com vistas à mensuração do funcionamento cognitivo destes por meio de teste neuropsicológico. Os resultados mostraram que os grupos GA e GR apresentaram diferenças significativas quanto às medidas de flexibilidade cognitiva (Tabela 1). Esses dados estão de acordo com a literatura que aponta uma inflexibilidade cognitiva por parte dos religiosos por fixar em sua crença em algo, excluindo todas as outras possibilidades (ANDERSON; TRANEL, 2013). As demais categorias avaliadas não apresentaram diferença significativa nessa análise.

Os itens categoria completa, respostas perseverativas e respostas de

nível conceitual apresentaram diferenças significativas quando comparado o desempenho entre o GR e seus subgrupos. O subgrupo Neopentecostal apresentou desempenho inferior em comparação aos outros subgrupos, bem como em relação ao GA no item resposta de nível conceitual, tendo menor desempenho da função raciocínio abstrato (Tabela 2). Uma das hipóteses para esses resultados é que essas diferenças podem estar relacionadas com o mecanismo de adaptação adotado pelas Igrejas Neopentecostais para lidar com a Alta Modernidade (GIDDENS, 2002) ou Modernidade Líquida (BAUMAN, 2004), a partir da padronização do modo de viver segundo regras da própria instituição. Como em relação à prosperidade profissional. Tal mecanismo gera um ambiente estável para seus fiéis, afastando-os das inseguranças resultantes desse novo contexto global como, por exemplo, ansiedades, medos, instabilidade financeira e amorosa (OLIVEIRA; PIRES, 2006; GIDDENS, 2002; BAUMAN, 2004). Assim, isso implicaria em uma inibição do pensamento crítico por parte dos fiéis, pois o discurso dos líderes dessas instituições teria um alto teor persuasivo que, por sua vez, desencoraja pensamentos de cunho questionador (MARIANO, 2005).

Neste sentido, Anderson e Tranel(2013) asseveram que os fiéis adotam o discurso proferido por seus líderes acreditando não haver verdade ou possibilidades para além do que lhes foi ensinado. Portanto, o comportamento adotado pelos fiéis seria indício de que nessa vertente religiosa é preferível e necessária a inflexibilidade cognitiva dos fiéis, que só podem aceitar essas verdades ao se tornarem rígidos com demais possibilidades. Os processos envolvidos no ato de crer possuem impacto importante no controle do comportamento humano. Tais processos estão ligados ao córtex frontal medial, desempenhando um papel crítico dentro de uma rede cortico-subcortical generalizada devido seu papel na avaliação de eventos internos, externos e no controle subjetivo da ação (SEITZ; ANGEL, 2012). Portanto, com base nos dados analisados, observa-se que os indivíduos do subgrupo Neopentecostal apresentam comportamentos voltados a inibir determinadas informações conflitantes às previamente escolhidas, fazendo com que o córtex frontal medial não consiga avaliar de forma adequada as demais informações disponíveis. Nesse sentido, pode-se pensar em disfunções nesse córtex.

Outra análise se refere à comparação do GA aos subgrupos do GR, a partir da qual foi possível constatar diferença significativa em relação à medida categoria completada, na qual o subgrupo Neopentecostal obteve performance inferior comparado ao subgrupo Tradicional e em relação ao GA, indicando uma dificuldade na flexibilidade cognitiva dos sujeitos Neopentecostais. Em relação ao item respostas perseverativas, o subgrupo Neopentecostal apresentou desempenho superior comparado ao subgrupo Pentecostal e ao Grupo Arreligioso, demonstrando

maior representatividade de sujeitos. No item respostas de nível conceitual, houve diferença significativa em relação ao subgrupo Neopentecostal, este apresentando média inferior quando comparado ao subgrupo Tradicional e ao GA (Tabela 2). Logo, os dados supracitados indicam prejuízo de flexibilidade cognitiva em sujeitos dos subgrupos Neopentecostal e Pentecostal. Esses resultados confirmam em partes a literatura existente ao inferir como a inflexibilidade cognitiva é percebida por parte dos religiosos (ANDERSON; TRANEL, 2013). O presente estudo demonstra a importância da não generalização do funcionamento cognitivo de indivíduos que possuem alguma religião, visto que a diversidade de religiões e vertentes religiosas é um fato a ser considerado.

Ademais, autores apontam que as FEs possuem componentes frios e quentes. Esse último citado abrange as funções ligadas à regulação do comportamento social, interpessoal e tomada de decisão, estas influenciada pela perspectiva emocional durante a interação do indivíduo com as suas relações sociais (CHAN et al., 2008). Tais funções não são restritas ao lobo frontal, a região orbitofrontal opera realizando interconexões corticais e subcorticais juntamente com córtices insulares, amígdala e núcleos de base (BECHARA; DAMÁSIO; DAMÁSIO, 2000). Os componentes frios são mais racionais, desprovidos dos processos emocionais. São fundamentados pelo envolvimento de componentes lógicos e abstratos, envolvendo aptidões puramente cognitivas no seu desenvolvimento efetivo, tais como sequenciamento, planejamento, resolução de problemas, memória operacional, atenção, flexibilidade cognitiva, capacidade de abstração e julgamento (CHAN et al., 2008). Esses componentes estão ligados à região frontal dorso lateral (BECHARA; DAMÁSIO; DAMÁSIO, 2000).

Os déficits concernentes a esses aspectos estão intimamente relacionados ao comprometimento nas atividades diárias do indivíduo, bem como ao processo de desenvolvimento e manutenção das interações sociais (CHAN et al., 2008; GRAFMAN, LITVAN apud SANTOS, 2015). Tendo como base a visão de que a crença e a prática religiosa envolvem áreas que são amplamente envolvidas no processamento cognitivo social (KAPOGIANNIS et al., 2009), os resultados indicam que os indivíduos do subgrupo Neopentecostal possuem uma alteração deficitária nos componentes frios. Alterações essas intimamente ligadas à manutenção de relações sociais adequadas (CHAN et al., 2008). Em outra análise comparativa entre os grupos, não houve diferença significativa na categoria fracasso em manter o contexto (Tabela 1), diferença que também não foi constatada a partir da comparação do GR em suas subdivisões. Esse item avaliativo apresenta a medida de capacidade de sustentação da atenção. Atenção sustentada consiste no processo de direcionar e selecionar uma fonte particular de informação, relacionando a capacidade de manter a atenção a uma fonte de informação por

um longo prazo (NABAS; XAVIER, 2004). Observou-se que nenhum dos grupos estudados apresentou flutuação do foco atencional.

Os dados coletados demonstram a relação entre o ambiente e o aparato biológico inferido através dos processos cognitivos. Douglas (apud JODELET, 1993) afirma que é importante levar em conta o papel da cognição na formação de um vínculo social, pois os grupos possuem influência sobre o pensamento dos seus membros e sobre o desenvolvimento do estilo de pensamento, acarretando a construção e uniformidade do pensamento favorecido pelas relações sociais (CHAN et al., 2008). No que se refere à atuação dos aspectos sociais no Sistema Nervoso Central, o contexto social exerce influência sobre o indivíduo, oferecendo uma afirmação simbólica e um sentimento de pertencimento. O estar inserido em um contexto coletivo contribui para se estabelecer e reforçar a ligação social, criando padrões de comportamento, a partir dos quais os indivíduos moldam-se às regras (JODELET, 1993).

Estudos apontam que as condições ambientais que ocorrem no dia-a-dia do indivíduo geram adaptações no sistema nervoso central, em especial nos neurônios, o que se denomina como neuro plasticidade. Essas mudanças estruturais resultam em alterações no comportamento e no desempenho psicológico do indivíduo, acarretando uma plasticidade comportamental (LENT, 2010), justificando a uniformidade dos comportamentos e pensamentos dos sujeitos inseridos em instituições religiosas.

Dessa forma, acredita-se que tais dificuldades em flexibilidade cognitiva e raciocínio abstrato encontradas no subgrupo Neopentecostal poderiam justificar-se por duas hipóteses. Primeira: indivíduos já com inabilidades prévias nessas duas funções cognitivas encontrariam no discurso dessa vertente religiosa uma acomodação as suas dificuldades. Assim, o convívio nessa religião servia como fator mantenedor das dificuldades cognitivas através dos processos de inibição neuronal. Segunda: indivíduos sem dificuldades prévias em flexibilidade cognitiva e raciocínio abstrato ao se inserirem no Neopentecostalismo adquirem alterações em tais funções devido aos processos de neuroplasticidade. É importante ressaltar que Kapogiannis et al. (2009, p.6) afirmam que, embora existam vários fatores ambientais exercendo influência sobre o desenvolvimento dos processos cognitivos, quaisquer alterações corticais induzidas por práticas não descartam a possibilidade de que diferenças regionais corticais inatas (pré-existent) predisponham as pessoas a certos comportamentos.

Em análise realizada a partir de respostas obtidas dos questionários, pôde-se observar que 85,55% dos indivíduos do GR frequentam suas respectivas congregações acompanhados pela família ou amigos. Tal fato se deve à sensação de estabilidade advinda do estar inserido em um grupo homogêneo que partilha

dos mesmos pensamentos e ideais. Para Tajfel (apud ALVARO; GARRIDO, 2006), a vida em comunidade gera comportamentos estereotipados, minimizando as diferenças existentes entre os indivíduos do grupo. Esse mecanismo favorece o desenvolvimento dos componentes quentes das FEs, uma vez que o indivíduo tende a tomar suas decisões pautadas em sua interação social (CHAN et al., 2008; GRAFMAN; LITVAN apud SANTOS, 2015). Os estereótipos ordenam e simplificam as informações que procedem do meio social, o que faz com que os indivíduos não precisem demandar esforços para seu processamento, prejudicando, assim, o desempenho da capacidade de abstração que implica na habilidade de pensamento crítico (TAJFEL apud ALVARO, GARRIDO, 2006; MALLOY-DINIZ et al., 2008).

Ainda sobre estereótipos, Tajfel (apud ALVARO; GARRIDO, 2006) afirma que estes são muito resistentes à mudança, mesmo havendo fortes indícios que contrariam sua ideologia. O ambiente social que dá suporte a esses estereótipos faz com que eles ganhem validade, sendo a mera confirmação de outros indivíduos, que partilham das mesmas crenças, suporte para a adequação e manutenção do comportamento, reforçando o repúdio à existência de qualquer outra possibilidade. Logo, tem-se o favorecimento do desenvolvimento deficitário da flexibilidade cognitiva, conforme apontam os dados da presente pesquisa. Ademais, em uma análise qualitativa entre os subgrupos do GR, encontrou-se dificuldade de seleção de participantes em especial dentro do subgrupo Neopentecostal. Dificuldade percebida pela não aceitação em realizar o teste após explicação sobre os objetivos do estudo e pela frequência de abandono (alguns não compareciam ao local pré-agendado e não respondiam mais às tentativas de contato), mesmo após a aceitação prévia da pesquisa.

Além disso, o modo hierárquico de funcionamento das células colaborou para o difícil acesso aos participantes (ao serem convidados, estes reportavam ao líder que os desencorajavam a participar). Tais fatos demonstraram certa rigidez em aceitar possibilidades alheias ao contexto que estão habituados, ecologicamente indicando inflexibilidade cognitiva. Ocorreram exceções nas quais a instituição religiosa ofereceu todo suporte e disponibilizou instalações para a realização da pesquisa, incentivando os fiéis a participarem, todavia, o teste apontou dificuldades nas áreas de flexibilidade cognitiva e categorização.

Partindo da visão de que o ambiente social é responsável pela estruturação e manutenção do comportamento, pode-se analisar a possível causa para que apenas 62,22%, dos 96,66% que acreditam que o dízimo é importante, sejam dizimistas. Estando inseridos em um contexto cujo discurso central defende a importância da contribuição, os indivíduos aliam seu discurso para não entrarem em dissonância com o restante do grupo, mesmo que seu comportamento seja incoerente (ALVARO; GARRIDO, 2006). Outro dado importante é o autodiagnóstico

psicológico apresentado por 15% dos participantes, com incidência totalitária no GR. A globalização, como afirmam Giddens (2002) e Bauman (2004), contribui para que os indivíduos possuam amplo acesso às informações de formar ápidaesemônus. Fato este que acarretao fácil contato a conhecimentos sobre sintomas, padrões e diagnósticos acerca de psicopatologias, fazendo com que os indivíduos se identifiquem com tais informações, tomando para si diagnósticos diversos, mesmo nuncatendo procurado ajuda especializada (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização da presente, pôde-se notar a escassez de literatura existente sobre o tema, demonstrando a necessidade de realização de demais estudos. Os comportamentos religiosos são manifestações sociais de grande impacto, relacionados à saúde individual e coletiva, sendo um enorme campo disponível para futuras pesquisas. Isso porque envolvem componentes vinculados aos estados patológicos e saudáveis do ser humano, agindo como fator fortalecedor ou enfraquecedor da resiliência do indivíduo. Portanto, torna-se imprescindível a discussão e divulgação em âmbito social dessas pesquisas relacionando aspectos cognitivos vinculados à religião, uma vez que se configura como uma questão de saúde. Constatou-se ainda a importância de uma conscientização populacional acerca da relevância da participação e envolvimento em pesquisas, independente do seu teor teórico, pois só através delas é possível comprovar variáveis envolvidas no binômiosaúde/doença.

Ademais, partindo da observação de um grupo religioso específico (os evangélicos) e do estudo de um componente cognitivo (aflexibilidade cognitiva), presente pesquisa apresentou diversos outros fatores relevantes passíveis de investigações, apontando a necessidade de estudos relacionando outros componentes cognitivos com comportamentos religiosos. Isso não apenas no grupo selecionado para o presente estudo, mas, também, nas demais religiões. Notou-se também a necessidade de políticas públicas que atendam ao índice apresentado de autodiagnóstico. A falta de informação adequada, acerca de disfunções cognitivas epsicopatologias, pode acarretar uma série de fatores que podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALVARO, José Luis; GARRIDO, Alicia. **Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ANDERSON, Steven W; TRANEL, Daniel. **Social outcome following early-life damage to prefrontal cortex**. In: STUSS, Donald T; KNIGHT, Robert T. (Orgs.) Principles of frontal lobe function. New York: Oxford, 2013. cap. 27, p. 455- 466.

ARGIMON, Irani I. de Lima et al. Funções executivas e a avaliação de flexibilidade de pensamento em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do envelhecimento humano**, Passo Fundo, v.3, n.2, p.35-42, jul./dez., 2006.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BECHARA, A; DAMÁSIO, H; DAMÁSIO, A. R. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. **Cerebral Cortex**. [S.L.]. v.10, n.2, p.295-307, 2000.

CHAN, R. C. K. et al. Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v.23, n. 2, p. 201-216, 2008.

COSENZA, Ramon Moreira; FUENTES, Daniel; MALLOY-DINIZ, Leandro F. A evolução das ideias sobre a relação entre cérebro, comportamento e cognição. In: FUENTES, Daniel; MALLOY-DINIZ et al. (Orgs.) **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 15-19.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRESTON, Paul. **Protestantes e a política no Brasil: da constituinte ao impeachment**. 1993. 303f. (Tese de doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002. GIL, R. Neuropsicologia. 2ed. São Paulo: Santos, 2002.

HEATON, Robert K. et al. **Manual de testes de inteligência de classificação de cartas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: . **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, cap. 1, p. 31-61, 1993.

KAPOGIANNIS, Dimitrios et al. **Neuroanatomical variability of religiosity**. Plos one, v.4, n. 9, set. 2009.

LENT, Roberto. **Cem bilhões de neurônios? conceitos fundamentais de neurociência**. São Paulo: Atheneu, 2010.

LEZAK, M. D. **Neuropsychological assessment**. New York: Oxford University Press, 1995.

MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al. Neuropsicologia das funções executivas. In: FUENTES, Daniel et al. (Orgs.) **Neuropsicologia teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 11, p. 187 – 206.

MARIANO, Ricardo. **Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MIOTTO, Eliane Correa. Avaliação Neuropsicológica e funções cognitivas. In: MIOTTO, Elaine Correa; SCAFF, Milberto; LUCIA, Mara Cristina Souza. (Orgs.) **Neuropsicologia Clínica**. São Paulo: Roca, 2015. cap. 1, p. 3-33.



- NABAS, T.R; XAVIER, G.F. Atenção. In: ANDRADE. V.M; BUENO, O.F.A; SANTOS, F. H dos. **Neuropsicologia hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. cap. 5, p. 77-99.
- OLIVEIRA, Claudiolvan; PIRES, Anderson Clayton. Oldealde Cura Integral na Nova Espiritualidade Evangélica Brasileira: Um a Interpretação Psicológica. **Estudos de Religião**, São Paulo v. 31, p. 117-143, 2006.
- PAIVA, Geraldo José de. Psicologia da religião no Brasil: a produção em periódicos e livros. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n.3, p.441- 449, jul. /set. 2009.
- SANTOS, Flávia Heloísados. Funções executivas. In: SANTOS, Flávia Heloísa; ANDRA-DE, Vivian Maria; BUENO, Orlando F.A. **Neuropsicologia hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2015. cap. 4, p. 69- 74.
- SEITZ, Rüdiger J; ANGEL, Hans-Ferdinand. **Processes of believing – a review and conceptual account**. Rev. Neurosci, Berlin, v.23, n.3, p.303-309, 2012.
- SILVA, R.R. **Profissão pastor: prazeres e sofrimento. Uma análise psicodinâmica do trabalho de líderes religiosos neo pentecostais e tradicionais**. 2004. 186f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2004.
- UEHARA, Emmy; CHARCHAT- FICHMAN, Helenice; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Funções executivas: um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. **Neuropsicologia latinoamericana**, [online], v.5, n.3, p.25-37, 2013.
- VALLE, Edenio. Neurociências e religião: interfaces. **Revista de estudos da religião**. São Paulo, n.3, p. 1-46, 2001.
- VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luis David. As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela internet. **Revista Panam Salud Publica**, v.26, n.2, p.172-175, 2009.

## USO DE ÁLCOOL E MACONHA ENTRE OS UNIVERSITÁRIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA: E A QUALIDADE DE VIDA?

### **Nycolas Andrade Mauro**

Graduandos em Enfermagem; Voluntários de IC; Membros do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas (CEPAD) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Leidiane Faria Ramos**

Graduandos em Enfermagem; Voluntários de IC; Membros do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas (CEPAD) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Sibeli Albani**

Graduanda em Enfermagem; Bolsista de Extensão; Membro do CEPAD-UFES.

### **Rayane Cristina Faria de Souza**

Enf<sup>a</sup>, Mestre em Saúde Coletiva; Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC); Pesquisadora do CEPAD-UFES.

### **Marluce Mechelli de Siqueira**

Prof<sup>a</sup> Titular do Dept<sup>o</sup> de Enfermagem (DENF) e Programas de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) e Saúde Coletiva (PPGSC); Coordenadora do CEPAD-UFES.

### **Flávia Barista Portugal**

Prof<sup>a</sup> Adjunta do DENF, PPGENF, PPGSC e Coordenadora Adjunta do CEPAD-UFES.

**RESUMO:** Alguns comportamentos, como o uso de drogas, interferem na qualidade de vida do indivíduo em qualquer faixa etária, com destaque para a população universitária,

pois esses se tornarão os futuros profissionais e responsáveis por importantes decisões em diferentes âmbitos da sociedade. Assim sendo, é importante conhecer a qualidade de vida e sua associação com uso do álcool e maconha pelos universitários, bem como identificar tais relações. Portanto, objetivou conhecer os escores de qualidade de vida com o uso de álcool e maconha entre os universitários dos cursos de Terapia Ocupacional de uma universidade pública. O estudo é de caráter transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Amostra estudada de 111 estudantes matriculados no curso de Terapia Ocupacional de acordo com os critérios de inclusão e exclusão determinados pelo estudo. Utilizaram-se os questionários do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 capitais brasileiras e o WHOQOL-brev, em seguida, realizou-se a análise estatística a partir do programa *Statistical Package for the Social Science* – SPSS 24. Os escores gerais de qualidade de vida em relação ao domínio relações sociais, físico, psicológico e meio ambiente foram respectivamente: 65,8; 64,4; 62,3 e 55,0. Quanto ao padrão de consumo sobre o uso na vida, 84,7% fizeram o uso do álcool e 35,5% uso da maconha. E o estudo verificou menores escores da qualidade de vida

para aqueles que fizeram uso de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, sugerindo ações preventivas sobre o uso de SPAs dentro do campo universitário.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de vida. Bebidas alcoólicas. Cannabis. Estudantes de ciências da saúde.

## ALCOHOL AND MARIJUANA USE AMONG OCCUPATIONAL THERAPY STUDENTS AT A PUBLIC UNIVERSITY: WHAT ABOUT QUALITY OF LIFE?

**ABSTRACT:** Some behaviors, such as drug use, interfere with the quality of life of the individual in any age group, especially the university population, as these will become future professionals and responsible for important decisions in different areas of society. Therefore, it is important to know the quality of life and its association with the use of alcohol and marijuana by university students, as well as to identify such relationships. Therefore, it aimed to know the quality of life scores with the use of alcohol and marijuana among the students of Occupational Therapy courses of a public university. The study is cross-sectional, analytical, with quantitative approach. Study sample of 111 students enrolled in the Occupational Therapy course according to the inclusion and exclusion criteria determined by the study. Questionnaires from the I National Survey on the Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs among University Students from 27 Brazilian Capitals were used and WHOQOL-brev, followed by statistical analysis using the Statistical Package for Social Science program. - SPSS 24. The general scores of quality of life in relation to the domain social relations, physical, psychological and environment were respectively: 65.8; 64.4; 62.3 and 55.0. Regarding the pattern of consumption over lifetime use, 84.7% used alcohol and 35.5% used marijuana. And the study found lower quality of life scores for those who used psychoactive substances, especially illicit ones, suggesting preventive actions on the use of SPAs within the university field.

**KEYWORDS:** Quality of life. Alcoholic beverages. Cannabis. Students of health sciences.

### 1 | INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPAs) é uma das grandes preocupações para o cuidado em saúde, especialmente, entre os adultos jovens. Nessa fase da vida é observada alternância de emoções no qual é exigida condutas de responsabilidades, caracterizado por empolgação com a nova fase e o incomodo com os compromissos, evidenciando a ambivalência nesta faixa etária muito predominante no ambiente universitário (TRINDADE; DINIZ; SÁ-JUNIOR, 2018).

O ingresso na universidade é um momento singular associado a um período de vulnerabilidade devido a inúmeros fatores, como os afastamentos dos familiares

e novos vínculos de amizade, possibilitando o estímulo pela experimentação (TEIXEIRA; DIAS; WOTTRICH; OLIVEIRA, 2008). Contudo, para avaliar um indivíduo como vulneráveis são perceptíveis outras características como o fator socioambiental que está diretamente ligado ao uso e abuso de SPAs e a ocorrência de comportamentos de risco. Assim, a universidade é um fator que pode favorecer o uso, em decorrência do maior número de possibilidades, como festas e pressão social para o consumo e abuso destas substâncias (JUNIOR; GAYA, 2015).

De acordo com I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, realizado em 2009, o álcool é a SPA mais utilizada entre os universitários e, quanto às ilícitas, a maconha apresentou-se mais prevalente (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

O álcool por ser uma substância lícita e aceita no meio cultural era de se presumir a presença marcante dessa substância. E ainda, verificou consumo superior do álcool entre universitários quando comparados à população brasileira em geral (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010).

Vale destacar que o início precoce do uso de álcool está associado a uma maior probabilidade de problemas relacionados ao seu consumo e de desenvolver dependência alcoólica na vida adulta e por isso, a importância em evitar o consumo nesta população (HINGSON & ZHA, 2009).

O fator experimental faz parte da faixa etária predominante no ambiente universitário. Com isso, Andrade, Duarte e Oliveira (2010) verificaram no seu estudo que 86,2% dos universitários brasileiros faziam uso do álcool, enquanto que, 49% utilizava substâncias ilícitas.

A maconha é a SPA ilícita mais consumida no mundo, sendo utilizada por 3,8% da população mundial. E, como qualquer SPAs, o uso pode provocar diversas consequências. Em relação à cannabis, aumenta o risco do desenvolvimento de depressão e de ideação suicida, sendo maior em idade adulta no comparativo com não usuários (GOBBI et al., 2019) little is known about the impact of cannabis use on mood and suicidality in young adulthood. To provide a summary estimate of the extent to which cannabis use during adolescence is associated with the risk of developing subsequent major depression, anxiety, and suicidal behavior. Medline, Embase, CINAHL, PsycInfo, and Proquest Dissertations and Theses were searched from inception to January 2017. Longitudinal and prospective studies, assessing cannabis use in adolescents younger than 18 years (at least 1 assessment point).

Segundo o último relatório sobre álcool e saúde de 2018, o uso antes, concomitante ou depois do álcool de outras substâncias foi evidenciado com destaques para: cocaína (29%), cannabis (25%), benzodiazepínicos (20%) e opioides (17%), indicando o uso simultâneo de outras drogas durante o mesmo episódio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Diversos estudos retrataram o uso de drogas interferindo diretamente e/ou indiretamente na vida do indivíduo, comprometendo a sua Qualidade de Vida (QV) (TEIXEIRA; DIAS; WOTTRICH; OLIVEIRA, 2008; HINGSON & ZHA, 2009; TRINDADE; DINIZ; SÁ-JUNIOR, 2018; GOBBI et al., 2019)

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000) a QV abrange inúmeros significados, e, conseqüentemente, uma gama de conceitos. Denotando o caráter multidimensional do conceito, o qual agrega um conjunto de conhecimentos, experiências e valores de indivíduos de uma sociedade em uma determinada época.

De tal forma, criou-se um conceito amplo que visa abranger a complexidade do constructo, inter-relacionando aspectos do meio ambiente, como físicos, psicológicos, nível de independência, relações pessoais e crenças pessoais. Logo, este conceito reflete a natureza subjetiva do constructo que está enraizada no contexto cultural e social, assim, o que é avaliado é a percepção do respondente/paciente frente ao que este considera qualidade de vida (FLECK, 2000).

Assim, a Organização Mundial de Saúde, através do WHOQOL *Group* reuniu especialistas de vários países e desenvolveu um conceito transcultural. A QV foi definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT - WHOQOL, 1995).

Neste contexto, objetiva conhecer a qualidade de vida e sua associação com uso do álcool e maconha pelos universitários, bem como identificar tais relações imprescindíveis, já que estes se tornarão os futuros profissionais e responsáveis por importantes decisões em diferentes âmbitos da sociedade (PORTUGAL; SIQUEIRA, 2011).

## 2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) no curso de Terapia Ocupacional de uma universidade pública.

A população estudada foi estudantes de graduação do primeiro ao último período do referido curso com os seguintes critérios de inclusão para o estudo: possuir matrícula ativa no segundo semestre de 2016, idade superior a 18 anos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aceitando participar da pesquisa.

Ao todo, no período da coleta, havia 130 alunos matriculados no curso e após os critérios de inclusão supracitados, a pesquisa finalizou com 111 alunos.

Em relação à coleta de dados, utilizaram-se dois instrumentos, o primeiro foi o

questionário proposto pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) para o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, o qual contempla diversas variáveis entre elas: dados sociodemográficos; informações acadêmicas; atividades gerais e uso de substâncias psicoativas.

O segundo instrumento utilizado foi o *World Health Organization Quality of Life- Bref* (WHOQOL-Bref), composto por 26 questões, as quais geram os domínios: psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto com os alunos de outro curso a fim de treinar os pesquisadores e verificar a necessidade de adaptações. Posteriormente entrou-se em contato com o departamento de Terapia Ocupacional, em seguida, os professores, no qual disponibilizavam um momento do horário de aula para que fossem aplicados os questionários.

A análise dos dados foi desenvolvida pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 24. Primeiramente, foi realizada uma análise univariada, na qual houve descrição das variáveis qualitativas, representadas pela frequência absoluta simples (N) e frequência relativa simples (%). Para a variável qualidade de vida realizou-se uma análise bivariada, utilizando-se as variáveis independentes e cada desfecho (domínios do WHOQOL-Bref), estabelecendo-se o nível de confiança de 5% para atribuir-se diferença entre as médias dos escores de QV em cada estrato das variáveis independentes investigadas, por meio do Teste-T.

Este estudo integra um projeto de pesquisa maior intitulado “Uso de Substâncias Psicoativas entre universitários do Centro de Ciências da Saúde” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CCS da própria universidade com o parecer nº 1.566.208, observando-se os dispositivos da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (CNS) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

### 3 | RESULTADOS

No total, 111 estudantes participaram deste estudo, dos quais a maioria é do sexo feminino, com a identificação de raça para mulato-pardos, solteira e católica (TABELA 1).

Características	N	Percentual (%)	
Sexo	Masculino	18	16,2%
	Feminino	93	83,8%
	Total	111	100%

Raça/cor	Mulatos/Pardos	47	42,3
	Caucasoides/Branços	43	38,7%
	Negros	18	16,2%
	Índios	2	1,8%
	Outros	1	0,9%
	Total	111	100%
Religião	Não Tenho Religião	25	22,5%
	Católica	41	36,9%
	Espírita	1	0,9%
	Umbanda/Candomblé	1	0,9%
	Evangélica/Protestante	39	35,1%
	Santo Daime/União do Vegetal	1	0,9%
	Outras	3	2,7%
	Total	111	100%
Estado civil	Solteiro (a)	96	87,3%
	Casado (a)/ “Vive junto”	10	9,1%
	Separado (a)/ Divorciado (a)	4	3,6%
	Total	110	100%

Tabela 1 – Características sociodemográficos dos estudantes de Terapia Ocupacional da universidade pública. Vitória, 2018.

Fonte: próprio autor.

As principais substâncias psicoativas lícitas e ilícitas consumidas por essa população foi o álcool e a maconha, conforme demonstrado na Tabela 2.

Uso		N	Percentual (%)
Álcool	Sim	94	84,7%
	Não	17	
	Total	111	100%
Na Vida	Sim	80	26,7%
	Não	27	72,3%
	Total	107	100%
No Ano	Sim	68	63%
	Não	40	37%
	Total	108	100%

	Sim	66	62,3%
No último Mês	Não	40	37,7%
	Total	106	100%
<b>Maconha</b>			
Na Vida	Sim	39	35,5%
	Não	71	64,5%
	Total	110	100%
No Ano	Sim	27	26,7%
	Não	71	72,3%
	Total	101	100%
Nos últimos três meses	Sim	21	21%
	Não	79	79%
	Total	100	100%
No último Mês	Sim	20	22%
	Não	71	78%
Na Vida	Sim	39	35,5%

Tabela 2 – Tipos de uso do álcool e maconha entre estudantes de Terapia Ocupacional da universidade pública. Vitória, 2018.

Fonte: próprio autor.

Quanto à QV dos universitários, verificou maior média no domínio relações sociais (65,8), seguido dos domínios físico (64,4) e psicológico (62,3). E menor média no domínio meio ambiente (55,0), conforme descrito da Tabela 3.

Domínios	Qualidade de vida				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	
	64,4(16,2)	62,3(19,2)	65,8(21,2)	55,0(15,5)	
<b>Uso de Álcool</b>					
Uso na vida	Sim	64,4	61,6	65,0	54,3
	Não	65,4	66,4	71,4	59,3
Uso no ano	Sim	64,6	61,7	65,5	55,1
	Não	64,9	64,7	68,1	55,4
Uso nos últimos 3 meses	Sim	65,4	62,4	66,4	54,4
	Não	64,0	62,8	65,7	56,5
Uso no último mês	Sim	64,4	59,6	67,7	53,0
	Não	64,7	64,4	64,2	56,1



Uso de Maconha					
Uso na vida	Sim	65,4	60,9	62,9	52,3
	Não	64,0	63,0	67,7	56,6
Uso no ano	Sim	62,8	59,1	59,5	49,5
	Não	65,5	63,7	68,6	57,4
Uso nos últimos 3 meses	Sim	60,5	58,2	61,8	46,8
	Não	65,9	63,6	67,2	57,5
Uso no último mês	Sim	61,6	58,3	60,8	45,2
	Não	65,3	63,2	66,6	56,6

Tabela 3 - Qualidade de vida, segundo os tipos de uso de álcool e maconha, dos estudantes Terapia Ocupacional da universidade pública. Vitória, 2018.

Fonte: próprio autor.

E quando comparados àqueles que fizeram o uso do álcool e da maconha, observa-se pouca variação. A maioria dos domínios apresentaram menores médias, porém houve algumas exceções. Em relação ao álcool, os domínios físico e relações sociais para o uso nos últimos três meses e o domínio relações sociais para o uso no último mês, houve um aumento. Enquanto ao uso da maconha observa-se exceção apenas para o domínio físico e o uso na vida dessa substância (Tabela 3).

#### 4 | DISCUSSÃO

A Qualidade de Vida (QV) surge como um meio de mensurar a influência do sofrimento psíquico, físico e de outras condições no desenvolvimento psicossocial destes indivíduos através das pontuações dos domínios e facetas que envolve essa temática a partir do instrumento WHOQOL-Bref (FLECK, 2000).

Os escores de qualidade de vida encontrados neste estudo são próximos ao encontrado na literatura referente aos universitários (ALVES et al, 2010; CHAZAN; CAMPOS, 2013; FIEDLER, 2008).

Quando associado ao uso do álcool e da maconha, observou pouca alteração no estudo. Contudo, obteve interferências, no qual reduziu a QV referente a alguns domínios. Esse fato corrobora com Moreira et al. (2013) que relatou a associação do uso de SPAs para um escore de QV inferior daqueles que não usam essas substâncias.

Em relação ao uso do álcool e a QV do universitário, o domínio físico e relações sociais apresentaram médias maiores quando comparado ao uso do álcool nos últimos três meses. Tal fato pode ser explicado pelo uso do álcool como fonte de diversão para os universitários, os quais utilizam a substância em festas e encontro com os amigos, ou seja, em eventos sociais. Situação relevante para ponderar estratégias dentro da universidade para abordagem ao uso de álcool, especialmente nos eventos, como recepção dos “calouros” e discussão sobre o uso responsável de bebidas (ANTONIASSI JUNIOR G; GAYA, 2015).

Já em relação aos outros domínios, psicológico e meio ambiente, a maioria dos escores de QV desses domínios reduziu quando associados ao uso do álcool, sendo um dado constatado também por outros autores (MANZATTO et al., 2011; VEIGA, CANTORANI e VARGAS, 2016) uma vez que esta substância proporciona uma falsa ideia de que ao utilizar ajudará a esquecer os problemas. E ainda, é muito utilizada como forma de combater o estresse e promover a descontração.

Ainda há poucos estudos sobre a qualidade de vida e uso de álcool especificamente. Entretanto, quando se observa na literatura outros casos de saúde mental, é possível encontrar fortemente a associação com menores escores de QV, especialmente, relacionados ao Transtorno Mental Comum (ansiedade e depressão) e doenças graves (EVANS et al., 2007).

Outra substância estudada, maconha, foi a substância ilícita mais consumida pela população da pesquisa. A associação do uso da maconha e os domínios da QV entre esses universitários interferiram de forma mais significativa do que o uso do álcool. Praticamente, todos os padrões de consumo estudados da maconha obtiveram menores escores da QV, com exceção para o uso na vida da maconha.

A maconha é uma substância antiga e o seu consumo vem aumentando, especialmente, entre os adultos jovens. E dependendo do seu padrão de uso pode causar tanto euforia quanto relaxamento, além de outros sintomas mais intensos como ansiedade, paranoias, prejuízo na memória que é evidenciada, de acordo com o tempo de uso (LACERDA; NOTO, 2014). Geralmente, o uso na vida ou experimental da maconha não causa efeitos danosos, fato que esclarece o maior escore da QV em relação ao uso na vida da maconha pelos universitários.

Cabe destacar que a literatura aponta grupos de riscos que estão mais propensos a sofrer sintomas mais severos devido ao uso da cannabis. E um dos grupos que se destaca é os adolescentes e jovens adultos (LACERDA; NOTO, 2014). E outro fator é a associação do uso de uma substância ilegal, que pode causar ansiedade pelo ato ilegal e/ou estar atrelado as relações de amizade e pertencimentos de grupos, ou até mesmo, na fuga de algum problema (TARGINO, 2017). Combinação que pode interferir reduzindo o escore da QV do indivíduo, conforme verificado neste estudo.

Portanto, ressalta-se a importância de estudar a qualidade de vida entre os universitários, como uma medida de se avaliar a percepção de sua saúde, para, assim, discutir ações que possam contribuir para o não adoecimento. (PASAREANU, OPSAL, VEDERHUS, KRISTENSEN, & CLAUSEN, 2015)

## 5 | CONCLUSÃO

O uso de substâncias psicoativas interfere na qualidade de vida do indivíduo mesmo que de forma mínima, a princípio. No qual se destaca a substância ilícita (maconha) como a droga que mais reduziu o escore da QV dos domínios, em relação à substância lícita (álcool).

É importante ressaltar que algumas limitações devem ser elencadas no presente estudo, como, o uso de SPAs ser aferido por meio de um questionário. Fato que pode gerar proporções menores do que acontece, uma vez que o universitário pode omitir seu uso.

Contudo, ainda é necessário estudar a QV dos universitários e a relação deles com as substâncias psicoativas para gerar discussões de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida nesta população. Logo, com esse estudo, obteve o conhecimento da QV desses indivíduos, permitindo uma ampla visão da situação, fornecendo conteúdo necessário para planejamentos de ações efetivas em prol da melhoria da QV desses futuros profissionais.

## REFERÊNCIAS

ANTONIASSI JÚNIOR, G.; GAYA, CM. **Implicações do uso de álcool, tabaco e outras drogas na vida do universitário**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 28, n.1, p. 67-74, 2015.

ALVES, J. G. et al. **Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, n. 1, p. 91-96, 2010.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CHAZAN, A. C. S.; CAMPOS, M. R. **Qualidade de vida de estudantes de medicina medida pelo WHOQOL-bref**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 3, p. 376-384, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

EVANS, S. et al. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. Qual Life Res, v. 16, n. 1, p. 17-29, 2007.

FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 263 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, 2008.

FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** [s.l.] Grupo A - Artmed, 2000.

GOBBI, G. et al. **Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis.** JAMA Psychiatry, 13 fev. 2019.

HINGSON R. W., ZHA W. **Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking.** Pediatrics, v. 123, n.6, p. 1477-84, 2009.

JUNIOR, G. A.; GAYA, C. M. **Implicações do uso do álcool, tabaco e outras drogas na vida do universitário.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v.28, n.1, p.67-74, 2015.

LACERDA, R. B. e NOTO, A. R. **Drogas perturbadoras (maconha, LSD, êxtase e outros): efeitos agudos e crônicos.** In: BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 6. ed. Brasília :2014.

MANZATTO, L. et al. **CONSUMO DE ÁLCOOL E QUALIDADE DE VIDA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.** Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde, Campinas, v. 9, n. 1, p. 37-53, 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Quality of life and health: a necessary debate.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MOREIRA, T. C. et al. **Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18,n. 7, p.1953-1962, 2013.

PASAREANU, A. R., OPSAL, A., VEDERHUS, J.-K., KRISTENSEN, Ø., & CLAUSEN, T. **Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment.** Health and Quality of Life Outcomes, v. 13, p. 35–38, 2015.

PORTUGAL, F. B.; SIQUEIRA, M. M.. **Fatores associados ao uso de substâncias psicoativas entre universitários de pedagogia da universidade federal do Espírito Santo.** Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 348–55, 2011.

TARGINO, R. L. O. **Qualidade de vida dos usuários de drogas.** 2017. 190f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 2017.

TEIXEIRA, M. A. P. et al. **Adaptação à universidade em jovens calouros.** Rev. Semestral da Associação Bras. Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 12, n. 1, 2008.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. **QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Social Science & Medicine, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

TRINDADE, B. P. A.; DINIZ, A. V.; SÁ-JUNIOR, A. R. **Uso de drogas entre estudantes universitários: uma perspectiva nacional.** Rev Med Saúde Brasília, Brasília, v. 7, n. 1, p. 52-60, 2018.

VEIGA, C.; CANTORANI, J. R. H.; VARGAS, L. M. **Qualidade de vida e alcoolismo: um estudo em acadêmicos de licenciatura em educação física.** Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde, v. 14, n. 1, p. 20-34, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018.** [s.l.] World Health Organization, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Sibeli/Downloads/Global%20status%20report%20on%20alcohol%20and%20health%202018%20(2).pdf>.

## REINCIDÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E FATORES ASSOCIADOS SEGUNDO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO II

### **Mayara Macedo Melo**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Rosane da Silva Santana**

Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará,  
Brasil.

### **Francisco Lucas de Lima Fontes**

Programa de Pós-Graduação em Ciência Política  
(mestrado). Universidade Federal do Piauí.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Maria da Cruz Silva Pessoa Santos**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Germano Soares Martins**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Luis Eduardo da Silva Amorim**

Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina,  
Piauí, Brasil.

### **Sandra Maria Gomes de Sousa**

Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí,  
Brasil.

### **Dulcimar Ribeiro de Matos**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Denise Sabrina Nunes da Silva**

Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina,  
Piauí, Brasil.

### **Daniely Matias Facundes**

Associação de Ensino Superior do Piauí. Teresina,  
Piauí, Brasil.

### **Maria Oneide dos Santos**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Francielen Evelyn de Oliveira Adriano**

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – Faculdade  
IESM. Timon, Maranhão, Brasil.

**RESUMO:** Objetivou-se com o presente estudo discutir as reincidências de tentativas de suicídio e os fatores associados segundo equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida no primeiro semestre de 2018 em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II da cidade de Teresina, capital do Piauí. A pesquisa foi composta por dez profissionais de saúde, dos quais quatro enfermeiros, quatro psicólogos e dois médicos psiquiatras. A reincidência comumente ocorre pelo agravamento de patologias pregressas do sujeito. Pode ser potencializada por momentos crises, não aceitação da doença ou por rejeição ao tratamento. Revela-se a importância dos Centros de Atenção Psicossocial na identificação dos pacientes que encontram-se em crise em decorrência de transtornos psiquiátricos, são recorrentes nas tentativas

de autoextermínio ou possuem predisposição. Esses Centros recebem e avaliam pacientes, instituem tratamentos, acompanham e, quando verificado intenso sofrimento mental, encaminham a hospitais psiquiátricos para internação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio, Saúde Mental, Saúde Pública.

## SUICIDE ATTEMPTS REINCIDENCES AND ASSOCIATED FACTORS BY MULTIPROFESSIONAL TEAM OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER TYPE II

**ABSTRACT:** The objective of this study was to discuss the recurrences of suicide attempts and the associated factors according to the multiprofessional team of a Type II Psychosocial Care Center. This is a descriptive field research with qualitative approach developed in the first semester of 2018 in a Type II Psychosocial Care Center in the city of Teresina, capital of Piauí. The research was composed of ten health professionals, of which four nurses, four psychologists and two psychiatrists. Recurrence commonly occurs by aggravation of previous pathologies of the subject. It may be potentiated by moments of crisis, non-acceptance of the disease or rejection of treatment. The importance of Psychosocial Care Centers in the identification of patients who are in crisis due to psychiatric disorders, are recurrent in self-extermination attempts or are predisposed. These centers receive and evaluate patients, institute treatments, monitor and, when there is intense mental suffering, refer them to psychiatric hospitals for hospitalization.

**KEYWORDS:** Suicide, Mental Health, Public Health.

### 1 | INTRODUÇÃO

A palavra suicídio foi utilizada pela primeira vez pelo abade Desfontaines em 1737 e tem sua origem do latim *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar). No século XIX foi inserida e utilizada pela sociedade científica, que à época buscava fundamentos e esclarecimentos no campo da Psiquiatria e da Sociologia para o fenômeno (TORO *et al.*, 2013).

O sociólogo Émile Durkheim, expoente e estudioso do suicídio como fenômeno, estabeleceu definição acerca da tentativa do ato como todo evento falho de morte decorrente direta ou indiretamente de uma ação negativa ou positiva ocasionada pela própria vítima (BANDEIRA, 2017).

Diante do contexto histórico o suicídio possui características diversas, assim como significados para motivações surgem de vários campos (Psicologia, Sociologia e Psiquiatria). Por abranger diversas variáveis, a tentativa de suicídio caracteriza-se como um importante problema de saúde pública (GONDIM *et al.*, 2017).

Sujeitos que tentaram suicídio previamente possuem de cinco a seis vezes

mais chances de empenhar-se no ato novamente. É estimado que 50% daqueles que obtiveram êxito no autoextermínio possuíam histórico de tentativas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Pensamentos regulares de morte são considerados fatores de risco para o suicídio. Configuram-se, portanto, como um potente estimulante para a consumação do autoextermínio, o que corrobora para a atuação profissional imediata após tentativas, de modo a garantir instituição de tratamentos singulares em pacientes com ideações suicidas (MELO *et al.*, 2019a; MELO *et al.*, 2019b).

Embora os casos de suicídio muitas vezes sejam acompanhados e tratados por equipe multidisciplinar, tal fator não impede a recidiva de tentativas, uma vez que essa assistência à saúde mental é majoritariamente oferecida pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Apesar da existência de profissionais especializados, por vezes o estabelecimento não consegue abranger todas as necessidades dos usuários, o que revela a importância de outras instituições, como a família, no fornecimento de apoio em momentos de crise (PRUDENTE; TOROSSIAN, 2019).

A fim de evitar as reincidências, faz-se necessária atenção maior ao primeiro ano após a tentativa inicial de suicídio, pois este caracteriza-se como um período crítico, tanto para aqueles que tentam pela primeira vez como para reincidentes. O tratamento e acompanhamento profissional nesse espaço de tempo devem ser intensificados (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016).

As ações de prevenção ao suicídio devem abranger não apenas as tentativas, mas sobretudo as recidivas, uma vez que nestes momentos há comprometimento do tratamento bem como agravamento da condição de saúde do indivíduo (MACEDO, 2018).

Face ao exposto, o objetivo do presente estudo foi discutir as reincidências de tentativas de suicídio e os fatores associados segundo equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida em um CAPS tipo II da cidade de Teresina, capital do Piauí. Essa modalidade de CAPS fornece assistência diária ao público adulto em cidades que contam com 70.000 a 200.000 habitantes e viabiliza acolhimento individual e coletivo, visitas domiciliares, realização de oficinas terapêuticas, ações comunitárias e apoio familiar. O centro foi escolhido por meio de sorteio aleatório simples, dentre os sete CAPS presentes na cidade.

Este estudo é derivado de um projeto de pesquisa intitulado “Motivações e circunstâncias do comportamento suicida relatada pela equipe multiprofissional

de um Centro de Atenção Psicossocial II em Teresina-PI”, que teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA) com nº do parecer 2.511.143. Desta pesquisa, emergiram estudos com objetivos e temáticas diferentes, baseados nos depoimentos coletados.

A pesquisa foi composta por dez profissionais de saúde, dos quais quatro enfermeiros, quatro psicólogos e dois médicos psiquiatras. Estes, integravam a equipe multiprofissional prestadora de atendimento aos sujeitos acompanhados e tratados no serviço. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa relacionavam-se aos profissionais de saúde que executavam assistência individual em consultórios e que exerciam funções no CAPS há pelo menos um ano. Foram excluídos aqueles profissionais que estavam afastados de suas responsabilidades, devido a licença ou férias durante a coleta de dados.

Todos os participantes que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De modo a garantir sigilo e anonimato, o nome dos sujeitos foi expresso pelas letras EM, de equipe multiprofissional, em caixa alta procedido por números romanos (I, II, III, IV...), de acordo com a ordem de realização cronológica das entrevistas.

As entrevistas ocorreram entre fevereiro e maio de 2018. Utilizou-se como instrumento um roteiro semiestruturado constituído de dois segmentos: o primeiro, com informações pessoais e profissionais para caracterização do perfil do grupo entrevistado, e o segundo, composto por questionamentos abertos sobre o objetivo do projeto.

De modo a não perder qualquer informação relevante, empregou-se como instrumento de apoio um aparelho gravador de voz, a fim de assegurar a autenticidade dos depoimentos representados pelas falas dos participantes. As percepções obtidas foram transcritas na íntegra, e aplicou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que compreende um conjunto de falas individuais, de onde são retiradas as ideias centrais para a construção de um discurso comum que representa o pensamento coletivo (BARDIN, 2016).

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Brasil está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio, ocupando a oitava posição. Somente em 2012 registraram-se quase 12 mil casos, cerca de 30 ao dia. Desses, 77,8% foram cometidos por homens. De 2000 a 2012 verificou-se aumento na quantidade suicídios (10,4%), com ascensão de 30% entre jovens no espaço de tempo analisado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).



Verificou-se com os profissionais do CAPS estudado que boa parte dos pacientes atendidos apresentavam reincidências de tentativas de suicídio. Salienta-se que a alta terapêutica raramente acontece, exigindo do serviço controle e manejo com vistas ao distanciamento, na medida do possível, dos fatores de risco envolvidos com as recidivas, conforme os depoimentos.

“[...] Sim, sempre acontece. Tive um caso de um paciente que cometeu suicídio, foi em uma situação... esse paciente era esquizofrênico, tinha bipolaridade, e ele... praticamente às vésperas de fazer a perícia médica no INSS, ele cometeu, com medo de perder uma aposentadoria ele se enforcou [...]” (EM I)

“[...] A questão da alta é muito rara, infelizmente. Cria-se uma dependência... a gente orienta, mas eles terminam ficando ou então eles retornam... porque aqui é como uma casa, aqui tem alimento, tem uma consulta mais fácil de marcar, tem todo um ambiente de acolhimento, coisa que não tem no ambulatório deles, lá tem filas e mais filas e pronto. Aí pra largar aqui é mais difícil [...]” (EM II)

“[...] Sim... sempre tem alguns casos. Nunca peguei caso de suicídio aqui no CAPS de algum paciente meu daqui, mas sempre tem as ideações... Faz parte da evolução do caso clínico [...]” (EM III)

“[...] Aqui a gente já teve caso de suicídio durante o tratamento, são poucos casos, mas a gente já teve sim. Esses casos de depressão grave que teve suicídio não estavam de alta, o que aconteceu foi que a pessoa não conseguiu sair da depressão e acabou se suicidando mesmo [...]” (EM IV)

“[...] A reincidência faz parte do tratamento, a pessoa às vezes está bem e no outro dia está para baixo, às vezes acontece alguma coisa na família, um problema grande e ela sucumbe. É cheio de altos e baixos, não tem como prever [...]” (EM V)

“[...] Sempre tem, até porque faz parte do processo de tratamento [...]” (EM VI)

“[...] Não quer dizer que a pessoa tentou uma vez, que ela vai tentar de novo, mas uma tentativa de suicídio conta como fator de risco para a pessoa ter futuras tentativas, ter tentativas prévias. Se ela começa a ter ideações novamente e já teve uma tentativa anterior então já precisa ter uma atenção maior [...]” (EM VII)

“[...] Nós temos, muitos... a maioria que chega pra gente aqui nós já conhecemos, já tentaram... três, quatro vezes... Geralmente por causa do transtorno. Agora assim, a vivência nossa aqui é essa. Paciente já com casos diagnosticados. Agora a vivência fora é diferente que a gente tem, né? [...]” (EM VIII)

“[...] Ah... mas sempre tem uns sim... dentro e fora do tratamento [...]” (EM IX)

“[...] Sim, principalmente no grupo com má adesão ao tratamento, em especial com diagnóstico de transtorno de personalidade emocional instável [...]” (EM X)

A reincidência comumente ocorre pelo agravamento de patologias progressas do sujeito. Pode ser potencializada por momentos crises, não aceitação da doença ou por rejeição ao tratamento. Como relatado pelos profissionais do CAPS, a reincidência ocorre com frequência, principalmente em pacientes que possuem

dificuldades de adesão ao tratamento, o que repercute na forma como o sujeito com ideação suicida vê o mundo.

O estudo de Fernandes, Ferreira e Castro (2016) identificou 656 casos de tentativa de suicídio em uma capital do Norte brasileiro de 2010 a 2014. Verificou-se reincidência de 30,2%, o que releva a necessidade de elaboração de estratégias de prevenção a novas tentativas.

A tentativa de suicídio geralmente reincide sob a perspectiva de abandono e/ou não adesão ao tratamento psicoterapêutico, que associada às características de patologias pregressas, desemprego, violência seja ela de qualquer natureza, laços afetivos rompidos, aumentam significativamente as chances de novas tentativas, com consequente consumação do ato (GONDIM *et al.*, 2017).

O tratamento singular dos casos de suicidas com transtorno mental preexistente é a base para prevenção de novas tentativas do evento. O indivíduo com doença mental não tratada possui uma percepção da realidade diferenciada que afeta sua tomada de decisões. A adesão à terapia e o acompanhamento profissional torna-se a base para o distanciamento de ideias de autoextermínio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Além da adesão ao tratamento, a escuta terapêutica durante o acompanhamento profissional constitui-se como recurso relevante na prevenção e tratamento de pessoas que já tenham tentado ou sejam propensas a cometer autoextermínio. Na escuta o paciente tem a oportunidade de expor seus sentimentos, medos e inseguranças, sendo um momento útil na construção de vínculo profissional-paciente (FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018).

Melo *et al.* (2019a) já discutiram anteriormente sobre as motivações que levam o sujeito a cometer suicídio. No estudo pôde ser identificado aspectos relacionados a problemas sociais, familiares e de cunho amoroso, bullying, uso de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas como gatilho para comportamentos e ideias suicidas.

Como informado pelos entrevistados EM I, IV, VIII e X muitas das reincidências ocorrem devido a transtorno mental do paciente que, quando aliado à adesão inadequada do tratamento, culminam em crises e consequentemente em novas tentativas.

Dentre os transtornos psiquiátricos comumente associados ao suicídio, destacam-se: transtorno de humor (35,8%), transtorno por uso de substância psicoativa (22,4%), transtorno de personalidade (11,6%), esquizofrenia (10,6%) e transtorno de ansiedade (6,1%). Indivíduos com mais de uma comorbidade psiquiátrica possuem risco elevado ao suicídio, ou seja, quanto mais diagnósticos, maiores os riscos. Os sujeitos sem diagnóstico de doença mental representam apenas 3,2% (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Para a Organização Mundial de Saúde, a má adesão terapêutica de pessoas com comportamento suicida é fator de risco para a reincidência das tentativas, assim como o histórico de experiências anteriores associado ao afastamento do tratamento medicamentoso, psicológico ou assistencial (BOTTI *et al.*, 2018).

Além da terapia medicamentosa e acompanhamento psicológico, como forma de trazer o paciente para o processo de reabilitação e recuperação psicossocial, a atividade ocupacional terapêutica pode se mostrar extremamente útil. Nela, o sujeito tem a oportunidade de aprimorar habilidades físicas, emocionais e intelectuais a uma vida independente (MELO-DIAS; ROSA; PINTO, 2014).

Desde 2011 no Brasil os casos de tentativas de suicídio devem ser notificados de maneira imediata e compulsória, contudo reconhece-se os obstáculos da subnotificação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). A subnotificação das tentativas de suicídio prejudica o controle de dados sobre esses eventos, desprezando importantes informações que contribuiriam para realização de estudos e elaboração de políticas voltadas para a prevenção e posvencão (BANDEIRA, 2017).

#### 4 | CONCLUSÃO

Revela-se a importância dos Centros de Atenção Psicossocial na identificação dos pacientes que encontram-se em crise em decorrência de transtornos psiquiátricos, são reincidentes nas tentativas de autoextermínio ou possuem predisposição. Esses Centros recebem e avaliam pacientes, instituem tratamentos, acompanham e, quando verificado intenso sofrimento mental, encaminham a hospitais psiquiátricos para internação.

O reconhecimento pelo profissional de fatores associados ao suicídio é o primeiro passo para a instituição de uma assistência efetiva e acolhedora. Concernente às reincidências de tentativas de suicídio, este estudo mostra que a não adesão ou adesão inadequada ao tratamento de comorbidades psiquiátricas é o principal fator associado às recidivas.

#### REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. et al. Os direitos humanos de pacientes em risco de suicídio no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 1, p. 26-35, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BANDEIRA, M. A. D. Reflexões sobre a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativas de suicídio. **Revista Amazônica Science & Health**, v. 5, n. 3, p. 22-29, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ª ed. Edições 70, Brasil, 2016.

BOTTI, N. C. L. et al. Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 12, n. 5, p. 1289-1295, 2018.

FERNANDES, D. A. A.; FERREIRA, N. S.; CASTRO, J. G. D. Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas-Tocantins, de 2010 a 2014. **Revista Eletrônica Tempus**, v. 10, n. 4, p. 09-23, 2016.

FERNANDES, M. A.; LIMA, G. A.; SILVA, J. S. Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 1, p. 75-79, 2018.

GONDIM, A. P. S. et al. Tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 110-119, 2017.

MACEDO, N. T. **Caracterização dos casos de suicídio no Estado de Roraima-RR**. 78 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Mestrado em Ciências da Saúde (PROCISA), Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2018.

MELO-DIAS, C.; ROSA, A.; PINTO, A. Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 11, n. 1, p.15-23, 2014.

MELO, M. M. et al. Percepções da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial sobre as motivações que levam o sujeito ao comportamento suicida. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. S24, e529, 2019a. doi.org/10.25248/reas.e529.2019

MELO, M. M. et al. **Circunstâncias associadas ao suicídio**: depoimentos de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II. In: Saúde pública e saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas 5. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019b. doi.org/10.22533/at.ed.9901902097

PRUDENTE, J.; TOROSSIAN, S. D. O risco de suicídio no contexto da atenção psicossocial: ensaio psicanalítico. **PSI UNISC**, v. 3, n. 1, p. 212-221, 2019.

TORO, G. V. R. et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicologia em Revista**, v. 19, n. 3, p. 407-421, 2013.

## RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM

### **Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro**

Doutora e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –EERP-USP, Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais, Campus Passos.

### **Luiz Jorge Pedrão**

Doutor, Mestre e docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP

### **Andréa Cristina Alves**

Doutoranda e Mestre pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –EERP- USP, docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, campus Passos

### **Marilene Elvira de Faria Oliveira**

Mestre pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –EERP- USP, Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais, Campus Passos.

### **Aline Teixeira Silva**

Doutoranda e Mestre pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –EERP- USP, Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais, Campus Passos.

**RESUMO:** **Introdução:** O enfermeiro necessita desenvolver competência específica para conhecer o paciente, é importante desenvolver suas habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal para também

orientar a equipe de enfermagem nestas habilidades. Têm se percebido que os enfermeiros estão buscando mais do que a execução de tarefas, desejam ser reconhecidos como seres humanos que ajudam os necessitados a terem uma vida melhor. Objetivos: Investigar pacientes de clínica médica e cirúrgica a compreensão sobre Relacionamento Interpessoal, sua importância, como ela ocorre entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. Método: Estudo descritivo-exploratório, qualitativo; realizado em um hospital geral do SUS, em Minas Gerais. Participaram oitenta e sete (87) pacientes, quinze (15) foram submetidos à entrevista prévia, utilizando instrumento semiestruturado e setenta e dois (72) observados. Resultados: Entrevistas apresentaram a visão dos pacientes de como são tratados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, os conteúdos de suas conversas, como essas os ajudam, seus sentimentos, o que mais valorizam para o seu bem-estar e suas sugestões para melhorar a assistência de enfermagem. Evidenciou-se que os pacientes são bem tratados, suas falas levam ao entendimento de que evitam fazer comentários negativos da assistência por medo de serem maltratados e de ofenderem os profissionais. As conversas foram breves, superficiais e mecânicas. Conclusões:

Predominância por parte dos profissionais em realizar as técnicas, deixando evidente sua formação instrumental, não sendo incluído o relacionamento interpessoal como técnica; despreparo para se comunicarem ou se relacionarem com os pacientes, apesar de relatarem que um dos fatores que mais influenciam em seu bem-estar é o relacionamento interpessoal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Relacionamento Interpessoal, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

## INTERPERSONAL RELATIONSHIP: PERCEPTION OF NURSING

**ABSTRACT:** Introduction: The nurse needs to develop specific competence to know the patient, it is important to develop their communication skills and interpersonal relationship to also guide the nursing team in these skills. It has been perceived that nurses are seeking more than performing tasks, wishing to be recognized as human beings who help the needy to have a better life. Objectives: To investigate patients from medical and surgical clinics to understand interpersonal relationship, its importance, how it occurs among nursing technicians and auxiliaries. Method: Descriptive-exploratory, qualitative study; Performed at a general Hospital of the SUS, in Minas Gerais. Participants were 87 (87) patients, fifteen (15) were submitted to a previous interview, using a semi-structured instrument and 72 (72) observed. Results: The interviews presented the patients' view of how they are treated by nursing technicians and auxiliaries, the contents of their conversations, how these help them, their feelings, what they value most for their well-being and their suggestions for Improve nursing care. It was evidenced that the patients are well treated, their speeches lead to the understanding that they avoid making negative comments of the care due to fear of being abused and of offending the professionals. The conversations were brief, superficial and mechanical. Conclusions: The predominance of professionals in performing the techniques, leaving evident their instrumental formation, not being included the interpersonal relationship as technique; Lack of preparedness to communicate or relate to patients, although they report that one of the factors that most influence their wellbeing is interpersonal relationships.

**KEYWORDS:** Interpersonal relationship, nursing technicians and auxiliaries.

## 1 | INTRODUÇÃO

A equipe de saúde cada vez mais vem mostrando a sua necessidade de aprimoramento e seu desempenho é alvo de estudo.

A equipe de enfermagem representa o maior grupo que tem contato com o paciente; portanto os pacientes, com frequência julgam as organizações pela qualidade do serviço de enfermagem (CADAH, 2000).

São os pacientes e seus familiares que melhor avaliam os cuidados recebidos,

e assim, se tornam os melhores avaliadores da qualidade destes cuidados. O paciente destaca que o foco principal de sua avaliação não costuma ser a parte técnica e sim a humana, estando relacionado à simpatia, paciência, respeito e atenção. Assim é necessário estabelecer este relacionamento interpessoal com o cuidador, pois, quanto mais atender às suas perspectivas de cuidado, mais ele se sentirá cuidado e mais satisfeito ficará.

O que qualifica a enfermagem é o seu caráter relacional, conforme atestam algumas teorias clássicas da enfermagem. Apesar desse enfoque, na relação afetiva com o paciente, a prática mostra-se contraditória, sendo estes muitas vezes tratados com indiferença pela equipe de enfermagem (PIAGGE, 1998).

O relacionamento interpessoal, aparentemente muito simples, é de grande complexidade visto que são pessoas em interação, cada uma com suas características pessoais, sociais e culturais (RIBEIRO et al., 2003).

Destacando o papel do enfermeiro no processo de cuidar, Travelbee (1982), considera que o privilégio de uma relação de pessoa a pessoa é de todos: paciente, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem e os demais membros da equipe.

A teoria de Peplau (1952) se baseia nas relações enfermeiro-paciente e descreve a enfermagem como um processo interpessoal terapêutico, onde o processo de cuidar do paciente encerra um aspecto profissional, a relação enfermeiro-paciente, ou seja, o enfermeiro precisa reconhecer, definir e compreender o que acontece e quando ocorre relações com o paciente.

O cuidado de enfermagem ocorre através das interações entre duas pessoas: uma que precisa de ajuda e outra que proporciona ajuda. A relação de ajuda é uma interação planejada, com objetivos definidos, na qual as pessoas que participam desta, modificam seu comportamento construtivamente com a evolução do processo de relacionamento (TRAVELBEE, 1982).

As ações de cuidar propiciam que cuidadores e pacientes interajam, apesar destas parecerem se tornar cada vez mais impessoal, mecanizada e rotinizada, sendo comum o fato de muitos profissionais não saberem como iniciar ou manter uma conversa adequada com o paciente (RIBEIRO E PEDRÃO, 2001).

Não se concebe prestar um cuidado de enfermagem mecanicamente, pois não se pode substituir nem o enfermeiro, nem os técnicos e auxiliares de enfermagem, nem o paciente por máquinas, que, ao contrário destas, as relações humanas são insubstituíveis. O contato com o paciente se dá quase sempre no desenvolvimento de algum procedimento, com raros momentos de comunicação e relacionamento, sendo que isto contribui para a visão do paciente e seus familiares de que a assistência de enfermagem é fria e desumana. Entende-se que um olhar, um toque ou um carinho associados a um procedimento técnico farão a diferença em uma prestação de cuidados (RIBEIRO E FUREGATO, 2003).

## 2 | OBJETIVOS

Investigar junto a pacientes de clínica médica, cirúrgica e psiquiátrica sua compreensão sobre Relacionamento Interpessoal e qual a importância desta habilidade;

Observar como ocorre o Relacionamento Interpessoal entre auxiliares e técnicos de enfermagem com os pacientes das referidas clínicas, o motivo que os levou a este relacionamento e a frequência desta interação;

Comparar os dados obtidos da percepção do paciente com a observação direta dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

## 3 | TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### Características do estudo

Trata-se de uma pesquisa social, pois reflete posições frente à realidade, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados, a enfermagem. É a continuação de um estudo realizado no Mestrado sobre o Relacionamento Interpessoal, sendo este, um estudo descritivo-exploratório, com uma proposta de trabalho teórico-metodológica para abordagem qualitativa. A abordagem metodológica qualitativa justifica-se por não ser possível operacionalizar em números e variáveis um trabalho que envolve relações humanas e sociais no campo da saúde, buscando explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e a atividade humana que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

### Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Passos, Estado de Minas Gerais, que possui três (3) hospitais (Hospital São José, Hospital Otto Krakauer e Santa Casa de Misericórdia), um Pronto Socorro Municipal, oito (8) Unidades Básicas de Saúde e 17 equipes do Programa de Saúde da Família.

A obtenção da coleta dos dados foi centrada em duas instituições:

1-Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP): trata-se de um hospital geral, regional, filantrópico, com 213 leitos que atende pacientes de convênios, SUS e particulares. As clínicas médicas e cirúrgicas, escolhidas para este estudo, consistem de enfermarias com três (3) leitos e atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

2- Hospital Otto Krakauer: trata-se de um hospital psiquiátrico, com 120 leitos, que atende pacientes conveniados ao SUS.



## **Participantes do estudo**

Fizeram parte deste estudo, pacientes conveniados ao SUS, internados nas clínicas médica e cirúrgica da Santa Casa de Misericórdia de Passos e pacientes psiquiátricos do Hospital Otto Krakauer, também do SUS, que estiveram internados durante o período estipulado para entrevista e observação. Foram utilizados dez (10) pacientes para entrevista nas Clínicas Médica e Cirúrgica da Santa Casa e cinco (5) no Hospital psiquiátrico. Para a observação, foram utilizados quarenta e oito (48) pacientes da Santa Casa, sendo vinte e quatro (24) da Clínica Médica e vinte e quatro (24) da Clínica Cirúrgica, sendo que foram observados os pacientes em cada enfermaria, nos seus respectivos leitos. Do Hospital Psiquiátrico foram observados vinte e quatro (24) pacientes, para se manter o mesmo número de pacientes observados em cada especialidade.

Fizeram parte, também, profissionais de nível médio de enfermagem, auxiliares e técnicos de enfermagem, presentes nos plantões escolhidos para observação.

## **Procedimentos éticos**

Os sujeitos do estudo foram convidados de forma verbal a responderem a uma entrevista que foi também gravada. Nesta oportunidade, foi esclarecido a eles os motivos e objetivos da pesquisa, a importância de sua contribuição, e feito uma justificativa de sua escolha como entrevistado. Foi garantido também o seu anonimato e o sigilo de suas respostas.

A coleta de dados ocorreu após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

## **Procedimentos para a coleta dos dados**

Para a coleta de dados do presente estudo, foram realizadas entrevistas ( Etapa A) pela pesquisadora com dez (10) pacientes da Santa Casa e cinco (5) pacientes do Hospital Otto Krakauer. Com esta finalidade foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada com questões abertas e específicas, para ser aplicado ao grupo de pacientes selecionados e um minigravador.

➤ ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O PACIENTE
1- Como o Sr(a) é tratado pelas pessoas que trabalham aqui?
2- O pessoal de enfermagem tem contato, conversa com o Sr(a)? Como é esta conversa/contato? Em que situações ocorre? Sobre o que é esta conversa?
3- Como o Sr(a) é tratado pelo pessoal de enfermagem?
4- Como essa conversa/contato ajuda no tratamento do Sr(a) ?
5 - O que o Sr(a) sente quando alguém da enfermagem conversa com o Sr(a)?
6 - De tudo que ocorre no hospital o que o Sr(a) valoriza mais para o seu bem estar.
7 – Quais suas sugestões para melhorar a assistência de enfermagem.

Foram utilizados também observações e registros contínuos das atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem com os pacientes selecionados, etapa B da coleta de dados. As observações foram realizadas pela pesquisadora e por duas alunas do curso de técnico em enfermagem que foram previamente treinadas para executar tal função, denominadas a partir daqui de monitoras. Para esta finalidade utilizou-se uma definição operacional de “Relacionamento Interpessoal” feita com base na descrição: habilidade a ser desenvolvida ao se executar qualquer procedimento de enfermagem, ou seja, em qualquer aproximação entre o integrante da equipe de enfermagem e o paciente na enfermaria ou em outro lugar do hospital (corredor, pátio, etc), com o propósito de prover alguma necessidade de conforto, higiene, medicação e outros. Outra forma é quando ocorre o relacionamento terapêutico, sendo que o enfermeiro se coloca à disposição do paciente com o objetivo de ajudá-lo, caracterizando uma relação de ajuda, com início, desenvolvimento e desfecho, como por exemplo, em uma situação de crise ou de sofrimento (FUREGATO, 1999).

Essas monitoras, utilizando a definição operacional do “Relacionamento Interpessoal”, as observaram durante plantões da equipe de enfermagem, por duas (2) horas em cada plantão, a maneira como ocorria o relacionamento interpessoal entre os técnicos e auxiliares de enfermagem e os pacientes. Registraram

continuamente todos os comportamentos que ocorreram na enfermaria selecionada com o paciente e com os técnicos e auxiliares de enfermagem, e ainda, o motivo desse relacionamento. O horário para se fazer as observações esteve entre 15:00 horas e 17:00 horas.

As observações iniciaram-se pela clínica médica. O número de pacientes masculinos e femininos, observados em cada enfermaria desta clínica foi de três (3) que pertenciam às enfermarias denominadas M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7 e M8, onde observou-se vinte e quatro pacientes. Em seguida, passou-se para a clínica cirúrgica, nas enfermarias denominadas C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, e C9, cujo número de pacientes observados masculinos e femininos, variou de um à três conforme disponibilidade daquele momento, totalizando vinte e quatro observações. Estes pacientes foram identificados com números de 1 a 48.

No hospital psiquiátrico, as observações realizadas nos vinte e quatro pacientes psiquiátricos, masculinos e femininos, denominados de 49 a 72, ocorreram no pátio, na sala de televisão, nas enfermarias e até mesmo nos consultórios médicos, conforme a movimentação de cada paciente.

### **Procedimento de análise de dados**

Para interpretação dos dados coletados utilizou-se como referencial teórico a análise de conteúdo que se define por uma técnica que busca descrever o conteúdo das mensagens, de maneira objetiva, sistemática, com finalidade de interpretá-los e *“alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas e observações”* (MINAYO, 2000). A autora propõe alguns passos para a análise dos dados coletados: ordenação dos dados, classificação e análise final.

## **4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos quinze pacientes entrevistados todos relataram serem bem tratados. Apesar desta fala geral, alguns pacientes referiram medo de brutalidade, falta de educação e de atenção. Durante as entrevistas foi possível perceber um certo constrangimento dos pacientes, dificuldade em fazer queixas do serviço, como se os mesmos não tivessem direito de fazer pedidos e até mesmo de exigir uma assistência de saúde adequada, independente da classe econômica que pertencem. Outra constatação é a de que ainda nos dias atuais o cuidado é visto como um ato de caridade, ligado à espiritualidade das pessoas, frequentemente referido com sentimentos de gratidão, expressando emoção.

Dos quinze pacientes entrevistados, doze (12) responderam que a enfermagem conversa com eles, um (01) respondeu que conversa pouco, e dois (02) relataram

que não conversam. É tarefa do enfermeiro estimular o paciente a se expressar verbalmente, o que permite ao outro conhecer-se melhor e possibilita experimentar novos comportamentos (TRAVELBEE, 1982).

Nas situações em que ocorrem as conversas, nota-se que nos pacientes de clínica médica e cirúrgica ela está sempre relacionada à realização de técnicas e procedimentos, ou seja, na área instrumental. Nos psiquiátricos ocorre nos momentos de refeições, no pátio ou no posto de enfermagem. De qualquer forma se observa que são conversas superficiais, descompromissadas, até mesmo mecânicas, coincidentes com outras atividades, refeição, medicação, lazer, e outras, portanto não existe um momento em que a conversa ocorra somente com a finalidade de ser terapêutica, com o objetivo de ajudar o paciente.

Evidencia-se que dos quinze pacientes entrevistados, um respondeu ser super bem tratado, sete muito bem tratados, seis bem tratados, inclusive um deles (P1) refere que “*eles conversam com delicadeza e bem educados*”. Poderia-se pensar que estes pacientes, oriundos de uma classe econômica baixa, ficam satisfeitos na forma como são tratados apenas pelo fato da equipe ter “cara boa” ou simplesmente não os maltratar. Tratar com educação e respeito é ou pelo menos deveria ser o mínimo obrigatório no tratamento com qualquer pessoa, ainda mais se tratando de uma pessoa doente, hospitalizada, e com necessidade de assistência pelo serviço de saúde.

Entende-se que para tratar bem uma pessoa é necessário dar atenção ao que ela fala, e as suas necessidades. Não é possível tratar bem se ouvir o que a pessoa está perguntando ou verificar o que está precisando. A fala do P11 evidencia essa incoerência.

Quatorze pacientes responderam que a conversa com a enfermagem ajuda nos seus tratamentos e um, que se ela acontecesse ia melhorar. Dentre os quatorze, seis deles afirmam que animam com este contato, dois citam que melhora ou alegra, que dá força, aclama, relaxa, alivia e distrai a memória.

Embora os pacientes busquem cada vez mais uma atenção carinhosa e sensível, as exigências comerciais têm levado os profissionais de saúde à uma atenção pouco humana, mesmo sabendo que o atendimento das necessidades emocionais do paciente o deixa mais satisfeito e influenciam favoravelmente a uma melhora mais rápida. Sabe-se que todo sentimento de “amor” faz bem a saúde, portanto observa-se que o paciente ao perceber esse sentimento, quando cuidado, ele conseqüentemente sentirá que está sendo valorizado e beneficiado com a assistência (RIBEIRO, 2002).

Das quinze respostas dadas, nove delas, P1, P2, P3, P7, P9, P10, P12, P13 e P14, relatam conteúdos relacionados a comunicação e relacionamento interpessoal. Constata-se assim, a valorização dos pacientes na forma como são tratados, dois

pacientes ainda reforçaram a importância atribuídos a enfermagem conforme a resposta do paciente nove (P9) e quatorze (P14) e paciente cinco (P5).

Quando perguntado sobre as sugestões para melhorar a assistência, oito pacientes relataram que não precisa mudar nada (P1, P3, P5, P6, P7, P10, P11 e P15), isto reforça o entendimento de que os pacientes têm receios de desagradar ou de reclamar do serviço, e serem penalizados, não cuidados, conforme a fala do paciente P8, que considera a assistência prestada a eles boa, já por pertencerem à uma classe social mais baixa (P13). Denota também o conformismo desses pacientes, que revelam a concepção que a população menos favorecido sócio economicamente faz do Sistema Único de Saúde (SUS), como um modelo que veio para atender apenas o pobre, assim, qualquer benefício a mais oferecido, torna-se, para este usuário, motivo de reverência ao profissional que o atende.

O paciente nove (P9), quando, tratando de uma forma generalizada sugeriu que os profissionais de enfermagem estudassem bastante para melhorar a assistência. Constata-se também a insatisfação dos pacientes alcoolistas (P12 e P14) em serem tratados no mesmo ambiente físico que outros pacientes portadores de transtornos psiquiátricos.

Pacientes	Freqüência	Motivo do Contato
25,26,27	3 vezes	- observação, visita, relatório
28,29,30	2 vezes	- observação e conforto
31,32,33	2 vezes	- visita e medicação
34,35,36	4 vezes	- visita (2 vezes), observação, medicação
37,38,39	6 vezes	- inalação e ssvv, ssvv e história do pcte, queixa dor, medicação (2 vezes), conforto (gêlo)
40	3 vezes	- medicação (3 vezes)
41,42,43	5 vezes	- visita e medicação, medicação (4 vezes)
44, 45	3 vezes	- visita e medicação (2 vezes), medicação
46,47,48	3 vezes	-acompanhante chamou (2 vezes), transporte do paciente

Quadro 8 Síntese das observações realizadas na clínica cirúrgica.

No caso da clínica cirúrgica ocorreram uma predominância pelos cuidados ou técnicas de administração de medicação, principalmente analgésicos e soroterapia, curativos, atendimento às queixas de dor, observações de diurese, verificação dos sinais vitais (ssvv), entre outros. É através destes que os auxiliares e técnicos de enfermagem se baseavam para avaliar a melhora e recuperação do paciente, ou a regressão do quadro cirúrgico.

Das trinta e uma vezes os técnicos e auxiliares de enfermagem entraram em contato com o paciente, quatro vezes a iniciativa partiu do próprio paciente

conforme o terceiro registro de observação de C1, o segundo de C3, o terceiro de C4 e C5. Quatro vezes a iniciativa partiu do acompanhante do paciente evidenciado no segundo registro de C2, no segundo de C7, no primeiro e segundo registros de C9. Fica claro que o contato ocorreu por iniciativa do paciente, e, assim sendo, pode-se questionar se ele ocorreria caso essa iniciativa do paciente não existisse.

Observou-se também a presença de conversas técnicas, ou seja, com o objetivo de obter informações sobre o tratamento, a evolução do quadro, ilustrado pelo segundo registro de C5 e de C6. Em apenas um momento, terceiro registro de C7, observou-se o tipo de conversa técnica associada a tentativa de descontrair o paciente, onde os técnicos e auxiliares de enfermagem expressaram um sorriso.

## 5 | CONCLUSÕES

Independente da clínica onde foram realizadas as entrevistas ou observações, notou-se que apesar dos pacientes relatarem que são bem tratados o conteúdo de suas falas não são convincentes no sentido de que essas ocorrem da forma como relatam, o que leva ao entendimento de que eles tem medo de serem mal tratados, de ter contato com pessoal sem educação, medo de ofender, e até mesmo de reclamarem seus direitos de uma boa assistência de saúde, além de oferecerem poucas sugestões que poderiam contribuir para melhorar seu tratamento.

As conversas que ocorreram, foram classificadas como sendo de breve duração, superficiais, mecânicas, descompromissadas, na maioria das vezes com conteúdo relacionados ao tratamento.

Ao se utilizar a definição operacional de relacionamento interpessoal (FUREGATO, 1999), este estudo mostrou que esta habilidade foi desenvolvida sempre relacionada com a execução de algum procedimento técnico, não ocorrendo o relacionamento terapêutico, que deve se estabelecer quando os técnicos e auxiliares de enfermagem colocam-se a disposição do paciente com objetivo de ajudá-lo através do diálogo, caracterizando uma relação com início, desenvolvimento e fim.

Ficou evidente o despreparo dos técnicos e auxiliares de enfermagem para se comunicarem ou se relacionarem com os pacientes, tendo em vista que estes várias vezes tiveram contato com os pacientes, mas apenas observaram, não dialogando ou quando este era estabelecido ocorria apenas em termos de brincadeiras.

Assim, a situação levantada neste estudo nos leva ao entendimento de que torna-se imprescindível o oferecimento de educação continuada em serviço por parte dos hospitais, para desenvolver esta habilidade e aplicá-la com mais facilidade.

Ficou clara a valorização que os pacientes dão às conversas ocorridas com os técnicos e auxiliares de enfermagem e como estas ajudam em seus tratamentos,

despertando sentimentos positivos, apesar destas terem sido tão pouco presentes neste estudo. Mesmo os pacientes não conhecendo a definição de relacionamento interpessoal, temas atribuídos a esta habilidade, assim como de comunicação, foram destacados como importantes para o seu bem estar.

Chamou-nos atenção, que em todas as clínicas envolvidas no estudo, a frequência do contato com os pacientes foi pequena, e, partindo do princípio de que a pessoa internada é aquela que requer ajuda e atendimento às suas necessidades, leva-nos a refletir o “caos” em que se encontra a assistência de enfermagem, enquanto pensado numa visão de integralidade, holística e humanizado.

Entende-se, que cabe ao enfermeiro, valorizar quando sua equipe dispensa atenções individuais, privilegia o respeito às necessidades dos pacientes, preocupa-se com seu estado e estimula a comunicação entre enfermagem e paciente.

Estes fatos preocupam, pois, se a enfermagem busca continuamente uma assistência mais humanizada não somente aos clientes psiquiátricos, mas a todos, o que se vê é uma prestação de cuidados que não valorizam esse aspecto incluindo a falta de atenção por parte da enfermagem, desvalorizando a dignidade humana.

É grande a importância de uma visão holística do enfermeiro sobre o doente e acerca do cuidado e do emprego da comunicação terapêutica, priorizando a busca constante da humanização na prestação da assistência, combinada aos ganhos tecnológicos da área da saúde (RODRIGUES, 2010).

Entende-se que o tema desta pesquisa não se esgotou tamanho a complexidade de sua aplicação, mas deseja-se que este possa contribuir para despertar mudanças na assistência prestada pelos serviços de saúde e motivar os técnicos e auxiliares de enfermagem a buscarem continuamente conhecimentos que possam melhorar seu desempenho profissional.

## REFERÊNCIAS

-Cadah, L. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes.** [Dissertação Mestrado], São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, 2000.

-Furegato, ARF. – **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem.** Ribeirão Preto, S.P.: Scala. 1999.

- Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2000.

-Peplau, HE. **Relaciones interpersonales en enfermería.** Barcelona. Ed. Científica y Técnica. 1952.

-Piagge, CD. **A tensão entre o cuidar técnico e humano. Um estudo das representações sociais da relação enfermeiro-paciente.** [Dissertação Mestrado], São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP, 1998.

- Ribeiro, MILC, Furegato, ARF. Reflexões sobre a importância do Relacionamento Interpessoal na formação de profissionais de Enfermagem. **Nursing**, 2003;(66), 19-24.
- Ribeiro, MILC, Pedrão,LJ. Relacionamento Interpessoal em enfermagem: Considerações sobre a formação/atuação no nível médio de enfermagem. Paidéia, **Cad. de Psicologia e Educação**, FFCLRP-USP 2001, 11(20), 99-102.
- Ribeiro, MILC. **Relacionamento Interpessoal no nível médio de Enfermagem**. Ribeirão Preto. [Dissertação Mestrado], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP; 2002.
- Ribeiro, MILC., Miyasaki, SCS., Furegato, ARF, Scatena, MCM. Experiência de interação de ajuda com dois alunos de enfermagem. **Rev. Baiana de Enf.**, 2003; (18), 67-74.
- Rodrigues, RA. A relação do enfermeiro com paciente hospitalizado. Saúde e Beleza, 2010, disponível em <http://www.webartigos.com>
- Travelbee,J. **Intervencion en enfermeria psiquiátrica**. Colômbia, Carvajal, 1982.



## SIGNIFICAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

### **Júlia Casemiro Barioni**

Enfermeira bacharela e licenciada em enfermagem pela EERP/USP, residente em Atenção ao Câncer pelo HCFMRP / USP.

Ribeirão Preto - São Paulo

### **Bruna Domingos Santos**

Enfermeira bacharela e licenciada em enfermagem pela EERP/USP, doutoranda no programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP.

Ribeirão Preto - São Paulo

### **Jéssica Karoline Barbosa da Silva**

Enfermeira bacharela e licenciada em enfermagem pela EERP/USP, mestranda no programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP.

Ribeirão Preto - São Paulo

### **Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves**

Pedagoga, Professora associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP.

Ribeirão Preto - São Paulo

### **Marta Angélica Iossi Silva**

Enfermeira, Professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.

### **Luciane Sá de Andrade**

Psicóloga, Professora associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP.

**RESUMO:** Sexualidade é uma dimensão da adolescência e apresenta conotação psíquica, biológica e social ao indivíduo. Suas significações e experiências são vivenciadas na escola, espaço fundamental para ações educativas voltadas ao empoderamento do adolescente e ao auto-cuidado. Objetivo: Analisar a partir da visão de adolescentes as significações sobre sexualidade. Método: Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Participaram 22 adolescentes do ensino médio de duas escolas públicas. Foram realizados três grupos focais. Os dados obtidos foram gravados, transcritos e analisados a partir do referencial da análise temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da EERP-USP. Resultados: Observou-se nas significações maior foco nos aspectos da relação sexual, gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis, que geravam preocupações de adoecimento. O ambiente escolar foi referido como um local favorável para discussões da temática e que poderia ser melhor aproveitado. Considerações Finais: Necessidade de ampliação de práticas intersetoriais de promoção da saúde na escola voltadas à expressão de temores e dúvidas, o que poderia gerar impactos na saúde sexual e reprodutiva, bem como na saúde mental dos

adolescentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sexualidade, Promoção da Saúde, Escola.

## SIGNIFICANCES ABOUT SEXUALITY IN ADOLESCENCE: IMPLICATIONS FOR THE HEALTH PROMOTION

**ABSTRACT:** Sexuality is a dimension of adolescence and present connotation psychology, biological and social to the individual. Significances and experiences are experienced at school, space fundamental to educational actions aimed empowerment of teenager and self-care. Objective: Analyze the from of the vision of adolescents significances on sexuality. Method: This is a qualitative study and descriptive. Focous groups were conduct. The data obtained were recorded, transcribed and analysed from of the analysis thematic. The project was approved by the Ethics Committee of EERP-USP. Results: Were observed significances greater focus in aspects of the intercourse, unplanned pregnancy and sexually transmitted infections, that generate concerns of illness. The school environment above as a place favorable to discussions of thematic and what could be better used. Final considerations: Need to expand of practice intersectoral of health promotion in the school aimed to the expression of fears and doubts, what could generate impact on sexual and reproductive health, as well as on the mental health of adolecents.

**KEYWORDS:** Sexuality, Health Promotion, School.

### INTRODUÇÃO

A adolescência, compreendida pela faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade (WHO, 2009) é um período de grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Para além das mudanças físicas ocorridas na puberdade (FILIPPI et al., 2013), o adolescente apresenta desenvolvimento psicológico e social, fortalecendo sua construção como indivíduo, num processo histórico-cultural, alicerçado em transformações e desafios que o adolescente vivencia em diferentes interações humanas (VIGOTSKI, 2009; ANJOS, 2013).

Valle e Mattos (2011)<sup>6</sup> consideram que as transformações psíquicas durante a adolescência são complexas e repercutirão na personalidade e na atuação do indivíduo perante a sociedade. Patias et al. (2013) defendem que o momento de transição da infância para a idade adulta faz com que a busca pelo autoconhecimento gere conflitos entre o adolescente e o meio no qual está inserido. Trata-se de um período de vivência de muitas emoções, busca de identidade sexual e de gênero e transformações na esfera da sexualidade (OPAS, 2017).

A sexualidade é dimensão constituinte do ser humano ao longo da vida,

tendo conotação biológica e psíquica, influenciada pela cultura, relações sociais, históricas e políticas, fatores religiosos e espirituais (CARVALHO et al., 2005; WHO, 2006), além disso, é um constructo histórico. A sexualidade abrange o sexo, gênero, orientação sexual, prazer e reprodução e é expressa por pensamentos, comportamentos, atitudes, valores e relacionamentos (WHO, 2006).

A saúde sexual relaciona-se com a sexualidade e traduz-se em um estado de bem-estar físico, mental e social na vivência da sexualidade e das relações sexuais (GERBILD, 2017). A vivência da sexualidade leva o indivíduo a tomadas de decisão que podem contribuir para exposição do mesmo a riscos (CARVALHO et al., 2005).

Para uma compreensão dos comportamentos e os possíveis riscos à saúde devem ser consideradas as peculiaridades dessa fase (EISENTIN, 2005). Pena et al. (2016) chamam a atenção para situações de insegurança pessoal, de violência, ideação suicida, uso do tabaco, abuso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, não uso do preservativo, baixo consumo de frutas e verduras, além de atividade física insuficiente.

O Ministério da Saúde considera como fundamental o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos adolescentes, formulando diretrizes de âmbito nacional para atenção integral à saúde dos adolescentes, dentre elas a equidade de gêneros e direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010).

A promoção de saúde visa a qualidade de vida e atuação junto aos determinantes sociais do processo saúde-doença, como acesso e qualidade de moradia, alimentação, condições de trabalho, educação, políticas macroeconômicas, políticas públicas, governança (BRASIL, 2010). Faz parte da promoção da saúde o empoderamento de indivíduos e grupos para transformar condições relacionadas à saúde individual e coletiva, identificando caminhos para a conquista de maior qualidade de vida e de condições de saúde, almejando bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2002).

O ambiente escolar é essencial para efetivar as ações de promoção da saúde, visto que se trata de um espaço favorável para ações embasadas em um conceito ampliado de saúde, proporcionando aos adolescentes educação em saúde, com oportunidades de reflexão sobre escolhas de vida com repercussões coletivas para a sociedade. Nesse contexto, a escola na sua função pedagógica e de desenvolvimento humano pode propiciar diferentes oportunidades de empoderamento para as questões de saúde por parte dos escolares (BRASIL, 2002).

O objetivo deste trabalho é analisar, a partir da visão de adolescentes, significações sobre sexualidade.

Esse estudo faz parte de uma investigação maior cujo objetivo foi compreender os planos para o futuro dos adolescentes e as significações que eles atribuem à

sexualidade, drogas lícitas e ilícitas e imagem corporal.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, enfocando as representações que os sujeitos atribuem a um determinado fenômeno (MINAYO, 2012), que neste estudo foram as significações atribuídas à sexualidade por 22 adolescentes estudantes do ensino médio de duas escolas estaduais situadas em um município paulista, nomeadas como Escola I e Escola II.

A questão norteadora dos encontros foi “Quais as significações que os adolescentes atribuem à sexualidade?”.

A coleta de dados ocorreu nas escolas depois da autorização da Diretoria Regional de Ensino, dos diretores das escolas e do convite para participação na pesquisa, que foi realizado a todos os alunos em todas as salas do ensino médio de ambas as escolas. Após concordância dos adolescentes e de seus responsáveis por meio da assinatura dos termos de assentimento e consentimento entre os meses de setembro de 2016 a janeiro de 2017, foram realizados grupos focais.

Utilizou-se a técnica de grupo focal (GF), pois permite conhecer em profundidade temas de interesse do investigador a partir da interação grupal (MORGAN, 1998; GATTI, 2005). Foi solicitado que cada participante preenchesse um instrumento com informações referentes à idade, gênero, ano escolar e cor/raça. Os encontros foram gravados com dois gravadores digitais e o conteúdo foi transcrito na íntegra.

Foram realizados três grupos focais, com duração média de 60 minutos cada, sendo dois grupos focais na Escola I (um no período matutino e um no período noturno) e um grupo focal na Escola II no período matutino, com média de 7 participantes cada. Os grupos foram moderados por duas das autoras, com experiência na realização desta técnica e assistidos por duas observadoras. O critério de inclusão foi ser aluno do ensino médio no momento da pesquisa (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> ou 3<sup>a</sup> ano) e apresentar idade entre 14 e 19 anos de idade.

Os dados foram analisados por meio de análise temática indutiva pautada no referencial de Braun e Clarke (2006), em que foram gerados códigos e posteriormente temas construídos a partir do conjunto de dados codificados. As falas dos participantes foram registradas com nomes fictícios. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo com número do parecer de aprovação 1.509.342 e protocolo 54748816.1.0000.5393, em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Participaram deste estudo, 22 adolescentes escolares, sendo três do gênero masculino e os demais do gênero feminino. A idade variou de 14 a 19 anos. Os participantes autodenominavam-se quanto à cor/raça como: pardos (oito estudantes), brancos (sete), pretos (quatro), amarelos (dois) e indígena (um).

Os grupos focais foram compostos por 7 ou 8 participantes, sendo todos estudantes do ensino médio, sendo que dez estavam no 1º ano do ensino médio, nove no 2º ano e três no 3º ano. Os grupos focais foram iniciados com apresentação dos objetivos da pesquisa bem como das pesquisadoras presentes.

Do processo de análise temática dos dados resultaram os temas: 1) Sexualidade: “engravidar, ou o que é pior, pegar alguma doença” 2) Escola: “tem que falar mais”.

### **Sexualidade: “engravidar, ou o que é pior, pegar alguma doença”**

Ao serem questionados sobre o significado de sexualidade, os adolescentes relacionaram a palavra “sexualidade” com relação sexual, gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST):

Mariana: Entendo que é sexo, e isso tem muitas consequências. [...] Você pode engravidar, você pode pegar doenças. No meu caso eu não me preveni, eu engravidei cedo. (18 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola I)

Jackeline: Tem gente que pega alguma doença, o que é pior. (18 anos, 3º ano do Ensino Médio, Escola I)

Mariana: É, engravidar você ainda tem como criar seu filho, é uma vida, agora você pegar uma doença, é uma morte.

**Na escola II, significações relacionadas à gravidez também foram enunciadas.**

Verônica: Sexualidade é relação sexual. Não vou envolver a questão da religião, mas eu acredito que a pessoa quando faz isso [referindo-se às relações sexuais], independente de antes do casamento ou depois, se ela não se prevenir ela pode ter uma doença, acabando com o futuro dela, tanto profissionalmente tanto na família. Dificilmente uma menina que engravida aos 16 anos vai conseguir fazer uma faculdade. (16 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola II)

A partir das falas é possível compreender que sexualidade remete a relações sexuais, a gravidez e a Infecções Sexualmente Transmissíveis, que são vistas como obstáculos para a vida e com consequências nos estudos, no universo profissional e familiar.

Mônica: Eu acho que foi o que ela falou mesmo [referindo-se à fala de Verônica], tem suas consequências. Se você não se prevenir vai pegar uma doença, vai ter uma gravidez indesejada, também tem a aceitação do pai e da mãe, às vezes a filha é adolescente, acaba ficando com receio e quer esconder ou abortar. (16 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola II)

**A fala de Mônica vem complementar a fala de Verônica no grupo focal,**

introduzindo a possível reação da família e o tema de aborto.

No diálogo a seguir, entre uma adolescente que teve uma filha e outra que não é mãe, podemos notar a dimensão da gestação para a vida da adolescente.

Mariana: Eu tive uma filha muito cedo então tive que acabar com meu sonho de fazer faculdade. (18 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola I)

Maida: Ai que você tem que fazer, amiga [referindo-se a fazer faculdade]. (19 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola I)

Mariana: Não dá! Já pensou em criar uma criança, fazer faculdade, ter que trabalhar ainda? Não é fácil. Eu tinha que ter feito faculdade primeiro, para depois ter uma criança, não ao contrário.

A adolescente que já é mãe traz em seu discurso que a filha “acabou” com seu sonho de fazer faculdade. Apesar de durante o grupo focal outra participante tentar incentivá-la, a adolescente mãe mostra-se convicta ao afirmar que a gravidez alterou seus projetos de vida.

O preservativo aparece num diálogo como uma solução para a equivalência (sexo=gravidez e sexo=doença), como evidenciado:

Ana Laura: A sexualidade gera consequências no futuro. Se uma adolescente tiver relações agora e ela engravidar, o futuro dela vai ser diferente. Se ela não tivesse engravidado, ela poderia fazer uma faculdade, ter um trabalho melhor e como ela engravidou, ela vai ter que cuidar do filho e talvez até largue os estudos, ela não vai ter um futuro tão bom quanto poderia ter se não tivesse tido relações e não tivesse engravidado. (14 anos, 1º ano do Ensino Médio, Escola I)

Maria Beatriz: Pode também pegar doença [referindo-se às relações sexuais]. (15 anos, 1º ano do Ensino Médio, Escola I)

Ana Laura: A não ser que use preservativo, né.

O preservativo foi destacado como uma solução para as perspectivas negativas expostas pelos participantes que relacionam a relação sexual desprotegida com repercussões desfavoráveis no que tange aos estudos e mundo do trabalho.

### **Escola: “tem que falar mais”**

Ao serem questionados sobre o desenvolvimento da temática sexualidade pela escola, Verônica demonstra destacou a presença do setor saúde dentro da escola.

Verônica: Às vezes vem alguém de fora falando (sobre sexualidade). Os professores às vezes comentam também, não são muitas vezes, mas às vezes eles comentam sim. (16 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola II)

Mônica: [...]O assunto sexualidade [...] tem raramente nas aulas dos professores. Já veio uns estudantes [referindo-se a estudantes de enfermagem] aqui dar palestras. Elas deram palestras falando sobre como se prevenir, como usar os preservativos. (16 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola II)

Ana Lúcia: Eu acho que os professores deveriam falar mais, porque não é todas

as vezes que elas vêm e não é em todas as salas. Eu acho certo os professores sempre estarem falando, dando uns conselhos. (17 anos, 2º ano do Ensino Médio, Escola II)

Verônica: Acho a atitude delas bacana [referindo-se a estudantes de enfermagem], só que eu tenho a opinião que isso também vem de casa né, tem que ser da base, da formação da pessoa, por exemplo, eu não falo isso [referindo-se a relações sexuais] tanto com minha mãe, mas eu falo bastante com a minha tia [...].

**Ana Lúcia sente falta de maior exploração do tema por parte dos professores, pois entende que são profissionais que têm contato frequente com os alunos e poderiam atuar mais na construção de conhecimentos acerca da sexualidade.**

**As unidades de saúde são vistas como locais acessíveis.**

Maida: Hoje também você vai em postinho [de saúde] tem várias falas dos cartazes, tem lá a camisinha pra você pegar a vontade, tem tudo hoje em dia gente, tudo! Tudo mesmo! (19 anos, 2º ano do ensino médio, Escola I)

Carla: [...] Se fosse em outra época né, mas na nossa...Como posso falar...está muito... não sei... (18 anos, 2º ano do ensino médio, Escola I)

Marcos: Está muito na cara tudo! (15 anos, 1º ano do ensino médio, Escola I)

Maida: É, está muito na cara, é, está tudo liberado. Eles fazem de tudo pra gente se prevenir, tem de tudo que você imaginar, tem remédio, camisinha.

**O acesso a preservativos foi muito destacado neste trecho, com expressões “à vontade”, “tem tudo hoje em dia”, “está muito na cara, tudo”, “está tudo liberado”, “fazem de tudo pra gente se prevenir”. Este destaque parece se referir mais ao setor saúde, pois outros adolescentes destacam as poucas oportunidades que tiveram de discutir sobre o assunto na escola que frequentavam:**

Joana: Eu só tive essa aula sobre sexo, tipo, na Escola X [nome da escola]. Acho que foi nessas aulas que eles mostraram os tipos de relações, os tipos de camisinha. (18 anos, 2º ano do ensino médio, Escola I)

Carla: Eu nunca tive. [Referindo-se às aulas sobre sexualidade]. (18 anos, 2º ano do ensino médio, Escola I)

Joana: Quando eu tive essa aula, faz tempo ainda. É, eu tive lá na Escola X. Ainda tive essa aula umas três vezes.

Carla: Tinha que falar mais.

Joana: É importante para prevenir né, pra alertar.

Carla: É...tipo assim, você quer se relacionar né, tem vários jeitos de você não engravidar.

**Joana compartilha as experiências que teve nas aulas sobre métodos contraceptivos com Carla e ambas concordam que a escola deveria abordar mais sobre prevenção e exemplificam falando que “tem vários jeitos de não engravidar”,**

mas que isto é pouco trabalhado pela escola. O desejo de falar mais sobre o assunto é explicitamente expressado, o que indica a intersecção com o campo da promoção da saúde mental, e da necessidade de enfoques mais amplos.

Há uma visão de que os métodos contraceptivos estão acessíveis, principalmente nas unidades de saúde, mas há pouco espaço para uma discussão sobre a vivência da sexualidade e suas implicações, especialmente no espaço escolar, como Ana Laura e Marcel sugerem:

Marcel: A escola pode orientar acho que conversando, orientando os jovens [...] (17 anos, 3º ano do ensino médio, Escola I)

Ana Laura: [...] Eles [referindo-se à escola] poderiam pegar um grupo de alunos e conversar uma vez por semana com uma quantidade de pessoas de cada sala (14 anos, 1º ano do ensino médio, Escola I)

Marcel: Sim! porque a escola tem que ensinar e não atrapalhar.

**Os adolescentes sentem também a ausência da família quando o assunto é sexualidade e reconhecem sua importância.**

Joana: Tem muita mãe, pai que não conversa sobre sexualidade com o filho. (Joana, 18 anos, 2º ano do ensino médio, Escola I)

Carla: É verdade. (18 anos, 2º ano do ensino médio, Escola I)

Joana: Em qualquer lugar você pode aprender, na rua, dentro de casa ou na escola. É melhor ter alguém preparado pra explicar sobre isso.

Mariana: Eu acho que o certo era o pai e a mãe conversar sobre isso com o filho, mas tem pai e mãe que não tem essa coragem. Então deixa o filho naquela liberdade. Ou quer prender demais ou solta demais. (18 anos, 2º ano do ensino médio, Escola I)

Apesar de inicialmente as significações de sexualidade remeterem à relação sexual, outras significações circundam a sexualidade, como doença e possível gravidez, o que remete à morte e vida, respectivamente. Abordar sexualidade não está na esfera da saúde reprodutiva apenas. Os adolescentes trouxeram como a sexualidade está intrinsecamente relacionada à possibilidade de diálogo efetivo ou não, com a família e professores.

## DISCUSSÃO

A cultura da prevenção de doenças, elucidada em nosso estudo pelos significados de sexualidade que remetem às IST, remonta ao modelo higienista da saúde pública, no qual o foco das intervenções era o controle do corpo doente. Essa perspectiva se estendeu ao espaço escolar nos movimentos sanitários que visavam a transmissão dos cuidados de higiene, primeiros socorros, assistência médica,



com foco biológico nos corpos dos estudantes (BRASIL, 2009). O paradigma biopsicossocial de saúde foi aos poucos ganhando espaço com a transformação da prática sanitária para um conceito de vigilância em saúde que objetiva bem-estar físico, mental e social, pela estratégia da promoção de saúde.

A sexualidade, sob a ótica da promoção de saúde (WHO, 1986), prevê que os direitos sexuais e reprodutivos sejam manifestados em uma vivência refletida da sexualidade pelos adolescentes e não se resume à reprodução humana com desdobramentos relacionados apenas à gravidez ou adoecimento por ISTs. Questões de orientação sexual, gênero, desejos, autoconhecimento, ansiedades, curiosidades, autoestima, mudanças no corpo e saúde e influências culturais e sociais (WHO, 2006) precisam ser objetos de reflexão na adolescência, com enfoque em projetos de vida para que a sexualidade seja compreendida a partir de uma vivência de auto-cuidado e de saúde.

A sexualidade de adolescentes, a iniciação sexual, uso de métodos contraceptivos e gravidez são investigados por muitos autores. Silva et al. (2015) realizaram estudo com adolescentes do ensino médio em uma cidade do Pará e identificaram que quase 50% (297) já havia iniciado sua vida sexual, sendo que a média de idade na primeira relação sexual foi de aproximadamente 15 anos.

Os adolescentes desta pesquisa trazem as repercussões das práticas sexuais desprotegidas e dos esforços das políticas públicas de saúde para que indicadores de gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST) melhorem, indo ao encontro dos resultados da investigação de Belo e Silva (2004), que perceberam que os adolescentes possuem conhecimento sobre a existência dos métodos contraceptivos, com destaque para pílula e preservativos.

Os participantes deste estudo trazem muito marcadamente o risco de engravidar, como consequência do ato sexual desprotegido.

A gravidez na adolescência é foco de atenção mundial. Estatísticas brasileiras apontam que houve queda de 17% na taxa de gravidez entre mães de 10 aos 19 anos de idade nos anos de 2004-2015. As regiões com mais nascidos vivos é a Nordeste, seguida da Sudeste. Os motivos elencados para a redução foram a melhora do acesso aos métodos contraceptivos e ampliação das ações dos Programas Saúde da Família e Saúde na Escola (BRASIL, 2017). De certa forma, o discurso da área da saúde da necessidade de proteção para não correr risco de engravidar está circulando entre os jovens.

Um espaço para expressão de dúvidas, de temores, de construção de projetos de vida (TAQUETTE, 2013) é reivindicando também pelos adolescentes desta pesquisa que buscam na escola e na família mais espaços de expressão e diálogo.

A sexualidade é pouco debatida nas instituições educacionais, de saúde e nas famílias (OLIVEIRA et al., 2016), o que evidencia que esta temática é vista como

tabu e assunto secreto. Os adolescentes e os professores da educação básica reconhecem a importância da família e da escola quando se trata de sexualidade (MAIZES e BUENO, 2010), mas isto tem sido pouco efetivado em práticas educativas.

A saúde está imbricada na esfera educacional em um processo de construção da cidadania, conscientização individual e usufrutos dos direitos civis e políticos, sociais, coletivos e os da bioética (FIGUEIREDO et al., 2009; FERREIRA et al., 2014), mas suas ações podem ser frustradas se não houver um olhar atento para as vivências dos adolescentes com espaços efetivos de diálogo.

Significações estão sendo construídas mais fortemente relacionadas à doença ou de frustração de projetos de vida em função de gravidez não planejada. Não foram referidas oportunidades de construção de outras significações mais relacionadas à vida.

## CONCLUSÕES

Com essa pesquisa foi possível conhecer que os significados de sexualidade para os adolescentes escolares estão muito relacionados com a perspectiva de prevenção dos comportamentos de risco, sobretudo da gravidez não planejada e das infecções sexualmente transmissíveis.

Considera-se que esse estudo é relevante, pois amplia as visões sobre a forma de abordar a temática da sexualidade no ambiente escolar, subsidiando novas práticas nesse espaço.

A ausência do apoio da escola para discutir temáticas relativas à sexualidade podem tornar os adolescentes mais vulneráveis, destacando-se a importância da criação de espaços mais efetivos de discussão e reflexão.

Os espaços de expressão e debates parecem ser novas demandas dos adolescentes que se sentem esclarecidos quanto à necessidade do uso de preservativos em relações sexuais, mas que têm pouco espaço para conversar e para a construção do auto-cuidado e da autonomia.

Auto-cuidado, autonomia, diálogo, projetos de vida constituíram as significações dos adolescentes sobre sexualidade, campo estratégico para a saúde reprodutiva, e também para outras áreas como a promoção da saúde mental, numa visão ampliada de sexualidade.

O estudo recebeu financiamento do Programa Unificado de Bolsas da Universidade de São Paulo.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, R. E. **O desenvolvimento psíquico na idade de transição e a formação da individualidade para-si: aportes teóricos para a educação escolar de adolescentes.** Dissertação (Mestrado em Educação Escolar) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho., 2013.
- BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. **Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes.** Revista Saúde pública, v. 38, n. 4, p. 479-87, 2004.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil.** Brasília, 2017.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde na escola.** Brasília, 2009.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A promoção da saúde no contexto escolar.** v. 36, n. 2, p. 533-5, 2002.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, 2002.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology.** Qualitative Research in Psychology, v. 3, n. 2, p.77-101, 2006.
- CARVALHO, A. M.; RODRIGUES, C. S.; MEDRADO, K. S. **Oficinas em sexualidade humana com adolescentes.** Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 10, n. 3, p. 377-384, Dec. 2005.
- EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios.** Adolescência & Saúde, v. 2, 2005.
- FERREIRA, V. F.; ROCHA, G. O. R.; LOPES, M. M. B.; SANTOS, M. S.; MIRANDA, A. S. **Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, n. 2, p. 363-378, 2014.
- FIGUEIREDO, P. P.; AMESTOY, S. M.; MILBRATH, V. M.; CEZAR-VAZ, M. R.; KERBER, N. P. C. **A saúde sob a perspectiva da cidadania.** Rev. min. enferm, v. 13, n. 2, p. 275-282, 2009.
- FILIPINI, C. B.; DE OLIVEIRA PRADO, B.; BARBOSA FELIPE, A. O.; DE SOUZA TERRA, F. **Transformações físicas e psíquicas: Um olhar do adolescente.** Adolescencia e Saude, v. 10, n. 1, p. 22-29, 2013.
- GERBILD, H.; LARSEN, C. M.; ROLANDER, B.; ARESKOUG JOSEFSSON, K. **Health Care Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health in Their Future Professional Work: Psychometrics of the Danish version of the Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Scale.** Sexuality and Disability, v. 35, n. 1, p. 73-87, 24 mar. 2017.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sócias e humanas.** Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. Sage Research Methods, p. 32–46, 1997.

MOIZES, J. S.; BUENO, S. M. V. **Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental**. Rev. esc. enferm. USP, v. 44, n. 1, p.205-12, 2010.

OLIVEIRA, R. N. G.; GESSNER, R.; SOUZA, V.; FONSECA, R. M. G. S. **Limites e possibilidades de um jogo online para a construção de conhecimento de adolescentes sobre a sexualidade**. Ciênc. saúde coletiva, v. 21, n. 8, p. 2383-2392, 2016.

O. PAN-AMERICANA SAÚDE. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. [s.l: s.n.], 2017.

PATIAS, N. D.; JAGER, M. E.; FIORIN, P. C.; DIAS, A. C. G. **CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL DA ADOLESCÊNCIA: Implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema**. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 205–214, 2013.

PENA, G. G.; MENDES, J. C. L.; SILVEIRA, A. P.; MARTINS, T. C. R.; VIEIRA, R. G.; SILVA, N. S. S.; et al. **Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino**. Adolesc Saude., v. 13, n. 1, p. 36–50, 2016.

SILVA, A. S. N.; SILVA, B. L. C. N.; SILVA JÚNIOR, A. F.; SILVA, M. C. F.; GUERREIRO, J. F.; SOUSA, A. S. C. A. **Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil**. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua , v. 6, n. 3, p. 27-34, set. 2015 .

TAQUETTE, S. R. **Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência**. Adolesc. e Saude, v. 10, n. 1, p. 72-77, 2013.

VALLE, L. E. R. L.; MATTOS, J. V. M. de. **Adolescência : as contradições da idade**. Rev. Psicopedagogia, v. 28, n. 87, p. 321–323, 2011.

VIGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. 2a ed. Bezerra P, tradutor. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strengthening the health sector response to adolescent health and development**. WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Defining sexual health**. [s.l: s.n.]. 2006.

## TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE SERVIÇOS ONCOLÓGICOS EM ALAGOAS

### **Flaviane Maria Pereira Belo**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **Maria Cicera dos Santos de Albuquerque**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **Willams Henrique Costa Maynart**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **Patricia Maria da Silva Rodrigues**

Universidade Federal de Alagoas – UFAL / Estácio de Sá de Alagoas.

Maceió – Alagoas

### **José Leandro Ramos de Lima**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **Ronald Seixas Santos**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **Jorgina Sales Jorge**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **Givânya Bezerra de Melo**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL /Centro Universitário Tiradentes - UNIT.

Maceió – Alagoas

### **Luís Filipe Dias Bezerra**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **David Queiros de Lima**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

### **Andrey Ferreira da Silva**

Universidade Federal de Alagoas – UFAL / Estácio de Sá de Alagoas.

Maceió – Alagoas

### **Verônica de Medeiros Alves**

Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Escola de Enfermagem - EENF/UFAL.

Maceió – Alagoas

**RESUMO:** **Introdução:** Profissionais de enfermagem que atuam em setores fechados como a Oncologia têm maiores chances de apresentar transtornos mentais em relação a população geral devido a exposição a fatores geradores de adoecimento vivenciados no ambiente de trabalho, tais como preocupações ocupacionais, desgaste físico e emocional. **Objetivo:** Identificar transtornos mentais em profissionais de enfermagem de serviços oncológicos de Alagoas, Brasil. **Método:** Estudo descritivo e transversal com 89 profissionais de

enfermagem de serviços oncológicos de alta complexidade. Foi utilizado para coleta de dados formulário sociodemográfico e MINI International Neuropsychiatric Interview. Pesquisa aprovada sob parecer nº 1.899.668. **Resultados:** Foi verificado que 43,8% dos profissionais de enfermagem apresentaram transtornos mentais, sendo os transtornos depressivos os mais frequentes, seguidos por transtornos ansiosos. Entre os quais 19,1% apresentaram episódio depressivo maior; 18% agorafobia; 13,5% episódio depressivo recorrente; 10,1% episódio depressivo com melancolia, pânico e ansiedade generalizada. Ademais foi constatado a presença de outros transtornos mentais entre os trabalhadores de enfermagem, entre eles: mania, distímia, hipomania, risco de suicídio, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, dependência de álcool, bulimia e transtorno antissocial. **Conclusão:** Este estudo evidenciou a presença de transtornos mentais em profissionais de enfermagem e a necessidade do cuidado a esses, considerando-o na sua singularidade, valorizando-o e ofertando condições de trabalho adequadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos mentais. Enfermagem. Oncologia.

## MENTAL DISORDERS IN NURSING PROFESSIONALS OF ONCOLOGIC SERVICES IN ALAGOAS

**ABSTRACT: Introduction:** Nursing professionals working in closed sectors such as oncology are more likely to present mental disorders in relation to the general population due to exposure to illness-generating factors experienced in the workplace, such as occupational concerns, physical and emotional distress. **Objective:** To identify mental disorders in nursing professionals of cancer services in Alagoas, Brazil. **Method:** Descriptive and cross-sectional study with 89 nursing professionals of high complexity cancer services. It was used for data collection sociodemographic form and MINI International Neuropsychiatric Interview. Search approved under Opinion No. 1.899.668. **Results:** It was found that 43.8% of nursing professionals had mental disorders, being the most frequent depressive disorders, followed by anxiety disorders. Among which 19.1% had major depressive episode; 18% agoraphobia; 13.5% recurrent depressive episode; 10.1% depressive episode with melancholy, panic and generalized anxiety. In addition, other mental disorders were found among nursing workers, including: mania, dysthymia, hypomania, risk of suicide, social phobia, posttraumatic stress disorder, alcohol dependence, bulimia and antisocial disorder. **Conclusion:** This study evidenced the presence of mental disorders in nursing professionals and the need to care for them, considering it in its uniqueness, valuing it and offering adequate working conditions.

**KEYWORDS:** Mental disorders. Nursing. Oncology.

## 1 | INTRODUÇÃO

A profissão da saúde que possui o maior número de profissionais é a enfermagem, tendo como objeto de trabalho o cuidado. São eles que ficam na linha de frente do cuidado, sendo os primeiros a perceber alterações no estado de saúde, além de ser o agente de comunicação entre a pessoa-família cuidada e os demais profissionais da saúde. Por vivenciarem diariamente o processo saúde doença da pessoa cuidada, contribuem com a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (SILVA et al., 2015).

Por terem uma condição de trabalho diferenciada, no qual o foco de atuação é o cuidado, os profissionais de enfermagem presenciam constantemente oscilações emocionais e físicas da pessoa sob seus cuidados bem como inquietações e angústias dos familiares, fatores esses que contribuem para o desenvolvimento de problemas que afetam a saúde mental e interfere na qualidade de vida e no desempenho profissional no ambiente de trabalho (BARBOSA et al., 2012; CHIANG; CHANG, 2012).

Ademais, existem outros fatores que colaboram com o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, afetando seu estado emocional, físico e qualidade da assistência à saúde, entre eles: ambientes de trabalho insalubre, exigências da instituição, familiares e das pessoas cuidadas, conflitos internos, familiares e no ambiente de trabalho, nível de estresse elevado, falta de autonomia, insegurança profissional, plantão noturno, nível educacional elevado, baixa renda e sobrecarga de trabalho (BARBOSA et al., 2012; CHIANG, YM; CHANG, Y., 2012; BARBOZA, 2013; CHEUNG; YIP, 2015; SILVA, 2015).

Diante dos fatores supracitados, o índice de adoecimento mental é maior entre os profissionais de saúde quando comparados a população geral, sendo os profissionais de enfermagem mais propensos a tal adoecimento devido as características da profissão como desgaste físico e emocional, sentimento de desvalorização ocasionado pelas baixas remunerações e pouco reconhecimento profissional. Entre os transtornos mentais mais frequentes estão a depressão e a ansiedade, somados ao estresse ocupacional (CHEUNG; YIP, 2015; CHEUNG; YIP, 2016).

Vale salientar que os trabalhadores de enfermagem que atuam em setores fechados como a oncologia, o qual estão sob forte estresse emocional, vivenciam regularmente a dor e a perda de pessoas, além dos demais problemas comuns a outros serviços e setores da saúde são mais susceptíveis ao desgaste emocional e transtornos mentais (CARVALHO et al., 2014).

Dessa forma, é imprescindível que os trabalhadores de enfermagem sejam compreendidos para além do campo de atuação, haja vista que podem sofrer

danos à saúde devido a fatores relacionados ao trabalho e as relações humanas (SILVA, 2015). O profissional deve ser cuidado levando em consideração a sua singularidade e ficando claro que não é imune ao adoecimento. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar transtornos mentais em profissionais de enfermagem de serviços oncológicos em Alagoas, Brasil.

## 2 | METODOLOGIA

### 2.1 Desenho do estudo

Estudo quantitativo, descritivo e transversal que identificou transtornos mentais em profissionais de enfermagem de serviços oncológicos em Alagoas, Brasil.

### 2.2 Participantes

Participaram do estudo 89 trabalhadores de enfermagem que exercem suas atividades laborais no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e nas três Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) que são serviços especializados no tratamento de neoplasia financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Alagoas/Brasil. Foram critérios de inclusão ser profissional de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e atuar em serviços oncológicos. Foram excluídos os profissionais de enfermagem com menos de seis meses de atuação profissional nos setores selecionados e não ter condições físicas e/ou psíquicas de responder o questionário.

### 2.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre 01 de agosto a 31 de outubro de 2017. Todos os profissionais foram abordados em seu horário de trabalho com entrevistas individuais nos turnos da manhã, tarde e noite, com tempo médio de 25 a 120 minutos por participante e em local reservado. Ressalta-se que os pesquisadores tinham experiência em atendimento de saúde mental e foram treinados e calibrados com o objetivo de evitar possíveis vieses.

### 2.4 Instrumentos

Foram utilizados instrumentos na versão digital de questionário de identificação geral com dados sociodemográficos e Tradução Validada do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (*Brazilian version 5.0.0*), entrevista diagnóstica de transtornos mentais do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (AMORIM, 2000).



## 2.5 Análise dos dados

As variáveis desse estudo foram codificadas e analisadas no banco de dados do pacote estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows versão 22.0.

O tratamento estatístico foi realizado através de frequência relativa e absoluta, além de análise bivariada, com a finalidade de verificar a existência de associação. Foram utilizados os testes Qui-Quadrado de *Pearson* (<sup>2</sup>) para analisar as variáveis categóricas e teste exato de *Fisher* quando o total da amostra foi menor que cinco. Considerou-se a significância do Valor  $p < 0,05$  para medir o nível de probabilidade. Todos os testes foram aplicados com intervalo de confiança de 95%.

## 2.6 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde do Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização sob número 1.899.668.

## 3 | RESULTADOS

A população deste estudo foi composta por 89 profissionais de enfermagem atuantes em serviços oncológicos de Alagoas, mais da metade eram do sexo feminino (86,5%), com média de idade de 39,16 (DP± 8,51) anos, na faixa etária de 30 a 39 anos, com companheiro(a), filhos, convívio familiar harmônico, se autodeclararam pardos, possuem religião e são responsáveis pela renda familiar (Tabela 1).

<b>Sexo</b>	
Feminino	77 (86,5)
Masculino	12 (13,5)
<b>Faixa etária</b>	
20 - 29	11 (12,4)
30 - 39	39 (43,8)
40 - 49	27 (30,4)
50 - 59	10 (11,2)
60 - 69	2 (2,2)
<b>Etnia</b>	
Pardo	56 (62,9)
Branco	19 (21,3)
Preto	11 (12,4)
Amarela	3 (3,4)
<b>Situação conjugal</b>	
Possui companheiro (a)	49 (55,1)
Não possui companheiro (a)	40 (44,9)
<b>Filhos</b>	
Sim	59 (66,3)
Não	30 (33,7)
<b>Religião</b>	
Possui	80 (89,9)
Não possui	9 (10,1)
<b>Responsável renda familiar</b>	
Eu	75 (84,3)
Cônjuge/outros	14 (15,7)
<b>Dinâmica familiar</b>	
Harmoniosa	82 (92,1)
Conflituosa/negligente	7 (7,9)

Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos de profissionais de enfermagem atuantes em serviços oncológicos de alta complexidade em Alagoas, 2017.

Fonte: Autores, 2019.

Em relação aos aspectos profissionais, foi verificado que a maior parte dos profissionais eram do nível médio (técnicos de enfermagem), com um vínculo empregatício, renda média de R\$ 5.578,03 (DP± 2895,12), tempo médio de experiência profissional na enfermagem de 14,06 (DP± 8,07) anos e tempo médio de atuação na oncologia de 5,65 (DP± 6,78) anos (Tabela 2).

<b>Ocupação</b>	
Auxiliar de enfermagem	14 (15,7)
Técnico de enfermagem	40 (45,0)
Enfermeiro	35 (39,3)
<b>Número de empregos</b>	
1	52 (58,4)
2	35 (39,3)
3 ou +	2 (2,3)
	<b>Média (DP±)</b>
Renda (R\$)	5.578,00 (2885,12)
Tempo de atuação profissional na enfermagem (anos)	14,6 (8,07)
Tempo de atuação profissional na oncologia (anos)	5,65 (6,78)

Tabela 2 – Aspectos relacionados ao trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em serviços oncológicos de alta complexidade em Alagoas, 2017.

Fonte: Autores, 2019.

Ao verificar as condições de saúde, observou-se que 43,8% dos trabalhadores

de enfermagem apresentavam algum transtorno mental, com maior frequência de episódio depressivo maior (EDM) (19,1%), agorafobia (18,0%), EDM recorrente (13,5%), EDM com características melancólicas, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada (10,1%). Além de mania, transtorno distímico, hipomania, síndrome psicótica, risco de suicídio, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), dependência de álcool, bulimia e transtorno antissocial (Tabela 3).

	Transtornos mentais	
	Sim N (%)	Não N (%)
EDM	17 (19,1)	72 (80,9)
EDM recorrente	12 (13,5)	77 (86,5)
EDM com características melancólicas	9 (10,1)	80 (89,9)
Transtorno distímico	6 (6,7)	83 (93,3)
Transtorno de Pânico	9 (10,1)	80 (89,1)
Agorafobia	16 (18,0)	73 (82,0)
Fobia social	3 (3,4)	86 (96,6)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	9 (10,1)	80 (89,9)
Risco de Suicídio	4 (4,5)	85 (95,5)
Hipomania	5 (5,6)	84 (94,4)
Mania	7 (7,9)	82 (92,1)
TEPT	3 (3,4)	86 (96,6)
Dependência de álcool	3 (3,4)	86 (96,6)
Dependência de Substâncias	2 (2,2)	87 (97,8)
Abuso de Substâncias	1 (1,1)	88 (98,9)
Síndrome Psicótica	5 (5,6)	84 (94,4)
Bulimia Nervosa	3 (3,4)	86 (96,6)
Transtorno de Personalidade Antissocial	3 (3,4)	86 (96,6)

Tabela 3 – Frequência de transtornos mentais em profissionais de enfermagem atuantes em serviços oncológicos de alta complexidade em Alagoas, conforme o MINI, 2017.

Fonte: Autores, 2019.

#### 4 | DISCUSSÃO

O estudo constatou que a maioria dos trabalhadores de enfermagem eram do sexo feminino, entre 30 a 49 anos, se autodeclararam pardos, com companheiro(a), filhos e convívio familiar harmonioso. Corroborando com estudo realizado em São Paulo/Brasil com enfermeiros que atuam na oncologia o qual 94,8% eram do sexo feminino, 50,6% tinham entre 31 a 40 anos e 55,8% tinham companheiro(a). Bem como com estudo realizado na China com profissionais de enfermagem de serviços hospitalares o qual refere que 87,6% eram do sexo feminino, entre a faixa etária de 34 a 44 anos e 55,0% eram casados (RODRIGUES; CHAVES, 2008; CHEUNG; YIP, 2016).

Todavia, estudo realizado na Grécia com trabalhadores de enfermagem que atuam na oncologia mostrou que 86,1% da amostra foi composta por mulheres, sem companheiro(a) (54,2%) e sem filhos (55,6%) (KARANIKOLA, et al., 2016).

Tais informação confirmam que a enfermagem é uma profissão composta por

maior número de profissionais do sexo feminino, fator esse explicado historicamente conforme sua criação. Além disso, representa o maior número de trabalhadores da área da saúde.

Neste estudo mais da metade dos trabalhadores de enfermagem afirmaram ter alguma religião, divergindo de estudo que avaliou aspectos religiosos, adoecimento e saúde mental em profissionais de enfermagem na China, o qual menos da metade dos trabalhadores de enfermagem (42,0%) referiram ter religião. A crença religiosa colabora com a aceitação e conforto do sofrimento provocado pelas adversidades enfrentadas no transcorrer da vida, sendo considerada um fator protetivo para o acometimento de transtornos mentais (CHEUNG; LEE; YIP, 2017).

O tempo médio de atuação profissional na enfermagem neste estudo foi de quase 14,6 anos e de atuação em setores da oncologia de quase 5,6 anos, divergindo de estudo Karanikola e colaboradores (2016), o qual aponta média de 10 a 12 anos de atuação na enfermagem e 4,97 anos no setor de oncologia.

O tempo de atuação na enfermagem e em serviços especializados, como na oncologia, proporciona ao profissional maior segurança ao realizar suas atividades laborais diante do tempo em que as executa. Além disso, favorece a formação de vínculo com a pessoa cuidada, familiares e profissionais. Todavia, ser exposto durante muito tempo ao mesmo ambiente de trabalho pode acarretar danos à saúde física e emocional do profissional, principalmente quando lida constantemente com a dor, sofrimento e morte de pessoas sob seus cuidados.

Neste estudo mais da metade dos trabalhadores de enfermagem tinha apenas um vínculo empregatício, com renda média de, aproximadamente, R\$ 5.500,00 e são os principais responsáveis pela renda familiar. Tais fatores contribuem para sobrecarga de trabalho, principalmente ao considerar que a enfermagem é composta, em sua maioria, por mulheres e essas acabam tendo atribuições para além do ambiente de trabalho ao realizarem trabalho doméstico e cuidados com o lar e família (ALVES, et al., 2015).

Destaca-se que o reconhecimento financeiro e profissional são fatores que colaboram para o bom desempenho no ambiente de trabalho, influenciando na qualidade da assistência, satisfação pessoal e profissional e redução do adoecimento mental (GHERARDI-DONATO et al., 2015).

Esse estudo constatou maior frequência de transtornos depressivos e ansiosos entre os transtornos mentais que acometem os trabalhadores de enfermagem. Salienta-se maior frequência de adoecimento mental em trabalhadores de enfermagem quando comparados à população geral devido a estressores vivenciados no ambiente de trabalho como desgaste físico e emocional, baixa remuneração e pouco reconhecimento profissional (CHEUNG; YIP, 2015; CHEUNG; YIP, 2016), fatores que geram tensões psicológicas contribuindo para o aumento de transtornos

mentais entre a enfermagem, sendo a ansiedade e a depressão as mais prevalentes (MILNER et al, 2016).

Estudo de Cheung e Yip (2016), apontou maior predisposição a depressão, distúrbios no padrão de sono e repouso e uso excessivo de medicamentos entre os profissionais de enfermagem. Ademais, outros fatores que contribuem para o aumento de transtornos mentais, em especial os depressivos e ansiosos, na enfermagem oncológica estão associados a insatisfação com o trabalho, desgaste nas relações interpessoais, dificuldade na interação com equipe médica e outros profissionais de saúde, falta de reconhecimento profissional, baixa autonomia, falta de insumos e privação do sono (KARANIKOLA et al., 2016; CHEUNG; YIP, 2016).

Trabalhadores de enfermagem que atuam em setores fechados como na oncologia, Unidade de Terapia Intensiva e pronto atendimento sob intenso estresse e desgaste emocional estão mais suscetíveis a transtornos mentais (SANTANA, et al., 2016).

Dessa forma, profissionais de enfermagem de serviços oncológicos podem apresentar transtornos mentais, quais sejam, ansiedade e depressão, devido as peculiaridades vivenciadas durante a prestação de cuidados a pessoa com câncer em decorrência da instabilidade do quadro clínico, bem como ao presenciar a dor e a perda constantemente (CARVALHO et al., 2014).

Ressalta-se que o crescimento de transtornos mentais em trabalhadores de enfermagem predispõe o afastamento do trabalho desses profissionais para o cuidado de sua saúde mental. Assim, estudo realizado por Santana e colaboradores (2016) sobre absenteísmo no trabalho devido a transtornos mentais aponta que os trabalhadores de enfermagem são a categoria profissional que mais se afasta do trabalho devido transtornos mentais, sendo os transtornos depressivos os responsáveis por maior frequência de afastamento, acompanhados pelos transtornos ansiosos (SANTANA, et al., 2016).

O acometimento por transtorno mental pode trazer danos significativos a pessoa a depender do transtorno e de sua intensidade bem como a falta de assistência adequada que pode causar sofrimento, isolamento social e baixa autoestima.

## 5 | CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a presença de transtornos mentais em profissionais de enfermagem, sendo os transtornos depressivos os mais frequentes, seguidos por transtornos ansiosos.

Ademais, sugere-se a realização de outros estudos voltados para aspectos de saúde mental de trabalhadores de enfermagem tendo em vista que é a categoria

profissional de maior quantitativo de profissionais que lida diretamente com a pessoa cuidada e familiares. Além de proporcionar ações de promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento de transtornos mentais voltadas a estes trabalhadores.

Aponta-se ainda, para a necessidade do cuidado ao trabalhador de enfermagem, considerando-o na sua singularidade, valorizando-o e ofertando condições de trabalho adequadas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A.P.; PEDROSA, L.A.K.; COIMBRA, M.A.R.; MIRANZI, M.A.S.; HASS, V.J. Prevalence of common mental disorders among health professionals. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):64-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>

BARBOSA, K.K.S *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Rev Enferm UFSM** 2012 Set/Dez;2(3).:515-522.

BARBOZA, M.C.N. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um Hospital de Pelotas/RS. **Rev Enferm UFSM** 2013 Set/Dez; 3(3):.374-382

CARVALHO, C.M.S. *et al.* Trabalho emocional e gestão de emoções em equipes de saúde oncológicas: um estudo qualitativo. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 jan/fev; 22(1):9-15.

CHEUNG, T.; LEE, P.H.; YIP, P.S.F. The associations between religion, bereavement and depression among Hong Kong nurses. **BMC Res Notes** (2017) 10:242. DOI 10.1186/s13104-017-2588-7

CHEUNG, T.; YIP, P. S. F. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, 12, 11072-11100; doi:10.3390/ijerph120911072.

CHEUNG, T.; YIP, P. S. F. Lifestyle and Depression among Hong Kong Nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13, 135; doi:10.3390/ijerph13010135.

CHIANG YM, CHANG Y. Stress, depression, and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. **Health Policy**. 2012;108(2-3):149-57.19.

GHERARDI-DONATO, E. C. S.; CARDOSO, L.; TEIXEIRA, C. A. B.; PEREIRA, S. S.; REISDORFER, E. Associação entre depressão e estresse laboral em profissionais de enfermagem de nível médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2015;23(4):733-40. DOI: 10.1590/0104-1169.0069.2610

KARANIKOLA, M. N. K. *et al.* Anxiety symptoms and quality of interaction among oncology nurses: a correlational, cross-sectional study. **Rev Esc Enferm USP**. 2016; 50(5):800-807. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600013>

MILNER, A.J.; MAHEEN, H.; BISMARCK, M.M.; SPITTAL, M.J. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001 – 2012 **Med J Aust** 2016; 205 (6): 260-265. DOI: 10.5694/mja15.01044

RODRIGUES A.B, CHAVES E.C. STRESSING FACTORS AND COPING STRATEGIES USED BY ONCOLOGY NURSES. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.16 n°1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>

SANTANA, L.L.; SARQUIS, L.M.M.; BREV C.; MIRANDA, F.M.D.; FELLI, V.E.A. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016 mar;37(1):e53485. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>.

SILVA, D.S.D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP.** 2015; 49(6):1027-1036

## A IMPORTÂNCIA DA VISITA TÉCNICA À UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO: UM OLHAR ACADÊMICO

### **Maria Simone da Silva Rodrigues**

Centro Universitário Estácio do Ceará, e-mail:  
mone.silv@hotmail.com.

### **Bruna Nunes Osterno**

Centro Universitário Estácio do Ceará, e-mail:  
buh\_osterno@hotmail.com.

### **Vânia Sousa Barbosa Alves**

Centro Universitário Estácio do Ceará, e-mail:  
vâniasbalves@gmail.com.

### **Luana Géssica Freire Martins**

Centro Universitário Católica de Quixadá  
E-mail:gessicamartins5995@gmail.com

esclarecimento e contribui significativamente para formação acadêmica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento. Enfermagem psiquiátrica. Saúde Mental.

### 1 | INTRODUÇÃO

Unidade de Acolhimento Adulto - UAA é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório a pacientes de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Portaria n ° 121, 2012).

Este ponto de atenção é um serviço novo que funciona no período integral de 24 (vinte e quatro) horas, nos sete dias da semana, surgiu a partir das experiências das Casas de Acolhimento Transitório, cujo objetivo principal destas Unidades é proporcionar maior apoio, suporte e proteção social com atendimento diferenciado, integral e contínuo para o enfrentamento da dependência (Brasil, 2017).

O serviço oferece acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito estadia por até (6) seis meses, educação e convivência familiar/social. Geralmente, acolhem até 30 adultos, apoiando seus moradores na busca de emprego, estudo

**RESUMO:** **Introdução:** A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial para dependente químico que surgiu a partir das experiências das casas de acolhimento transitório. **Objetivo:** Compartilhar a vivência de acadêmica de visita técnica a uma unidade de Acolhimento. **Metodologia:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência do serviço de atenção psicossocial de Fortaleza - CE. **Resultados:** Nesta etapa realizou-se a coleta de dados, troca de conhecimento por meio da interação dos estudantes com os profissionais do local e orientações do preceptor da instituição de ensino. **Conclusão:** Notou-se que a Visita Técnica promovida pelas universidades produz



e alternativas de moradia após conclusão desta etapa, são espaços abertos, de acolhimento sempre voluntário. (Brasil, 2013).

Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta política. Na atenção integral em álcool e drogas, além de todos os recursos da rede, conta-se ainda com leitos de retaguarda e a Escola de Redutores de Danos. (Portaria n ° 121, 2012).

## 2 | OBJETIVO

Compartilhar a vivência acadêmica de visita técnica a uma Unidade de Acolhimento Adulto do tipo transitório.

## 3 | METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência de visita técnica realizada na Unidade de Acolhimento Adulto vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Fortaleza-CE, por acadêmicos de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará como parte da disciplina de Saúde mental.

A coleta de dados foi realizada por meio de observações do local, coleta informações dadas pelos técnicos de enfermagem e enfermeiro de plantão, que concedeu acesso a toda unidade com autorização legal da coordenação da instituição citada, respeitado a privacidade do local e dos pacientes em tratamento.

## 4 | RESULTADOS

A unidade de Acolhimento Adulto citada faz parte do programa “Crack, é possível vencer”, do Governo Federal, que investiu R\$ 111,7 milhões para prevenção, tratamento e inserção social de dependentes químicos em Fortaleza. Inseridos nesse recurso estão o funcionamento durante 24 horas dos 12 Centros de Atenção Psicossocial. (O POVO ONLINE, 2013).

A instituição fica ao lado de um hospital de atenção secundária do bairro onde está inserido, possui 30 leitos, são oitocentos e setenta e cinco metros quadrados, são distribuídas 15 vagas para homens e 15 vagas para mulheres dependentes de substância química. Hoje, a Capital possui apenas 120 leitos com esse perfil de internação como está comunidade terapêutica. Esta unidade tem um espaço

na frente que é utilizado pelos profissionais como garagem, que fica localizada na entrada da unidade próximo a recepção que contém uma fila de 10 cadeiras para espera, localizada de frente para o balcão da recepção; ao lado da recepção tem dois banheiros um feminino e outro masculino.

Após a recepção, há duas salas para atendimento-triagem ao lado da recepção, pouco espaçosa, que serve para triagem inicial, onde contém uma mesa, três cadeiras, uma pia de lavar as mãos e ar condicionado, logo após, Após essa portaria, fica a coordenação do serviço e outra sala para guarda de prontuários arquivados.

Em seguida, localiza-se o refeitório onde foi observado que e explicado que cada paciente tem seu talher e copo individual, onde realizam as cinco refeições que são oferecidas pelo serviço em determinados horários organizados pela equipe.

Posterior ao refeitório fica o corredor aberto que dar acesso à parte interna da unidade existe uma área onde os internos assistem televisão, conversam e realizam atividades coletivas sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST) e Tuberculose (TB) e outros temas, onde realizam oficinas artesanais, recebem visitas de familiares e amigos nas quartas e domingos.

Enfrente, a esse espaço há uma sala que funciona como biblioteca do serviço, no entanto o espaço é utilizado para realização de diversas atividades como: cine terapia, jogos, acesso aos computadores (sem internet) para ouvir músicas e assistir vídeos baixados pelos profissionais da unidade.

Adiante, foi observado que existe um posto de enfermagem onde fica os prontuários, e as fichas de exames laboratoriais obrigatórios, peça íntima, roupa de cama, lençóis, cigarros no nome dos pacientes internos que na época da visita estudantil o produto era liberado, pois, a abstinência do cigarro gerava grande ansiedade nos pacientes dependentes do tabaco ao ponto de abandonarem ao tratamento, destacando que atualmente o uso do mesmo está proibido na instituição.

Neste mesmo setor ficam medicamentos em uso, trancados com um responsável pela distribuição do mesmo. Ao lado posto de enfermagem está o dormitório com três leitos para descanso dos profissionais, em seguida os dormitórios dos pacientes com 30 leitos distribuídos em 8 /7 camas, e um tipo de almoxarifado.

Os pacientes internados após o período de internação continuam seu acompanhamento nas atividades ofertadas como terapia comunitária em grupos de apoio no CAPS, ou são encaminhados a Unidade Básica de Saúde da sua área de abrangência do bairro onde está inserido.

Na Unidade não existe psiquiatra interno, pois, de acordo com a portaria de implementação da UAA, não é obrigatório à inclusão dessa categoria profissional dentro da equipe que atua neste serviço, o médico de referência para acompanhamento do cliente continua sendo pelo CAPS.

No período da visita havia pacientes internos adictos de Álcool e Outras Drogas; com idade a partir de 18 anos, a instituição funciona 24 horas; atualmente se encontra internado apenas treze homens, sete mulheres e um bebê com características de residência transitória com estadia de 15 dias até 06 meses, que visa a redução de danos, onde o adicto pode fumar, receber visita, realizar ligações de terça e sexta, no momento é a única unidade de acolhimento de tempo prolongado em Fortaleza fora o Hospital de Saúde Mental.

Notou-se que, esta UAA não se enquadra totalmente dentro dos parâmetros estabelecidos na portaria nº121 de 25 de Janeiro de 2012, devido à divisão dos quartos coletivos que ao invés de serem 04 pessoas por dormitório coletivo, ou seja, tem um número maior sendo dividido em 7/8 leitos.

Assim como, 30 leitos ao invés de 15, proposto na mesma portaria, o quadro de profissionais está insuficiente necessitando de contratação multiprofissional de especialistas em saúde mental, não tinha médico na casa, porém, está ao lado de um hospital de referência e segue as diretrizes de atenção psicossocial onde destacamos: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. (Portaria nº 121, 2012).

## 5 | CONCLUSÃO

Visita Técnica promovida pelas universidades com o objetivo de aprimorar o conhecimento do estudante contribui significativamente para formação acadêmica dos alunos que participaram desta aula de campo, ajudando na escolha da especialização uma vez que nos proporciona conhecimento e esclarecimento profissional no caso Enfermeiros por atuarem como coordenadores do serviço nas instituições de saúde privada ou pública que prestam serviço ambulatorial assim como, assistência nas Unidades de Atenção Psicossocial.

Esta visita contribuiu com a nossa vivência para esclarecer dúvidas e quebrar tabus sobre o trabalho em si; Apesar, de não estar dentro do esperado o trabalho realizado na unidade é produtivo, eficiente e desempenhado com muito compromisso por parte da equipe multiprofissional que a compõem. Porém, o serviço ofertado, tipo de paciente em tratamento e critérios de funcionamento ainda precisa avançar para ficar de acordo com a Portaria de nº121, de 25 de Janeiro de 2012.

Percebeu-se que existe na instituição a prática da política de nacional de humanização no que se diz respeito à escuta qualificada onde todo usuário é livre

para interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime residencial.

## REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades recorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Portaria nº121 de 25 de janeiro de 2012. Lex. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html). Acesso em 14 de Agos. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Unidade de Acolhimento. Saúde para você. 21 de Julho, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/unidades-de-acolhimento-ua>. Acesso em: 14 Agos. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE - PCE. Plano Municipal de Segurança Cidadã, 2013-2016. Sessão Legislativa 2014. P, 49-50. Disponível em: [https://transparencia.fortaleza.ce.gov.br/arquivos\\_pdfs/sepog/Mensagens/Mensagem\\_2014\\_rev.pdf](https://transparencia.fortaleza.ce.gov.br/arquivos_pdfs/sepog/Mensagens/Mensagem_2014_rev.pdf).> Acesso em: 14 Agos. 2018.

Moura, Máira Maia. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Disponível em: [http://uece.br/politicasuece/dmdocuments/Maira\\_Maia\\_de\\_Moura.pdf](http://uece.br/politicasuece/dmdocuments/Maira_Maia_de_Moura.pdf).> Acesso em: 19 Agos. 2018.

O POVO ONLINE. 2013 [Crack]. Fortaleza- CE. Sara Oliveira. Disponível em: <https://www20.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2013/06/25/noticiasjornalcotidiano,3080300/prefeitura-inaugura-centro-de-atendimento-a-dependentes-quimicos.shtml>>. Acesso em: 19 ago.2018.

## “RECOLHIMENTO NÃO, ACOLHIMENTO SIM” – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III – JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO - COMPLEXO DO ALEMÃO – RIO DE JANEIRO / BRASIL

### Andréa Toledo Farnettane

Graduada em Musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário – Rio de Janeiro - RJ / Brasil; Especialista em Psicossomática pela Universidade Gama Filho e em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB / UFRJ. Musicoterapeuta e Diretora do CAPS III João Ferreira da Silva Filho – RJ e Musicoterapeuta da Fundação Municipal de Saúde lotada na Reabilitação Municipal em Campos dos Goytacazes – RJ. E-mail: farnettane\_andrea@ hotmail.com

**RESUMO:** Através deste, venho falar da minha experiência como profissional de saúde mental Musicoterapeuta e Coordenadora Técnica do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III – João Ferreira da Silva Filho na área programática 3.1 que contempla o Complexo do Alemão no Município do Rio de Janeiro - Brasil. Trata-se da importância deste serviço num território violento, mas também muito promissor. Com funcionamento 24 horas e composto por uma equipe multiprofissional - (profissionais da área da saúde, com experiências em saúde mental e experiências em ações interdisciplinares) o CAPS III João Ferreira da Silva Filho surge através da parceria entre a Organização Social (O.S.) – Viva Rio e a Superintendência de

Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro. A Organização Social (O.S.) tem como objetivo desenvolver ações em áreas de elevados níveis de conflitos e violências urbanas favorecendo a promoção da saúde, a articulação comunitária, o fortalecimento das redes sociais. O CAPS III é um serviço que vem se apresentar neste território como parceiro nestes objetivos e parceiro para com outros serviços em função das ações intersetoriais favorecendo a integração de projetos sociais e setores afins. Atualmente, em meados de Julho de 2019, fui convidada pela Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro a assumir a Direção do CAPS III João Ferreira da Silva Filho cargo o qual estou exercendo.

**PALAVRAS-CHAVE:** CAPS III – Recolhimento Não - Acolhimento Sim

### INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2010, participo, com êxito, do processo seletivo a vaga de Musicoterapeuta realizado pela Organização Social (O.S.) Viva Rio em comum acordo e parceria com a Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro / Brasil. Processo seletivo direcionado para profissionais da área da saúde com o objetivo

de criar e compor a equipe multiprofissional de mais um novo dispositivo de saúde mental: CAPS III João Ferreira da Silva Filho, o segundo CAPS - (Centro de Atenção Psicossocial) no Município do Rio de Janeiro com funcionamento 24 horas, com 6 (seis) leitos para acolhimento noturno, na área do Complexo do Alemão, para atender pacientes com transtornos mentais graves, dividindo sua estrutura física junto à Atenção Básica: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Estratégia de Saúde da Família/Clínica da Família (ESF/CF) – Zilda Arns.

Os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD, CAPS III AD, são serviços de saúde mental abertos e comunitários, compostos por equipes multiprofissionais de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS ( Sistema Único de Saúde) e da Reforma Psiquiátrica articulados à rede de saúde e intersetorial para garantir o tratamento e promover qualidade na inserção social das pessoas com sofrimento mental ou uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Busca-se garantir acesso aos direitos de acordo com a necessidade de cada usuário e / ou paciente.

A Organização Social (O.S.) Viva Rio tem como um de seus objetivos desenvolver ações em áreas de elevados níveis de conflitos e violência urbana na cidade do Rio de Janeiro, vem testando e desenvolvendo metodologias de trabalho que atendam as especificidades sociais e epidemiológicas locais, favorecendo a promoção da saúde, a articulação comunitária, o fortalecimento das redes sociais, a identificação e potencialização de atividades e recursos disponíveis nestes locais. Dispara ações com base territorial que se ajustam aos princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica, incluindo ações intersetoriais com as Estratégias de Saúde da Família/Clínicas da Família (ESF/CF) que favoreçam a integração de projetos sociais e setores afins, que visam gerar melhoria não somente dos indicadores de saúde, mas promover também a melhoria da qualidade de vida da população local. O CAPS III João Ferreira da Silva Filho, é o serviço que se apresenta neste território como parceiro nestes objetivos e como parceiro para com os serviços já existentes como os ambulatórios, a emergência psiquiátrica PAM Del Castilho Rodolpho Rocco, a emergência psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria Philippe Pinel, CAPS II de Olaria, CAPS II da Ilha do Governador, CAPSi, CAPS III AD, Consultório na Rua, Policlínicas, CRAS, CREAS e aos serviços já citados como a UPA e as ESF/Clínicas das Famílias do território. O CAPS III João Ferreira vem se apresentar como um novo serviço para acolhimentos, atendimentos, acompanhamentos e direcionamentos aos casos de saúde mental. Se apresenta como um CAPS - um serviço de Atenção Psicossocial com funcionamento 24hs no Complexo do Alemão que além do Complexo todo abrange bairros como Ramos, Bonsucesso, Olaria, uma parte da Maré e uma parte da Penha também. Com 6 leitos de acolhimento a crise, e que ao longo destes 9 anos e meio, pela necessidade e aumento da demanda, passou para 9 leitos de acolhimento a crise, evitando que a pessoa com

sofrimento psíquico agudo vá para a internação de qualquer hospital psiquiátrico pelo Rio de Janeiro e passe a ser então acolhido e acompanhado no CAPS III local de seu tratamento e acompanhamento diário. O CAPS III durante o dia e a semana é composto por uma equipe multiprofissional com diaristas e plantonistas e durante noite e finais de semana a equipe é composta por plantonistas um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, caso haja necessidade, durante as noites ou finais de semana um profissional diarista pode somar ficando no plantão para ajudar no acolhimento a crise de quem estiver acolhido no CAPS.

Desde a sua inauguração em 03/05/2010, objetivos foram traçados e sempre reavaliados na construção do CAPS III tais como:

- ter ações dos profissionais de saúde, cada qual com sua especialidade na realização: atendimentos individuais, grupos e oficinas terapêuticas;

- porta de entrada (acolhimento de primeira vez) e porta de saída (encaminhamentos);

- acolhimento à crise (segurar a crise do paciente psiquiátrico no próprio CAPS, denominamos este cuidado de acolhimento noturno AN ou acolhimento a crise onde o usuário fica acolhido no CAPS até que sua crise aguda psíquica melhore e tenha condições de ir para casa, ou voltar para uma residência terapêutica ou se este for um morador de rua, temos casos assim, que ele retorne para a rua e continue vindo ao CAPS, oferecemos também um acolhimento estendido, como somos um CAPS 24hs, podemos ficar com o usuário depois do término da convivência no CAPS tipo acolher o paciente/usuário de 7hs às 21hs e depois este pode ir pra casa ou que o familiar possa buscá-lo no CAPS;

- implantação do matriciamento (trabalho direcionado aos profissionais do CAPS para estarem próximos das equipes das Clínicas das Famílias participando de reuniões e interconsultas juntos e assim, identificar os casos de saúde mental pelo território que podem ou não se beneficiar do tratamento e acompanhamento do CAPS);

- acolhimento de primeira vez, toda e qualquer pessoa que chega ao serviço, irá ser escutado e se este tiver perfil para o tratamento no mesmo, tiramos os técnicos de referência para este caso e um médico para acompanhar e realizamos seu projeto terapêutico singular - número de vezes durante a semana que este vem ao CAPS, se vem para atendimento individual e/ou oficinas terapêuticas, enfim projeto para que ele possa ter um bom acompanhamento no mesmo;

- visitas domiciliares, muitos casos que recebemos, devido sua gravidade, não conseguem freqüentar o CAPS, então vamos até este para dar continuidade através das visitas domiciliares e atendemos este em casa;

- realizamos o reconhecimento da área e da rede de assistência já existente para realizar parcerias com esta rede de serviços e oferecer uma assistência global

para a pessoa com transtorno mental;

- servir de apoio para outros serviços, como os CAPS II da área que não tem leitos e que podem, se tivermos vaga, se beneficiar do nosso Acolhimento Noturno, cuidando de seu usuário em crise no CAPS III e procurando acompanhar este com sua equipe se deslocando para cuidar fora de seu local de origem em parceria com a equipe do CAPS III;

- participação no Fórum de Saúde Mental de Área 3.1 importante local encontro e de construção, elaboração de parcerias entre serviços da área programática 3.1;

- participação nas reuniões do Conselho Distrital, onde vamos estar com os conselheiros de saúde e estes podem apoiar o importante trabalho dos CAPS neste território;

- participar e desenhar a divisão da Área Programática – AP 3.1 para cobertura de atendimento e tantos outros desafios e enfrentamentos na construção do mesmo.

- quando um usuário precisar ser internado em outra instituição, como forma de cuidado, sempre acompanhar neste outro serviço a evolução do quadro psíquico e/ou clínico para que este retorne logo para o CAPS e dê continuidade em seu tratamento no mesmo.

Tivemos que pensar também em estratégias de cuidado com relação a passagem, tão histórica, da invasão do exército e conseqüentemente a instalação das Unidades de Polícia Pacificadoras - UPPs e as conseqüências positivas e negativas enfrentadas no dia-a-dia com relação a esta ação no território. Hoje em dia, tal ação realizada na época, não causam o efeito necessário a população local como era de se esperar - alcançar uma maior e melhor segurança. Ao longo destes anos as UPPs deixaram de existir e de proteger e as facções, entram, saem, dividem e disputam território e mandam no Alemão e assim a violência permanece, aumenta e quem sofre é a população, nós profissionais de saúde e nossos usuários.

### **CAPS III - RECOLHIMENTO NÃO, ACOLHIMENTO SIM**

“ A loucura diz respeito à própria cultura humana. É dela constitutiva e dela cuidar é a grande loucura da idade moderna. Todos nós, profissionais da saúde mental, cuidadores, familiares e os próprios pacientes, amamos além do nosso bom senso.”

Prof. João Ferreira da Silva Filho

O CAPS III João Ferreira, foi o primeiro CAPS III da Área Programática 3.1 e o segundo CAPS III do Município do Rio de Janeiro.

Oferece atendimento diário e noturno à população de sua área de abrangência (clientela adulta), com transtornos mentais severos e persistentes, realizando



o acompanhamento psicossocial e interdisciplinar para a reinserção social dos usuários, com acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo um dispositivo potente à redução das internações em hospitais psiquiátricos e clínicas conveniadas.

O trabalho dos CAPS, além de toda a assistência a população local, também é voltado a política/trabalho de desinstitucionalização, ou seja, foram criados para retirar usuários/pacientes em situação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, que graças a força tarefa intensa de anos, estão cada vez mais instintos. Hoje acompanhamos 4 residências terapêuticas com um número de 27 usuários/ moradores que se beneficiam do trabalho de desinstitucionalização com uma equipe de seguimento - coordenação, acompanhante terapêutico e cuidadores 24hs nas Residências Terapêuticas ligado ao CAPS III João Ferreira.

Em sua construção o CAPS é porta aberta, oferece recepção em acolhimento de primeira vez nos turnos da manhã, tarde e finais de semana, toda e qualquer pessoa que chegar ao CAPS será escutada e em caso de inserção no serviço – realizamos a Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com ações de cuidado no CAPS e no território, como instrumento terapêutico para o tratamento do sofrimento psíquico. Caso este não tenha perfil encaminharemos para o serviço de acordo com sua necessidade ambulatorios, clínicas da família. Nas situações de crise envolvendo usuários novos encaminhados da UPA e /ou Policlínica Rodolpho Rocco e / ou vindo do Instituto de Psiquiatria Philippe Pinel (referência para emergência psiquiátrica da Área Programática 3.1 - Complexo do Alemão) procuramos acolher no CAPS e cuidar da crise aguda e seguir com seu tratamento no mesmo.

Utilizamos os leitos do CAPS III para os casos graves em franca crise psiquiátrica para este cuidado utilizamos o nome de acolhimento a crise ou acolhimento noturno o qual irá permanecer até que seu quadro deixe de ser agudo e assim visando proporcionar atenção integral ao usuário e evitando que este venha a ser internado em qualquer hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro.

O CAPS recorre a internação hospitalar em poucos casos, pois o acolhimento à crise - com a possibilidade de cuidado intensivo e acolhimento noturno - é realizado pelo CAPS III.

Mantemos contato permanente com a Emergência Psiquiátrica da Policlínica Rodolpho Rocco e com Instituto de Psiquiatria Philippe Pinel, polo regulador de internação do território, com o objetivo de manejar o cuidado dos nossos pacientes em crise que acessarem estas unidades.

Nos casos onde ocorre a internação hospitalar, em hospital psiquiátrico ou leito integral de saúde mental em hospital geral, mantemos a assistência continuada da equipe de referência do CAPS ao usuário, através de visitas institucionais,

acompanhamento de familiares e discussão da direção clínica com a equipe da unidade hospitalar.

## ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, musicoterápico, orientação, entre outros);
- atendimentos em grupos (psicoterapia, musicoterapia, atividades de suporte social, entre outros);
- atendimentos em oficinas terapêuticas;
- Visitas e atendimentos domiciliares e hospitalares;
- Atendimento aos familiares;
- Atividades comunitárias – Participação em eventos;
- Matriciamento – Os profissionais do CAPS possuem 1 turno reservado para o apoio matricial e estão organizados em duplas para referência de duas equipes de saúde da família, cada, totalizando uma média de vinte equipes da atenção básica(ESF) sendo matriciados;
- Atividades coletivas no território – lazer (cinema, teatro, praia, passeios, etc);
- Acolhimento diário - Aos usuários que chegam ao serviço pela primeira vez. É realizado por uma dupla de profissionais organizados por turnos;
- Acolhimento noturno - Para eventual repouso e/ou observação no acompanhamento à crise.

## MUSICOTERAPEUTA E COORDENADORA TÉCNICA

Procuro ver o paciente como um todo, uma pessoa que sofre, ri,chora, se coloca ou se cala, grita, tem raiva, se controla ou se descontrola, desanima, escuta vozes, não se lembra se recusa, se agride ou agride ao outro e que pode aderir a tudo ou a nada. Acredito nos benefícios da Musicoterapia assim como no trabalho Interdisciplinar e na Clínica de CAPS para esta pessoa. Este é um trabalho Humanizado que Promove Saúde!

Andréa T. Farnettane

Faço parte desta história como profissional musicoterapeuta, o qual depois de seis meses de enfrentamentos na criação deste serviço, venho assumir a função de Coordenadora Técnica do CAPS III João Ferreira. Os CAPS apresentam em sua forma de estrutura para funcionamento os cargos de: Direção, Coordenação Técnica, Administração, auxiliares administrativos, equipe Multiprofissional (Assistente Social, Psicólogos, Psiquiatras, Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Oficineiras, Cooperas, Cuidadores, Equipe de Vigilância

e de limpeza/ higienização). Todos fazem parte do funcionamento e da clínica sem deixar de exercer suas especialidades. O trabalho interdisciplinar está no contar com o outro e na troca de saberes em função de realizar um bom funcionamento e desenvolver uma clínica ampliada com cada usuário/paciente. Um turno é mantido com a nossa reunião de equipe com a presença do supervisor clínico, profissional com um olhar de fora que vem somar junto a Direção, a Coordenação Técnica, a Administração e a equipe no pensar na clínica ampliada para cada usuário/paciente, suas ações e manejos. O CAPS como referência para o usuário, muitas vezes, pode ser a participação deste nas oficinas terapêuticas, conversar com as cooperas, freqüentar a convivência, almoçar, lanchar, além das atividades da clínica habituais como o atendimento individual, atendimento em grupo, trabalhar e fortalecer laços sociais e familiares, fornecimento das medicações.

Percebi que me fazer disponível para não só pensar os casos clínicos como também agir e atuar na clínica facilitou a minha inserção na função como coordenadora técnica durante estes anos e atualmente com Diretora ( em Julho deste ano 2019, a Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro me convidou a Assumir a Direção do CAPS III João Ferreira).

Ações como ser referência para os casos e traçar o projeto terapêutico singular no CAPS, realizar o grupo de musicoterapia com os usuários, realizar atendimento de primeira vez, visitas domiciliares, visitas institucionais, ser referência para os casos de desinstitucionalização moradores das residências terapêuticas, são demandas do serviço, que mesmo estando na função de coordenadora técnica e atualmente Diretora, não deixei de fazer e de estar perto da equipe para realizar junto estas ações o que fez e faz total diferença, pois o profissional acaba se sentindo acolhido por mim como gestora e profissional de saúde mental. É saber ter respeito através das ações em conjunto e em separado, é olhar o colega e perceber junto formas de ação funcionais na clínica respeitando seus próprios limites para com o outro. Sair um pouco do papel de gestão e atuar como Musicoterapeuta - como profissional de Saúde mental eu sempre realizei todas as atividades citadas anteriormente além de atender individualmente e em grupo como Musicoterapeuta - onde dou voz a quem sempre foi calado pela loucura através da música, ser Musicoterapeuta é ter o grupo de musicoterapia lotado, é ser o diferencial por ter e usar como ferramenta de trabalho com os pacientes/ usuários a música e seus elementos. Estar disponível me aproxima da equipe, que também demanda e tem suas complicações no funcionamento do CAPS e, estar disponível, me aproxima também dos usuários. É somar na ação do cuidado junto aos profissionais favorecendo uma melhor qualidade de escuta, de acolhimento, diversificado e de qualidade.

## ALGUMAS FALAS DOS USUÁRIOS COM RELAÇÃO A PARTICIPAÇÃO DESTES NO GRUPO DE MUSICOTERAPIA:

V. – “faz espairecer, relaxar, gosto muito de música”;

E. – “amo a música, a música representa muito, muito pra mim; meus familiares são músicos e aqui me faz recordar e me traz paz”

Z. – “aqui o corpo dança, fica leve”

C. – “ a música ajuda a restabelecer a minha saúde”

A. – “ pra mim a música é importante, o profissional de música é da saúde”

L. – “É Bom”

S. – “o grupo é alegria, é prazer de viver, cantar com o profissional da saúde, é tudo e me acalma”

D. – “ a alegria é a melhor terapia”

F. – “ o grupo é bom pra mim, todos me tratam bem!”

O. – “distrai a mente”

R. – “faz ficar feliz”

N. – “O grupo é harmonia, me sinto liberto, a mente é preenchida pelas músicas e afasta as vozes”

M. - “ tem sido muito positivo o grupo de musicoterapia porque quando a gente está cantando a gente está soltando as nossas loucuras que está nas nossas cabeças... eu saí do grupo em paz e flutuando nas nuvens, como se estivesse visto um anjo, é positivo e tem uma dimensão muito grande em nossas vidas”

J. - “ através da música eu consigo ficar mais calmo pra fazer as minhas coisas, faz superar meus medos e anseios e saí do grupo renovado”

Por ser um território violento e por este não ter conhecimento do CAPS e do trabalho do musicoterapeuta, um local, um território que não tinha conhecimento da musicoterapia foi importante resgatar, nas sessões de grupo, este sujeito que é muito silencioso devido a violência além de seu quadro psíquico. Dentro do CAPS o usuário tem voz e o Grupo de Musicoterapia dá voz a ele. É um trabalho de resgate do sujeito que sofre, é trabalhar no grupo sua história pessoal, da doença e sua história sonora/musical, é se expor através da música e se relacionar e falar de si. O musicoterapeuta funciona como facilitador para que este sujeito, esta pessoa apareça, a música que o usuário traz sempre será ligada a sua história pessoal, a sua história de vida, o sujeito aparece ali e assim se dá a terapia e conseqüentemente a sua melhora.

## TERRITÓRIO

O Complexo do Alemão faz parte de uma área programática a 3.1 do Município

do Rio de Janeiro, uma área extensa tendo como histórico a violência onde os moradores foram acostumados a morar se calando e obedecendo a regras de traficantes. São usuários que necessitam de estímulos e de orientação. Desde o início, temos como uma das diretrizes de funcionamento para com o nosso trabalho, a porta de entrada, onde toda e qualquer demanda que nos chegam será acolhida e escutada e desta escuta detalhada, trabalhamos seu projeto terapêutico no CAPS III ou encaminhamos este para outros serviços da rede para que possa ser acompanhado e assistido.

Um território novo e desconhecido, com a demanda de construir frentes de trabalho em parceria com a Atenção Básica: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Estratégia da Saúde de Família (ESF). A UPA tem como funcionamento o atendimento 24hs, lançada como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, unidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Hospitais, as UPAs ajudam a desafogar os prontos socorros ampliando e melhorando o acesso aos serviços de emergências do SUS – Sistema Único de Saúde. As Estratégias de Saúde da Família (ESF)/ Clínicas das Famílias (CF) funcionam como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. São serviços que, desde o início, tivemos a iniciativa de nos apresentarmos como parceiros e que estes também se colocaram como parceiros para melhor darmos cobertura à assistência em saúde e saúde mental no território. Ações como discussões de casos clínicos e cuidados a estes junto à equipe de profissionais da UPA e o apoio matricial com as equipes das Estratégias da Saúde da Família (ESF), ou seja, discutir os casos, potencializar atendimentos em conjunto com os profissionais da ESF – agentes comunitários, enfermeiros, médicos, realizar visitas domiciliares, fomentar a intersetorialidade através da construção das redes locais, participar das reuniões de equipe da ESF, auxiliar na gestão dos recursos especializados em saúde mental e criar dispositivos de re-inserção social no território, esta parceria e trabalho, facilitou em muito nossa inclusão e aceitação com os serviços e com a própria população local. Sempre procuramos atentar de que nossos usuários precisam de acompanhamento psiquiátrico mas também precisam de um acompanhamento clínico, então desde o início temos nossos usuários cadastrados nas Clínicas de Saúde da Família, são pessoas que também sentem dor de barriga, são hipertensos, são diabéticos e etc, precisam de cuidados clínicos.

## MOMENTO HISTÓRICO - A INVASÃO

Durante o primeiro ano de implantação do CAPS III, passamos pela invasão no território, a polícia e o exército entraram para pacificar e espalhar as Unidades de Policia Pacificadoras – as UPPs na área para manter a pacificação. Na entrevista, no processo seletivo, nos foi colocado se esta ação teria problema caso este fosse selecionado, todos disseram que não, e durante o processo de invasão como até hoje, realizamos o que tem que ser realizado, trabalhamos tomando o cuidado de não nos tornarmos heróis. Foram quatro dias de operação no morro, voltamos a trabalhar e tivemos que dar conta de demandas como os casos de estresse pós-traumático. Estávamos craques, assim posso dizer, pois o estresse e os casos de desorientações mentais, antes da invasão, já existiam. Pessoas, por exemplo, que devido à violência não conseguiam sair de suas casas há mais de 20 anos, nós já estávamos tratando. Hoje em dia e ao longo destes anos as UPPs deixaram de existir e as violências, nunca deixaram de existir e só pioraram. Criamos Projetos novos no CAPS para lidar com a questão da violência como: os grupos terapêuticos - “agente se cuida”; “Grupo de Mulheres”; “Grupo de Familiares” – onde participo como profissional musicoterapeuta muitas vezes. No grupo “ agente se cuida” por exemplo, passo a contribuir ao cuidado de quem cuida, um espaço oferecido aos profissionais de saúde como os agentes comunitários das estratégias de saúde da família – ESF/CF para que eles possam falar, desabafar, sobre ter que cuidar do outro diante de tanta violência no território, que também é um território o qual eles pertencem, moram no mesmo, é um grupo de cuidado compartilhado, procurando acolher o sofrimento também de quem cuida.

## CONCLUSÃO

Em 9 anos e meio de existência, posso dizer que nós **nos tornamos um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, um serviço com funcionamento 24hs, de referência, importante e de maior visibilidade** para o território, para a população local, para a Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro e a Coordenação da Área Programática 3.1 e para a própria Organização Social (O.S.) Viva Rio e, assim também servimos de referência para os outros serviços da área.

Trabalho! Não falta. Nossa estatística hoje é de que desde a nossa criação deixamos de internar para acolher no CAPS um número aproximado de 4200 usuários em crise. Estes poderiam estar nas ruas, sem tratamento em quadros muito piores sem interação com a sociedade e seus familiares ou internados sem um bom prognóstico. Seguem com seus acompanhamentos sistemáticos no CAPS. Nos deparamos com nossos acertos, nossos erros, desafios e enfrentamentos,

mas sempre com o compromisso de reavaliar e partir para as ações buscando um melhor acolhimento, evitando o recolhimento em emergências psiquiátricas e conseqüentemente em hospitais psiquiátricos alcançando tratamento, alcançando saúde mental, metas e objetivos de atender as demandas deste território tão sofrido, mas também um território muito promissor. A música faz parte deste contexto de tratamento e acolhimento através do profissional Musicoterapeuta e dentro da dinâmica da Clínica Ampliada do CAPS nós profissionais de saúde mental damos voz a quem nunca teve respeito e um lugar para poder se expressar, cuidar de si e ter dignidade para que mesmo com seu sofrimento psíquico, possa seguir na sociedade, se perceber melhor e saber lidar e segurar seus instintos e evitar sofrimento a si e ao outro ao longo de seu caminho na vida. O CAPS é essa ponte que acolhe e cuida e não recolhe, o CAPS respeita e serve de porto seguro a familiares e aos usuários que já perderam suas esperanças. É um campo da saúde de muito trabalho e dedicação, falo aqui de disponibilidade que poucos profissionais aderem, mas quando aderem, ajudam a prevenir e a promover saúde mental.

## REFERÊNCIAS

CHIAVERINI, Dulce Helena ( Organizadora) ... [ et al.]. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília [DF], 2011.

COSTA, Clarice M; FIGUEIREDO, Ana C. Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

LEINIG, Clotilde E. A Música e a Ciência se Encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia. Curitiba: Juruá, 2009.

Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

## SERVIÇOS-ESCOLA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Rayane Ribas Martuchi

Centro Universitário Salesiano de São Paulo –  
UNISAL, curso de Psicologia  
Campinas – SP

### Elisabete Aparecida Monteiro

Centro Universitário Salesiano de São Paulo –  
UNISAL, curso de Psicologia  
Campinas – SP

### Ticiane Paiva de Vasconcelos

Centro Universitário Salesiano de São Paulo –  
UNISAL, curso de Psicologia  
Campinas – SP

**RESUMO:** Os serviços-escola dos cursos de graduação em Psicologia compõem um conjunto de atividades de estágio profissionalizante. Este trabalho de extensão universitária e ação comunitária tem por objetivo trazer o debate dos serviços-escola e seu lugar diante das políticas públicas de saúde a partir de relato de experiência na implementação do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do UNISAL *campus* Liceu. É apresentada revisão teórica sobre o histórico e lugar dos serviços-escola na discussão atual, seguida da apresentação do funcionamento do SPA após o período inicial da abertura dos trabalhos, métodos, resultados e discussão. Apresentamos os números em relação à solicitação de atendimentos, desistência

e complexidade dos encaminhamentos recebidos. Por fim, problematiza-se a defesa da Psicologia na absorção da demanda excedente pela ineficiência da saúde pública brasileira.

**PALAVRAS-CHAVE:** serviços-escola; psicologia; atendimento psicológico; saúde pública.

### SCHOOL-SERVICES AND PUBLIC HEALTH POLICIES: AN EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** The school-services of the undergraduate courses in Psychology compose a set of activities of professionalizing internship. This work of university extension and community outreach aims to bring the debate of the school-services and its place in the public health policies based on experience reports in the implementation of the Applied Psychology Service (SPA) of UNISAL's *Liceu campus*. A theoretical review of the history and place of the school-services in the current discussion is presented, followed by the presentation of the functioning of the SPA after the initial period of opening, methods, results and discussion. We present the numbers in relation to requests for attendance, withdrawal and complexity of the referrals received. Finally, the defense of Psychology in the absorption of excess demand



by the Brazilian public health system's inefficiency is problematized.

**KEYWORDS:** school-services; psychology; psychological support; public health.

## 1 | INTRODUÇÃO

Este artigo visa discutir o papel dos serviços-escola de Psicologia no contexto das políticas públicas de saúde. No entorno da problemática do acesso à saúde pública pela população menos favorecida sócio e economicamente, este artigo pretende realizar uma análise crítica em relação ao lugar ocupado por esses serviços na dinâmica das políticas públicas, bem como sua importância, limitações e possibilidades por meio de um panorama dos serviços e modalidades oferecidos nos serviços-escola.

O trabalho também discutirá acerca dos altos números de desistência na triagem e no retorno para o início do atendimento; papel e importância da supervisão dos estágios de campo e do responsável técnico, exigidas para o funcionamento dos serviços-escola, diante a elevada demanda das entidades assistenciais parceiras no encaminhamento de casos complexos e emergenciais.

Em destaque, traremos o relato de experiência da extensão universitária e ação comunitária realizada em 2018 pelo programa BEXT-SAL, para a abertura do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do curso de Psicologia do Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL) *campus* Liceu, localizado na cidade de Campinas-SP.

A proposta foi desenvolver uma intervenção extensionista para fortalecer as ações de cooperação entre as entidades assistenciais de Campinas e o UNISAL, por meio das atividades de estágio do SPA, ao auxiliar o gerenciamento, triagem de usuários e implementação do serviço.

A partir das seguintes indagações: quais as demandas e necessidades das entidades assistenciais e usuários podem ser atendidos no SPA do curso de Psicologia da UNISAL – *campus* Liceu? Ainda, compreendendo a Psicologia como ciência e prática de saúde mental, como ofertar serviços psicológicos qualificados, principalmente à população que não consegue acesso aos serviços de forma paga?

Estas questões (im)pertinentes no cenário de implementação do SPA tornaram-se imprescindíveis na realização das atividades propostas, almejando que este espaço seja referência em serviços de qualidade e relevância, ofertados gratuitamente no campo da Psicologia.

## 2 | SERVIÇOS-ESCOLA DE PSICOLOGIA: SUA HISTÓRIA, SEU LUGAR EM DEBATE

Desde o momento em que a Psicologia se consolidou como ciência e profissão, datando 1962 como o ano de sua regulamentação no Brasil, os serviços-escola já se faziam presentes. Dessa forma, seu histórico está vinculado com o próprio nascimento da profissão no país, proporcionando a formação prática de profissionais e atendendo às obrigatoriedades legais dispostas sobre os cursos de Psicologia no Brasil (Lei nº 4.119, 1962) (CAMPEZATTO & NUNES, 2006).

Inicialmente, a criação dos serviços-escola de Psicologia se deu com o objetivo principal de atender uma obrigação legal para o funcionamento de cursos de Psicologia e não para atender à necessidade da população por serviços psicológicos (BOECKEL et al., 2010; MELO-SILVA, SANTOS & SIMON, 2005; NUNES, CAMPEZATTO, CRUXÊN & SAVALHIA, 2006, como citado em GOMES & DIMENSTEIN, 2016).

A inclinação às demandas da comunidade fica evidenciada na exigência da instalação de serviço-escola pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Psicologia conforme o Art. 25º:

O projeto de curso deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com as funções de responder às exigências para a formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e as demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido (Brasil, 2004, p. 8).

A carta de serviços sobre estágios e serviços-escola do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) elucida que o serviço-escola de Psicologia é o espaço em que precisa articular os estágios supervisionados básicos e específicos, internos e externos, de acordo com o perfil de egresso desejado pelo projeto pedagógico do curso, além de cumprir com as funções de oferecer treinamentos para os futuros profissionais da área, bem como, o acesso aos serviços psicológicos à população.

A respeito das terminologias, “clínica-escola” foi substituído por “serviço-escola” em 2004, durante o evento 12º Encontro de Clínicas-Escola do Estado de São Paulo. Esta nova nomenclatura veio acompanhar o desenvolvimento da profissão no Brasil e teve o objetivo de contemplar um espectro maior de intervenções psicológicas que não somente o fazer clínico (MELO-SILVA, 2005, como citado em AMARAL et al., 2012).

Na perspectiva de Amaral et al. (2012), os serviços-escola podem ser entendidos como espaço que atende a duas necessidades: educacionais, de formação do aluno; e sociais, pois oferta-se serviços psicológicos à comunidade de forma gratuita. Estes serviços ofertados pelos cursos de Psicologia são desafiados na articulação dessas duas perspectivas, o treinamento e qualificação de futuros

profissionais de Psicologia e a inserção social das instituições para com a sociedade, na identificação de suas necessidades e demandas específicas, fomentando a interface das realidades sociais, políticas e culturais.

O questionamento que persiste é: os serviços-escola, tal como são, atendem à dupla função, de oferecer espaço de formação para os alunos e ofertar serviços psicológicos gratuitos que correspondam às necessidades da comunidade?

Gomes e Dimenstein (2016) tecem críticas aos serviços-escolas de Psicologia que oferecem aos alunos práticas de estágio desconectada com as diretrizes de políticas públicas de saúde e assistência social. Na visão das autoras, a formação de profissionais nos modelos da clínica tradicional de atendimento individualizado e descontextualizado de uma dada realidade social, corresponde ao modelo de atendimento clínico isolado, neoliberal e privatista.

Para as autoras, a formação teórica e prática ofertada pelos cursos de Psicologia (em especial atenção à quantidade crescente de IES para atender aos interesses comerciais e descompromissadas com as problemáticas sociais) está desalinhada com o cenário político, social e econômico que demanda a atuação qualificada de profissionais nas políticas públicas de saúde e assistência social (GOMES & DIMENSTEIN, 2016).

Nessa perspectiva, Gomes e Dimenstein (2016) defendem que, em acordo com a demanda do Estado, os serviços-escola de Psicologia têm o dever de preparar seus egressos para o um trabalho interdisciplinar integrado ao setor público, fazendo dos serviços-escola um dispositivo oficial e regulamentada enquanto parte da rede de políticas públicas de saúde e assistência social.

Neste mesmo sentido, o trabalho de Viol e Ferrazza (2015) também parece concordar com a inserção dos serviços-escolas de Psicologia como dispositivo da rede de atenção psicossocial dos municípios, tendo suas práticas direcionadas à clínica ampliada na rede intersetorial de saúde, educação e assistência social. Este posicionamento está alicerçado na justificativa de que a inserção de estudantes nos espaços institucionais proporciona a interlocução com a prevenção e promoção da saúde, sob a lógica das políticas públicas e não centradas exclusivamente nas psicoterapias individuais.

Segundo a pesquisa aplicada em quatro serviços-escola do Rio Grande do Norte (GOMES & DIMENSTEIN, 2016), outras possibilidades de serviços psicológicos estão nas modalidades de oficinas; roda de conversa; reuniões de equipe para discussão de casos que chegam aos serviços-escola; orientação a pais; psicoterapia em grupos; grupos de capacitação com os Conselhos Tutelares; orientação profissional; avaliação psicológica.

Boeckel et al. (2010) descrevem o Centro de Serviços em Psicologia da PUC do Rio Grande do Sul por meio do desenvolvimento de ações comunitárias

pautadas pela Psicologia Comunitária; palestras; oficinas; orientação familiar e vocacional; mediação familiar; psicoterapia individual e em grupo; projetos de atenção psicossocial junto às redes de atenção primária, secundária e terciária em saúde.

Saldanha et al. (2014) descrevem a Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES) do Centro Universitário Univates, no Rio Grande do Sul, que, por meio de convênios com quatro municípios da região, foi firmado acordo de cooperação entre a IES e a gestão pública da saúde do SUS. A proposta da CURES é a interdisciplinaridade e integralidade na formação profissional para o SUS alinhada com o conceito ampliado de saúde. Além da prática sistemática de conhecer cada município atendido, que abarca análise da situação da saúde; mapeamento de escolas, projetos sociais e outros.

Na visão de Ortolan et al. (2018), a aproximação com a rede de políticas públicas de saúde mental e assistência social deve ser contínua, até que os serviços-escola de Psicologia sejam dispositivos efetivos dessa rede. Tendo em vista que esses encaminhamentos, tanto dos serviços-escola para a rede pública, quanto a rede pública para os serviços-escola, já acontecem informalmente. As autoras descrevem a articulação entre Grupo de Dinâmicas e Plantão Psicológico e as políticas públicas por referenciarem e contrarreferenciarem os usuários.

Concordamos que, por meio dos seus serviços-escola e demais estágios obrigatórios previstos na grade curricular, é de dever das IES cumprir com as DCN para os cursos de graduação em Psicologia que prevê a formação de profissionais de Psicologia articulada com as demandas atuais da realidade brasileira. Contudo, vale pensar: é absorvendo a demanda que transborda do setor público que a Psicologia exerce seu papel, ou a Psicologia não deve ser balizada pela luta política para a garantia e ampliação desses direitos para a população?

Dado o cenário nacional de precarização das políticas públicas de saúde em sua gestão financeira e no recebimento de recursos para a manutenção desses equipamentos, indagamo-nos se é legítimo que serviços-escola de Psicologia sejam inseridos na rede pública de saúde e assistência social para sanar esse déficit, ou o Estado deve prover profissionais, estagiários e equipamentos suficientes para suprir a demanda da população brasileira?

Desse modo, questiona-se, ainda, quais serviços psicológicos estes espaços de serviços-escola podem oferecer para além do atendimento clínico? Como a Psicologia pode ir ao encontro da população que dela necessita? Em linhas gerais, compreendemos que o espaço do serviço-escola deva oferecer aos alunos a possibilidade de práticas psicológicas para além da clínica tradicional de atendimento individual.

### 3 | APRESENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SPA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

O SPA é uma extensão do curso de Psicologia, responsável pelo treinamento dos alunos e desenvolvimento de estágios previstos na formação do psicólogo (UNISAL, 2018). É um serviço de grande relevância social, pois oferece uma alternativa de atenção psicológica, especialmente para as pessoas que não teriam como arcar com os custos de um atendimento particular (Regulamento de estágio psicologia UNISAL, 2016).

Inaugurado em agosto de 2018, o SPA compõe o Núcleo de atendimento integrado Serviço Integrado do UNISAL – Unidade Campinas – *campus* Liceu Salesiano, junto com o SAJU (Serviço de Atendimento Jurídico) e a Brinquedoteca (Laboratório do curso de Pedagogia). Compõem a equipe do SPA: uma recepcionista; uma psicóloga técnica responsável; três supervisoras de estágio; estagiários do oitavo ao décimo semestre da graduação; além da coordenadora de estágios.

O SPA oferece psicoterapia (individual ou em grupo) a crianças, jovens e adultos da cidade de Campinas e região, que necessitam de atendimento psicológico e orientação profissional.

A porta de entrada para o SPA se dá por meio de um endereço de e-mail, em que a pessoa interessada encaminha seus dados para contato. Da mesma forma, as instituições que firmaram parceria com o SPA enviam e-mail solicitando agendamento de triagem para seus usuários.

O processo de triagem é realizado por estagiários do oitavo ao décimo semestre, ou pela psicóloga técnica responsável, em sessão única. Porém, a depender da complexidade do caso, pode haver necessidade de retorno ao serviço, para devolutiva ou encaminhamento a outros serviços.

Os atendimentos psicoterapêuticos ocorrem a partir das abordagens: humanista, comportamental-cognitiva ou psicodinâmica, a depender da escolha teórica do estagiário responsável pelo caso e pautados pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo. Todos os estagiários que exercem a prática em Saúde participam, obrigatoriamente, da supervisão de estágio na mesma abordagem que optou, a fim de acompanhamento e avaliação técnica-ética dos estágios (REGULAMENTO DE ESTÁGIO PSICOLOGIA UNISAL, 2016).

O documento do CRP-SP (2010), respaldado pela Resolução 01 de 30 de março de 2009 (artigo 1º), especifica quanto à necessidade de registro documental ou eletrônico dos casos atendidos no serviço-escola, devendo ter relato sucinto da descrição, evolução do caso e procedimentos técnicos-científicos, resguardado o caráter sigiloso. Bem como, o 2º artigo da mesma Resolução aponta a obrigatoriedade de organização do prontuário de cada usuário do serviço e este será de acesso irrestrito ao paciente.

A fim de cumprir com êxito a Resolução nº01 do Conselho Federal de Psicologia, o SPA do UNISAL – Liceu contratou uma ferramenta eletrônica para registro de prontuários eletrônicos, que opera na gestão de serviços em psicologia. Quanto às exigências para o funcionamento de um serviço-escola, o CFP (2013) orienta que todo estágio deve ser acompanhado por um profissional orientador e ou supervisor com registro ativo no CRP da sua região e, preferencialmente, membro do corpo docente do curso.

#### **4 | OS PRIMEIROS PASSOS DA IMPLEMENTAÇÃO: RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da primeira semana de maio de 2018, iniciou-se as triagens, que se estenderam por 8 semanas. Foram mais de 400 solicitações de atendimento psicológico recebidas via e-mail entre o período de três meses de divulgação; cerca de 230 contatos, destes, cerca de 180 interessados foram agendados para a triagem, estima-se em torno de 84 faltas ou desistências, representando mais de 50%.

Assim, contabilizou-se 104 triagens realizadas ao final do primeiro semestre de 2018, sendo que, destas, apenas 4 casos foram encaminhados para outros serviços/profissionais, por não se encaixarem no perfil de clientela previsto a um serviço-escola. Finalizou-se, portanto, com 100 pessoas aguardando para atendimento a partir de agosto.

Outros dados que caracterizam a clientela das triagens realizadas são: do total de 100 triagens realizadas, 71 eram mulheres (71%) e apenas 29 eram homens (29%). Com relação ao sexo feminino, 51 triagens (72%) eram com mulheres adultas, idades entre 18 e 68 anos; e 20 triagens (28%) de crianças e adolescentes com idade entre 4 e 17 anos. Quanto ao sexo masculino, 9 triagens (31%) com homens adultos, com idades entre 18 e 41 anos; e 21 triagens (69%) de crianças e adolescentes com idade entre 4 a 17 anos.

Dados muito próximos da realidade no SPA Liceu foram encontrados na análise de Viol e Ferrazza (2015) acerca da clientela do serviço-escola de uma faculdade de Psicologia do interior de São Paulo, atendida entre os anos de 2009 e 2014. O levantamento aponta para a predominância de mulheres (72%) com relação aos homens (28%), ambos adultos, na composição da amostra do estudo. Inversamente, com relação a crianças e adolescentes, 69% são do gênero masculino e 23% do gênero feminino.

Segundo as autoras, acredita-se que o fator sócio cultural associado a questões de gênero seja um aspecto relevante para a análise desse fenômeno. Por ser vista, sócio e culturalmente, como um ser voltado ao cuidado próprio e de sua prole, a mulher é identificada à expressão de sentimentos e emoções. Quanto

aos homens é constantemente propagada os ideais de força, coragem, virilidade, levando aos homens a ocultarem seus sentimentos e emoções (Viol & Ferraza, 2015).

Referente ao índice estatístico maior de meninos na categoria criança/adolescente, com relação às meninas nesse mesmo agrupamento, devemos levar em consideração que a demanda pelo atendimento é, majoritariamente, de mães ou responsáveis do gênero feminino (ou ainda professoras e pedagogas das escolas), raramente são pais ou pessoas do gênero masculino.

Compreendemos que o sofrimento psíquico atravessa homens e mulheres, contudo, os estereótipos de gênero sobre quais comportamentos e expressões competem a cada um são legitimadas sócio e culturalmente de formas diferentes. No entanto, entendemos gênero como um constructo de ordem discursiva, construído na e pela linguagem, com contornos sociais e históricos. Nesta perspectiva, é coerente analisar o predomínio de mulheres a homens na solicitação de atendimento psicológico pela lente cultural, não sob o viés biológico e naturalista.

Ao iniciar o segundo semestre com os atendimentos, encontramos dificuldades quanto aos altos índices de desistência. Das 100 triagens realizadas que estavam aguardando a chamada do SPA para início do atendimento, somou-se 43 casos de desligamentos/desistência, destes: 11 crianças e 32 adultos.

Com estes resultados relativos à procura do serviço e índice de desligamentos/desistências, encontramos na literatura dados bastante aproximados e em diversas modalidades de serviços oferecidos. Conforme apontam Campezatto e Nunes (2006), Siqueira (2015), Viol e Ferrazza (2015), há alta procura pelo serviço, porém, índice de faltas e desistências também elevado. Sei e Colavin (2016) expandiram sua pesquisa e trouxeram dados do serviço-escola de Psicologia da Universidade de Barcelona com 43,8% de desistências.

Esta realidade de desistências parece não mudar significativamente, como mostra os dados apresentados por Ancona-Lopez, no seu mestrado em 1983, levantados de serviços-escola de Psicologia em São Paulo, no ano de 1977, que apontam que 54,1% dos usuários desistiram do atendimento, enquanto apenas 4,6% tiveram alta.

Relacionado aos motivos de desistência e abandono dos atendimentos, Müller (2009) apontam que a fragilidade do vínculo pode ser devido a inexperiência do psicoterapeuta iniciante no manejo das questões apresentadas pelo cliente. Nesta perspectiva, Silvaes (2006) parece concordar ao relacionar a qualidade do serviço com as desistências e abandonos por parte do cliente, e a condição de iniciantes na prática clínica é permeada de dificuldades e insegurança do papel a ser desempenhado (como citado em Sei & Colavin, 2016).

Sei e Colavin (2016) indicam no levantamento de dados do serviço-escola

de uma universidade pública do Paraná que o fator socioeconômico está associado diretamente com a viabilidade de locomoção das pessoas até o campus da faculdade, uma vez que o serviço é voltado para população em situação de vulnerabilidade, a questão financeira de acesso a esses locais, mesmo que público, é um desafio.

Uma outra perspectiva é apresentada por Birman (2006; 2000) ao destacar que as exigências do contrato psicoterapêutico dentro dos serviços-escola correm na contramão dos imperativos imediatistas de consumo e prazer na contemporaneidade (como citado em Viol & Ferrazza, 2015).

Ainda sobre desistências por faltas, mesmo que nenhum motivo seja comunicado à instituição ou ao psicoterapeuta estagiário, ainda assim há razões inconscientes para o cliente esquecer o agendamento ou não justifique as ausências (Castro, 2005, como citado em Sei & Colavin, 2016).

A respeito dos altos índices de desistência na triagem e no atendimento psicológico, Tognolli (2014) nos ajuda a refletir sobre a fantasia que cerca o lugar da psicoterapia e sua relação com o pagamento *versus* gratuidade. Mesmo que os serviços-escola de Psicologia ofereçam atendimentos gratuitos, ao menos em sua maioria, ainda sim o paciente não arca com nenhum custo?

Talvez a noção de pagamento deva ser ampliada para além do dinheiro que se é cobrado a cada sessão. O custo de um processo psicoterapêutico se apresenta ainda, e sobretudo, na implicação pessoal pela mudança almejada. Em outras palavras, o paciente precisa arcar com o custo do processo de mudança que ele mesmo o fará.

A reflexão sobre os altos índices de desistência e desligamento precisa também ocorrer na tentativa de entender quais modalidades de serviços são oferecidos, seus alcances e contemplação da demanda e a consequência na geração da fila de espera dos serviços-escola.

Nessa ampliação, podemos compreender, porém, sem esgotar as possibilidades de análises, que apesar dos serviços oferecidos pelo SPA Liceu serem ofertados gratuitamente à comunidade, sabe-se que o custo do processo psicoterapêutico transpõe a questão financeira. Não se pede o pagamento pela sessão, mas em contrapartida, há o regulamento interno do serviço que prevê as condições de faltas, atrasos, duração da sessão, para que os atendimentos possam ocorrer.

O serviço recebeu também a visita de cinco instituições (nas tipificações de rede de proteção social básica; casa lar; instituição de acolhimento institucional; Organização da Sociedade Civil em educação popular) para encaminhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, além do contato telefônico e e-mail com mais de oito instituições interessadas em estabelecer parcerias.

Na experiência com a implementação do SPA Liceu, foi notório o volume



e urgência dos casos encaminhados pelas entidades parceiras, assim como da população que procurou espontaneamente. Neste aspecto, indaga-se quais limites e possibilidades do SPA, e em específico pela condição de estagiários do 8º, 9º e 10º semestre, em acolher demandas complexas e emergenciais como ideação suicida e abuso sexual, das quais percebemos índice alarmante?

Compreende-se, portanto, um campo de tensão entre as entidades parceiras que direcionam os casos para atendimento no serviço-escola com a expectativa de acolhimento e início de tratamento imediato e a capacidade do serviço-escola em absorver essa demanda, tanto numericamente, quanto pela complexidade dos atendimentos realizados na condição de estágio.

A justificativa e importância da supervisão não se dá apenas pela responsabilidade legal, ética e técnica pelo serviço prestado, como também pelo cuidado com a(o) estagiária(o) que está diante do paciente e seu sofrimento, a fim de oferecer condições necessárias para o bom planejamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções psicológicas nas mais diversas áreas de atuação da psicologia. A supervisão de estágio mantém-se como um trabalho fundamental, não apenas para o preparo teórico e técnico do aluno, mas o preparo pessoal (SARAIVA & NUNES, 2007).

Dado este contorno às problemáticas que envolvem os serviços-escola na dinâmica das políticas públicas, a importância dos serviços-escola no cenário brasileiro é proporcional à complexidade vivenciada diariamente nesses espaços. Uma vez que o acesso aos serviços psicológicos pelas vias públicas é precário, quando não escasso, os serviços-escola se inserem como dispositivos de absorção da demanda por serviços psicológicos gratuitos para a comunidade.

Prezando pela qualidade do serviço prestado em qualquer natureza, o Jornal Psi em sua edição nº 194 (CRP-SP, 2018/2019) preconiza que, seja ele nos âmbitos públicos ou privados, os psicólogos devem orientar-se em relação ao tempo e a modalidade do serviço segundo sua fundamentação teórica, finalidade e necessidades da pessoa atendida, não diminuindo o tempo de atendimento para suprir a demanda de trabalho. Assim como o Ministério da Saúde assegura o direito do usuário à saúde o acesso e usufruto de serviços de qualidade, em que seja garantida a continuidade do trabalho.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual cenário precário do acesso à saúde pública, discutiu-se o lugar dos serviços-escola de Psicologia nas políticas públicas de saúde, seguido do relato de experiência na implementação do SPA - extensão do curso de Psicologia do UNISAL

*campus* Liceu, da cidade de Campinas-SP, seus resultados e discussão. Buscamos apresentar as possibilidades e limites de serviços psicológicos oferecidos pelos serviços-escola na sua interface com as políticas públicas.

O número expressivo de solicitações de atendimento ao SPA, no período de três meses de divulgação, demonstra que estes serviços gratuitos exercem papel fundamental na ação social, ao passo que também proporciona ao aluno a aprendizagem necessária para sua formação profissional.

A discussão atual sobre o Ano da Formação em Psicologia (CFP, ABEP & FENAPSI, 2018) e a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia nos impulsionam ao debate que deveria ser constante: qual é a Psicologia que queremos? A Psicologia como campo de intersecção de diversos campos de atuação e áreas do saber carrega a importância do seu compromisso com uma formação qualificada técnica e eticamente voltada à realidade vivenciada no dia a dia da profissão.

O desafio dos serviços-escola entre as funções de oferecer serviços psicológicos à comunidade e oferecer espaço de formação prática aos alunos de Psicologia está no compromisso com a qualidade do serviço prestado aos seus usuários e também a qualidade da formação do futuro profissional.

Entendemos que as demandas das políticas públicas de saúde não devem interferir na qualidade dos serviços psicológicos prestados pelos serviços-escola. O limite na absorção da demanda social está na garantia da qualidade do serviço oferecido aos usuários e das condições dignas e apropriadas de estágio, portanto, há barreiras nas buscas por novas práticas psicológicas nesses espaços formativos.

Por fim, apontamos a necessidade de novas pesquisas que fomentem a discussão dos objetivos dos serviços-escola de Psicologia, na perspectiva de responderem o “para quê?” e o “para quem?” os serviços estão sendo ofertados.

## REFERÊNCIAS

ANCONA-LOPEZ, M. Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de Psicologia. **Arquivos Brasileiros De Psicologia**, v. 35, n. 2, p. 123-135, 1983. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18922>

AMARAL, A. E. V.; LUCA, L.; RODRIGUES, T. C.; LEITE, C. A.; LOPES, F. L.; SILVA, M. A. Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. **Boletim de Psicologia**, v. 62, n. 136, p. 37-52, jun. 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432012000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100005&lng=pt&nrm=iso).

BRASIL. Parecer nº CNE/CES 0062/2004, de 12 de abril de 2004. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia**. In: Diário Oficial da União. Brasília, Processo nº 23001.000321/2001-99. 19 fev. Não paginado. 2004.

BOECKEL, M. G., KRUG, J. S., LAHM, C. R., RITTER, F., FONTOURA, L. O., & SOHNE, L. C. O papel do serviço-escola na consolidação do projeto pedagógico do curso de Psicologia. **Psicologia**

**Ensino & Formação**, v. 1, n. 1, p. 41-52, 2010. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-20612010000100005&lng=pt&tling=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612010000100005&lng=pt&tling=pt)

CAMPEZATTO, P. M.; NUNES, M. L. T. Caracterização da Clientela das clínicas-escola de Cursos de Psicologia da Região Metropolitana de Porto Alegre. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 376-388. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a05v20n3.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Recomendações aos Serviços-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo: compromisso ético para a formação de Psicólogos. Março. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Jornal Psi**. n. 194. Novembro, Dezembro, Janeiro. 2018/2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Carta de serviços sobre estágios em serviços-escola. Brasília. Setembro. 2013.

GOMES, M. A. F., & DIMENSTEIN, M. Serviço escola de psicologia e as políticas de saúde e de assistência social. **Temas em Psicologia**, n. 24, v. 4, p. 1217-1231. 2016. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000400003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000400003)

ORTOLAN, M. L. M.; SEI, M. B.; VICTRIO, K. C. Serviço-escola de Psicologia e potencialidades dos projetos de extensão: construção de políticas públicas me saúde mental. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**. v. 5, n. 1, p. 78-85. 2018. Disponível em <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/13404>

REGULAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO. UNISAL. Campinas. 2016. Documento interno.

SALDANHA, O. M. F. L., PEREIRA, A. L. B., MEDEIROS, C. R. G., DHEIN, G., KOETZ, L. C. E., SCHWERTNER, S. F., & CECCIM, R. B. Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1053-1062. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000501053&script=sci\\_abstract&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000501053&script=sci_abstract&tling=pt)

SARAIVA, L. A., & NUNES, M. L. T. (2007). A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 3, p. 259-268. 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2007000300008&script=sci\\_abstract&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2007000300008&script=sci_abstract&tling=pt)

SIQUEIRA, V. R. Estudo Sobre a Evasão de Pacientes em Psicoterapia Oferecida pela Clínica Escola da Faculdade Anhanguera de Cascavel, PR por Membros da Comunidade de Baixa Renda. **Rev. Educ.**, v. 18, n. 25, p. 40-43. 2015. Disponível em <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/educ/article/viewFile/3475/3062>

SEI, M. B.; COLAVIN, J. R. P. Desistência e abandono da psicoterapia em um serviço-escola de Psicologia. **Rev. bras. psicoter.** v 18, n. 2,p. 37-49. 2016. Disponível em [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=200](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=200)

TOGNOLLI, D. Dinheiro e psicanálise. **Ide**, v. 37, n. 58, p. 95-107. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31062014000200009&lng=pt&tling=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062014000200009&lng=pt&tling=pt)

VIOL, S. G. M.; FERRAZZA, D. A. Estudo Sobre um Serviço-Escola de Psicologia: do perfil da clientela às novas estratégias de atenção e cuidado. **Fórum: Diálogos em Psicologia**. ano II.3. Ourinhos/SP – jul./dez. 2015. Disponível em <http://fio.edu.br/revistapsi/arquivos/ed3/05-%20Artigo3.pdf>

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO - RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Priscila Praseres Nunes**  
**Diego Raí de Azevedo Costa**  
**Raiane Fernandes Prazeres**

**RESUMO:** INTRODUÇÃO: O consumo de substâncias regulamentadas, álcool, tabaco e outras drogas vem contribuindo de maneira importante para o aumento da carga global de doenças<sup>(1)</sup>. A dependência química envolve aspectos biopsicossociais, acarretando em prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, caracterizado por comportamentos impulsivos e recorrentes, consumo de substância aditiva por período prolongado e aumento gradativo da quantidade consumida<sup>(1,2)</sup>. O abuso de uma determinada substância está relacionado a tentativa do indivíduo obter sensações de bem-estar e prazer. O tratamento envolve intervenções em diversas áreas, porém é necessário compreender o contexto social no qual o indivíduo está inserido<sup>(2)</sup>. Ao profissional de enfermagem cabe a execução da prática assistencial através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao usuário de drogas. O cuidado prestado exige do profissional capacidade técnica no âmbito de saúde mental, visto que suas ações devem ser pautadas na integridade psíquica do indivíduo.

Deve-se buscar desenvolver estratégias para uma assistência holística, incluindo a participação dos familiares e iniciativas no âmbito comunitário<sup>(2)</sup>. OBJETIVO: Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem a um paciente com dependência química. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo em forma de relato de experiência, sobre os cuidados de enfermagem realizados a um paciente dependente químico utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem com base na Classificação de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem da Taxonomia NANDA, NIC e NOC. Este estudo foi realizado no período de 11 de Março a 08 de Abril de 2019, durante o estágio acadêmico em Saúde Mental do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). RESULTADOS: Paciente B.C, 29 anos, negro, solteiro, sem filhos, ensino fundamental incompleto, natural de São Luís, mora com a mãe, avó materna e padrasto. Possui histórico de internações prévias, sendo essa a quarta internação, após apresentar inquietação e insônia. Relata ser usuário de *Cannabis sativa* desde os 12 anos de idade. Já tendo feito uso de outras substâncias como crack e cola de sapateiro. Contou já ter tentando suicídio com arma de fogo quando estava

sobre efeito de drogas. Refere não fazer uso de medicação psicotrópica em casa. Tabagista, consome cerca de 10 a 12 cigarros de *Cannabis sativa* por dia. Nega etilismo e outras comorbidades. Mãe diabética, irmão alcoólatra, pai falecido (causa desconhecida), nega histórico de doenças psiquiátricas na família. Possui diagnóstico médico de Esquizofrenia paranóide que consiste na ideação delirante relativamente estável, habitualmente de perseguição, acompanhadas em geral de alucinações e alterações nas percepções<sup>(2)</sup>. No momento da entrevista apresentava-se limpo, vestido e cooperante. Demonstrou orientação auto e alopsíquica, nível de consciência vigil, tenacidade, memória recente e remota preservados, pensamento coerente e lógico. A partir desses dados, levantamos os seguintes diagnósticos de enfermagem: Comportamento de saúde propenso a risco caracterizado por falha em alcançar senso de controle relacionado à dependência química; Enfrentamento Ineficaz caracterizado por abuso de substâncias relacionado à crise situacional<sup>(3)</sup>. De acordo com estes diagnósticos elencamos os seguintes resultados a serem alcançados durante a intervenção de enfermagem: Comportamento de cessação de abuso de drogas, no qual, o indivíduo será capaz de perceber as barreiras emocionais e sociais para eliminação do uso de substâncias, identificando as consequências negativas de seu comportamento; Enfretamento, conseguindo identificar os padrões de enfretamento eficazes, ao mesmo tempo que aceita a situação vivida e verbaliza a necessidade de assistência comprometendo-se com as estratégias para o controle do abuso de drogas<sup>(4)</sup>. Com base nesses resultados montou-se o plano de intervenções buscando através do aconselhamento estabelecer uma relação terapêutica com o paciente, de modo a encorajar a expressão de sentimentos e determinar como os comportamentos e experiências prévias afetavam suas expectativas e o seu conhecimento sobre o tratamento. Ao orientar o paciente quanto aos efeitos nocivos nos âmbitos sociais, psicológicos e físicos da *Cannabis sativa*, procurou-se incentivar e destacar os seus esforços em aceitar a responsabilidade pela dependência e o seu tratamento<sup>(5)</sup>. Contudo, ao decorrer das semanas o paciente modulou o comportamento à medida que se aproximava da data de alta. Inicialmente, apresentou discurso elaborado de conteúdo resignado, mostrando-se compreensivo com sua condição e manifestando desejo de mudar de atitude. No entanto, ao decorrer da última semana, o paciente demonstrou aumento da ansiedade com mudança de discurso, principalmente após a visita da mãe. O mesmo adotou uma postura de negação quanto ao vício em substâncias, acreditando não precisar parar o uso da *Cannabis sativa* ou de fazer qualquer tipo de tratamento para interromper o vício. Como consequência elencou a possibilidade de sair de casa para manter-se afastado dos familiares, com o objetivo de evitar conflitos. No aspecto cognitivo apresentou desempenho satisfatório de acordo com seu grau de instrução, sendo capaz de compreender e executar comandos de acordo com os exercícios propostos. Ao estimular a expressão dos sentimentos através de relatos pessoais, o mesmo fez com bastante clareza, conseguindo separar cada situação de acordo com a emoção despertada, sem sinais de confusão. Ao evoluir

os diagnósticos de enfermagem observamos: Comportamento de saúde propenso a risco melhorado, o paciente reconhece o impacto negativo do estresse, entende que o abuso de substâncias o leva a ter alucinações e surto. Admitindo que as relações interpessoais e o contexto social ao qual está inserido são uma forte influência para determinar ou não o uso de drogas; Enfrentamento ineficaz piorado, o paciente enfatiza não ser necessário interromper o uso de *Cannabis sativa*. Afirmando não ser viciado. Não reconhecendo o impacto negativo do vício em sua vida, dando seguimento insuficiente ao tratamento, visto a adoção de estratégias de enfrentamento ineficazes.

**CONCLUSÃO:** A implementação da SAE possibilitou uma atenção individualizada permitindo dentro do âmbito da saúde mental um atendimento humanizado com vistas não só ao indivíduo mais também a sua família e comunidade.

**IMPLICAÇÕES OU CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A área de saúde mental ainda necessita de profissionais de enfermagem especializados para atuação nos serviços substitutivos. No entanto, à medida que o enfermeiro coloca em prática a SAE, ele demonstra a relevância de sua atividade para efetivação da Reforma Psiquiátrica no que tange a qualidade da assistência ao portador de sofrimento mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental; Cuidados de Enfermagem; Processos de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Lopes Freitas da Silveira, J, Lazzarini de Oliveira, R, Magalhães Viola, B, Marques da Silva, T, Miranda Machado, R. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2014;15(3):436-446. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031781008>
2. de Sousa MH, da Silva LM, de Oliveira SS, E Magalhães JM. Assistência de Enfermagem ao Dependente Químico: Uma Revisão Integrativa/Nursing Care to Chemical Dependent: An Integrative Review. Revista Saúde em Foco [internet]. 2014;3(2): 46-61. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2016.3.2.4>
3. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2015-2017. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2015.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem - NOC 5ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**MARIA LUZIA DA SILVA SANTANA** - Doutora e Mestra em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Especialização em Neuropsicologia pela Universidade Candido Mendes, especialização em Psicologia Social pela Universidade Estadual de Santa Cruz e especialização em Educação e Promoção da Saúde pela Universidade de Brasília. Graduação em Pedagogia pela Faculdade Alfredo Nasser, Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e Graduação em História pela Universidade do Estado da Bahia. Atualmente é professora adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS e compõe o quadro de docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação da FAED/UFMS, na linha de pesquisa Processos Formativos, Práticas Educativas, Diferenças. É líder do grupo de estudo e pesquisa em Psicologia, Processos Educativos e Inclusão (PPEI/CNPq/UFMS). E-mail: santanapsi@gmail.com .

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acupuntura 53, 55, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123  
Adolescência 46, 136, 173, 269, 270, 277, 279, 280  
Álcool 2, 5, 8, 54, 76, 81, 84, 128, 180, 183, 185, 187, 189, 191, 192, 193, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 282, 287, 292, 293, 294, 296, 298, 320, 322  
Ansiedade 2, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 42, 47, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 69, 70, 85, 99, 103, 104, 106, 109, 117, 119, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 164, 196, 199, 202, 218, 246, 254, 282, 283, 287, 289, 294, 321  
Atendimento psicológico 308, 313, 314, 315, 316

### C

Cannabis 99, 100, 101, 102, 183, 184, 185, 190, 239, 240, 246, 248, 320, 321, 322  
Centro de Atenção Psicossocial 3, 195, 196, 201, 217, 223, 249, 251, 252, 256, 297, 298, 306  
Chi Kung/Qi Gong 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61  
Comportamento Autodestrutivo 172, 181  
Cuidados de Enfermagem 320, 322

### D

Depressão 2, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 56, 57, 58, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 103, 104, 106, 108, 109, 116, 117, 119, 122, 131, 133, 136, 141, 142, 143, 146, 198, 202, 218, 240, 246, 253, 283, 289, 290, 291  
Depressão pós-parto 31, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49  
Diagnóstico Psiquiátrico 86, 93, 95, 98

### E

Emergência 181, 204, 205, 208, 213, 214, 298, 301, 305  
Enfermagem 30, 34, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 84, 85, 108, 114, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 144, 153, 169, 183, 192, 193, 194, 198, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 217, 219, 224, 238, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 272, 274, 275, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 299, 302, 320, 321, 322  
Enfermagem psiquiátrica 269, 292  
Epilepsia 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 99, 101  
Escola 23, 53, 71, 72, 92, 96, 134, 153, 190, 194, 198, 202, 204, 215, 217, 219, 224, 227, 257, 261, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 293, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319  
Escuta 114, 131, 254, 256, 295, 302, 303, 305  
Esgotamento Profissional 103  
Estratégias de enfrentamento 194, 195, 196, 201, 202, 214, 322



Estudante 39, 59, 69, 71, 104, 116, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 227, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 272, 273, 274, 275, 277, 292, 295, 311

## F

Fatores de riscos 4, 33, 43, 45, 46, 48, 75, 76, 78, 81, 82, 84, 103, 105, 180, 181, 185, 189, 251, 253  
Funções Executivas 16, 68, 225, 226, 236

## G

Gestação 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 42, 43, 45, 46, 274

## I

Idoso 59, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85

## L

Lesões autoprovocadas 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182

## M

Maconha 101, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 193, 222, 238, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248  
Medicalização 54, 60, 63, 69, 71, 72, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 97, 122

## O

Oncologia 162, 202, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 289  
Organização Mundial de Saúde 42, 105, 171, 172, 186, 192, 241, 255

## P

Práticas intersetoriais 269  
Prevenção 1, 3, 6, 7, 9, 25, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 55, 58, 63, 76, 80, 84, 103, 106, 110, 112, 120, 121, 131, 172, 181, 185, 190, 217, 222, 223, 251, 254, 255, 256, 271, 275, 276, 278, 283, 290, 293, 305, 311  
Processos de enfermagem 322  
Promoção da saúde 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 25, 48, 55, 119, 172, 181, 269, 271, 276, 278, 279, 297, 298, 305, 311  
Psicologia 33, 35, 50, 51, 52, 55, 56, 60, 63, 73, 108, 122, 133, 134, 153, 192, 202, 213, 214, 224, 225, 227, 236, 237, 248, 250, 256, 268, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 323  
Psicologia da Religião 225, 237

## Q

Qualidade de vida 12, 13, 16, 18, 22, 32, 47, 50, 52, 56, 57, 58, 61, 77, 79, 81, 83, 84, 85, 103, 107, 108, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 137, 142, 146, 148, 153, 202, 206, 235, 238, 239, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 271, 283, 298

## R

Relacionamento Interpessoal 257, 258, 259, 260, 262, 264, 266, 267, 268

Relato de Experiência 256, 292, 293, 308, 309, 313, 317, 320

Religião 83, 183, 188, 190, 197, 198, 199, 200, 225, 226, 232, 233, 235, 237, 243, 273, 285, 288

Religiosidade 76, 81, 83, 141, 184

## S

Saúde Coletiva 9, 85, 97, 98, 122, 123, 168, 169, 172, 181, 182, 183, 193, 224, 238, 248, 256, 279, 280, 307

Saúde sexual 59, 269, 271

Serviços-escola 308, 309, 310, 311, 312, 315, 316, 317, 318, 319

Sexualidade 147, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280

Síndrome de Burnout 103, 108, 204, 205, 206, 208, 210, 212, 213, 214

Sofrimento mental 195, 202, 250, 255, 298, 322

## T

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. 259, 262, 265, 266, 267

Terapia Ocupacional 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 238, 241, 242, 243, 244, 245

Trabalho 5, 6, 7, 8, 34, 38, 41, 44, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 86, 87, 93, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 113, 125, 133, 137, 151, 156, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 171, 179, 180, 181, 183, 186, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 216, 230, 260, 271, 274, 279, 281, 282, 283, 284, 286, 288, 289, 290, 295, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 317

Transtorno de Déficit de Atenção de Hiperatividade 65

Transtorno de Humor Bipolar 195

Transtorno do espectro autista 86, 94

Tratamento 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 32, 46, 47, 48, 51, 55, 61, 65, 68, 70, 80, 81, 87, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 101, 103, 106, 107, 109, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 131, 149, 167, 173, 190, 197, 198, 199, 200, 201, 215, 217, 218, 221, 222, 223, 249, 251, 253, 254, 255, 264, 266, 283, 284, 285, 290, 293, 294, 295, 298, 299, 300, 301, 306, 307, 317, 320, 321, 322

## U

Unidades básicas de saúde 109, 212, 305

Urgência 44, 181, 204, 205, 208, 213, 305, 317

Uso de drogas por universitários 184

## V

Violência 111, 171, 172, 182, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 254, 271, 298, 300, 304, 305, 306

Vírus da Hepatite B 3

 **Atena**  
Editora

**2 0 2 0**