

Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 7



Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Silvia Aparecida Oesterreich
(Organizadores)

**Atena**
Editora
Ano 2020

Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 7



Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Silvia Aparecida Oesterreich
(Organizadores)

Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 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. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
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 di 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. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
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
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
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 Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
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 Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
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
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
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
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
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

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da saúde [recurso eletrônico] : campo promissor em pesquisa 7 / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Thiago Teixeira Pereira, Silvia Aparecida Oesterreich. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-989-9
DOI 10.22533/at.ed.899201102

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil.
I.Pereira, Thiago Teixeira. II. Castro, Luis Henrique Almeida.
III.Oesterreich, Silvia Aparecida.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O estado de saúde, definido pela *World Health Organization* (WHO) como o “completo bem-estar físico, mental e social”, é um conceito revisitado de tempos em tempos pela comunidade científica. Hoje, em termos de ensino e pesquisa, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), distribui a saúde em sete áreas do conhecimento, sendo elas: Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Saúde coletiva e Educação física que, juntas, possuem mais de sessenta especialidades.

Essa diversidade inerente possibilita um vasto campo para a investigação científica. Neste sentido, corroborando com seu título, a obra “Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 5” traz a publicação de cento e vinte e sete trabalhos dentre estudos de casos, revisões literárias, ensaios clínicos, pesquisas de campo – entre outros métodos quanti e qualitativos – que foram desenvolvidos por pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior no Brasil.

Visando uma organização didática, este e-Book está dividido em seis volumes de acordo com a temática abordada em cada pesquisa: “Epidemiologia descritiva e aplicada” que traz como foco estudos populacionais que analisam dados de vigilância em diferentes regiões do país; “Saúde pública e contextos sociais” que trata do estado de saúde de coletividades e tópicos de interesse para o bem-estar do cidadão; “Saúde mental e neuropatologias” que disserta sobre os aspectos cerebrais, cognitivos, intelectuais e psíquicos que compõe o estado de saúde individual e coletivo; “Integridade física e saúde corporal” que engloba os textos dedicados ao estudo do corpo e sua influência para a saúde humana; “Cuidado profilático e terapêutico” que traz em seus capítulos os trabalhos voltadas às opções de tratamentos medicinais sejam eles farmacológicos, alternativos ou experimentais; e, por fim, tem-se o sexto e último volume “Investigação clínica e patológica”, que trata da observação, exame e análise de diversas doenças e fatores depletivos específicos do estado de saúde do indivíduo.

Enquanto organizadores, esperamos que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar o desenvolvimento de novos estudos que, por sua vez, continuem dando suporte à atestação das ciências da saúde como um campo vasto, diverso e, sempre, promissor em pesquisa.

Luis Henrique Almeida Castro

Thiago Teixeira Pereira

Silvia Aparecida Oesterreich

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM UNIDADES NEONATAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Giovanna Cristina Conti Machado	
Nathália Teresinha Baptista de Oliveira	
Ana Beatriz Ferreira Velozo	
Bianca Jora Babieratto	
Adriana Moraes Leite	
DOI 10.22533/at.ed.8992011021	
CAPÍTULO 2	4
A PERDA DE UM ENTE QUERIDO: IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO SUICÍDIO PARA A FAMÍLIA ENLUTADA	
Maria Camila da Silva	
Valeria Silva Carvalho	
Walter Emmanoel Brito Neto	
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves	
Pedro Wilson Ramos da Conceição	
Lucas Dannilo Aragão Guimarães	
Valdênia Guimarães e Silva Menegon	
Murilo Simões Carneiro	
Carlos Alberto Sousa Silveira	
Zaira Arthemisa Mesquita Araujo	
Laís Viana Canuto de Oliveira	
Vitória Maria Carvalho Silva	
DOI 10.22533/at.ed.8992011022	
CAPÍTULO 3	15
ALTERAÇÕES PSÍQUICAS E IDEAÇÃO DO SUICIDA NA ENFERMAGEM	
Monaliza de Souza Costa	
Elter Alves Farias	
Jualiano de Andrade Mello	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.8992011023	
CAPÍTULO 4	28
ANÁLISE DO USO DE PSICOTRÓPICOS POR IDOSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE – PE	
Lígia Oliveira Ferreira	
Djeymison Jefer Barbosa Silva	
Cristiane Gomes Lima	
DOI 10.22533/at.ed.8992011024	
CAPÍTULO 5	45
ASSÉDIO MORAL COMO RISCO LABORAL E FATOR DE ADOECIMENTO	
Pollyane Elias Reis	
Marlúcio Anselmo Alves	
DOI 10.22533/at.ed.8992011025	

CAPÍTULO 6 53

DESAFIOS PARA INCLUSÃO DO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Isabel Luiza do Nascimento Ginú
Márcia de Albuquerque Ribeiro
Mírian Carla de Lima Silva
Thalia Kelly da Silva Sena
Vilma Felipe Costa de Melo

DOI 10.22533/at.ed.8992011026

CAPÍTULO 7 59

DUPLA TAREFA NA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO DE LITERATURA

Manuella Chagas Kurtz
Sheila Spohr Nedel
Larissa Gasparini da Rocha
Jerônimo Costa Branco

DOI 10.22533/at.ed.8992011027

CAPÍTULO 8 69

INTERFERÊNCIA DOS FATORES PSICOLÓGICOS NO ESTADO NUTRICIONAL DE UMA IDOSA INTERNADA EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Lariane Marques Pereira
Camila Nunes de Souza
Carolina Cavalcante Silva
Fernanda Maria Souza Juliano
Carolina de Sousa Rotta
Clesmânia Silva Pereira
Thais de Sousa da Silva Oliveira
Yulle Fourny Barão
Rafael Alves Mata de Oliveira
Silvana Fontoura Dorneles
Luciane Perez da Costa
Irma Macário

DOI 10.22533/at.ed.8992011028

CAPÍTULO 9 75

MUSICOTERAPIA E A MICROCEFALIA- DESPERTANDO A MUSICALIDADE DE UM ADOLESCENTE

Mariana Christina Garcia Pismel
Jéssica Röpke
Clara Márcia Piazzetta

DOI 10.22533/at.ed.8992011029

CAPÍTULO 10 82

O ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

Karyne Silva Campos
Adeilza Sousa Coelho
Ana Alice Martins Lima
Alice Figueiredo de Oliveira
Leiliane Barbosa de Aguiar
Marília Pereira Moura
Valdênia Guimarães Silva Menegon

DOI 10.22533/at.ed.89920110210

CAPÍTULO 11 95

O CUIDADO FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antonia Fernanda Lopes da Silva
Antonio Werbert da Silva Costa
Amanda Cibelle de Souza Lima
Laisa dos Santos Medeiros
Maylla Salete Rocha Santos Chaves
Maria Helena dos Santos Moraes
Taise Oliveira Rodrigues
Carla Cavalcante Diniz
Ana Carolynne Duarte Cavalcante
Diego Oliveira Araújo Sousa
Dheyson Manoel Rodrigues Medeiros e Silva
Renata Rodrigues de Oliveira Castelo Branco

DOI 10.22533/at.ed.89920110211

CAPÍTULO 12 101

O ESTRESSE PSICOLÓGICO GERADO PELO PRIMEIRO CONTATO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM O CADÁVER

Luciana Ruivo Dantas
Lucas Tavares Silva
João Victor Oliveira de Souza
Vitória Moraes de Campos Belo
Igor Gabriel Silva Oliveira
Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.89920110212

CAPÍTULO 13 105

PSICOBÍOTICOS NA SAÚDE MENTAL contra TRANSTORNO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Karina Teixeira Magalhães-Guedes
Talita Andrade da Anunciação
Alessandra Souza Marques do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.89920110213

CAPÍTULO 14 113

REALIDADE VIRTUAL NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM AVC: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Débora Fernanda de Sousa Silva
Geanna Gabriela de Almeida Nascimento
Jéssyka Marques da Silva
Laura Lemos de Oliveira Neri
Dreyzialle Vila Nova Mota
Lícia Vasconcelos Carvalho da Silva
Laura Bezerra de Araújo
Vanessa Justino Santos Duarte

DOI 10.22533/at.ed.89920110214

CAPÍTULO 15 122

SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO SUS: A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO E APRIMORAMENTO DE POLÍTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Yasmin Nogueira Duarte do Carmo e Silva
Amanda Thaís de Sousa
Amaro José Alves Júnior
Bruno Leotério dos Santos
Geovana Morais Peres

Ruth Mellina Castro e Silva
Vitória Moraes de Campos Belo
Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.89920110215

CAPÍTULO 16 126

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS E SUA RELAÇÃO COM A TENDÊNCIA AO SUICÍDIO

Francisca Alana de Lima Santos
Ivo Cavalcante Pita Neto
Wenderson Pinheiro de Lima
Aline da Costa Portelo
Géssica Amanda Umbelino Pereira

DOI 10.22533/at.ed.89920110216

CAPÍTULO 17 138

SUPORTE AOS FAMILIARES ENLUTADOS PELO SUICÍDIO

Valeria Silva Carvalho
Maria Camila da Silva
Walter Emmanoel Brito Neto
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves
Pedro Wilson Ramos da Conceição
Lucas Dannilo Aragão Guimarães
Elizabete Ribeiro Luz
Carlos Alberto Sousa Silveira
Valdênia Guimarães e Silva Menegon
Murilo Simões Carneiro
Laís Viana Canuto de Oliveira
Zaira Arthemisa Mesquita Araujo

DOI 10.22533/at.ed.89920110217

CAPÍTULO 18 147

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: REVISANDO CONHECIMENTOS

Edilma da Silva Figueiras
Cristina de Fátima de Oliveira Brum Augusto de Souza
Lucas Capita Quarto
José Fernandes Vilas Netto Tiradentes
Fábio Luiz Fully Teixeira
Fernanda Castro Manhães

DOI 10.22533/at.ed.89920110218

CAPÍTULO 19 161

USO DE UM PROTOCOLO DO MÉTODO PEDIA SUIT NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO

Laura Lemos de Oliveira Neri
Débora Fernanda de Sousa Silva
Jessyka Marques da Silva
Geanna Gabriela de Almeida Nascimento
Maria de Fátima Bezerra da Silva
Maria Natasha de Siqueira Paes
Dreyzialle Vila Nova Mota
Vastí Lima da Silva Santana

DOI 10.22533/at.ed.89920110219

SOBRE OS ORGANIZADORES.....	170
ÍNDICE REMISSIVO	172

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM UNIDADES NEONATAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Giovanna Cristina Conti Machado

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Ribeirão Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/1792664184504764>

Nathália Teresinha Baptista de Oliveira

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Ribeirão Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/8727585246054193>

Ana Beatriz Ferreira Velozo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Ribeirão Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/4699650898347976>

Bianca Jora Babieratto

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Ribeirão Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/5205513948459086>

Adriana Moraes Leite

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Ribeirão Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/8521923016245644>

INTRODUÇÃO: O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por si só já é um estressor em potencial, o qual, somado a imprevistos decorrentes de procedimentos

na unidade, torna necessária a utilização da comunicação, que é a ferramenta chave para o estabelecimento de uma boa relação entre família e equipe. **OBJETIVO:** Identificar como a comunicação de más notícias vem sendo tratada no cuidado a recém-nascidos internados em UTIN. **MÉTODO:** Revisão Integrativa, cuja pergunta de pesquisa foi “Como vem sendo tratada a comunicação de más notícias aos familiares de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?”. Foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus, PubMed, Web of Science e Embase. Foram encontrados 819 estudos, tendo sido realizada a análise temática dos artigos inclusos na pesquisa. Os artigos foram classificados de acordo com o nível de evidência, segundo instrumento desenvolvido pelo *Joana Briggs Institute*. **RESULTADOS:** 17 estudos foram selecionados para integrarem esta revisão. Destes, 07 (41,2%) foram classificados com menor nível de evidência científica, enquanto 03 (17,6%) foram classificados como nível I, ou seja, o maior nível de evidência científica. Foram identificados 02 grupos principais: o dos profissionais e o dos pais. No grupo dos profissionais, 05 artigos relataram a percepção destes na comunicação de notícias

difíceis e 02 relataram estratégias de comunicação. Já no dos pais, 11 discorreram sobre a percepção dos mesmos acerca da comunicação, seja em relação ao o que seriam más notícias, como e quando comunicar, como ilustrado no quadro abaixo:

PÚBLICO	
PAIS	PROFISSIONAIS
O QUE?	
Toda informação possível principalmente relacionada a quadros agudos, como mudanças de condições e procedimentos invasivos	Somente o considerado "necessário", como resultado de exames que já tenham sido discutidos, diagnósticos e prognósticos, sendo dado maior valor a evolução do quadro "crônico"
QUANDO?	
O tempo todo, sempre que possível, mas preferencialmente não no momento de interação como bebê	Somente quando a informação é certa, ou seja, quando se tem certeza do discutido, em horários definidos.
COMO?	
Como deveria ser -> De maneira regular, o mais detalhado possível, com linguagem simples e padronizada entre os diversos profissionais, de maneira sensitiva, sendo que a equipe demonstre preocupação com o estado dos pais.	Como de fato ocorre -> De maneira regular, sem padronização da linguagem, com valor à linguagem não verbal que demonstre compreensão e suporte emocional e social, expondo riscos e benefícios de certas decisões a serem tomadas / procedimentos a serem executados.

CONCLUSÃO: Mostra-se imperativo que os profissionais reconheçam as necessidades dos pais, com escuta constante e empatia, a partir do reconhecimento de suas necessidades para avaliar o que e quando comunicar o que para eles (pais) seria uma má notícia. Evidencia-se a necessidade do conhecimento e utilização de ferramentas e protocolos que busquem facilitar o entendimento e diminuir o possível trauma que possa ser causado nessa comunicação.

PALAVRAS-CHAVE: Neonatologia, Comunicação em Saúde, Más-Notícias.

THE COMMUNICATION OF BAD NEWS IN NEONATAL UNITS: AN INTEGRATIVE REVIEW

INTRODUCTION: The environment of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in itself is a potential stressor, which, added to unforeseen procedures resulting from the unit, makes the use of communication necessary, which is the key tool for the establishment of a good relationship between family and team. **OBJECTIVE:** To identify how the communication of bad news has been treated in the care of newborns admitted to the NICU. **METHOD:** Integrative Review, which research question was, "How has bad news been addressed to family members of newborns in a Neonatal Intensive Care Unit?" The Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Scopus, PubMed, Web of Science and Embase databases were used. A total of 819 studies were found and the thematic analysis of the articles included in the research was performed. The articles were classified according to the level of evidence, according

to an instrument developed by the Joana Briggs Institute. **RESULTS:** 17 studies were selected to be part of this review. Of these, 07 (41.2%) were classified with the lowest level of scientific evidence and 03 (17,6%) were Level I, the highest of scientific evidence. Two main groups were identified: professionals and parents. In the group of professionals, 05 articles reported their perception in difficult news communication and 02 reported communication strategies. In the parents', 11 talked about their perception about communication, either regarding what would be bad news, how and when to communicate, as illustrated on the chart below:

SAMPLES	
PARENTS	HEALTH PROFESSIONALS
WHAT?	
All possible information mainly related to acute conditions, such as changes in conditions and invasive procedures.	Only what is considered "necessary", as a result of examinations that have already been discussed, diagnoses and prognoses, with greater value given to the evolution of the "chronic" condition.
WHEN?	
All the time, whenever possible, but preferably not when interacting as a baby	Only when the information is right, that is, when the discussion is certain, at set times.
HOW?	
How it should be -> On a regular basis, as detailed as possible, with simple and standardized language among the various professionals, in a sensitive way, with the team showing concern for the state of the parents.	How it actually happens -> Regularly, without language standardization, with value to nonverbal language that demonstrates emotional and social understanding and support, exposing risks and benefits of certain decisions to be made / procedures to be performed.

CONCLUSION: It is imperative that health professionals recognize the needs of parents, with constant listening and empathy, from the recognition of their needs to assess what and when to communicate what to them (parents) would be bad news. There is a need for knowledge and usage of tools and protocols that seek to facilitate understanding and reduce the possible trauma that may be caused in this communication.

KEYWORDS: Neonatology, Health Communication, Truth Disclosure.

A PERDA DE UM ENTE QUERIDO: IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO SUICÍDIO PARA A FAMÍLIA ENLUTADA

Data de aceite: 04/02/2020

São Leopoldo-RS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0228485272448875>

Maria Camila da Silva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4280924809212780>

Valeria Silva Carvalho

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8808352259477295>

Walter Emmanoel Brito Neto

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4834281654775279>

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.
Canoas-RS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8656193813534592>

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4048135725042702>

Lucas Dannilo Aragão Guimarães

Universidade São Francisco – USF. Bragança Paulista-SP.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6440221857315482>

Valdênia Guimarães e Silva Menegon

Universidade do Vale do Rio Sinos – UNISINOS.

Murilo Simões Carneiro

Faculdade Unyleya. São Luís-MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6371415566729208>

Carlos Alberto Sousa Silveira

Centro de Estudos e Sistemas Avançados do Recife – CESAR. Recife-PE.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5407611847872367>

Zaira Arthemisa Mesquita Araujo

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9948126672463319>

Laís Viana Canuto de Oliveira

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1122308699403033>

Vitória Maria Carvalho Silva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3637918784610362>

RESUMO: O suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado, e com múltiplas causas e é caracterizado pelo comportamento autodestrutivo, onde inicia-se com a ideação suicida, até a autoagressão fatal. Aos que ficam, são chamados de sobreviventes, pois perderam alguém que tinha algum significado em sua vida

e cuja sua vida foi alterada pela perda. Este estudo teve como objetivo identificar os impactos sociais causados pelo fenômeno de suicídio no núcleo familiar. Foi realizada uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A amostra utilizada foi de quatro familiares que perderam seu familiar próximo por suicídio identificadas por intermédio de informação de terceiros. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter um caso de suicídio na família que tenha ocorrido em um período inferior a dois anos e, como critérios de exclusão, familiares que apresentavam transtorno psicótico, retardos mentais e/ou que estivessem fazendo uso de medicação com propriedades que pudessem alterar a capacidade lógica e de raciocínio. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semidirigida com gravações em áudio. Os resultados apontaram que os familiares apresentam impactos como mudança na rotina e na estrutura familiar, sentimento de culpa, dor, tristeza e punição, apresentam lembranças e flashbacks do falecido durante sua rotina, uso de medicamentos, comportamentos de automutilação, ideação suicida e depressão. Considera-se que os impactos do suicido em familiares sobreviventes são diversos e complexos, pois estes buscam compreender os motivos que levaram o suicida a tomada de decisão de retirar a própria vida, assim como vivenciam o luto de uma forma diferenciada. Com isso, faz-se necessária a busca desses sobreviventes a buscar medidas atendimento chamadas de posvenção que tem como objetivo prevenir as possíveis complicações do luto, minimizar os riscos de repetição de um novo suicídio e permitir aos sobreviventes transformarem a experiência devastadora em superação.

PALAVRAS-CHAVE: Família, Luto, Sobreviventes, Suicídio.

THE LOSS OF A DEAR FAMILY MEMBER: PSYCHOSOCIAL IMPACTS OF THE BEREAVED FAMILY

ABSTRACT: Suicide is a complex, multifaceted phenomenon with multiple causes and is characterized by self-destructive behavior, which begins with suicidal ideation, until fatal self-harm. Those who remain are called survivors because they have lost someone who had some meaning in their lives and whose lives have been altered by the loss. This study aimed to identify the social impacts caused by the suicide phenomenon in the family nucleus. An exploratory research with qualitative approach was performed. The sample used was four family members who lost their close family member by suicide identified through information from third parties. Inclusion criteria were: having a case of family suicide that occurred within a period of less than two years and, as exclusion criteria, family members who had psychotic disorder, mental retardation and / or who were taking medication with properties that could alter the logic and reasoning ability. For data collection, a semi-directed interview with audio recordings was used. The results showed that family members have impacts such as changes in family routine and structure, feelings of guilt, pain, sadness and punishment, memories

and flashbacks of the deceased during their routine, medication use, self-mutilation behaviors, suicidal ideation and depression. It is considered that the impacts of suicide on surviving relatives are diverse and complex, as they seek to understand the reasons that led the suicide to make a decision to withdraw his own life, as well as experiencing grief in a different way. Thus, it is necessary to search for these survivors to seek care measures called grant that aims to prevent possible complications of grief, minimize the risk of repetition of a new suicide and allow survivors to transform the devastating experience into overcoming.

KEYWORDS: Family, Mourning, Survivors, Suicide.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado, e com múltiplas causas, podendo afligir diferentes origens, classes sociais, idade, identidade de gênero e orientações sexuais (OMS, 2018). Bertolote e De De Leo (2012), cita que este fenômeno tem como fontes não só apenas fatores genéticos e biológicos, mas como também fatores psicológicos e culturais presentes num determinado momento histórico.

O suicídio é caracterizado pelo comportamento autodestrutivo, onde inicia-se com a ideação suicida, em que o sujeito emite comportamentos de planejamento do ato suicida, até a autoagressão fatal que se dar no contexto em que a vítima decide retirar a própria vida para a retirada de uma dor psíquica designada como insuportável, devido à falta de habilidades de situações de enfrentamento de problemas (TENG, PAMPANELLI, 2015; OMS,2018).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio e um número muito maior de indivíduos tenta suicídio. O Brasil é o oitavo país em número de suicídios e, em 2017, foram registradas 11. 929 mortes, sendo que esse número representa um crescimento de 2,3% em relação ao ano anterior (OMS, 2018). No Estado do Maranhão também não chega a ser diferente, Brasil (2017) aponta que as taxas vêm aumentando em média de 2% a cada ano.

A ideação suicida pode ocorrer devido a vários fatores de risco que podem ser considerados determinantes para o suicídio dentre eles estão: presença de pressões sociais e acadêmicas em estudantes, exposição a agrotóxicos, perda de emprego, crises políticas e econômicas, discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, agressões psicológicas e/ou físicas, sofrimento no trabalho, desemprego, transtornos mentais, transtornos da personalidade conflitos familiares, perda de um ente querido, doenças crônicas, dolorosas e/ou incapacitantes, desemprego, uso de substâncias ilícitas, dentre vários outros (DEJONG, OVERHOLSER &

STOCKMEIER, 2010; MELEIRO, TENG & WANG, 2004; OMS, 2018).

De acordo com Osmarin (2015), o fenômeno do suicídio é caracterizado como um problema social, psicologicamente perturbador e traumático aos familiares que vivenciam o luto, que são denominados sobreviventes, que é um termo utilizado para nomear familiares, companheiros, colegas, amigos de alguém que morreu por suicídio.

Andriessen (2009), aponta que o termo sobreviventes é designado a pessoas que perderam alguém que tinha um significado na vida delas por suicídio e que cuja sua vida foi alterada pela perda. Andriessen (2009) ainda ressalta que o termo sobreviventes pode ser confundido com as pessoas que tentaram suicídio e sobreviveram, mas que dentro do campo da suicidologia não causa nenhuma confusão.

Por ser um evento não natural, o suicídio, constitui-se como um fenômeno desafiador e inesperado que traz impactos no funcionamento familiar, comunidades e países inteiros e tem efeitos duradouros perante as pessoas que foram deixadas para trás pela pessoa que cometeu suicídio (TAVARES, 2013). Com isso este estudo teve como objetivo identificar os impactos sociais causados pelo fenômeno de suicídio no núcleo familiar.

MÉTODO

A pesquisa desenvolvida foi uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo. Participaram do estudo (04) quatro famílias residentes em uma cidade no interior do Maranhão que vivenciaram um caso de suicídio em seu núcleo familiar e que foram identificadas por intermédio de informação de terceiros, em vista de problematização na checagem de informações que seriam emitidas por instituições.

Como critério de inclusão utilizou-se como parâmetro caso de suicídio, no meio familiar, ter ocorrido em um período inferior a dois anos. Foram excluídas famílias no qual a vítima apresentava transtorno psicótico, retardos mentais e/ou que estivessem fazendo uso de medicação com propriedades que pudessem alterar a capacidade lógica e de raciocínio, ou seja, a situação em que os familiares não apresentassem capacidade de expressar seus sentimentos, experiências e emoções no que se refere a experiência que está sendo investigada.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a setembro de 2018. A coleta de dados se deu através entrevista semidirigida, questionário sócioeconômico, onde as entrevistas com os familiares, foram gravadas em áudio, que durou média de 30 minutos, e diário de campo, que serviu para anotar informações ou observações percebidas pelo pesquisador, o que ajudou no aprimoramento das análises dos

dados, que foram avaliados por meio de um estudo das entrevistas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, com o parecer nº037696/2018.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos participantes do estudo

As (04) quatro famílias entrevistadas foram representadas por participantes do sexo feminino com idade entre 32 a 44 anos. Em relação a escolaridade duas possuem curso superior e as demais fundamental completo. Quanto a profissão duas são professoras e as outras são autônomas. As demais famílias que não quiseram participar do estudo, relataram não estar confortáveis para responder as perguntas.

O Luto dos sobreviventes

O Luto é um processo individual, universal, multidimensional caracterizado como um processo de elaboração em que ocorre quando o indivíduo perde alguém que tinha vínculo afetivo (JORDAN, 2001). Bailey, Dunham & Kral (1999) falam que no processo de luto, há interação nos fatores cognitivos, emocionais, comportamentais, somáticos e espirituais.

Receber uma notícia de óbito de um familiar é bastante laborioso e causa muitas dores, contudo, quando o mesmo é ocasionado por meio de um ato suicida torna-se ainda mais dificultoso e marcante na vida destes familiares, além de provocar sentimentos de exclusão social (JORDAN, 2001; AZEVEDO; PEREIRA, 2013). É o que constatamos nas verbalizações a seguir:

Entrevistada A: [...] entrei em estado de choque. E eu não acreditei, o fato é tão que eu não acreditei. E durante o dia, tem dias que a gente fica pra baixo. A gente ainda não superou, a gente busca força em Deus principalmente, mas não superamos ainda [...]

Entrevistada D: [...] É muito difícil, difícil demais, demais... Foi uma fatalidade, uma fatalidade, desde o momento que eu encontrei [...]

Entrevistada B: “É um desespero muito grande, eu chorava demais, até hoje, quando eu lembro, porque é assim, o tempo vai passando, você vai... mas não tem um dia que eu não lembre dele, nenhum dia na minha vida.”

Após os relatos verifica-se que o impacto inicial causado pela descoberta da notícia e a exposição a situação dolorosa, fez os familiares passarem de início pelo processo de longo de negação e que mesmo prosseguindo suas vidas retomam as tarefas corriqueiras.

Nos momentos iniciais, ao receberem a notícia, nota-se que, os mesmos, entram em “estado de choque”, seguido de desespero e negação do acontecido, o que o torna um ato permeado por fantasias, sendo visto até como uma válvula de escape de dor e sofrimento, deixando assim um efeito devastador a quem fica. (KÜBLER-ROSS, 2008; CASSORLA, 2004).

No que se trata a respeito do processo de enfrentamento do luto, quando ocorrido por suicídio pode ser que o luto deste familiar possa ser designado de luto denominado complicado, que é um tipo de luto caracterizado por o indivíduo sentir uma extrema dificuldade em aceitar a perda do ente querido impactando não só no seu estado emocional, como também em outros âmbitos da vida do indivíduo (FIEGELMAN & FEIGELMAN, 2008; KÜBLER-ROSS, 2008; DE GROOT, MEER & BURGER, 2009). Isso pode ser observado nas falas a seguir:

Entrevistada C: [...] é uma situação muito difícil, eu digo até hoje, eu não consigo compreender, eu não consigo conviver com isso, eu falo pra mim mesma, é uma briga diária... todo minuto eu brigo comigo ;mesma, porque a saudade é horrível, viver assim... saber que você tem saudades de um pessoa que você jamais vai estar com ela de volta, sentir os abraços, os beijos, os carinhos, então, é muito difícil [...]

Entrevistada B: [...] E tem aqueles dias assim, que a gente lembra com mais ... a gente lembra de tudo, de todos os detalhes, de como... de todas as atitudes da pessoa, e a gente fica pensando: Se a pessoa tivesse aqui a minha vida seria diferente sabe? Esse questionamento surge em todo o momento na minha cabeça [...]

Entrevistada D: [...] a mamãe disse que não esquece meus gritos, que não consegue esquecer meus gritos na hora que eu encontrei ele... meu pai até hoje não conseguiu se recuperar, dia e noite, ele já tinha quadro de pressão alta e diabetes e tudo, já era enfraquecido, mas deu uma piorada, ele levanta e deita [...]

Nota-se que os familiares ainda vivem um luto mal elaborado, onde eles se voltam para a fase de negociação, sempre elaborando hipóteses sobre o que aconteceria se o ente querido vivo. O familiar enlutado não consegue se desvincular ao parente que cometeu suicídio, como se uma parte desse familiar morresse junto ao ente querido, devido à relação e o vínculo estabelecidos por eles (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Na perda e morte do ente querido, observa-se um sentimento de vazio, uma lacuna inexplicável, onde a separação gera sensações de impotência e ausência. Todavia, o vazio e as lembranças atenuam-se quando a perda é sem razão evidente, ou seja, sem motivo aparente e definido, como no caso das mortes por suicídio (CREMASCO; BRUNHARI, 2009). O que pode ser observado a partir das verbalizações a seguir:

Entrevistada D: “Ele sempre foi muito positivo, sempre foi muito alegre, muito imitador, muito muito muito mesmo, eu tenho áudios ainda no meu celular, que de

vez em quando dá vontade de ouvir, aí eu começo a ouvir e eu desligo, ele com as palhaçadas dele, mas nunca, nunca passou pela cabeça.”

Entrevistada C: [...] Ela era tão amada...tão feliz [...]

Nas falas relatadas observa-se que as entrevistadas trazem boas memórias do ente falecido, mas apresentam um sentimento de vazio ao relatar essas memórias. Andriessen et al. (2007) e Silva et al. (2009), explicam que na passagem do sofrimento os sobreviventes podem apresentar reações emocionais, flashbacks, memórias, sonhos em relação ao ente que cometeu suicídio.

As consequências psicológicas e psicossociais do suicídio para a família enlutada

O processo de luto para a família, no qual vivenciou o suicídio em seu meio, é problematizado através de um luto diferenciado, onde há probabilidades de se tornar patológico gerando diversas consequências psicológicas e psicossociais, devido ao resultado da tragédia vivida (TAVARES, 2013). Jordan (2001) aponta que os impactos vão desde como o sobrevivente lida com enfrentamento de conflitos perante a morte do ente querido até como ela se relaciona interpessoalmente com a sociedade e como é seu vínculo e estrutura familiar.

Os impactos psicossociais que o suicídio pode trazer aos sobreviventes estão relacionados a mudança de rotina, julgamento social, isolamento social, união familiar, problemas financeiros (DUTRA et al., 2018, OMS 2018). O pode ser percebido por meio das respostas nas entrevistas:

Entrevistada A: [...] a gente fica inseguro, a gente acha que não pode magoar as pessoas, e a gente tem... a gente se policia muito no que a gente fala... qualquer coisa já serve de alerta [...]

Entrevistada B: [...] Eu tive que sair da casa que nós morávamos ... E acho que um dos impactos maiores foi criar ela sozinha. Porque mesmo separada eu sabia que ele estava ali. Que eu podia chegar e contar com ele. Mas depois que ele foi embora, eu tive que me virar só então... foi muito difícil, foi muito difícil [...]

Entrevistada D: [...] está tudo muito triste, a casa ficou em uma tristeza só, as vezes um fica pro lado, os outros ficam pro outro, as vezes minha sobrinha chega e da aquela alegriazinha passageira porque a felicidade infelizmente está passageira [...]

Identifica-se que os entrevistados relataram sentimentos de tristeza, medo, insegurança e que houve mudança de rotina e na estrutura familiar, sobressalta-se então um ponto em comum entre as famílias entrevistadas que foi o sentimento de medo e culpa. Conforme Martins e Leão (2010) e Dutra et al. (2018), o suicídio de um parente gera ao familiar mudança de rotina, sentimentos de responsabilidade, punição e culpa perante a morte.

Em relação a estruturação familiar, esta pode causar danos ou benefícios

a superação do luto, porém, quando a família leva em consideração a harmonia, a comunicação e o apoio mútuo, ou seja, famílias com padrão de enfrentamento satisfatório, que são considerados importantes para a superação do luto, faz com que a estruturação familiar seja benéfica no processo superação de luto do indivíduo (CÂNDIDO, 2011; DELALIBERA, 2015). Alguns dos trechos a seguir torna-se explícita estas características:

Entrevistada C: [...] Minha família é todo tempo comigo, eu acho que é por isso que hoje eu estou melhor, estou de pé, porque eu tenho ajuda tanto da minha família, como da família do pai dela. Nós se uniu mais, a gente buscou mais um ao outro, a gente se conversa mais, a gente vive em uma rede de comunhão muito bem depois desse acontecido [...]

Entrevistado D: [...] Inclusive meu irmão que não falava comigo fazia mais de ano, os dois muito difíceis, orgulhosos, e ele voltou a falar comigo, me deu atenção suficiente, a minha irmã também, que era mais assim, alterada, parece que o coração abrandou mais [...]

Com isso pode-se observar um aumento significativo frente aos sentimentos positivos devido a família ter se tornado mais unida. Builes Correa et al., (2014) aponta que após o suicídio de um parente há um prolongamento da rede familiar, ou seja, parentes afastados tornam-se mais próximos e há um fortalecimento de vínculos familiares, que por se encontrar deficiente, após o suicídio e o intenso sofrimento, complementa-se com membros familiares secundários.

Ao que concerne os impactos psicológicos do familiar sobrevivente, o modo que cada familiar vivencia o luto, faz com que este possa apresentar transtornos mentais, comportamentos de automutilação, uso de medicamentos psiquiátricos, (MITCHELL, KIM, PRIGERSON & MORTIMER-STEPHENS, 2004; FEIGELMAN B. & FEIGELMAN, W., 2008; ANDRIESSEN, 2009). Com isso, as entrevistadas narraram que:

Entrevistada A: [...] tem dia que eu tô estressada, dá vontade de chorar, tem dia que eu saio no mundo, assim, rua abaixo de moto, sem destino e depois eu volto [...]

Entrevistada D: [...] tem dia que eu tô que eu num venho nem pra cá [...] (Referindo-se ao seu ateliê)

Entrevistada D: [...] a minha filha precisou de ajuda, ela entrou em depressão fortíssima [...]

Entrevistada D: [...] minha filha se mutilou 3 vezes, rasgando os braços, tentando achar veia e tudo, e já pensou em suicídio também [...]

Entrevistada A: [...] minha outra filha, ela tem um problema de saúde que ela ficou mais, só que ela surtou quando a irmã faleceu... mas aí a medicação foi controlar [...]

Jordan e Mcintosh (2011) apontaram em seus estudos que os sobreviventes

apresentam maior probabilidade de apresentar sintomatologias psicopatológicas e transtornos psicopatológicos, além de apresentarem um elevado grau de ideação suicida.

Com a perda repentina, os enlutados por suicídio requerem proteção, pois cada familiar vivencia o luto de uma forma diferente, o apoio é fundamental para evitar maiores sofrimentos mentais e até mesmo físicos, após a perda de um familiar para o suicídio as medidas de atendimento aos sobreviventes são denominadas de posvenção e tendem a prevenir as possíveis complicações do luto, minimizar os riscos de repetição de um novo suicídio e permitir aos sobreviventes transformarem a experiência devastadora em superação (BTESHE, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as consequências do suicídio no familiar sobrevivente voltam-se para esfera física, psicológica e psicossocial, afligindo a sua qualidade de vida. O suicídio é um ato abrangente que engloba não somente aquele que opta por morrer, mas também aflige a família, amigos e sociedade, que buscam compreender os motivos que levaram o suicida a tomada de decisão de retirar a própria vida, além de lidarem com o luto de uma forma diferenciada.

Esses familiares sobreviventes necessitam de atendimento, no qual são chamados de posvenção, que tem como objetivo prevenir as possíveis complicações que o luto pode trazer para sua vida, a possibilidade de ideações suicidas e possibilitar que esta experiência devastadora que o familiar sobrevivente está passando venha a se tornar superação.

REFERÊNCIAS

ANDRIESSEN, K. et al. Current understandings of suicide survivor issues: Research, practice, and plans: Report of the 1st International Suicide Postvention Seminar, September 8, 2006, Portoroz, Slovenia. **Crisis**, v. 28, n. 4, p. 211-213, 2007.

ANDRIESSEN, K. Can postvention be prevention?. **Crisis**, v. 30, n. 1, p. 43-47, 2009.

AZEVEDO, A. K. S.; PEREIRA, S. M. A. O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. **Clínica & Cultura**, v. 2, n. 2, p. 54-67, 2013.

BAILLEY, S. E.; KRAL, M. J.; DUNHAM, K. Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 29, n. 3, p. 256-271, 1999.

BERTOLETE, J. M.; DE DE LEO, D. **O suicídio e sua prevenção**. Editora UNESP, 2012.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM. Óbitos por causas externas. 2017**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10ma.def>>. Acesso em: 14 de agosto de 2019.

BTESHE, M. Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais sobre o cuidado no comportamento suicida. 190 p. **Tese (Doutorado)** – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Rio de Janeiro, 2013.

BUILES CORREA, M. V. et al. The meaning that families place on the suicide of pregnant mothers in Antioquia, 2010-2011. **Revista colombiana de psiquiatria**, v. 43, n. 3, p. 124-133, 2014.

CÂNDIDO, A. M. O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda. 229 p. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CASSORLA, R. M. S.; WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. Suicídio e autodestruição humana. **Comportamento suicida**, p. 21-35, 2004.

CREMASCO, M. V. F.; BRUNHARI, M. V. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-estar E Subjetividade**, v. 9, n. 3, p. 785-814, 2009.

DE GROOT, M.; VAN DER MEER, K.; BURGER, H. A survey of Dutch GPs' attitudes towards help seeking and follow-up care for relatives bereaved by suicide. **Family practice**, v. 26, n. 5, p. 372-376, 2009.

DEJONG, T. M.; OVERHOLSER, J. C.; STOCKMEIER, C. A. Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. **Journal of affective disorders**, v. 124, n. 1-2, p. 90-97, 2010.

DELALIBERA, M. et al. A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1119-1134, 2015.

DUTRA, K. et al. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

FEIGELMAN, B.; FEIGELMAN, W. Surviving after suicide loss: The healing potential of suicide survivor support groups. **Illness, Crisis & Loss**, v. 16, n. 4, p. 285-304, 2008.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016.

JORDAN, J. R. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 31, n. 1, p. 91-102, 2001.

JORDAN, J. R.; MCINTOSH, J. L. (Ed.). **Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors**. Routledge, 2011.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes**. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

MARTINS¹, S. A. R.; LEÃO, M. F. Análise dos fatores envolvidos no processo de luto das famílias nos casos de suicídio. **Revista Mineira de Ciências da Saúde. Patos de Minas: UNIPAM**, v. 2, p. 123-135, 2010.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang. Suicídio: estudos fundamentais. **São Paulo: Segmento Farma**, p. 207-215, 2004.

MITCHELL, A. M. et al. Complicated grief in survivors of suicide. **Crisis**, v. 25, n. 1, p. 12-18, 2004.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Folha informativa (2018): Suicídio**. Disponível em: <

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 13 de julho de 2019>.

OSMARIN, V. **Suicídio: O luto dos sobreviventes**. Rio Grande do Sul: LUSPE, 2016. 13 p. Monografia, Formação em Aconselhamento Psicológico para o luto. LUSPE, 2015.

SILVA, D. R. et al. E a vida continua...: o processo de luto dos pais após o suicídio de um filho. 138p. **Dissertação (Mestrado)** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

TAVARES, M. S. A. **Suicídio: o luto dos sobreviventes**. In: Conselho Federal de Psicologia, O suicídio e os desafios para a psicologia (p. 45-58). Brasília: CFP, 2013.

TENG, C. H.; PAMPANELLI, M. B. O Suicídio no contexto psiquiátrico. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 41-51, 2015.

ALTERAÇÕES PSÍQUICAS E IDEAÇÃO DO SUICIDA NA ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/02/2020

Monaliza de Souza Costa

Faculdade Linear

Elter Alves Farias

Faculdade Anhanguera

Faculdade Linear

Jualiano de Andrade Mello

Faculdade Linear

André Ribeiro da Silva

Universidade de Brasília

RESUMO: Introdução: O suicídio sempre esteve presente na história da civilização, significa o ato de tirar voluntariamente a própria vida. As estatísticas ressaltam que, é um fenômeno mundial com mais de 800 mil casos por ano. O Brasil ocupa a oitava posição no ranking dos países com maiores taxas de suicídio no mundo, sendo 11.821 ao ano (Brasil, 2017) e as atenções têm se voltado cada vez mais para os profissionais de saúde, em se tratando de suicídio. **Objetivo:** Identificar e analisar os conceitos que norteiam a ideação e prática do suicídio na equipe de enfermagem. **Método:** Revisão integrativa de literatura, com abordagem investigativa, realizada pela busca por produções científicas,

entre os períodos 2010 e 2019 empregando os descritores: “suicídio” [and] “enfermagem” [and] “tentativa de suicídio” [and] “estresse laboral” nas bases de dados Google acadêmico, biblioteca virtual Scielo. Foram incluídos artigos nacionais e internacionais que abordassem a temática, publicados no período de 2010 a 2019, e excluídos as dissertações, teses, artigos repetidos e anteriores ao ano de 2010. **Resultados:** Foram encontrados 100 artigos, entretanto, após aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão, apenas 15 artigos contemplaram com a proposta do estudo. Observou-se que a equipe de enfermagem sofre cada vez mais com a ideação suicida devido o estresse laboral e as suas implicações na saúde. **Conclusão:** O suicídio está totalmente interligado à diversos fatores que variam desde a instabilidade emocional e problemas família e até profissional. Os profissionais de saúde são os mais afetados por transtorno psíquico que engloba como um todo várias ocasiões que podem alavancar a ideação suicida.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, enfermagem, estresse laboral, tentativa de suicídio e depressão.

INTRODUÇÃO

O suicídio sempre esteve presente na história da civilização, com etimologia de origem latina, *Sui caedere*, significa o ato de tirar voluntariamente a própria vida, tem um fenômeno contraditório ao longo da história que desafia desde a filosofia até as religiões ao longo dos tempos por possuir um conceito polissêmico (Alvarez, 1999). Na religião, utilizado pela primeira vez em 1737 pelo abade Francês Desfontaines como fonte de busca do refúgio ao sofrimento através da morte, cujo ato foi vinculado à barbárie. Já na filosofia do Antigo Império Romano e na Grécia Antiga, via o ato do suicídio como presente divino e um alívio adquirido (Alvarez, 1999). Com as mudanças obtidas pela Revolução Industrial à globalização o suicídio não só passou a ser um problema de saúde pública, manifestando a loucura do corpo como também um tabu. Isso porque criou-se um mito que ao falar do suicídio estimula novos suicídios (Brown, 2002).

Apesar do tabu, atualmente é descrito como uma patologia que engloba os transtornos mentais, com a designação feita pelo sociólogo, Émile Durkheim, de fatores multicausais e principalmente fatores sociais e laborais (Durkheim, 2003). As estatísticas ressaltam que, é um fenômeno mundial com mais de 800 mil casos por ano. Isto corresponde a uma morte a cada 40 minutos. Dez em cada 25 tentativas é fatal, configurando a terceira maior causa de mortes no mundo, matando mais do que os homicídios e as guerras juntos (Brasil, 2013). O Brasil ocupa a oitava posição no ranking dos países com maiores taxas de suicídio no mundo, sendo 11.821 ao ano (Brasil, 2018). Esses números são distribuídos de forma heterogênea em relação à faixa etária, idade, gênero e padrão socioeconômico das diferentes regiões brasileiras (Vidal, 2013).

O suicídio é a quarta maior causa de morte dos jovens brasileiros entre 15 a 29 anos. Entre os homens, 9,0% das mortes resultam de lesões autoprovocadas voluntariamente sendo a terceira maior causa de morte entre jovens do sexo masculino nessa faixa etária, que tentam suicídio (Botega, 2009). Já entre as mulheres, este método se encontra na oitava posição, dentre os métodos utilizados. A maioria das tentativas suicidas (69%) são feitas por mulheres (Santos, 2005). No entanto, entre os homens o número de mortes é maior, cerca de 79% (Botega, 2014). Isso ocorre por que eles utilizam meios mais violentos, como objetos perfuro-cortantes, enforcamento ou arma de fogo. Por outro lado, as mulheres tentam suicídio por meio de envenenamento ou intoxicação (Brasil, 2017).

As atenções têm se voltado cada vez mais para os profissionais de saúde, em se tratando de suicídio. As estatísticas mostram que os profissionais de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem, concretizam mais de 6% do número total de suicídios e nas tentativas do mesmo (Brasil, 2019). Vale lembrar que, no Brasil

estima-se que existam 2 milhões de trabalhadores de enfermagem, sendo a maior força de trabalho em saúde. Estes são os que possuem maior probabilidade de tentarem suicídio, devido à correlação com problemas mentais. Isso porque com as condições insatisfatórias do processo de trabalho em equipe de enfermagem como, falta de recursos materiais, alta rotatividade dos plantões, alta demanda de pacientes, números elevados de pacientes críticos e baixos salários contribuem para aumentar o índice de doenças nos profissionais (Feskanich, 2002).

E mesmo que, o Ministério da Saúde possuía programas e medidas de prevenção ao suicídio. Dentre eles destacamos as ações estratégicas ao combate e prevenção ao suicídio, com suas Diretrizes Nacionais, que promovem a prevenção em todas as unidades federadas com a Portaria nº 1876 e a Portaria nº 1271 com parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que possibilita o diálogo para quem precisa de apoio (Brasil, 2016). Entretanto, os profissionais de saúde não recebem total atenção para transtornos psíquicos, isso porque, existe a crença que o enfermeiro já está imune às doenças mentais por já possuírem conhecimento sobre a mesma. Mas em questão de doenças psíquicas que podem promover a ideação de suicídio, muitos enfermeiros não estão preparados e/ou com treinamentos para lidar com situações de sofrimento (Barbosa, 2012).

Considerando-se a maior atenção que se tem dado aos casos de suicídio em profissionais de saúde bem como a correlação deste, com a depressão e o estresse decorrentes das condições de trabalho no ambiente profissional, o presente trabalho tem como objetivo abordar os conceitos que norteiam a ideação e prática do suicídio na enfermagem. Além disto, objetiva-se, por meio de investigação em redes sociais, identificar as principais causas de suicídio entre os profissionais de Enfermagem.

MÉTODOS

Revisão integrativa de literatura, com abordagem investigativa, realizada pela busca por produções científicas, entre os períodos 2010 e 2019 empregando os descritores: “suicídio” [and] “enfermagem” [and] “tentativa de suicídio” [and] “estresse laboral” nas bases de dados Google acadêmico, biblioteca Scielo, junto com os dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), dos dados gerenciados pela página oficial do Ministério da Saúde, do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) – Atlas da Violência investigativa.

Durante a construção desta revisão integrativa percorreu-se as seis etapas: 1) Elaboração da pergunta norteadora, 2) Amostragem do estudo, 3) Incluídos e exclusão dos artigos, 4) Análise dos dados, 5) Discussão dos resultados, 6)

apresentação síntese da revisão. A questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: Questionar a falta de informações e dados de casos de suicídios na enfermagem pelos portais oficiais de saúde.

Os artigos foram selecionados a partir da variável de interesse do estudo, totalizando 15 artigos. Dentro das bases de dados foram encontrados mais de 100 resultados sobre o assunto, sendo selecionadas apenas as literaturas que atendiam aos critérios de inclusão foram: produções científicas gratuitas, completas, nacionais e internacionais, todos publicados nos idiomas português e inglês no período de 2010 a 2019, foram excluídos as dissertações, teses, artigos repetidos e anteriores ao ano de 2010.

Após a leitura dos artigos selecionados a análise dos dados foram estabelecidas por um esboço quanto às perspectivas da pesquisa estabelece por meio dos tópicos: metodologias de estudo, intervenções e resultados nas produções científicas quanto ao periódico e autor.

Ainda assim, não eliminam-se , os riscos de omissão (já que não possuem um quadro de transparência sobre índices e casos de ideação suicida na enfermagem de forma clara e de fácil acesso por parte dos órgãos oficiais).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

As referências pesquisadas neste estudo foram analisadas criteriosamente, contemplando os critérios de inclusão bem delineados, chegou-se a 10 artigos, dos quais como expõem a Quadro 1, verifica se que os maiores números de publicações ocorreram no ano de 2011 e 2014 com 3 e 2 artigos ao ano, obtendo-se esse resultado depois do critério de inclusão. A base de dados mais usada foi à biblioteca virtual Scielo - Scientific Electronic Library Online (60%) com 6 artigos de revistas periódicas, método revisão literária e transversal obtiveram a maior predominância com 4 dentre as tipologias, coorte retrospectiva com 1, e revisão integrativa literária 1. Nota-se que os estudos que têm mais de 2 autores tiveram predomínio com 9 artigos (90%).

Os dados foram organizados no Quadro 1, a partir da plataforma Google Docs, apresentando as variáveis: ano de publicação, autores, periódico da publicação, tipo de pesquisa e objetivo do estudo. A análise dos periódicos ratifica a presença de 10 (100%) artigos científicos nacionais, segundo a descrição do mesmo.

Ano	Título	Autores	Periódico	Tipo de pesquisa	Objetivo
2010	O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: Uma revisão da literatura	SANTOS, F.D. et al.	Revista Eletrônica saúde mental álcool e drogas.	Revisão literária	Identificar os fatores geradores de estresse, seus efeitos, sinais e sintomas, presentes nos enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva adulta.
2011	Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares.	Guido, L. A; Linch, G. F. C; Pitthan, L. O.	Revista Escola de Enfermagem da USP.	Transversal	Identificar estressores, nível de estresse dos enfermeiros, estado geral de saúde e formas de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros no ambiente de trabalho.
2011	Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem.	CARVALHO C. G; MAGALHÃES S. R.	Revista Universidade Vale do Rio Verde	Revisão literária	Descrever as consequências e as implicações da SB nos profissionais de saúde.
2011	Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo	VARGAS D, Dias A. P. V.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Transversal	Estimar a prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva (UTI) de hospitais
2012	Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar.	BARBOSA K. K. S; VIEIRA K. F. L; VIRGÍNIO N.	Revista de Enfermagem	Transversal	Investigar a presença de sintomas depressivos e ideação suicida entre enfermeiros e médicos da assistência hospitalar.
2013	Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativos do excesso de mortalidade.	VIDAL C. E; GONTIJO E. C. D. M; LIMA L. A.	Caderno Saúde Pública	Coorte retrospectiva	Analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio
2014	Comportamento suicida: epidemiologia.	BOTEGA, N. J;	Revista Psicologia USP	Transversal	Descrever o comportamento suicida epidemiologicamente.

2014	Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências.	OLIVEIRA R. J; CUNHA T.	Caderno saúde e desenvolvimento	Revisão literária	Apresentar os fatores relacionados ao estresse ocupacional, ressaltando os mecanismos desencadeadores da doença, os principais sintomas e as medidas adotada para melhorar a produtividade e a qualidade de vida do trabalhador.
2015	Artigo de revisão: Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa.	ALBUQUERQUE M. C. S; NETO V. L. M.	Revista Escola de Enfermagem USP	Revisão literária	Explícito ou suposto com o trabalho.
2017	Depressão e risco do suicídio entre profissionais de enfermagem: Uma revisão integrativa.	Silva D. S. D. Tavares N. V. S. Alexandre A. R. G. Freitas D. A. Brêda M. Z. Albuquerque M. C. S. Neto V. L. M.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Revisão integrativa de literária	Identificar fatores relacionados com depressão e suicídio na enfermagem.

Quadro 1: Agrupamento de artigos de acordo com ano, título, autores, periódico, tipologia de pesquisa, nível de evidência e objetivo.

Fonte: COSTA, Monaliza de Souza ¹; FARIA, Elter Alves ²; DA SILVA André Ribeiro ³.2019.

Os resultados constataam que as 10 publicações científicas (100%) estão relacionadas a alterações biopsicossociais como agente causador da ideação suicida. Quanto ao método utilizado o transversal e revisão literária obtiveram maior predominância 4 (40%), o coorte retrospectiva com 1 (10%) e revisão integrativa literária 1 (10%). A maioria dos fatores geradores da ideação suicida abordados deste estudo foi: depressão (40%), alterações biopsicossociais (20%), estresse laboral (30%) e síndrome de Burnout (10%), observados na equipe de enfermagem das unidades de terapia intensiva adulta e assistências hospitalares, utiliza abordagem quantitativa exploratória descritiva como metodologia predominante conforme a quadro 1.

Em um estudo, registra-se que as cinco principais fontes de estresse ocupacional são: sobrecarga de trabalho (20.8%), Más condições físicas e técnicas (19.4%) carência de recursos materiais, técnicos e humanos (19.8%), excessivo número de pacientes por enfermeiros (19.2%) e a incapacidade de responder às exigências emocionais do cliente (17.4%). Conclui-se que a equipe de enfermagem

é a área da saúde atua em um ambiente conflituoso (Oliveira, 2014).

Observa-se que a maioria dos profissionais com ideação suicida tem a prevalência de sintomas depressivos, a amostragem de 100 sujeitos, os enfermeiros correspondem por 50% dos profissionais e a predominância do sexo feminino (62%). A depressão é um transtorno mental que pode tornar-se um problema crônico ou recorrente que impossibilite as atividades diárias do indivíduo (Barbosa, 2012).

Assim, vale ratificar que as questões biopsicossociais englobam as mudanças mais profundas e de forma complexas, já que o modelo psicossocial possui a combinação de variantes biológicas, psicológicas e sociais de forma que devam ser consideradas como um todo para que uma doença seja perfeitamente compreendida. Com isso, é possível evidenciar o desencadeamento de diferentes e ao mesmo tempo novas patologias que estão envoltos das ideações suicidas nos profissionais de saúde (Venco, 2014).

A síndrome de Burnout – SB é a exaustão emocional e físico do indivíduo perante as rotinas diárias. Para estes, a síndrome pode ser definido como resposta ao trabalho. Porém pouco se sabe sobre a mesma em nível populacional de forma geral por ser confundido com apenas cansaço e através de uma avaliação psiquiátrica poderá identificar e fornecer suporte para o profissional para que a SB não correlacione com a depressão e outras manifestações suicidas (Carvalho, 2011).

Os resultados revelam que sentimentos como ansiedade, tristeza, desânimo, desmotivação, frustração, hostilidade, culpa e ineficácia, bem como o falta de preparo e inteligência emocional. Já que os estudos apontam que os profissionais de enfermagem, de modo geral, é rodeado de emoções e sentimentos difíceis de classificar e identificar a origem, além do conjunto de cargas psíquicas do seu cotidiano (Batista, 2011).

Promulgada pela Lei Federal nº 5.905 em 12 de Julho de 1973, a Associação Brasileira de Enfermagem, é retratada como o exercício da profissão que tem o intuito de dedicar-se aos cuidados à saúde do ser humano. Entretanto, destacou-se a prevalência da crença de que os profissionais de Enfermagem estão protegidos a doenças devido ao próprio conhecimento do campo de saúde, contudo, é importante frisar que o conhecimento não anula os impactos emocionais e psicológicos que certas situações podem agravar (Hawton, 1999).

A priori, para muitos enfermeiros trabalhar e viver mostra-se uma realidade complexa e ao mesmo tempo perigosa. O profissional tem o desejo de ter valorização profissional com autoridade e autonomia, o que é diferente da realidade dos locais de trabalho. Essa dificuldade tem correlação com os ritmos intenso de serviços, os profissionais são submetidos a horas-extras exorbitantes, salários baixos e desvalorização entre os colegas de trabalho (Brant, 2004).

Com os avanços tecnológicos e industriais, a sociedade está cada vez mais orgânica, com sua complexidade de vida moderna, consequência da globalização. Essa nova realidade laboral dá sentido patológico ao suicídio, já que as pressões e as micropolíticas das humilhações cotidianas, mas também que tornam-se sistemáticas, que desestrutura emocionalmente os trabalhadores, podendo levá-lo a desistência extrema (Linhart, 2009, p.79). As condições que propiciam os trabalhadores o isolamento coletivo, a falta de reconhecimento de sua capacidade, autonomia e liberdade criem meios de desencadeamento de diversas e novas patologias que estão no topo do estado de mal-estar, responsável pelo aumento de suicídios nos profissionais da área de saúde no mundo, assim como no Brasil, expondo a nova estatística da autoviolência em um setor profissional que promove a saúde e bem-estar (Venco, 2014).

No contexto geográfico os maiores índices de casos de suicídios são nas regiões do Sudeste (51%) e no Sul (25%), mas foi observada uma maior variação no Distrito Federal 1,1 /100 mil habitantes. Correspondendo o total de 1098 suicídios nas 31 Regiões Administrativas, contudo, detalhar o cenário de ideação na enfermagem é um desafio, isso devido ao fato que as notificações de lesão autoprovocada e até mesmo o suicídio serem imprecisas em relação à escolaridade e padrão socioeconômico do suicidário, sendo um problema de subnotificação (Carvalho, 2011).

A partir da análise dos resultados observados na tabela 1 e 2, destacam-se a presença na maioria dos casos, a correlação do suicídio com a depressão e estresse laboral. A depressão é um transtorno comum que frequentemente acomete várias pessoas em todo o mundo. Mais de 300 milhões de pessoas, independente de idade e sexo, possuem o transtorno. A correlação entre o estresse no ambiente de trabalho e a depressão, diminui a qualidade de vida do profissional. Os sintomas dessa interação são: lentidão nas atividades, desinteresse, redução da energia, apatia, dificuldade de concentração, pensamento negativo e recorrente, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo da verdade. Sinais de extrema importância, que indicam que a saúde mental do indivíduo está comprometida, aumentando o risco de suicídio e positivando a depressão. Ambos são problemas de saúde pública onde envolve toda classe variante, incluindo profissionais da área de saúde (Santos 2011). A condição de déficit de ambiente inadequado, baixos salários, sobrecarga dos profissionais, danos decorrentes da pressão cotidiana e da vida pessoal, pela equipe esta que mais envolvida com o paciente, a dor e a perda são agravantes que possibilitam a ideação suicida entre enfermeiros. Isto se soma a falta de suporte fornecido no ambiente hospitalar (Oliveira, 2014). Atualmente, no interior das instituições, questões emocionais e psicológicas são estigmatizadas, descriminalizadas e excludentes. As transformações ocasionadas pelas pressões

laborais que proporciona em adoecimento significam críticas em relação às práticas adquiridas da profissão, o que permite a enunciação de determinadas doenças psicossociais (Brant,2004). Assim, os profissionais de saúde, devido aos fatores de risco que convivem - carga horária intensa, privação do sono, salário baixo, desvalorização profissional, isolamento social, preocupações financeiras, falta de condições de trabalho, pacientes revoltados -, acaba tornando favorável o desenvolvimento de estresse para síndrome burnout (Guido, 2011).

A denominação Burnout, do inglês, que subtende-se como “exaustão de energia”. É usado como metáfora para descrever uma síndrome com características correlacionada aos fatores de esgotamento e exaustão emocionais sofridos pelos trabalhadores em seu ambiente de trabalho (Silva, 2006). Como resposta aos estressores laborais crônicos, o profissional desenvolve uma exaustão emocional que manifesta com falta de energia, desesperança, solidão, raiva, depressão e aumento da predisposição para manifestações físicas; cefaleias, náuseas, tensão muscular e distúrbios do sono (Santos 2010). Por fim, com a redução do desempenho das atividades profissionais a probabilidade de cometer negligências quanto a determinadas condutas que compromete a qualidade assistencial prestada são ampliadas, sem contar com, a prevalência de pensamentos suicidas como meio de contornar a situação (Carvalho, 2011).

Cabe ressaltar que, a prevalência é potencializada pelo estresse e subsequente com a Síndrome de *Burnout* – SB (Carvalho, 2011). A SB vem da etimologia inglesa que define sobre algo que deixou de funcionar por exaustão de energia, possui característica ligada à exaustão e esgotamento, representativa de resposta aos agentes estressores levando o profissional ao esgotamento, comprometendo a relação profissional-paciente e até mesmo a instituição, acarretando numa possível concepção do suicídio (Vidal, 2013).

Na enfermagem, muitos profissionais estão expostos ao cansaço mental e físico e são os que mais sofrem com a “doença do século” aumentando o risco para o suicídio. São fatores como esse que aumenta cada vez mais. Por não ter acesso a base quantitativa de profissionais que já cometeram o ato, estudos conciliam que em sua grande maioria, o transtorno mental pode ser considerado um fator, mas muitos apresentam algum tipo de comportamento dias ou semanas antes, que se percebido pode ser evitado fornecendo algum tipo de ajuda (Aguar, 2017).

Mas em sua maioria, esses profissionais estão desamparados e sem um mínimo de vontade possível para executar as atividades. E com isso, pode afetar tanto o seu atendimento ao paciente sem apatia alguma incluindo o convívio no ambiente hospitalar com a equipe e também sua relação com a família, ocasionando em síndrome de Burnout. Nesse caso, também entra a questão da falta de reconhecimento profissional, a insegurança em executar determinados

procedimentos, a baixa salarial e alta demanda de atendimentos. A inclusão dessas questões poderá causar cansaço mental e físico, ao ponto da pessoa se sentir inapta para a profissão. São problemas como esse, que entra como fator de risco para o suicídio (Oliveira, 2014).

O que poderia também ser levado em conta ao risco de suicídio, seria o tipo de tratamento diário que o enfermeiro está exposto todos os dias. Muitas das vezes, isso pode obstruir o relacionamento com outros da equipe multidimensional fazendo com o que se isole mais e se encontre sem saída. Em um presente estudo realizado em 2011 por enfermeiros brasileiros, foi constatado que a UTI seria um fator desencadeador da depressão por ser cansativo, exaustivo e muita das vezes, desgastante. Adicionalmente, tem também os plantões noturnos sendo considerado um fator de risco já que o enfermeiro não tem o hábito de ter seu descanso da rotina diariamente, trabalha em feriados, finais de anos, carga excessiva nas assistências ficando com mais de 3 pacientes, sem lazer com família e amigos, que pode acarretar demasiadamente o risco para o suicídio causando também síndrome de Burnout. Infelizmente, não tem uma justificativa do que pôde levar o profissional ao ato, mas garante a relação de doença psíquica e conflitos pessoais. (Santos, 2011). O fulcro do problema, é que por não ter o suporte básico para identificação de sintomas, muitos se escondem com medo de ser julgados pelos colegas e afetando a si mesmo e até no seu convívio fora ou dentro. A maioria dos suicídios em UTIs (unidade de terapia intensiva) tem a ver com o fácil acesso a medicamentos de maior letalidade para que ocorra da maneira mais rápida e sem sofrimento. Porém, está se tornando cada vez comum o suicídio nesse local de trabalho. Nunca se sabe a real motivação, mas a pressão demasiada, conflitos familiares e trabalhar em mais de um turno pode ser um importante indicativo e não somente ao distúrbio mental e baixa salarial (Vargas, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constatou que a carência de informação e estudo tanto epidemiológico como de intervenção. Observa-se a existência de uma barreira que impede abordar e discutir sobre o assunto, a maioria das informações sobre os profissionais que acometeram não houve informações precisas sobre nos sites oficiais como Ministério da Saúde, Coren e Cofen. Essas desinformações reforçam como o tema ainda é visto como um tabu.

O suicídio está totalmente interligado à depressão, existem diversos fatores que variam desde a instabilidade emocional e problemas que envolvem a família até a sua profissão. Os profissionais de saúde são os mais afetados por transtorno

psíquico que engloba como um todo, várias ocasiões que podem alavancar a ideação suicida. Dentre eles, o grupo mais favorável são os enfermeiros por estar constantemente em contato profissional-paciente, ajudar em suas necessidades, ter de resolver problemas, ter a solução para determinado procedimento que muitas das vezes exigem improvisos pelo déficit de materiais para realizar os cuidados e os próprios enfermeiros, levando assim a demanda demasiada de pacientes (Albuquerque, 2015).

A alta incidência de suicídios cometidos entre a equipe de enfermagem é uma realidade cada vez mais crescente, o que torna a busca por medidas intervencionistas para diminuir o desgaste é de suma importância. A enfermagem foi classificada como a quarta profissão que mais sofre estresse devido à exposição de vários estímulos, tanto emocionais, físicos e mentais (Silva, 2017). E mesmo assim, não recebem apoio de acompanhamento multiprofissional que possa auxiliar a identificar aflições e, promover a manutenção da saúde mental.

A importância de estudos como este está na tentativa de compreender o atual processo de desenvolvimento de doenças que desencadeiam os pensamentos suicidas nos profissionais de saúde, a fim de, possibilitar a prevenção através de melhorias nas condições dos serviços prestados e desenvolver práticas de apoio os profissionais de forma eficaz. Espera-se que esse trabalho traga uma colaboração para a discussão acerca do suicídio dentro das equipes de enfermagem, uma vez que, trata-se de um tema extremamente controverso, não apenas, na área da saúde, mas também no contexto geral da nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR S. M. M. T. **Depressão na enfermagem: Uma revisão bibliográfica.** UFRR, BOA VISTA, RR, 2017.

ALBUQUERQUE M. C. S; NETO V. L. M. **Artigo de revisão: Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(6):1027-1036. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp

ALVAREZ A. **O Deus Selvagem: Um estudo do suicídio.** Trad. Sonia Moreira. Rev, Estudos dos Universitários. São Paulo e Cia das Letras. 1999, 287p.

BATISTA, K. M. **Stress e Hardiness entre enfermeiros hospitalares.** São Paulo, 2011. 239p. Disponível em: http://pandora.cisc.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-31052011-120626/publico/Tese_Karla_Melo.pdf. Acesso em: 19 set. 2011.

BARBOSA K. K. S; VIEIRA K. F. L; VIRGÍNIO N. A. **Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar.** Pernambuco. Rev Enfer, UFSM 2012 set/ dez; 2(3): 515-522.

BOTEGA N. J. **Comportamento suicida: conhecer para prevenir.** São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2009.

BOTEGA, N. J., SILVEIRA, I. U., MAURO, M. L. F. (2010). **Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio**. Rio de Janeiro, RJ: ABP.

BOTEGA, N. J; **Comportamento suicida: epidemiologia**. Rev. Psicologia USP vol. 25, nº 2 pp. 231-236 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>

BRASIL. **Ministério de Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006: Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html.

BRASIL. **Ministério de Saúde. (2013). Estatísticas vitais, mortalidade**. Recuperado em 29 de setembro de 2013 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>

BRASIL. GOVERNO Do Distrito Federal ET AL. **Plano distrital de prevenção do suicídio: Proposta** . 2014. 43p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: violência Interpessoal/ autoprovocada. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços**. 1. ed. atual. Ministério da Saúde, Brasília; 2016, p.725.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Ministério da Saúde, Vol. 48 N° 30, 2017.

BRASIL. **Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência – NEPAV**. Boletim sobre as notificações de violência autoprovocada SES/DF Julho de 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. [Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Acesso em: 18 fevereiro 2019.

BRANT, L. C., & Minayo-Gomez, C. (2004). **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 213-223.

BROWN, Ron M. **El arte del suicidio**. Espanha: Síntese, 2002.

CARVALHO C. G;MAGALHÃES S. R. Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 9, n. 1, p. 200-210, jan./jul. 2011 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/RUVRV.91.200210>. 2011.

DURKHEIM, É. **O suicídio**, 1º ed. Lisboa: presença; 2003.

FESKANICH D.; HASTRUP J. L; MARSHALL J. R; COLDITZ G. A; STAMPFER M. J; WILLETT W. C; KAWACHI I. **Research report: Stress and suicide in the nurses Health Study**. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:95–98 . Disponível em: www.jech.com.

GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. C.; PITTHAN, L. O. **Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*. 2011.

HAWTON k.; VISLISEL L. **Review article: Suicide in nurses. Suicide and Life-Threatening Behavior**, Vol. 29(1), Spring 1999 0 1999 The American Association of Suicidology.

LINHART, Danièle. **Les conditions paradoxales de la résistance au travail. Nouvelle revue de psychosociologie**. 2009/1, n. 7. _____. *Travailler sans les autres?* Paris: Seuil, 2009.

OLIVEIRA R. J; CUNHA T. **Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e**

consequências. Caderno saúde e desenvolvimento/ vol.3 nº 2 jul/dez 2014.

SANTOS, F.D. et al. **O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura.** Rev. Eletrônica saúde mental álcool e drogas, v.6, n.1. São Paulo, 2010. 16 p. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/803/80313414014.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2011.

SANTOS, A. F.; SIQUEIRA M. V. S; MENDES A. M. **Tréplica - Relações entre suicídio e trabalho: Diferenças epistemológicas e (Im)possibilidade de diálogo.** RAC, Curitiba, v.14 n.5, pp. 956-967, Set./Out. 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac>.

SANTOS M., C; Bertolote, J. M.; Wang, Y.P. **Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero.** Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo; vol.27 no.2; junto/2005.

SILVA, J. L. L; MELO E.C.P. **Estresse e Implicações para o Trabalhador de Enfermagem.Informe-se em promoção da saúde**, v.2,n.2. Rio de Janeiro. p.16-18. 2006. Disponível em:<http://www.uff.br/promocaodasaude/estr.trab.pdf>. Acesso em: 14 Nov. 2011.

SILVA D. S; TAVARES N. V. S;ALEXANDRE A. R. G; FREITAS D. A; BRÊDA M. Z;

VARGAS D, Dias APV. **Depressão e risco do suicídio entre profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa.** Rev. da Escola de Enfermagem da USP, 2017.

VENCO, S; BARRETO M. **O sentido social do suicídio no trabalho.** Rev. TST, Brasília, vol. 80, nº 1, jan/ mar 2014.

VIDAL C. E; GONTIJO E. C. D. M; LIMA L. A. **Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativos do excesso de mortalidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(1):175-187, jan, 2013.

ANÁLISE DO USO DE PSICOTRÓPICOS POR IDOSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE – PE

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 21/11/2019

Lígia Oliveira Ferreira

Centro Universitário UniFavip | Wyen –
CARUARU – PE

<http://lattes.cnpq.br/7162565377333628>

Djeymison Jefer Barbosa Silva

Centro Universitário UniFavip | Wyen –
CARUARU – PE

<http://lattes.cnpq.br/1495347546485467>

Cristiane Gomes Lima

Centro Universitário UniFavip | Wyen –
CARUARU – PE

<http://lattes.cnpq.br/4146085737739781>

RESUMO: Os idosos formam a parcela da sociedade que mais faz uso de psicofármacos por apresentarem transtornos emocionais e comportamentais como, por exemplo, depressão, distúrbios no sono e aumento da ansiedade. Isso é decorrente tanto de questões de ordem psicossociais, como pela consciência da fragilidade de sua saúde. Nesse contexto, há possibilidade de administração de psicoativos com probabilidade de interação medicamentosa e mesmo outros potencialmente proibidos para idosos. Partindo dessa constatação, esse

estudo investigou se os idosos atendidos no primeiro semestre de 2019 pela farmácia do SUS do Centro de Saúde Frei Damião, no município de São Joaquim do Monte, em Pernambuco, usaram mais de um psicofármaco com potencialidade para interação medicamentosa. A partir de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, os resultados indicam que 15 indivíduos, num grupo de 106 idosos, usaram mais de um psicotrópico concomitantemente com possibilidade de ocorrência de interação medicamentosa, considerando as orientações disponíveis na base de dados Drugs.com, Guia de Interações Medicamentosas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG) e bulas de algumas drogas. Os resultados mostram, também, que são prescritos medicamentos listados no critério Beers-Flick e na lista PRISCUS, mas nenhum tomou dose acima do indicado. Propõe-se que os farmacêuticos produzam uma lista para ficar à disposição nos ambulatórios com os fármacos disponíveis na farmácia a fim de evitar prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e mesmo que provoquem possíveis interações medicamentosas.

PALAVRAS-CHAVE: Psicotrópicos. Interação medicamentosa. Psicoativo para idoso.

ANALYSIS OF PSYCHOTROPIC USE BY ELDERLY PEOPLE IN A HEALTH UNIT IN THE SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE

ABSTRACT: The elderly form the portion of society that makes the most use of psychotropic drugs because they have emotional and behavioral disorders, such as depression, sleep disorders and increased anxiety. This is due both to psychosocial issues and to the awareness of the fragility of their health. In this context, there is the possibility of administration of psychoactive drugs with a probability of drug interaction and even others potentially prohibited for the elderly. Based on this finding, this study investigated whether the elderly assisted in the first half of 2019 by the SUS pharmacy of Frei Damião Health Center, in the municipality of São Joaquim do Monte, Pernambuco, used more than one drug with potential for drug interaction. From a quantitative and qualitative research, the results indicate that 15 individuals, in a group of 106 elderly, used more than one psychotropic drug, concomitantly with the possibility of drug interaction, considering the guidelines available in at Drugs.com database. Drug Interactions at Hospital das Clínicas of Federal University of Goiás (UFG) and package leaflets of some drugs. The results also show that drugs listed on the Beers-Flick criteria and on the PRISCUS list are prescribed, but none have taken a dose higher than indicated. Pharmacists proposed to produce a list, which should be made available at outpatient clinics with drugs available at the pharmacy to avoid prescribing potentially inappropriate medications for the elderly and even causing potential drug interactions.

KEYWORDS: Psychotropic. Drug interaction. Psychoactive for the elderly.

1 | INTRODUÇÃO

A partir do século XX, deu-se o envelhecimento da população global e, no Brasil, desde a década de 1940, é constatado tanto o aumento da população em idade ativa quanto de pessoas idosas enquanto o crescimento do quantitativo de crianças e adolescentes é mais lento (AZIZ et al, 2011). A expectativa para o Brasil é uma população de 30 milhões de pessoas acima de 60 anos em 2020, tornando-se o sexto país do mundo com contingente de idosos (VERAS, 2009 apud MACHADO et al, 2016).

Esse envelhecimento populacional é resultado de situações como, por exemplo, questões sanitárias resolvidas em grande parte do Brasil, o que acarretou em redução considerável o número de óbitos por patologias causada por parasitas e, por outro lado, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas hipertensão arterial, diabetes mellitus, enfermidades renais, coronárias e neoplasias, passaram a serem tratadas no serviço público, inclusive com fornecimento de medicação em unidades públicas de saúde (ABI-ACKEL, 2015).

Pesquisas epidemiológicas em outros países evidenciam que o desenvolvimento das DCNT é mais frequente em idosos e, dessa forma, é essa faixa etária a mais propensa para os transtornos psiquiátricos como depressão, bipolaridade, ansiedade e alterações na qualidade do sono (ABI-ACKEL, 2015; NOIA et al, 2012). Isso implica que cada vez mais idosos passam a ser consumidores de psicoativos simultaneamente com outros tipos de medicamentos de uso contínuo.

A administração concomitante de medicamentos psicotrópicos e mesmo a prescrição de dosagem inapropriada pode gerar problemas ao idoso e, nesse sentido, essa pesquisa tem como problemática identificar as possíveis interações medicamentosas a que estão sujeitos idosos atendidos na farmácia do Sistema Único de Saúde (SUS) do Centro de Saúde Frei Damião, sendo a única unidade a dispensar psicoativos no município de São Joaquim do Monte (SJM), no Agreste de Pernambuco, bem como se as doses prescritas podem trazer complicações para o paciente.

Foi definido como objetivo geral, avaliar os fatores associados ao uso de psicotrópico em idosos residentes em SJM, quanto às possíveis interações medicamentosas, bem como analisar as doses prescritas e objetivos específicos, listar quais psicotrópicos mais utilizados pela população que participa de forma indireta da pesquisa, identificar possíveis psicofármacos listados no critério de Beers-Fick e na lista PRISCUS receitados para integrantes do grupo e estabelecer relação de dose prescrita com a dose recomendada por usuário.

Trata-se de uma verificação, até então inexistente sobre uso de psicotrópicos e o e doses prescritas para idosos no município de São Joaquim do Monte. O resultado deste trabalho poderá auxiliar políticas públicas voltadas à prescrição correta de medicamentos para esse grupo de pacientes.

2 | MÉTODOS

A pesquisa apresenta um estudo quantitativo e qualitativo observacional a partir da análise de receituários dos pacientes idosos que fazem o uso de psicotrópicos no município de São Joaquim do Monte, em Pernambuco e são atendidos pela farmácia do SUS do Centro de Saúde Frei Damião, identificando o quantitativo que faz uso de mais de um fármaco psicoativo e se há possibilidade de interação medicamentosa, tendo como referencial para análise, o banco de dados Drugs.com, o Guia de Interações Medicamentosas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG) e bulas dos medicamentos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/WYDEN, registrado no parecer sob o número 3.494.967, conforme resolução 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de

Saúde.

Foram selecionados 106 receituários referentes aos meses de janeiro a junho de 2019, tendo como critérios de inclusão, receituários e prescrições de pacientes de ambos os sexos, idosos com mais de 60 anos que utilizem os medicamentos psicoativos fornecidos pela farmácia central do atendimento de saúde básica em São Joaquim do Monte ao longo dos primeiros seis meses de 2019. Por outro lado, foram excluídos do estudo, receituários de pacientes com menos de 60 anos de ambos os sexos que não fizeram retiradas mensalmente de psicofármacos na unidade básica de saúde onde o estudo foi realizado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O emprego de listas de medicamentos essenciais por redes públicas de atendimento à saúde, é uma entre as doze estratégias para a promover do uso racional desses fármacos (YAMAUTI et al, 2017). O Ministério da Saúde brasileiro criou a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), contando, em 2017, uma lista com 869 itens disponíveis no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017a).

[...] a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), resultado da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e estabelecida pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 19 de setembro de 2003, corrobora a “utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica” (BRASIL, 2017b, p. 7)

A vantagem da Rename é atestada por outros estudos que comprovam que essas listas são instrumentos de políticas públicas de saúde que facilitam o acesso ao medicamento pelo usuário, além de maior equidade no serviço e custo-efetividade dos cuidados à saúde (WANNMACHER, 2012 apud YAMAUTI et al, 2017). A partir da Rename, os municípios precisam elaborar a sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) “para o bom planejamento das programações e aquisições e fundamental para o acesso aos medicamentos à população quando disponibilizada para os profissionais de saúde do território” (PERNAMBUCO, s/d, p. 27).

A cartilha para farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde publicada pela secretaria de Saúde de Pernambuco recomenda que a Remume seja elaborada a partir da Rename e a relação dos fármacos definidos “seja coerente com as necessidades da população” (PERNAMBUCO, s/d, p. 27) e deve ser seguida as etapas: classificação por classe farmacológica; disponibilidade de acordo com a oferta do serviço no município (USF / Policlínicas / unidades de urgência / CAPS / outros) e disponibilidade quanto a responsabilidade do gestor (federal, estadual ou

municipal). A lista deve conter a denominação genérica, a concentração/composição, a forma farmacêutica/descrição e o componente.

O município de São Joaquim do Monte, onde foi realizada a pesquisa, ainda não conta com a Remume, porém faz distribuição de medicamentos a partir do receituário emitido pelos médicos que fazem atendimento nas unidades básicas de saúde do município, inclusive psicofármacos. O gráfico 1 apresenta a classificação farmacológica dos psicotrópicos dispensados na farmácia do Centro de Saúde Frei Damião, sendo 37% anticonvulsivante, 32% antidepressivo e 31%, ansiolítico.

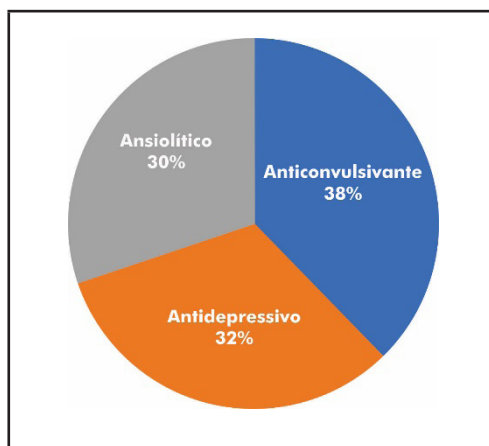


Gráfico 1 – Grupo de psicotrópicos distribuídos na farmácia do Centro de Saúde Frei Damião em SJM

Fonte: Autor, 2019

Tendo como referência os estudos de Abi-Ackel et al (2017), os benzodiazepínicos são os psicofármacos mais consumidos por idosos e, portanto, esse fato não ocorre em São Joaquim do Monte, uma vez que o grupo de ansiolítico aparece em menor percentual (31%) entre os psicotrópicos dispensados na farmácia do SUS do município e os anticonvulsivantes compõem o maior grupo, sendo 37%, seguido dos antidepressivos, com 32%.

Os estudos levantados por Abi-Ackel et al (2017) indicam que o uso de psicofármacos é maior entre mulheres idosas e isso se deve ao fato “das mulheres em manter vigilância sobre o próprio estado de saúde, reconhecer e relatar mais clara e facilmente sintomas físicos e psicológicos, além da maior fragilidade que lhe é atribuída socialmente” (ABI-ACKEL et al, 2017, p. 66). Em São Joaquim do Monte, as mulheres também são maioria entre os usuários de psicotrópicos, sendo 77% contra 23% de homens, conforme constatado no gráfico 2.

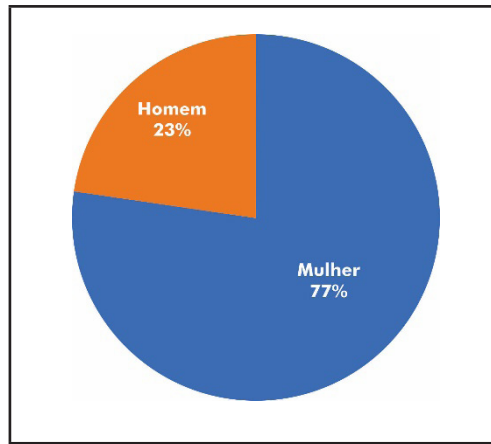


Gráfico 2 – Pacientes idosos atendidos na farmácia da unidade básica de saúde em SJM quanto ao sexo

Fonte: Autor, 2019

Entre os transtornos psíquicos que mais acometem a humanidade, a ansiedade aparece entre os mais prevalentes e com maior incidência entre idosos, sendo as mulheres em maior número, sujeitos com baixa escolaridade e com outras doenças físicas (MACHADO et al, 2016). Por desencadear alterações comportamentais e interferir na vida social, os transtornos ansiosos comprometem a qualidade de vida dos idosos e sempre há comorbidades psiquiátricas, além de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana e até infarto agudo do miocárdio.

Estudos realizados tanto no Brasil quanto na Europa, evidenciam que o consumo de psicotrópicos prevalece entre idosos devido ao fato de esses fármacos serem usados para alívio de condições somáticas, uma vez que na faixa acima dos 60 anos é comum, além de DCNT, comorbidade psiquiátrica (ABI-ACKEL et al, 2017). Todavia, Abi-Ackel (2015) ressalta que dependendo do local, da época e da população participante do estudo, a prevalência do uso de psicofármacos entre idosos tende a variar.

Santos et al (2013) reforçam que os remédios de uso frequentes são os anti-hipertensivos, cardiotônicos, diuréticos, antiarrítmicos atuando, diretamente, no sistema cardiovascular. Acrescentam-se a esses, medicações com foco no sistema nervoso central para atender aos transtornos psiquiátricos, sendo os mais comuns, drogas de efeitos ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos e antipsicóticos (SANTOS et al, 2013).

Segundo Rang et al (2011), os psicotrópicos podem ser definidos como medicação que altera humor e comportamento e são essenciais no trato dos distúrbios psiquiátricos. Os psicofármacos têm diferenças nas suas estruturas químicas e assim, tem critérios variados quanto ao tipo. A classificação pode obedecer ao alvo bioquímico (inibidores da monoaminoxidase – IMAO e inibidores da

recaptação dos receptores serotoninérgicos – IRRS, opioides, por exemplo), como também pode referir-se ao efeito no transtorno do comportamento (alucinógenos, estimulantes psicomotores), ou emocionais (antidepressivos e terapias diversas como antiepilépticos entre outros efeitos de patologias diversas). Rang et al (2011), também tratam de outros tipos de difícil classificação como os agentes antipsicóticos atípicos, fármacos psicotrópicos, entre outros, tornando a lista bastante variada.

Na intervenção terapêutica dos transtornos emocionais e de comportamentos, os psicotrópicos (antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos e sedativos/hipnóticos) são recursos válidos por agirem, diretamente, no sistema nervoso central. Os psicotrópicos atuam mais como paliativos, mas bem aceitos por reduzirem os efeitos negativos dos transtornos e gerar alívio (ABI-ACKEL et al, 2017). Quando bem associados aos tipos específicos de patologia, há uma resposta positiva na redução dos efeitos, e mesmo, a cura. Porém, com o aumento na prescrição, amplia-se o debate sobre os efeitos colaterais apontando distorções sobre a sua eficácia e tolerância pelo organismo e assim, atrai a comunidade científica para as pesquisas relacionadas ao uso indiscriminado dos psicofármacos (ABI-ACKEL et al, 2017).

De acordo com Marcolin, Cantarelli e Garcia Junior (2004), na área de neurologia e psicofarmacologia a polifarmácia é usada com maior frequência e isso desperta particular interesse sobre ocorrência de interações medicamentosas e suas implicações clínicas. Oga, Basile e Carvalho (2002 apud BALEN et al, 2017) acrescentam que vários psicofármacos podem provocar interações medicamentosas. Entre os 106 idosos atendidos pela farmácia da unidade básica de SJM, 47% fazem uso de mais de um psicoativo, como exemplifica o gráfico 3.

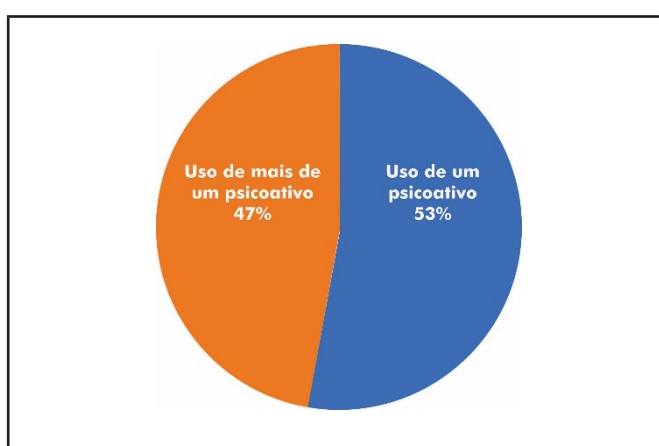


Gráfico 3 – Pacientes idosos atendidos na farmácia do SUS em SJM que tomam psicotrópicos

Fonte: Autor, 2019

O uso concomitante de dois ou mais remédios pode provocar uma interação medicamentosa. “Uma interação medicamentosa é definida como o fenômeno que ocorre quando os efeitos ou a farmacocinética de um fármaco são alterados pela

administração prévia ou coadministração de um segundo fármaco (TRATO, 2011 apud BALEN et al, 2017, p. 173). Veloso et al (2019) acrescentam que entre os fatores que contribuem para a ocorrência de interação medicamentosa estão o número de medicamentos prescritos, o número de classes terapêuticas e a idade.

Do grupo definido para amostra desse estudo que faz uso de mais de um psicofármaco, 30% tomam medicamentos que podem provocar interação medicamentosa (tabela 1), de acordo com critérios apresentados na base de dados Drugs.com.

Medicamentos prescritos	Quantidade de receita	Medicamentos prescritos	Grau de interação medicamentosa
Classe farmacológica			
biperideno x haloperidol anticonvulsionante x anticonvulsionante	5	<ul style="list-style-type: none"> • problemas na bexiga • boca seca • dor de estômago • febre • visão turva • confusão • tontura • frequência cardíaca reduzida 	moderado
ácido valpróxico x clorpromazina anticonvulsionante x anticonvulsionante	1	<ul style="list-style-type: none"> *• risco aumentado dos distúrbios de ritmo ventricular • possível aumento dos níveis plasmáticos do valproato 	moderado
ácido valpróxico x carbamazepina anticonvulsionante x anticonvulsionante	1	<ul style="list-style-type: none"> • depuração de valproato pode duplicar • afetam o nível de expressão das enzimas hepáticas 	moderado
ácido valpróxico x biperideno anticonvulsionante x anticonvulsionante	1	<ul style="list-style-type: none"> • tontura • sonolência • confusão • dificuldade de concentração • probabilidade de sofrer prejuízos no pensamento, no julgamento e na coordenação motora 	moderado
fenobarbital x clorpromazina anticonvulsionante x anticonvulsionante	1	<ul style="list-style-type: none"> **• diminuição dos efeitos terapêuticos da clorpromazina 	moderado
alprazolam x escitalopram ansiolítico x antidepressivo	1	<ul style="list-style-type: none"> • tontura • confusão • dificuldade de concentração • pode comprometer a coordenação motora • probabilidade de prejuízos no pensamento e capacidade de julgamento 	maior

risperidona x sertralina antidepressivo x antidepressivo	4	<ul style="list-style-type: none"> • aumento do risco de frequência cardíaca (grave ou fatal) • doenças cardíacas • tonturas • desmaios • falta de ar • palpitações cardíacas 	moderado
fluoxetina x amitriptilina antidepressivo x antidepressivo	2	<ul style="list-style-type: none"> • sedação • boca seca • visão turva • constipação • retenção urinária 	maior
amitriptilina x fenobarbital antidepressivo x anticonvulsivante	1	**• diminuição dos efeitos da amitriptilina	moderado
amitriptilina x levomepromazina antidepressivo x anticonvulsivante	1	*• elevação das concentrações plasmáticas destes fármacos	moderado
sertralina x haloperidol antidepressivo x anticonvulsivante	2	<ul style="list-style-type: none"> • elevação do risco de comprometimento do ritmo cardíaco (grave e potencialmente fatal) • palpitações cardíacas • falta de ar • tonturas repentinas • desmaios 	maior
biperideno x risperidona anticonvulsivante x antidepressivo	3	<ul style="list-style-type: none"> • problemas na bexiga • boca seca • dor de estômago • febre • visão turva • confusão • tontura • frequência cardíaca reduzida 	moderado
clonazepan x haloperidol ansiolítico x anticonvulsivante	2	<ul style="list-style-type: none"> • tontura • confusão • dificuldade de concentração • comprometimento da coordenação motora • prejuízos no pensamento e capacidade de julgamento 	moderado
clonazepan x risperidona ansiolítico x antidepressivo	2	<ul style="list-style-type: none"> • tontura • confusão • dificuldade de concentração • comprometimento da coordenação motora • prejuízos no pensamento e capacidade de julgamento 	moderado
clonazepan x carbonato de lítio ansiolítico x -----	1	<ul style="list-style-type: none"> • tontura • confusão • dificuldade de concentração • comprometimento da coordenação motora • prejuízos no pensamento e capacidade de julgamento 	moderado

Tabela 1 – Quantitativo, efeitos e risco de interação medicamentosa entre psicofármacos dispensados na farmácia do SUS do Centro de Saúde Frei Damião em SJM

Fonte: Drugs.com; *bula; **UFG

3.1 Anticonvulsivante e anticonvulsivante

Ficou constatado que entre as prescrições de mais de psicotrópico para um paciente, a combinação de dois anticonvulsivantes foi a mais usada, sendo nove receitas com a indicação desse tipo de droga para uso concomitante, conforme mostra a tabela 1. A combinação biperideno e haloperidol foi a de maior incidência encontrada na pesquisa (cinco vezes ao longo de seis meses). O uso concomitante de biperideno e haloperidol exige o ajuste de doses ou até mesmo teste específico para maior segurança do paciente, de acordo com informações encontradas na bula do haloperidol, pois ele pode cortar os efeitos de outros medicamentos. A interação entre esses dois fármacos é moderada e pode causar: problemas na bexiga, boca seca, dor de estômago, febre, visão turva, confusão, tontura ou frequência cardíaca reduzida.

A administração concomitante de ácido valpróico e clorpromazina leva ao risco aumentado dos distúrbios de ritmo ventricular, particularmente torsades de pointes e um possível aumento dos níveis plasmáticos do valproato. Por outro lado, a depuração de valproato pode duplicar quando há associação de ácido valpróico e carbamazepina, uma vez que a carbamazepina, assim como o fenobarbital aumentam os níveis de glucuronil transferase e, assim, afetam o nível de expressão

das enzimas hepáticas.

A combinação de ácido valpróico com o biperideno pode ocasionar tontura, sonolência, confusão e dificuldade de concentração e, no caso de idosos, há maior probabilidade de sofrer prejuízos no pensamento, no julgamento e na coordenação motora. O Guia de Interações Medicamentosas do Hospital das Clínicas da UFG sugere a monitoração da diminuição dos efeitos terapêuticos da clorpromazina quando há uso concomitante com fenobarbital.

Inicialmente desenvolvido para o tratamento de epilepsia, o uso de anticonvulsivantes clássicos em psiquiatria teve início na segunda metade do século XX, mesmo com resultados duvidosos na década de 1950 da fenitoína (MORENO et al, 2004). Entretanto, pacientes com epilepsia temporal apresentavam melhoras em sintomas psiquiátricos e nos anos 1960 os hospitais no Japão adotaram a carbamazepina (CBZ), onde não se comercializava o lítio. De acordo com Moreno et al (2004), essa experiência mostrou a eficácia dos anticonvulsivantes no tratamento do Transtorno Bipolar e do fenômeno de kindling, por exemplo.

Os anticonvulsivantes (ATC) possuem um espectro de ação amplo que inclui bulimia nervosa (BN), de estresse pós-traumático, de controle dos impulsos transtornos da compulsão alimentar periódica (TCAP), do pânico e os casos refratários de transtorno afetivo bipolar (TAB) (MORENO et al, 2004).

Entre os anticonvulsivantes estão: ácido valpróico, carbamazepina, divalproato de sódio (valproato), gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina e topiramato. Para o tratamento de epilepsia, os “mais indicados são: carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, ácido valpróico, primidona, lamotrigina e benzodiazepínicos” (MOMM, 2006, p. 11).

O uso de anticonvulsivantes é apontado “como um fator de risco independente para a redução da densidade mineral óssea e possível causa de osteoporose densitométrica” (LIMA, 2012, p. 172), assim o consumo desse tipo de fármaco por idosos requer maiores cuidados. Momm (2006, p. 11) completa: “principais drogas envolvidas com a diminuição da densidade mineral óssea são fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, primidona e valproato de sódio”.

3.2 Antidepressivo com antidepressivo

Do grupo de idosos atendidos na farmácia do SUS em SJM, dois tomaram dois antidepressivos simultaneamente. Embora a possibilidade de interação medicamentosa entre risperidona com sertralina seja classificada na base de dados Drugs.com como moderada, é informado que, mesmo sendo raro, a combinação pode levar ao aumento do risco de frequência cardíaca que além de grave pode ser fatal.

Entre os idosos participantes da pesquisa, dois usam os dois psicotrópicos que juntos podem provocar doenças cardíacas, como a síndrome do QT longo congênito e até anormalidades de condução ou distúrbios eletrolíticos. Entre os efeitos colaterais possíveis estão tonturas, desmaios, falta de ar e palpitações cardíacas.

O uso concomitante de fluoxetina e amitriptilina tem risco maior de provocar interação medicamentosa, sendo os efeitos colaterais mais comuns: sedação; boca seca; visão turva; constipação e retenção urinária. A fluoxetina consta como medicamento inapropriado para idosos de acordo com a lista Priscus e Beer (GORZONI et al, 2012) e altos níveis de fluoxetina pode resultar em consciência alterada, confusão, má coordenação muscular, cólicas abdominais, tremores, dilatação das pupilas, sudorese, pressão alta e aumento do batimento cardíaco.

Os antidepressivos são fármacos classificados a partir da estrutura química e das suas propriedades farmacológicas (MORENO, MORENO e SOARES, 1999). Estão divididos em grupos: Inibidores de Monoaminoxidase (IMAO); inibidores da receptação da serotonina e noradrenalina (IRSN); inibidores da recaptção da dopamina e noradrenalina (IRDN); inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS) e antidepressivos tricíclicos (ADT) e tetracíclicos, sendo que na pesquisa foram identificados fármacos dos dois últimos grupos que são administrados com outros psicoativos, formando uma combinação que pode provocar interação medicamentosa.

3.2.1 Antidepressivos Tricíclicos – ADT

Embora os inibidores da MAO sejam considerados os primeiros antidepressivos utilizados, Thiee e Hozenier sintetizaram os ADTs em 1891, mas foram clinicamente testados na década de 1940, classificado como medicamentos anti-histamínicos (ROSA, CAVALCANTE e TERRA JUNIOR, 2018). Os tricíclicos se dividem em dois grupos: amins terciarias (imipramina, amitriptilina, trimipramina e doxepixa) e as amins secundarias (2-esmetilmipramina, nortriptilina e protriptilina) enquanto os tetracíclicos são a Maprotilina e Amoxapina (MORENO, MORENO e SOARES, 1999).

De acordo com Rosa, Cavalcante e Terra Junior (2018), os ADT são os antidepressivos menos utilizados devido seus efeitos adversos, mas sua ação analgésica justifica a prescrição. Souza, Terra e Lopes (2011, p. XIV) complementam: “Os ADT ainda são entendidos como o padrão-ouro para os demais antidepressivos, porém são mais propensos a provocar efeitos colaterais e menos seguros em casos de doses elevadas”.

3.2.2 Inibidores da Recaptação de Serotonina – ISRS

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) foram desenvolvidos na década de 1980 e teve a fluoxetina como o principal representante “caracterizando uma época em toda a medicina, e não apenas na psiquiatria” (BITTENCOURT, CAPONI e MALUF, 2013, p. 236). Outros ISRSs são citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina, todos frutos de pesquisa racional na intenção de se chegar a um medicamento com poucos problemas de tolerabilidade e segurança quando comprado com os ADTs, embora com sua mesma eficácia (MORENO; MORENO e SOARES, 1999).

Estudos apresentam que os ISRS foram a primeira escolha entre os medicamentos antidepressivos para tratar transtornos de ansiedade e depressão (FINKEL; CUBEDDU; CLARK, 2010 apud SCHENKEL e COLET, 2016). A difusão do seu uso se deu, também, por médicos não psiquiatras e a prescrição foi além de tratamento para sintomas depressivos, como, por exemplo, para caso do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e do Transtorno de Ansiedade Social (TAS) (HORWITZ e WAKEFIELD 2007; TURNQUIST 2002; DAGOGNET e PIGNARRE 2005; PIGNARRE 2001 apud BITTENCOURT, CAPONI e MALUF, 2013).

Outro ponto a ser considerado é o fato de os inibidores seletivos da recaptação da serotonina apresentarem vantagens em relação aos ADT e aos IMAO no que se refere à sua segurança e tolerabilidade, apresentar menos efeitos colaterais, inclusive quase não apresentam toxicidade cardíaca, nem problemas por efeitos colaterais anticolinérgicos e não serem letais quando usados em doses elevadas (SOUZA, TERRA e LOPES, 2011).

3.3 Antidepressivos e um anticonvulsivante

A cominação de antidepressivos e anticonvulsivantes são a mais receitados pelo serviço de saúde pública em SJM, sendo nove prescrições para idosos no primeiro semestre de 2019. Sobre a interação medicamentosa entre amitriptilina e fenobarbital, existe a possibilidade de diminuição dos efeitos da amitriptilina, uma vez que o Guia de Interações Medicamentosas do Hospital das Clínicas da UFG sugere a monitoração da diminuição dos efeitos terapêuticos dessa droga quando administrada simultaneamente com fenobarbital, inclusive, se for necessário, aumentar a dose da amitriptilina.

Por outro lado, o uso de amitriptilina com levomepromazina pode elevar as concentrações plasmáticas destes fármacos. Quando administrado biperideno e risperidona, receitado por três vezes para os idosos atendidos na farmácia do Centro de Saúde em São Joaquim do Monte, problemas na bexiga, boca seca, dor

de estômago, febre, visão turva, confusão, tontura ou frequência cardíaca reduzida são os efeitos colaterais mais comuns.

A coadministração de haloperidol com sertralina pode elevar o risco de comprometimento do ritmo cardíaco, tornando-o irregular, inclusive chegando a ser grave e potencialmente fatal, inclusive em pacientes cardíacos, por isso a interação medicamentosa desses dois medicamentos é considerado como maior na base de dados Drugs.com. Outros efeitos colaterais são surgimento de tonturas repentinas, desmaios, falta de ar ou palpitações cardíacas.

3.4 Ansiolítico e anticonvulsivante

Clonazepam, um ansiolítico com haloperidol, um anticonvulsivante, é uma combinação de risco moderado para interação medicamentosa, podendo causar tontura, confusão, e dificuldade de concentração e no caso de idosos, mais especificamente, pode comprometer a coordenação motora e provocar prejuízos no pensamento e capacidade de julgamento. O mesmo pode ser o resultado da combinação de clonazepam e riperidona, podendo, ainda, ocorrer sonolência. Outrossim, são os mesmos sintomas possíveis de ocorrer durante a administração simultânea de alprazolam com escitalopram e de carbonato de lítio em conjunto com o clonazepam.

O clonazepam e o alprazolam são do grupo dos benzodiazepínicos os ansiolíticos mais usados. De acordo com Forsan (2010), os benzodiazepínicos passaram a ser usados na década de 1960, sendo o clordiazepóxido o qual tem efeito ansiolítico, hipnótico e miorrelaxantes, o primeiro tipo lançado no mercado em 1960. Os benzodiazepínicos foram aceitos pela medicina por apresentarem baixos riscos de intoxicação e dependência, apesar de os primeiros casos de uso abusivo serem identificados anos depois de seu lançamento e ficou constatado que em situações assim, o indivíduo desenvolve tolerância, síndrome de abstinência e de dependência desses fármacos (OLIVIER; FITZ e BABIAK, 1998 apud FORSAN, 2010).

Por outro lado, o uso de benzodiazepínicos por mais de quatro semanas pode provocar tolerância, dependência ou crises de abstinência. Um estudo realizado por Noto et al (2002), analisando 108.215 receitas especiais retidas em farmácias em duas cidades paulistas, identificou descuido no preenchimento das notificações, inclusive com indícios de falsificação e outros estudos desde os anos de 1980 confirmam que mais de 5% dos entrevistados adquiriram e fizeram uso de benzodiazepínicos sem receituário.

Os benzodiazepínicos estimulam no cérebro os mecanismos que equilibram estado de tensão e ansiedade e, inicialmente, o fármaco promove um efeito ansiolítico relacionado com o gabaminérgico do sistema límbico, um sistema de

neurotransmissores:

[...] o ácido gama-aminobutírico (GABA) é um neurotransmissor com função inibitória, capaz de atenuar as reações serotoninérgicas responsáveis pela ansiedade. Os benzodiazepínicos seriam, assim, agonistas (simuladores) deste sistema agindo nos receptores gabaminérgicos” (BALLONE, 2005 apud FORSAN, 2010, p. 13).

Assim esses fármacos têm sedação e sonolência como principal efeito colateral e são tidos como bastante seguros, sendo necessário alta dosagem, geralmente acima de 20 vezes da habitual para provocar efeitos colaterais mais graves, como hipotonia muscular, hipotensão, dificuldade de andar e manter-se em pé, perda de consciência e até mesmo levar o indivíduo ao coma ou morte (FORSAN, 2012).

Feita a análise das doses de psicotrópicos recomendadas aos pacientes idosos atendidos na farmácia do SUS em SJM, constatou que estão dentro das recomendadas pelos laboratórios dos fármacos, entretanto, são receitados medicamentos que constam na Lista de PRISCUS e nos critérios de Beers-Fick (GORZONI et al, 2012): alprazolam; amitriptilina; fenobarbital; fluoxetina; levomepromazina.

Os idosos são consumidores constantes de remédios e não se discute com essa faixa da população as listas de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) aos idosos. Esse grupo de fármacos têm risco de provocar efeitos colaterais superior aos benefícios em indivíduos acima dos 60 anos. Gorzoni et al (2012) observam que logo na prescrição é possível atentar que se trata de um MPI, seja considerando a Lista de PRISCUS ou mesmo os critérios de Beers-Fick. Embora haja críticas a esses critérios, principalmente quanto no que se refere à abrangência medicamentosa e adaptabilidade à farmacopeia específica de cada país, são dois instrumentos de referências.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as complicações clínicas do ser humano, muitas em decorrência de não cuidados preventivos durante a vida, será o grupo dos idosos que, proporcionalmente, mais faz uso dos psicotrópicos. Isso porque, além das complicações clínicas inerentes ao desgaste do corpo humano, há um somatório de questões psicossociais que agrava o quadro dos transtornos emocionais e comportamentais e administração de medicação é parte das terapias administradas.

Quanto à população idosa, é importante a investigação quanto ao uso de medicamentos psicotrópicos por se tratar de uma parcela da população, em sua maioria, em situação clínica fragilizada e mais exposta aos efeitos colaterais das drogas, até porque, quando associados mais de um tipo de psicofármaco, pode

resultar em interação medicamentosa.

Nesse sentido, esse estudo investigou se os idosos atendidos no primeiro semestre de 2019 pela farmácia do SUS do Centro de Saúde Frei Damião, no município de São Joaquim do Monte, em Pernambuco, fizeram uso de mais de um psicofármaco com potencialidade para interação medicamentosa e ficou constado que 15 indivíduos, num grupo de 106 idosos (onde 77% são mulheres) correram esse risco.

Deve-se ressaltar que mesmo tomando psicotrópicos todos os meses, apenas cinco usaram por mais de dois meses mais de um medicamento dessa classe e nenhum tomou dose acima do indicado. Foi diagnosticado, também, que cinco fazem uso de medicamentos listados no critério Beers-Flick e na lista PRISCUS.

Toda pesquisa fornece subsídio para uma série de decisões práticas. No caso desse estudo, possibilita informações racionais para o uso adequado dos remédios em idosos na perspectiva de evitar interação medicamentosa entre psicofármacos e não fazer prescrição de medicamentos listado no critério Beers-Flick e a lista PRISCUS.

Ao final dos trabalhos, a proposta elaborada é a produção, por parte do farmacêutico, de uma lista com os fármacos disponíveis na farmácia e as potenciais interações medicamentosas, a qual deveria ficar exposta nos consultórios do ambulatório, uma vez que o médico pode receitar psicofármacos mesmo sem conhecer os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e mesmo as possíveis interações medicamentosas entre alguns psicofármacos.

REFERÊNCIAS

ABI-ACKEL, M.M. **Prevalências e fatores associados ao uso de psicofármacos entre idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa René Rachou. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2015.

ABI-ACKEL, M. M.et al. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 57-69, mar. 2017.

ÁCIDO VOLPRÓICO. Bula. Disponível em <https://bula.medicinanet.com.br/bula/detalhes/7992/interacoes_medicamentosas_acido_valproico.htm>. Acesso em 10 out. 2019.

AZIZ, M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, out. 2011.

BALEN, E. et al. Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 172-177, set. 2017.

BITTENCOURT, S. C.; CAPONI, S.; MALUF, S. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 219-247, ago. 2013.

BRASIL. **Para que serve a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. 14 set. 2017a. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52908-para-que-serve-a-relacao-nacional-de-medicamentos-essenciais>>. Acesso em 28 maio 2019.

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em <http://www.farmacia.pe.gov.br/sites/farmacia.saude.pe.gov.br/files/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em 28 maio 2019.

Drug Interactions Checker. **Drug Information Online**. Disponível em <http://www.drugs.com/drug_interactions.php>. Acesso em 10 out. 2019.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. Monografia. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais: Campos Gerais, 2010.

GOIÁS. **Guia de Interações Medicamentosas**. Universidade Federal de Goiás. Hospital das Clínicas. Coordenação de Farmácia: Goiânia, 2011. Disponível em <https://farmacia.hc.ufg.br/up/734/o/Guia_de_Interacoes_Medicamentosas.pdf?1409055761>. Acesso em 10 nov. 2019.

GORZONI, M. L. et al. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Ver. **Assoc. Med. Bras.** 2012; v 58; n. 4.

LEVOMEPROMAZINA. Bula. Disponível em <<https://bula.medicinanet.com.br/bula/3070/levozine.htm>>. Acesso em 10 out. 2019.

LIMA, P. L. V. et al. Hipovitaminose D em idosos institucionalizados tratados com anticonvulsivantes, uma associação frequente. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 172-175, 2012.

MACHADO, M. B. et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 28-35, mar. 2016.

MARCOLIN, M. A.; CANTARELLI, M. G.; GARCIA JUNIOR, M.. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 70-80, 2004.

MOMM, S. **Efeitos das drogas anticonvulsivantes na densidade mineral óssea**. 73f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Área de concentração: Geriatria. Porto Alegre: PUCRS, 2006.

MORENO, R. A. et al. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, Supl 3, p. 37-43, out. 2004.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. de M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 24-40, maio 1999.

NOIA, A. S. et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 38-43, out. 2012.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.; MASTROIANNI, P. C.; ALVES, V. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; KUROIWA, W.. Análise de prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Pisq.**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 68-73, jun. 2002.

PERNAMBUCO. **Seleção de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos**. Cartilha para farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. 2º Módulo. Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica de

Pernambuco. Gerência de Operacionalização da Política da Assistência Farmacêutica. Coordenação de Assistência Farmacêutica Ambulatorial. Coordenação da Garantia da Qualidade. Secretaria de Saúde. s.d. Disponível em <http://farmacia.saude.pe.gov.br/sites/farmacia.saude.pe.gov.br/files/2o_modulo_da_cartilha_p_farmaceuticos_na_atencao_primaria_a_saude.pdf>. Acesso em Acesso em 28 maio 2019.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; FLOWER, R.J.; HENDERSON, G. **Farmacologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

ROSA, I. S. S.; CAVALCANTE, M. S.; TERRA JUNIOR, A. T.. Breve relato dos antidepressivos tricíclicos, incluindo o efeito terapêutico do cloridrato de bupropiona. **Revista Científica FAEMA**, v. 9, n. ed. esp. maio-jun. 2018.

SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, fev. 2013.

SCHENKEL, M.; COLET, C. F.. Uso de antidepressivos em um município do Rio Grande do Sul. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 1, p. 33-42, jan./abr. 2016.

SOUZA, C. A. C.; TERRA, M. B.; LOPES, V. L. B.. **Uso de antidepressivos no contexto médico**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011.

VELOSO, R. C. S. G. et al. Fatores associados às interações medicamentosas em idosos internados em hospital de alta complexidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-26, jan. 2019.

YAMAUTI, S. M. et al. Essencialidade e racionalidade da relação nacional de medicamentos essenciais do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 975-986, mar. 2017.

ASSÉDIO MORAL COMO RISCO LABORAL E FATOR DE ADOECIMENTO

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 03/11/2019

Pollyane Elias Reis

Universidade Federal de Uberlândia – UFU
Uberlândia-MG

<http://lattes.cnpq.br/2798268202628596>

Marlúcio Anselmo Alves

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Triângulo Mineiro – IFTM
Patrocínio – MG

<http://lattes.cnpq.br/2912211538957685>

RESUMO: O Assédio Moral caracteriza-se pela deterioração das condições de trabalho, visto que, quando produz efeito é capaz de estabelecer um pacto de tolerância e silêncio coletivos quanto à gradativa desestabilização e fragilização da vítima. Esse artigo tem como objetivo central identificar como as relações no trabalho podem influenciar a saúde tendo como enfoque o assédio moral. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória e descritiva que recorre à revisão da literatura a fim de indagar e buscar responder questões no âmbito organizacional referentes às relações éticas, assédio moral e as possíveis doenças que essas relações podem gerar.

PALAVRAS-CHAVE: adoecimento, relações no trabalho, ética e assédio moral.

MORAL HARASSMENT AS LABORAL RISK AND SICKNESS FACTOR

ABSTRACT: Moral Harassment is characterized by the deterioration of working conditions, since when it produces an effect, it is able to establish a collective tolerance and silence pact regarding the gradual destabilization and weakening of the victim. This paper aims to identify how relationships at work can influence health with a focus on moral harassment. This is an exploratory and descriptive bibliographic research that uses the literature review in order to inquire and seek to answer questions in the organizational sphere regarding ethical relationships, moral harassment and the possible diseases that these relationships may generate.

KEYWORDS: illness, relationships at work, ethics and moral harassment.

INTRODUÇÃO

Frente a um novo contexto socioeconômico marcado pelas contínuas mudanças, sejam de ordem tecnológica e

ou de eficiência exigida pelas organizações somadas às diversas mudanças nas relações humanas, implica em surgimento de novos riscos laborais de natureza psicossocial, nesta abordagem, especificamente o assédio moral. Segundo Blanch (2005, p.19) “[...] o assédio moral pode ser considerado como a violência psicológica como hostil, comportamento destrutivo e vexatório, que não envolve a agressão física manifesta, mas latente, sutil e psicológica (isolamento, falta de comunicação, desclassificação, ameaça, intimidação, etc)”.

A ocorrência do assédio moral no local de trabalho demonstra uma realidade em determinadas organizações e que consiste basicamente em exteriorizar comentários humilhantes, constrangedores, ou ainda realizar ameaças, pressão, isolamento, ridicularização, intimidação, desmoralização, muitas vezes com caráter repetitivo e prolongado direcionados a uma pessoa com o intuito de abalar a saúde física e mental.

O assédio moral acontece no ambiente de trabalho entre os agentes envolvidos assediador-assediado. Na maior parte dos casos, o assédio moral tende a ser mais verticalizado do tipo descendente, ocorrendo entre aquele que detém e aquele que é submetido ao poder (CAMPOS, 2012). Sabe-se que este pode causar diversos transtornos psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais, dependendo da pré-disposição e tempo de exposição da vítima aos estímulos sofridos pelos assediadores.

Sendo assim esse estudo tem como objetivo principal caracterizar como os desvios nas relações humanas podem influenciar no surgimento de doenças causadas pelo assédio moral.

METODOLOGIA

O procedimento utilizado para a construção do presente artigo foi a pesquisa bibliográfica mediante o método exploratório e descritivo, que recorre à revisão da literatura a fim de indagar e buscar responder questões no âmbito organizacional referentes às relações éticas, assédio moral e as possíveis doenças que essas relações podem gerar.

Para Marconi e Lakatos (2003, p.188), os estudos exploratório-descritivos têm “a tripla finalidade de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar conceitos”.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2016 em periódicos nacionais e internacionais, utilizando bibliografia eletrônica de sites como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

(RBSO), Revista de Psicologia: Organização e Trabalho, Revista Bioética, Cadernos EBAPE.BR. Para este estudo se levou em consideração apenas publicações nessa temática.

A seleção de artigos científicos para nortear essa pesquisa e servir como referências deu-se da seguinte forma: análise do material, pela leitura exploratória afim de conhecer melhor o problema e aprimorar ideias; leitura seletiva através da qual foram selecionados os artigos para a construção desse estudo e leitura analítica dos textos, momento de apreciação e julgamento das informações, evidenciando-se os principais aspectos abordados sobre o tema.

Foram incluídos todos os artigos indexados nos últimos 10 anos, com delineamento experimental ou observacional e excluído os estudos que não atendiam a essa temática em sua delimitação, leitura interpretativa que, apoiada na experiência profissional dos pesquisadores, conferiu significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar-se o levantamento bibliográfico foram encontrados 20 artigos, adotados os critérios de inclusão foram utilizados 9 artigos e excluídos os demais por não atenderem a temática, a literatura aponta que assédio moral como importante fator de risco laboral e de adoecimento.

Os resultados são apresentados por intermédio da revisão exposta a seguir.

Desvios nas Relações no Trabalho e riscos para a saúde do trabalhador: o assédio moral neste contexto

O assédio moral decorre de um desvio no exercício do poder nas relações de trabalho, que visa criar ao trabalhador um ambiente hostil, desestabilizando o trabalhador que, hostilizado e com medo do desemprego, o torna dócil e menos reivindicativo.

Os riscos apesar de invisível ferem a integridade, a saúde e até mesmo a vida do trabalhador, com humilhação podendo decorrer ao comprometimento da sua dignidade e seu relacionamento social e afetivo, como evoluir para a sua perturbação mental, incapacidade laborativa, depressão e até mesmo a morte. É caracterizado pela deterioração das condições de trabalho, visto que, quando produz efeito, é capaz de estabelecer um pacto de tolerância e silêncio coletivos quanto à gradativa desestabilização e fragilização da vítima. Por vez a vítima gradativamente perde sua autoestima, duvida de si mesma e sente-se mentirosa à medida que se vê desacreditada pelos outros. Dessa maneira, anulam-se suas defesas e abala-se progressivamente sua autoconfiança, dificultando ou mesmo

impossibilitando o desempenho de suas atividades laborais e às vezes familiares e sociais (HIRIGOYEN, 2005).

No mundo do trabalho, o assédio moral configura-se como o emprego deliberado de poder ou influência psicológica, na forma de ameaça contra terceiros através de condutas abusivas, gestos, palavras, comportamentos, atitudes por sua repetição ou sistematização com potencial de causar lesões, danos psicológicos, privações, ou mesmo transtornos ao desenvolvimento psicofísico do indivíduo ameaçando ou degradando o clima de trabalho (VASCONCELOS, 2015).

O termo assédio moral pode ser substituído por *mobbing* devido às repercussões causadas à saúde mental dos trabalhadores. O termo foi utilizado em 1984 pelo psicólogo alemão Heinz Leymann, é definido como ações repetidas e repreensíveis, ou claramente negativas, dirigidas de maneira ofensiva contra funcionários, que podem conduzir ao seu isolamento do grupo no ambiente de trabalho (HIRIGOYEN, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o assédio moral no ambiente de trabalho é um comportamento irracional, repetido, em relação a um determinado empregado, ou a um grupo de empregados, criando um risco para a saúde e para a segurança. Pode-se entender por “comportamento” as ações de um indivíduo ou um grupo. Um sistema de trabalho pode ser utilizado como meio para humilhar, debilitar ou ameaçar. O assédio costuma ser um mau uso ou abuso de autoridade, situação na qual as vítimas podem ter dificuldades para se defender (FREIRE, 2008).

As formas do assédio moral podem, portanto, ser diversas, como, por exemplo, piadas acerca de atributos físicos ou a respeito da religião ou orientação sexual da vítima; isolamento ou exclusão da vítima; intromissão em sua vida privada; ameaças de violência; humilhação, inferiorização e ridicularização, especialmente perante colegas ou superiores; instigação dos colegas contra a vítima; divulgação de informações falsas; assédio sexual, dentre outras. São, portanto, tentativas de desestabilizar a vítima emocional e profissionalmente, o que faz com que esta perca gradativamente sua autoconfiança e interesse pelo trabalho. Seu objetivo é destruir a vítima por meio de uma vigilância acentuada e constante, fazendo com que ela se isole do grupo familiar e de amigos, recorrendo, muitas delas, ao uso e/ou abuso de álcool e drogas (FREIRE, 2008).

É preciso também considerar que o assédio moral manifesta-se de maneira diferenciada em relação aos sexos e decorre de componentes culturais que são explicados sociologicamente. As mulheres são as que mais sofrem intimidação, submissão, piadas acerca de sua aparência física ou do vestuário; para os homens, são mais comuns os comentários maldosos sobre sua virilidade, capacidade de trabalho e de manter a família (BOBROFF E MARTINS, 2013).

Os distúrbios causados à saúde do trabalhador são variados: crises de

hipertensão arterial, taquicardia, alterações da libido e do sono, cefaleia e enxaquecas, síndrome do pânico, imunodeficiência, dores físicas, perda de apetite, dificuldades de concentração, cansaço, depressão, mudanças no metabolismo e problemas digestivos, lapsos de memória, mudança de humor (ciclotimia) e impaciência. Estas alterações podem evoluir para graves doenças ocupacionais de natureza psicossomática ou psicossocial (VASCONCELOS, 2015).

O assédio moral nasce como algo inofensivo e propaga-se de forma silenciosa, sorrateira e traiçoeira. Em um primeiro momento, os dois protagonistas adotam uma atitude de “evitação do conflito”: o agressor ataca com pequenos toques indiretos, uma mentira, uma afronta sutil, sem provocar abertamente o conflito. A vítima submete-se, preferindo não se mostrar ofendida e procura tentar um acordo a arriscar-se no conflito. Esses ataques, porém, vão se multiplicando e a pessoa é acuada, posta em situações de inferioridade, submetida a manobras hostis e degradantes de forma recorrente, por períodos cada vez maiores, o que pode chegar à violência manifesta (CANIATO, 2008).

De acordo com Bobroff e Martins (2013), a resposta à experiência de assédio moral depende das características da personalidade do assediado, grau de fragilidade emocional, duração das investidas assediantes e seu efeito encadeado (na rede de relacionamentos de ambos), nível de afetação da imagem, história de vida, condições atuais, predisposição à vitimização, meios de enfrentamento disponíveis (suporte psicológico especializado, existência de políticas organizacionais severas e códigos de ética), entre outros fatores.

Os efeitos podem ser categorizados em fases: - Fase de reflexão sobre os fatos ou comportamentos assediantes: esse estágio é caracterizado pela busca por explicação ou negação imediata do problema (desativação emocional); - Fase do revide impulsivo ou de conexão com o assediador: corresponde ao momento em que, sentindo-se agredido em sua dignidade, o assediado desenvolve o objetivo maior de responder à ofensa.

Em muitos casos, esse objetivo passa a ocupar lugar central na vida da vítima. Nesse estágio, constata-se elevação dos níveis de ansiedade e tensão, repercutindo nas relações familiares. Não é também incomum o assediado consentir o assédio pela necessidade de manter o vínculo laboral ou por qualquer outra carência, criando fundamentos justificadores para a abordagem.

Um aspecto a ser observado é que muitas empresas mantêm um código de ética na tentativa de coibir atos de assédio moral, mas somente isso não é suficiente. Há que se criar mecanismos de coibição desta violência e implantar um processo de humanização no trabalho criando espaços de discussão, de diálogo, de comunicação efetiva e de enfrentamento para que se possam discutir abertamente

os problemas individuais e coletivos dos trabalhadores.

Modalidades de assédio moral

Campos (2012) define o assédio moral como: vertical (ascendente ou descendente) ou horizontal. O vertical do tipo descendente é aquele que é praticado por um superior hierárquico em relação ao subordinado e é o que mais evidentemente ocorre. Caracteriza-se por relações autoritárias e desumanas; desmandos, manipulação do medo, competitividade. Verifica-se a utilização do poder de chefia para fins de abuso de direito do poder diretivo e disciplinar. O vertical do tipo ascendente é mais raro, mas também ocorre. É o assédio de baixo para cima, onde um descendente ou uma coletividade de subordinados pratica atos vexatórios contra o superior hierárquico. Geralmente ocorre quando o chefe demonstra insegurança, o que leva seus subordinados à desobediência ou hostilização, culminando num comportamento de deboche e desrespeito. Já o assédio moral horizontal é aquele desencadeado pelos colegas de trabalho do mesmo patamar hierárquico. Geralmente é causado pela alta competitividade, por práticas individualistas, pela preferência pessoal do chefe gozada pela vítima, pela inveja, racismo, xenofobia ou motivos políticos (SOARES E VILELA, 2012).

Independente da modalidade de assédio moral, a submissão por parte da vítima não implica necessariamente a aceitação autêntica (permanente), mas, sim, circunstancial, o que gera propensão à reação de denúncia e providências jurídicas futuras (CAMPOS, 2012).

Condutas e assédio moral

Para Campos (2012) as condutas de assédio moral são descritas da seguinte forma: - Deterioração proposital das condições de trabalho: repreensões imotivadas, que afetam a autoestima e dignidade profissional da vítima; críticas imotivadas e injustas ao trabalho; subtração da autonomia; contestações frequentes às decisões e iniciativas da vítima; não transmissão de informações necessárias para a realização dos serviços; privação dos instrumentos e materiais de trabalho; atribuição de tarefas ou instruções impossíveis de se executar ou, atribuição de tarefas de rebaixamento funcional; impedimento à promoção; marginalização e discriminação quanto à formação, requalificação e aperfeiçoamento profissional; danos no local de trabalho; pressionar para que não faça valer seus direitos; indução ao erro; desvios de funções. - Isolamento e recusa de comunicação, que é a forma mais sutil e insidiosa de praticar o assédio moral, pois o ataque não é declarado. São exemplos: recusa de comunicação direta, como contato e diálogo com a vítima; colocá-la para trabalhar em local isolado do grupo; impedir que esta se expresse; ignorar sua presença. - Atentado contra a dignidade do trabalhador, ou seja, todo

tipo de conduta que tenha como intuito humilhá-lo, atentando contra sua dignidade. São exemplos: insinuações hostis, gestos de desprezo, comentários irônicos ou sarcásticos; rumores a respeito da honra e boa fama da vítima; desqualificação diante dos colegas, superiores ou subordinados; utilização constante de termos ou gestos obscenos ou degradantes; atos vexatórios; críticas ou brincadeiras sobre deficiência ou aspectos físicos; atribuição de tarefas humilhantes; abuso dos meios de controle das atividades, revista pessoal ou de seus pertences. - Violência verbal, física ou sexual, que surge quando o assédio já está bem declarado e visível por todos. Como exemplo: violência verbal e ameaças de violência física; agressão física, mesmo que de leve, do tipo empurrão; tratamento aos gritos; assédio ou agressão sexual.

CONSIDERAÇÕES

Durante as buscas científicas pode se perceber a relevância e amplitude com que se tem discutido o tema na área acadêmico-científica e como vários fatores têm sido revelados por meio de pesquisas no contexto das relações humanas principalmente nas organizações. Ao aprofundar os estudos acerca do assunto, percebeu-se o quanto o tema é de extrema importância, compreendido e combatido, pois afeta diretamente a saúde das pessoas que sofrem agressão, desencadeando patologias diversas, podendo chegar a alguns casos ao autoextermínio.

A realização deste estudo foi de grande relevância aos autores, pois possibilitou aos mesmos aumentarem conhecimentos na temática e se inteirarem da saúde e risco ocupacional, verificando o quanto a prática de assédio moral é presente, sendo assim imprescindível propor ações de intervenções neste processo como forma de prevenção.

REFERÊNCIAS

BLANCH, J. M. **Dimensión psicosocial del trabajo**. En: Blanch, J. M. (Coord.). *Psicología social del trabajo y de las relaciones laborales* (p. 13-104). Barcelona: Editorial UOC, 2005.

BOBROFF, M.C.C.; MARTINS, J.T. **Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho**. *Rev Bioética*, v. 21, n. 2, p. 251-8, 2013.

CAMPOS, I.C.M. et al. **Assédio Moral no Serviço Público Estadual de Santa Catarina e Incapacidade para o Trabalho**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4, n.10, p.62-90, 2012.

CANIATO, A.M.P; LIMA, E.DA.C. **Assédio moral nas organizações de trabalho: perversão e sofrimento**. *Universidade Estadual de Maringá*. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 11, n. 2, p. 177-192, 2008.

FREIRE, P.A. **Assédio Moral e Saúde Mental do Trabalhador**. Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), São Paulo, Brasil, 2008.

HIRIGOYEN, M.F. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo. Atlas, 5ª ed., p. 174-214, 2003.

SOARES, L.R.; VILLELA, W.V. **O assédio moral na perspectiva de bancários**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2012.

VASCONCELOS, Y.L. **Assédio moral nos ambientes corporativos**. Universidade Federal Rural de Pernambuco/ Departamento de Administração, Recife – PE, Brasil. Cad. EBAPE. BR, v. 13, n. 4, Artigo 9, Rio de Janeiro, Out./Dez. 2015.

DESAFIOS PARA INCLUSÃO DO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Data de aceite: 04/02/2020

Isabel Luiza do Nascimento Ginú

Acadêmica - Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança - FACENE
João Pessoa - PB

Márcia de Albuquerque Ribeiro

Acadêmica - Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança - FACENE
João Pessoa - PB

Mírian Carla de Lima Silva

Acadêmica - Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança - FACENE
João Pessoa - PB

Thalia Kelly da Silva Sena

Acadêmica - Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança - FACENE
João Pessoa - PB

Vilma Felipe Costa de Melo

Orientadora - Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança - FACENE
João Pessoa - PB

RESUMO: Introdução: Diante de avanços da assistência à saúde mental no Brasil, ainda se observa que a sociedade tem dificuldades de inserir os usuários em saúde mental no meio social, o que está atrelado ao modelo biomédico. **Objetivo:** Compreender as percepções da sociedade sobre os principais

obstáculos enfrentados pelos indivíduos acometidos com transtorno mental. **Métodos:** Revisão integrativa de literatura realizada nos bancos de dados Medline, BVS e SciELO, foram incluídos estudos realizados no período de 2014 a 2019, em português. Após análise de títulos foram selecionados 67 artigos e após leitura dos resumos, 10 responderam a pergunta norteadora da pesquisa. **Resultados:** O preconceito aliado ao estigma e desprezo familiar foram os obstáculos mais relatados entre os autores, no qual a ausência de acolhimento do núcleo familiar se torna mais danosa e prejudicial ao tratamento. **Conclusão:** O preconceito e a falta de capacitação dos profissionais na atenção básica, em conjunto com as dificuldades de apoio familiar ocasiona uma diminuição na humanização da assistência e um impasse na inclusão desses usuários na sociedade brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Inclusão; Humanização.

CHALLENGES FOR USER INCLUSION IN MENTAL HEALTH IN CONTEMPORARY SOCIETY

ABSTRACT: Introduction: Given the advances in mental health care in Brazil, it is still noticeable

that society has difficulties in inserting mental health care users into the social environment and that is linked to the biomedical model. **Objective:** To understand the perception of society about the main obstacles faced by individuals with mental disorders. **Methods:** Integrative literature review performed using the following databases: Medline, BVS and SciELO. The studies chosen were conducted from 2014 to 2019 and written in Portuguese. After an analysis of titles, 67 articles were selected and after reading the abstracts, 10 articles were chosen, considering that they answered the guiding question of the research. **Results:** The prejudice allied with stigma and family disdain were the most reported obstacles among the authors, in which the lack of acceptance in the family becomes more harmful and can impair the treatment. **Conclusion:** Prejudice and lack of training of professionals in primary care among with the struggles caused by the lack of family support results in a decrease of the humanization of care and an issue for the inclusion of these users in Brazilian society. **KEYWORDS:** Mental Health; Inclusion; Humanization.

INTRODUÇÃO

A assistência em saúde mental por muito tempo foi baseada no modelo biomédico, no qual o isolamento do indivíduo com transtorno mental na sociedade e família tinha como pretexto a segurança social e familiar do usuário, ocasionando uma exclusão do âmbito social (ARAÚJO, 2017). O modelo hospitalocêntrico refletia um total abandono social, os manicômios representavam espaço de segregação social, não tendo nenhuma finalidade terapêutica de cuidado.

Nos manicômios brasileiros aniquilaram cerca de 60 mil usuários em saúde mental de acordo com informes históricos (BATISTA, 2018). Por volta da década de 70 os profissionais de saúde e seus familiares ficaram inconformados com o modelo de assistência para o usuário em saúde mental, vigente na época. Então, isso, foi um estopim para o movimento contra os manicômios brasileiros, e graças a esse processo houve a ruptura do modelo baseado na exclusão e crueldade do indivíduo com transtorno. Acarretando, assim, a reforma psiquiátrica como Política Nacional de saúde mental (NÓBREGA, 2018).

A reforma psiquiátrica é uma política de saúde com vertente social e humanizada, que busca unir a sociedade na proposta de fornecer uma assistência em saúde mental humanizada, onde ocorra inclusão social, orientação e apoio ao núcleo familiar do usuário acerca de suas necessidades. Essa reforma visa substituir o modelo asilar por um modelo em redes sociais, no qual utiliza de ferramentas como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A rede social representa uma das mais importantes maneiras que o indivíduo dispõe em apoio coletado e percebido, ocorrendo assim uma interligação entre o

desenvolvimento humano e qualidade das redes sociais que uma pessoa conserva (NÓBREGA, 2018).

Mediante a esses fatores o Brasil ainda carrega essa raiz histórica que caracteriza o preconceito. Na percepção de Macedo (2017), o preconceito é um julgamento imediato, sem devidas investigações acerca do fato ou indivíduo em questão ocasionando muitos erros em meios específicos. O preconceito perpetua-se nos próprios locais em que o usuário faz tratamento, a situação de rejeição se reflete até mesmo nos profissionais de saúde que não são capacitados para atender essa população (SILVA, MARCOLAN, 2018).

A família é constituída por um grupo de pessoas que elaboram relações de cuidado, de conflitos, vínculos e convivência cotidiana, que proporciona aos indivíduos se sentirem relacionado a um grupo. Martins e Lorenzi (2016) constataam um aumento na percepção sobre a relevância do núcleo familiar no tratamento do usuário em saúde mental para o processo de reabilitação e quebra de preconceito.

É importante discutir a temática, tendo em vista que essa população ainda é vítima de rejeição e exclusão pela sociedade e familiares, em virtude da falta de conhecimento sobre o processo de adoecimento mental ou até mesmo “cultura” histórica. Este estudo tem a finalidade de investigar alguns desafios enfrentados para inclusão do usuário em saúde mental na sociedade.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado através de uma revisão integrativa, descritiva e exploratória utilizando como estratégia de busca e fonte de informação Consultadas nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período compreendido entre setembro a novembro de 2019. A busca foi realizada com combinação de três descritores de busca (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/MeSH: inclusão, doenças mentais e reabilitação).

Foram incluídos estudos realizados no período de 2014 a 2019, em português. Após análise de títulos foram selecionados 67 artigos e após leitura dos resumos, 10 responderam a pergunta norteadora da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos artigos encontrados, foi possível observar alguns fatores que propiciam aos usuários em saúde mental serem excluídos do âmbito social. Observou-se que o preconceito é uma das barreiras para inserção social no qual

em virtude do seu contexto histórico em que a desinformação do desconhecido, acarreta assim uma figura do doente mental como imprevisível e agressivo, visto como uma ameaça a sociedade (SILVA; MARCOLAN, 2018).

Nóbrega (2018) defende que a exclusão do indivíduo com transtorno mental, está atrelada a uma visão social de tratamento em hospitais psiquiátrico em modelo asilar, no qual o isolamento é a solução. Mesmo com recursos de quebra desse paradigma, como por exemplo, o CAPS, ainda se reproduz na sociedade esse modelo que é fruto de raízes históricas.

Em seu estudo, Azevedo (2019) ressalta a importância do CAPS para auxiliar esse modelo biopsicossocial e promover acolhimento e inclusão social. Porém, alega a falta uma expansão dessa ferramenta, com a finalidade de locomoção do espaço fixo e possibilitar práticas de interações sociais, em ambientes públicos e privados, com intuito de facilitar a inclusão social do usuário. Observando que muitos relataram que sentem dificuldades de se socializar fora do CAPS.

Outro ponto observado pelos autores Martins e Lorenzi (2016) para vencer os obstáculos de inserção social é o apoio familiar durante todo o tratamento. Tendo em vista que o núcleo familiar, muitas vezes, é influenciado negativamente sobre esse processo de adoecimento. Observando que o acompanhamento do membro familiar durante o tratamento, possibilita que esse familiar vá desmitificando estigmas sobre as doenças mentais.

Essa linha de pensamento é comprovada por meio do centro de atenção psicossocial e hospitais dia, no qual o processo de internação é parcial, que visa a interação familiar dentro do tratamento como uma forma de compreender os distúrbios mentais e acolher esse indivíduo (OLIVEIRA; MARTINS; VIEIRA, 2018).

Segundo Eslabão et al (2019), há um empecilho no núcleo familiar em acolher e conviver com um usuário em saúde mental, tendo em vista que a sobrecarga na rotina diária, finanças, trabalho, lazer e emocional acarreta muitas vezes receio no ato de cuidar e auxiliar no processo de tratamento, diante disso, são encaminhados para os asilos. O autor ressalta em sua análise, que os preconceitos advindos de seus membros familiares são mais danosos ao usuário, pois esse indivíduo acometido com transtorno anseia acolhimento e amor.

A atenção básica de saúde é porta de entrada para ações de saúde coletivo e individual que visa a promoção e prevenção de possíveis doenças. Diante disso é preciso haver interação entre a Estratégia da saúde da família (ESF) e CAPS a fim de garantir respostas com soluções para o público com transtornos mentais. Segundo estudo realizado na Estratégia da saúde da família (ESF), Batista (2018) detectou que 60% dos profissionais têm dificuldades na hora do atendimento ao usuário em saúde mental e 40% não sabem como proceder.

Estes dados comprovam outra pesquisa quantitativa onde foram entrevistados

os profissionais de saúde da ESF em que foi observado a escassez de conhecimento entre o trabalho conjunto desenvolvido entre a rede de atenção à saúde (RAS) e ESF, muitos afirmaram que doenças mentais cabem aos especialistas e não a ESF. Fatores como esses demonstram o quanto é preciso programas de promoção em saúde mental dentro desses ambientes (BATISTA, 2018).

Verificou-se outro aspecto crucial, a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho a negação de emprego, muitas vezes, atrelada a um preconceito impede que o mesmo prossiga em sua vida. Essa falta de oportunidade acarreta em prejuízos na saúde mental do indivíduo, o que pode ser indicativo de possíveis depressões (SARTORI; SOUZA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de avanços no modelo assistencial a saúde mental no Brasil, ainda pode-se observar paradigmas que se perpetua o preconceito e também resistência de inserir essa classe no âmbito social.

Mediante o que foi exposto sobre o campo da saúde mental brasileira, é preciso traçar metas para a quebra desse modelo de preconceito sobre os usuários em saúde mental. Assim sendo, faz necessário investir em expandir ambientes de reflexão e de invenções de práticas que contemplem o cuidado com indivíduos em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. L. et al. Percepção de ameaça frente ao doente mental e paradigmas em saúde mental: análise correlacional. **Editora realize**. João Pessoa. 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA5_ID472_02052017162735>. Acesso em: 28 Out. 2019.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de et al. . Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Rene**. Fortaleza , v. 20, e33537, 2019 . Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100300&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019. Epub 14-Mar-2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192033537>.

BATISTA, E. H. L. et al. Dificuldades de enfermeiros na atenção básica frente ao adoecimento mental. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 12, n°11, p. 2961- 8, Nov. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236687/30481>>. Acesso em: 28 Out. 2019.

CAMATTA, Marcio Wagner; TOCANTINS, Florence Romijn; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. Esc. **Anna Nery**. Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 281-288, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200281&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160038>.

ESLABÃO, A. D. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. Nurs. Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 9, n°1, p. 199-101, Fev. 2019. Disponível

em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11106>>. Acesso em: 27, Out. 2019. <http://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V9I1.11106>

MARTINS, Pedro Pablo Sampaio; GUANAES-LORENZI, Carla. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n. 4, e324216, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400216&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019. Epub June 22, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324216>.

NÓBREGA, M. P. S. S.; SILVA, G. B. F.; SENA, A. C. R. Reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: potencialidades e desafios. **Rev Gaúcha Enferm**, São Paulo, vol. 39, p. 2017- 0231, Abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-01-e2017-0231.pdf>>. Acesso em: 30, Out. 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0231>

OLIVEIRA, C. A. V; MARTINS, F. C; VIEIRA, M. A. A. Perspectivas e desafios para a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. **Ciências gerenciais em foco**, Minas Gerais, v. 9, n°6, 2018. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/cgf/article/view/3382>>. Acesso em: 01, Nov. 2019.

SARTORI, S. D; SOUZA, E. M. Entre o sofrimento e o prazer: vivências no trabalho de intervenção em crises suicidas. **Rev. eletrôn. adm**, Minas Gerais, vol. 24, n° 2, p. 102-136, Mai/ Ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK “http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112018000200106”& HYPERLINK “http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112018000200106”pid=S1413-23112018000200106. Acesso em: 01, Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.203.78656>

SILVA, T. C. M.; MARCOLAN, J. F. Preconceitos aos indivíduos com transtornos mentais como agravado do sofrimento. **Rev enferm UFPE On line**, Recife, vol.12 n° 8, p. 2089-98, ago, 2018. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988558>>. Acesso em: 01, Nov. 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234776p2089-2098-2018>.

MACEDO, J. P. et al. Regionalização de saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde soc. online**, São Paulo, vol. 26, n°1, p. 155-170, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>>. Acesso em: 02, Nov. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s010412902017165827>.

DUPLA TAREFA NA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 04/02/2020

Manuella Chagas Kurtz

Fisioterapeuta. Aluna do curso de especialização em Disfunções neurológicas da Universidade Franciscana -UFN

Sheila Spohr Nedel

Orientadora. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana –UFN.

Larissa Gasparini da Rocha

Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana –UFN.

Jerônimo Costa Branco

Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana –UFN.

RESUMO: Introdução: O aumento da população acima de 60 anos está coincidindo com a incidência de doenças neurodegenerativas, como a Doença de Parkinson (DP). Existem várias formas de tratamento para DP, sendo elas medicamentosas ou terapias não medicamentosas como a dupla tarefa. Objetivo: buscar na literatura estudos que utilizem a dupla tarefa como forma de tratamento para DP. Metodologia: Busca de estudos na base de dados Web Of Science, utilizando os descritores em ciências da saúde (DECs): Parkinson Disease and Physical Therapy Specialty and

Dual task. E MeSH (Medical Subject Headings) Parkinson Disease and Physical Therapy Specialty. Resultados: Foi encontrado 26 artigos, dos quais 5 preencheram os critérios de inclusão. O maior número de publicações que compuseram a amostra foi publicado em 2017. Conclusão: Nos estudos utilizaram a dupla tarefa como forma de avaliação no risco de quedas, avaliação do equilíbrio e da marcha nos pacientes com DP.

PALAVRAS-CHAVE: parkinson disease; physical therapy specialty; dual task.

ABSTRACT: Introduction: The population increase over 60 years is coinciding with the incidence of neurodegenerative diseases, such as Parkinson's disease (PD). There are several forms of treatment for PD, either drug or non-drug therapies as the dual task. Objective: To search the literature for studies that use the double task as a treatment for PD. Methodology: Search for studies in the Web Of Science database using the descriptors in health sciences (DECs): Parkinson's Disease and Physical Therapy. And MeSH (Medical Subject Headings) Parkinson's Disease and Physical Therapy Specialty. Results: We found 26 articles, of which 5 met the inclusion criteria. The largest number of publications in the sample were published in

2017. Conclusion: Patients with PD have difficulty performing activities concurrently and this can generate health risks, such as risk of falls.

KEYWORDS: parkinson disease; physical therapy specialty; dual task.

INTRODUÇÃO

É crescente o aumento da população acima de 60 anos, assim como a incidência de doenças neurodegenerativas (SCHLENSTEDT et al., 2018). Essas doenças são caracterizadas por um grupo de distúrbios crônicos e progressivos caracterizados pela perda gradual de neurônios em áreas do sistema nervoso central (NADEAU et al., 2017). Dentre as principais, podemos citar a doença de Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla e Huntington (SILVEIRA, 2018).

A doença de Parkinson (DP) é caracterizada pela degeneração de conexões neurais, mais especificamente dos neurônios dopaminérgicos entre a substância negra do encéfalo e corpo estriado. Os principais sintomas são motores, mas estudos mostram que existem também sintomas não motores, os quais aparecem no início da doença, mesmo antes do seu diagnóstico (SCHEFFER, et al., 2018).

Os principais sintomas motores são: tremores em repouso, rigidez muscular, bradicinesia, instabilidade postural, perda das expressões faciais e distúrbios da marcha (CHOMIAK et al., 2017). E entre os principais sintomas não motores, destacasse as hiposmias, constipação, comprometimento cognitivo, ansiedade e depressão (TOMO et al., 2014).

O desenvolvimento da DP pode estar relacionado com diversos fatores como exposição a toxinas ambientais e alterações genéticas, que levam a formação de processos neuroinflamatórios e oxidativos (SWANK et al., 2016). Acomete principalmente os indivíduos por volta dos 60 anos, tendo uma duração em média, desde o seu diagnóstico até a morte, de 15 anos (SANTOS, 2018).

Existem diferentes formas de tratamento para a DP, podendo ser através do uso de medicamentos ou através de terapias não medicamentosas, como por exemplo a dupla tarefa. A dupla tarefa, significa executar duas tarefas simultaneamente, realizando tarefas motoras e cognitivas ao mesmo tempo, onde o foco principal é a atenção na execução das tarefas (PALMA et al., 2017).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi buscar na literatura estudos que abordassem a dupla tarefa relacionado a DP.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como exploratório, do tipo revisão de literatura. A busca dos estudos ocorreu em 1 de maio de 2019, na base de dados Web of Science,

utilizando como Descritores em Ciências da Saúde (DECs): Parkinson Disease and Physical Therapy Specialty and Dual task. E no Medical Subject Headings (MeSH): Parkinson Disease and Physical Therapy Specialty

Os critérios de inclusão utilizados para selecionar os artigos foram: artigos completos e disponíveis online na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a relação do tratamento fisioterapêutico, utilizando como recurso a dupla tarefa na Doença de Parkinson (DP). Foram excluídos da amostra aqueles estudos que abordassem outra forma de tratamento que não fosse a dupla tarefa, ou associassem outra patologia além da DP, também foram excluídas revisões de literatura.

Após a busca nas bases de dados, foi realizada a avaliação dos títulos, assim como dos resumos (abstracts) e os estudos que contemplaram os critérios de inclusão foram selecionados para leitura na íntegra. Foram registradas as seguintes características das publicações: ano de publicação, nome do primeiro autor, objetivo do estudo, metodologia e resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca na base de dados resultou na coleta de 26 artigos dos quais 5 preencheram adequadamente os critérios e foram selecionados para no estudo. A Figura 1 apresenta o fluxograma com os resultados de seleção dos artigos. O maior número de publicações que compuseram a amostra do presente estudo foi publicado no ano de 2017.

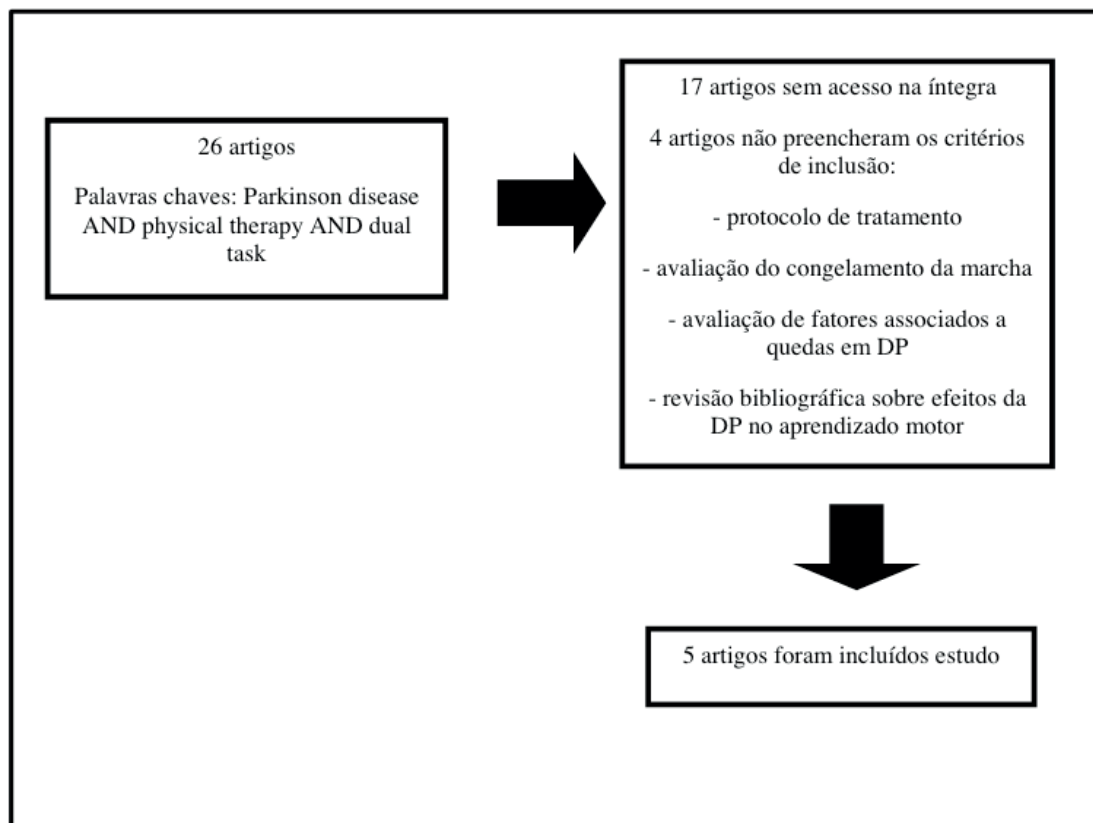


Figura 1: Fluxograma com resultado da seleção dos artigos.

Fonte: elaboração própria

ANO	AUTOR	OBJETIVO	RESULTADOS
2011	Mirelman et al.,	Testar a viabilidade e os efeitos do treinamento, associado a um sistema de áudio-biofeedback (ABF) em pacientes com DP.	Observou-se melhora significativa do equilíbrio. O treinamento pareceu ter uma influência positiva nos aspectos psicossociais da doença, e o nível de depressão.
2015	Vance et al.,	Investigar se a adição de uma tarefa (cognitiva ou manual) ao teste "Up & Go"(TUG) vai aumentar a utilidade do teste para identificar o risco de queda em pessoas com DP.	Os caídores foram significativamente mais lentos em completar todos os 3 tipos de TUG. O TUG cognitivo identificou risco de quedas para pacientes com DP. Os DP com histórico de quedas tiveram dificuldade em automatizar a marcha ao realizar dupla tarefa cognitiva;

2016	Strouwen et al.,	Avaliar a confiabilidade das medidas de desfecho da dupla tarefa em pacientes com DP.	A marcha associada a dupla tarefa (tarefas cognitivas) tiveram excelente confiabilidade. A marcha como tarefa única também mostrou excelência confiabilidade. As tarefas cognitivas de dupla tarefa comparadas a marcha de dupla tarefa são menos estáveis.
2017	Stuart et al.,	Explorar movimentos sacádicos oculares durante a deambulação em indivíduos com DP em comparação com grupo controle (através de torneamento e dupla tarefa); e explorar as relações diretas e indiretas entre movimentos sacádicos, comprometimento da marcha, atenção e visão.	A frequência de sacada foi significativamente reduzida na DP em comparação ao grupo controle em todas as condições. A frequência sacádica diminuiu sob dupla tarefa para ambos os grupos. A atenção foi menor diretamente relacionada à frequência sacádica, função visual e comprometimento da marcha na DP. A frequência sacádica e o déficit na função visual impactaram o comprometimento da marcha na DP por sua relação com a atenção
2017	Tedla et al.,	Avaliar a eficácia da tarefa motora e interferência da tarefa cognitiva durante marcha de indivíduos com DP	Houve melhora dos parâmetros pré e pós-marcha em ambos os grupos, mas o Grupo 1 demonstrou melhora mais significativa comparado ao Grupo 2 em todos os parâmetros da marcha;

Tabela 1

Fonte: elaboração própria

O primeiro estudo publicado na base de dados web of science foi dos autores Mirelman et al., (2011), composto por sete pacientes com DP que realizaram um programa de treinamento individualizado, durante seis semanas. Os pacientes receberam um sistema de áudio-biofeedback (ABF) com fones de ouvido. O treinamento, associado ao ABF, teve como objetivo a melhoria da postura, capacidade de sentar e equilíbrio em várias posições. Observou-se melhora significativa no equilíbrio e no teste de Timed up and go, que avalia o risco de quedas nos indivíduos. O treinamento teve influência positiva nos aspectos psicossociais da DP e no nível de depressão dos pacientes. Concluíram que o treinamento utilizando ABF para pacientes com DP é viável e está associado a melhorias de equilíbrio e de aspectos psicossociais (mobilidade, atividade de vida diária, bem estar emocional,

suporte social, cognição, comunicação e desconforto corporal) avaliados através do questionário de qualidade de vida de indivíduos com DP (PDQ-39).

No estudo de Christofolletti et al., (2016) foram identificados fatores que contribuem para deficiência na mobilidade e limitações da marcha de pacientes com DP. Os autores acreditam que o equilíbrio, a mobilidade e comprometimento da marcha têm fortes relações entre eles. Dessa forma, observa-se uma consonância nos estudos dos autores Mirelman et al., (2011) e Christofolletti et al., (2016) os quais concluem que os déficits de equilíbrio podem ser importantes influenciadores na marcha de pessoas com DP, independente da idade, gravidade da doença, histórico de quedas e outros fatores demográficos.

Vance et al., (2015) avaliaram 36 pessoas com diagnóstico de DP que foram divididas em dois grupos de acordo com sua história de quedas: indivíduos que sofreram quedas e os que não sofreram quedas. Foram realizadas avaliações cognitivas, de equilíbrio e de mobilidade: o teste “Up & Go” (TUG) de três maneiras diferentes: TUG, TUG cognitivo e TUG manual, sendo repetidos três vezes cada um, o Índice de automaticidade para avaliar o impacto de ambas as duplas tarefas dos dois grupos e a velocidade sob a condição de dupla tarefa comparado a tarefa única. Os resultados indicaram que indivíduos que sofreram quedas foram significativamente mais lentos em completar todos os três tipos de TUG. O TUG cognitivo identificou risco de quedas para pacientes com DP.

Os pacientes com DP com histórico de quedas tiveram dificuldade em automatizar a marcha ao realizar uma tarefa cognitiva associada, concluindo assim que a adição de uma tarefa cognitiva ao TUG aumenta a capacidade do teste de identificar corretamente os participantes com alto ou baixo risco de quedas. Concluíram que o teste TUG cognitivo é considerado um teste de triagem simples com sensibilidade e especificidade moderadas para avaliação de risco de queda multifacetada em pessoas com DP, e que o TUG manual obtendo uma baixa sensibilidade e especificidade, deve ter seu uso limitado na prática clínica. Foi relatado que o grau de dificuldade da tarefa secundária afeta o padrão e a velocidade da marcha em pessoas com DP. Por fim, o valor da automaticidade do TUG nos indivíduos que sofreram quedas foi significativamente menor do que nos não sofreram quedas e pode ter sido um fator de risco de queda (VANCE et al., 2015).

Smulders et al., (2012) teve como objetivo investigar o desempenho de dupla tarefa para prevenção de quedas em pacientes com DP. Os participantes do estudo realizaram caminhadas tanto como tarefa simples como em dupla tarefa, combinada com tarefa auditiva de Stroop, o qual avalia a atenção seletiva, capacidade de mudar o foco numa atividade. Durante este teste, os participantes ouvem a palavra “alto” ou “baixo” em um tom alto ou baixo, e são instruídos a nomear o tom do estímulo,

ignorando o significado da palavra. Duas condições são definidas: estímulos congruentes nos quais a palavra e o tom são iguais (por exemplo, 'alto' em um tom alto) e estímulos incongruentes nos quais os dois diferem (por exemplo, "alto" em um tom baixo). Os participantes foram instruídos a responder da maneira mais precisa e rápida possível (COHEN et al., 1975).

Posteriormente, foram registradas as quedas por um ano, através de avaliações mensais, e os autores concluíram que sob condições de dupla tarefa, a velocidade da marcha e o comprimento da passada foram significativamente diminuídos. A deterioração da marcha ou o desempenho sob condições de dupla tarefa não foi associada a quedas, portanto, divergindo do estudo anterior e significando que a terapia com dupla tarefa é efetiva para evitar quedas (SMULDERS et al., 2012).

Strouwen et al., (2016) avaliaram sessenta e dois pacientes com DP, cujo objetivo foi avaliar a confiabilidade das medidas de desfecho dupla tarefa em pacientes com DP. As avaliações foram realizadas na fase "on" após ingestão de medicação durante o período de seis meses. As avaliações da dupla tarefa consistiram em três testes diferentes: (1) caminhada durante a realização a tarefa digitando os números mostrados de trás para frente, (2) caminhada durante a realização da tarefa auditiva de Stroop e (3) caminhada durante a realização da tarefa do telefone celular. Essas tarefas também foram avaliadas na posição sentada. Além disso, a caminhada foi avaliada como tarefa única.

Conforme Strouwen et al., (2016), a marcha associada à dupla tarefa (tarefas cognitivas) tiveram excelente confiabilidade. A caminhada utilizada como tarefa única obteve o mesmo resultado. Concluíram então que em pessoas com DP, as medidas de dupla tarefa mostraram-se confiáveis para uso em estudos clínicos e parecem promissoras para uso na prática clínica para avaliar melhorias após o treinamento em dupla tarefa.

Beck, et al (2018), ao avaliar quarenta e sete pacientes com DP, antes e após a um programa de exercícios (marcha + dupla tarefa) de oito semanas, avaliando os padrões da marcha e os efeitos associando uma dupla tarefa, obtiveram conclusões semelhantes, em que a marcha com dupla tarefa levou a maiores benefícios na reabilitação e nos sintomas motores na DP.

No estudo de Stuart et al., (2017) participaram sessenta pacientes com DP e quarenta idosos saudáveis. O objetivo do estudo foi explorar movimentos sacádicos oculares durante a deambulação na DP em comparação com grupo controle (através de torneamento e dupla tarefa) e explorar as relações diretas e indiretas entre movimentos sacádicos e comprometimento da marcha, atenção e visão. Foi avaliado: gravidade da doença, medo da queda, depressão, quedas antigas, dosagem do medicamento Levodopa, função cognitiva e executiva, movimentos sacádicos oculares e marcha dos pacientes.

A frequência destes movimentos foi significativamente reduzida na DP em comparação ao grupo controle em todas as condições, como também diminuiu sob dupla tarefa para ambos os grupos. Concluíram, portanto, que a atenção tem um papel fundamental para indivíduos com DP, pois influencia diretamente na frequência dos movimentos sacádicos e na marcha. Assim, a relação da atenção com a marcha pode evitar as quedas nesses pacientes (STUART et al., 2017).

No estudo de Jacobs, et al., (2014), investigou-se os efeitos de uma tarefa cognitiva sobre a ocorrência de quedas e congelamento da marcha em indivíduos com DP e se isso intervém em resposta a uma perturbação postural. Concluíram que em pessoas com DP que apresentam congelamento da marcha, as quedas nem sempre podem ser causadas por congelamento da marcha e sim sob condições que distraem a atenção dos indivíduos, vindo ao encontro do estudo de Stuart et al., (2018).

O estudo de Tedla et al., (2017) teve como objetivo avaliar a eficácia da tarefa motora e a interferência da tarefa cognitiva durante a marcha de 30 indivíduos com DP. Foram divididos aleatoriamente em dois grupos, sendo o grupo 1 com 15 pessoas que receberam interferência da tarefa motora durante a marcha, enquanto o Grupo 2 consistiu de 15 sujeitos, cada um dos quais recebeu interferência de tarefa de cálculo durante a marcha. Os parâmetros da marcha avaliados foram: comprimento da passada, velocidade e cadência (passos/min). Ambos os grupos receberam treinamento de 1 hora, três vezes semanas durante um mês.

Houve melhora dos parâmetros pré e pós marcha em ambos os grupos, porém no grupo 1 teve melhora significativa nos 3 parâmetros da marcha comparado ao grupo 2. No grupo de interferência de tarefas motoras, indivíduos com DP necessitaram de maior equilíbrio de reação e controle postural quando comparados com o grupo de interferência de cálculo. Neste estudo, indivíduos de ambos os grupos melhoraram seu desempenho em tarefas duplas através de repetições, porém o treinamento de marcha por interferência motora produziu maiores efeitos na marcha do que no treinamento de interferência com a tarefa de cálculo em indivíduos com DP (TEDLA et al., 2017).

Fainshtat, et al., (2013) examinou o impacto da estimulação cerebral profunda do núcleo subtalâmico na caminhada em dupla tarefa em pacientes com DP avançada. Os resultados do estudo mostraram que a estimulação melhorou a função motora e os parâmetros espaço-temporais da marcha, como a velocidade, durante as condições de caminhada com uma ou duas tarefas associadas. Concluíram que a estimulação cerebral profunda do núcleo subtalâmico bilateral melhora os sintomas motores, certas características da marcha e até alguns aspectos da função cognitiva, no entanto, a estimulação não consegue reduzir o impacto negativo de uma dupla tarefa nas habilidades de caminhada. Isso significa que a estimulação cerebral não

afeta positivamente a automação da caminhada e sugere que os pacientes com DP podem não ser capazes de lidar adequadamente com os desafios de multitarefa comuns na caminhada diária (FAINSHTAT et al., 2013).

CONCLUSÃO

Os artigos utilizados nos estudos mostraram que a maioria dos pacientes são idosos ou acima de 50 anos e do sexo masculino. Entre os objetivos dos estudos, os principais foram avaliar a realização da dupla tarefa no risco de quedas, avaliação do equilíbrio e da marcha nos pacientes com DP.

Os treinos da dupla tarefa, na sua maioria, utilizaram tarefas cognitivas e, na maior parte dos estudos, tarefas motoras associadas à marcha. Os pacientes apresentaram melhor resultados nas tarefas motoras do que nas tarefas cognitivas. Dessa forma, o treino de dupla tarefa teve interferência positiva nos indivíduos e é considerada uma técnica importante tanto para avaliação dos pacientes como para o tratamento de pessoas com DP.

REFERÊNCIAS

BECK, E.N; INTZANDT, B.N; ALMEIDA, Q.J. Can Dual Task Walking Improve in Parkinson's Disease After External Focus of Attention Exercise? A Single Blind Randomized Controlled Trial. **American Society of Neurorehabilitation**, v.23; n. 1; p. 18-33. 2018.

FAINSHTAT, E.S; ISRAEL, Z; WEISS, A; HAUSDORFF, J.M. Impact of sub-thalamic nucleus deep brain stimulation on dual tasking gait in Parkinson's disease. **Journal of Neuroengineering and rehabilitation**, v.10; n 38, 2013.

JACOBS, J.V; NUTT, J.G; KUHTAL, P.C; ALLEN, R; HORAK, F.B. Dual Tasking During Postural Stepping Responses Increases Falls But Not Freezing In People With Parkinson's Disease. **Parkinsonism Relat Disord**, v.20; n.7; p.779-781. 2014.

CHRISTOFOLETTI, G; MCNEELY, M.E; CAMPBELL, M.C; DUNCAN, R.P; EARHART, G.M. Investigation of factors impacting mobility and gait in Parkinson disease. **Hum. Mov. Sci**, v.49; p.308-314. 2016.

SMULDERS, K; ESSELINK, R.A. J; WEISS, A; KESSELS, R.P. C; GEURTS, A.C. H; BLOEM, B.R. Assessment of dual tasking has no clinical value for fall prediction in Parkinson's disease. **Journal Neurol**, v.259, p.1840-1847. 2012.

SILVEIRA, M.B. Dançando com Parkinson: A prática da dança como terapia complementar no tratamento da Doença de Parkinson. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança Licenciatura em dança**. 2018.

SANTOS, A.G. Avaliação do efeito do tratamento com extrato de passiflora alata no modelo animal de doença de Parkinson por 6 – hidroxidopamina. **Universidade Estadual de Ponta Grossa**. 2018.

TOMO C.K; PEREIRA, V.S; POMPEU, S.M.A. A; POMPEU, J.E. Efeitos do treino funcional de membro superior em condição de dupla tarefa na doença de Parkinson **Rev. Neurocienc**, v.22, n.3,

p.344-350. 2014.

SCHEFFER, D.L; AGUIAR, A.S. J; LATINI, A. Fadiga e prática de atividade física na doença de Parkinson: revisão de literatura. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.25, n.1, p.13-17. 2018.

PALMA, A; CERVAENS, M; FESTAS, C. Efeitos da dupla tarefa sobre o desempenho da marcha em pacientes com doença de Parkinson: uma revisão bibliográfica. **Universidade Fernando Pessoa/ESS**. 2017.

MIRELMAN, A; HERMAN, T; NICOLAI, S; SIJLSTRA, A; ZIJLSTRA, W; BECKER, C; CHIARI, L, HAUSDORFF, J.M. Audio-Biofeedback training for posture and balance in Patients with Parkinson's disease. **Journal of Neuroengineering and rehabilitation**, v.8, n.35.2011.

STUART, S; GALNA, B; DELICATO, L.S; LORD, S; ROCHESTE, L. Direct and indirect effects of attention and visual function on gait impairment in Parkinson's disease: influence of task and turning. **European Journal of Neuroscience**, v.46, p.1703–1716. 2017.

VANCE, R.C; HEALY, D.G; GALVIN, R; FRENCH, H.P. Dual Tasking With the Timed "Up & Go" Test Improves Detection of Risk of Falls in People With Parkinson Disease. **American Physical Therapy Association**, v.95, n.1. 2015.

TEDLA, J.S; GULAR, K; RANI, J. Effectiveness of motor task interference during gait in subjects with parkinson's disease: a randomized controlled trail. **Int J Physiother**, v.4, n.2, p.101-105. 2017.

STROUWEN, C; MOLENAAR, E.A; KEUS, S.H; MUNKS, L; MUNNEKE, M; VANDENBERGHE, W; BLOEM, B.R; NIEUWBOER, A. Test-Retest Reliability of Dual-Task Outcome Measures in People With Parkinson Disease. **American Physical Therapy Association**, v.96, n.8. 2016.

COHEN, G; MARTIN,M. Hemisphere differences in an auditory Stroop test. **Percept Psychophys**, v.17, n.1, p.79-83. 1975.

NADEAU, A; LUNGU, O; DUCHESNE,C; ROBILLARD, M.E; BORE,A; BOBEUF, F; PLAMONDON, R; LAFONTAINE, A.L; GHEYSEN, F; BHERER,L; DOYON, J. A 12-Week Cycling Training Regimen Improves Gait and Executive Functions Concomitantly in People with Parkinson's Disease. **Frontiers in Human Neuroscience**, v.10. 2017.

CHOMIAK, T; WATTS, A; MEYER, N; PEREIRA, F.V; HU.B. A training approach to improve stepping automaticity while dual-tasking in Parkinson's disease - A prospective pilot study. **Medicine**, v.96, n.5. 2017.

SWANK, C; JACKSON, E.T; MEDLEY, A; THOMPSON, M; JACKSON, A. Comparison of Physical Activity and Dual Task Gait Among Persons with Parkinson's Disease and Healthy Older Adults. **Physical & Occupational Therapy in Geriatrics**, v.0 n.0 p 1-10. 2016.

SCHLENSTEDT, C; MANCINI, M; NUTT, J; HILLER, A.P; MAETZLER, G.D; HORAK, F. Are Hypometric Anticipatory Postural Adjustments Contributing to Freezing of Gait in Parkinson's Disease? **Frontiers in Aging Neuroscience**, v.10. 2018.

INTERFERÊNCIA DOS FATORES PSICOLÓGICOS NO ESTADO NUTRICIONAL DE UMA IDOSA INTERNADA EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 01/11/2019

Lariane Marques Pereira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Camila Nunes de Souza

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Carolina Cavalcante Silva

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Fernanda Maria Souza Juliano

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Carolina de Sousa Rotta

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Clesmânia Silva Pereira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Thais de Sousa da Silva Oliveira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Yulle Fourny Barão

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Rafael Alves Mata de Oliveira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Campo Grande – MS

Silvana Fontoura Dorneles

Hospital São Julião

Campo Grande – MS

Luciane Perez da Costa

Universidade Católica Dom Bosco

Campo Grande – MS

Irma Macário

Hospital São Julião

Campo Grande – MS

RESUMO: O comportamento alimentar engloba aspectos biológicos, cognitivos, situacionais e afetivos. Em paralelo, o processo de envelhecimento também deve ser compreendido em sua dimensão biopsicossocial, e pode trazer como consequência, a perda da autoridade na subjetividade da pessoa idosa, que, por doença, pobreza e/ou fragilidade emocional tende a progressivamente perder autonomia, na decisão de aspectos centrais de sua vida. Este trabalho teve como objetivo, relatar a experiência de atendimento à uma idosa hospitalizada em uma unidade de Cuidados Continuados Integrados discutindo os aspectos psicológicos que interferiram no comportamento alimentar. A paciente, de 71 anos, admitida após um Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, com

sequelas motoras e afasia era resistente a oferta dietética, apresentando náuseas e vômitos nos momentos das refeições com presença de disfagia sem motivo patológico ou fisiológico. Iniciou investigação psicológica para compreender negligência alimentar. O sujeito que se nega a comer lida com sua recusa alimentar como um desejo, como uma tentativa desesperada de se impor diante de um outro que lhe invade e o invalida. Como a paciente estava afásica, era de forma somática que a paciente podia expressar desejos, angústias, anseios e assim se posicionar frente ao contexto em que estava inserida. A recusa alimentar, as náuseas e os vômitos significavam algum desagrado. A psicologia foi imprescindível, pois trabalhou formas alternativas para que a paciente pudesse expressar seus desejos, sem que fosse necessário a forma somática. O processo de envelhecimento altera a capacidade funcional e independência do indivíduo e isso pode refletir nos aspectos emocionais e no comportamento alimentar dos idosos. A interação interdisciplinar da nutrição e psicologia é fundamental nesses casos.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Psicoterapia; Terapia Nutricional.

INTERFERENCE OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE NUTRITIONAL STATE OF AN ELDERLY HOSPITALIZED IN AN INTEGRATED CONTINUED CARE UNIT

ABSTRACT: Eating behavior encompasses biological, cognitive, situational and affective aspects. At the same time, the aging process must also be understood in its biopsychosocial dimension, and may result in the loss of authority in the subjectivity of the elderly person, who, due to illness, poverty and / or emotional fragility, tends to progressively lose autonomy decision of core aspects of your life. This study aimed to report the experience of caring for an elderly woman hospitalized in an Integrated Continuing Care unit discussing the psychological aspects that interfered with eating behavior. The 71-year-old woman admitted after an Ischemic Stroke, with motor sequelae and aphasia was resistant to dietary offer, presenting nausea and vomiting at mealtimes with dysphagia without pathological or physiological reasons. Started psychological research to understand food malpractice. The person who refuses to eat deals with his refusal to eat as a desire, as a desperate attempt to impose himself on another who invades and invalidates him. As the patient was aphasic, it was somatic form that the patient could express desires, anxieties, anxieties and thus position herself in the context in which she was inserted. Refusal to eat, nausea and vomiting meant some displeasure. Psychology was essential, as it worked on alternative forms so that the patient could express her wishes without the somatic form being necessary. The aging process alters the individual's functional capacity and independence and this may reflect on the emotional aspects and eating behavior of the elderly. The interdisciplinary interaction of nutrition and psychology is fundamental in these cases.

KEYWORDS: Aging; Psychotherapy; Nutritional Therapy.

INTRODUÇÃO

A conquista de uma maior longevidade foi uma das mais exitosas na segunda metade do século XX. Porém, ao mesmo tempo que o envelhecimento da população, representa um dos maiores ganhos, é também um desafio. (PAYARES, 2001). Mais anos em relação a expectativa de vida, não tem significado anos de qualidade, ou seja, tem se vivido mais, mas tem se questionado se essa vida a mais tem sido acompanhada de qualidade.

O envelhecimento é um processo individual, cultural e social e implica em ganhos e perdas, e, portanto, não pode ser analisado apenas pela idade cronológica, mas deve levar em consideração também uma visão biológica, psicológica e social. (FALEIROS; LOUREIRO, 2006; GUIMARÃES, 2006).

Para o desenvolvimento de um envelhecimento ativo e saudável, que reflita em qualidade de vida, é importante que o idoso adote hábitos saudáveis, praticando exercícios regularmente, tenha tempo para esporte e lazer e tenha uma alimentação saudável. (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012)

Este trabalho surgiu de uma problemática em relação ao comportamento alimentar de uma idosa internada em uma unidade de cuidados continuados integrados (CCI), e, portanto, tem relevância nesse cenário do aumento de expectativa de vida, e um maior conhecimento acerca da questão alimentar em idosos, pode auxiliar profissionais de saúde a promover qualidade de vida aos idosos.

O comportamento alimentar engloba aspectos biológicos, cognitivos, situacionais e afetivos. Biologicamente considera-se as necessidades nutricionais para a manutenção fisiológica e metabólica do indivíduo. Quanto ao aspecto cognitivo cita-se o conhecimento que o indivíduo tem sobre os alimentos e a nutrição, enquanto o aspecto situacional é influenciado pelos fatores econômicos, culturais e sociais. A respeito dos aspectos afetivos, estes correspondem às atitudes e aos sentimentos que se tem em relação à alimentação e estão relacionados aos valores sociais, culturais, religiosos, considerando que os mesmos, podem interferir negativamente no comportamento alimentar (MOTTA & BOOG, 1987; TCHAKMAKIAN & FRAGELLA, 2007).

Sintomas psicológicos também podem interferir na ingestão alimentar; a apatia tem uma grande relação com a falta de interesse pela alimentação, enquanto a tristeza e os sintomas depressivos podem resultar em falta de apetite (PRINCE, et al, 2014).

A alimentação tem um papel amplo na vida das pessoas, e vai além da absorção

de material nutritivo necessário para a sobrevivência, apresentando também um profundo significado subjetivo, social e cultural (SILVA; CÁRDENAS, 2007), ligado ao simbólico e ao imaginário (PHILIPPI, 2008). Portanto, a nutrição é um fenômeno pluridimensional, que envolve o corpo, os sentidos (prazer), a vida de relação (ritual), o intelecto, o afeto, a sociabilidade e as relações sociais (BOSI, 1994).

Em relação aos idosos, são vários os fatores que interferem na alimentação, interferindo diretamente no apetite e alterando, conseqüentemente, no seu comportamento alimentar. A alimentação do idoso é influenciada por questões afetivas, isolamento social, alteração do papel social, imagem corporal distorcida, perdas cognitivas, baixa autoestima, condições físicas precárias e depressão. (FLORENTINO, 2002).

Conforme Florentino (2002), a perda do apetite e a recusa ao alimento podem indicar problemas de saúde, contribuindo para piora do estado nutricional no idoso.

Rossin, Degiovanni e Moriguti (2016), citam os problemas de mastigação e deglutição, associados à perda de dentição e disfagia, como alguns contribuintes das condições físicas que podem prejudicar ainda mais a ingestão alimentar desses pacientes, bem como às modificações sensoriais, devido à redução da sensibilidade para os gostos primários doce, amargo, ácido e salgado, que, em conjunto com eventual perda dos sentidos (visão, audição e olfato) colaboram para uma diminuição do consumo de alimentos dos idosos (MONTEIRO, 2009).

A abordagem dos aspectos envolvidos com o comportamento alimentar permite a compreensão da multidimensionalidade da alimentação humana colaborando para a promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos (SANTOS E RIBEIRO, 2011).

OBJETIVO

Apresentar um relato de experiência referente ao atendimento de uma idosa hospitalizada em uma instituição de reabilitação na cidade de Campo Grande-MS e discutir os aspectos biopsicossociais e nutricionais que interferiram no comportamento alimentar da mesma.

CASO

A paciente caso do relato de experiência era uma idosa, 71 anos, de um município no interior do estado de Mato Grosso do Sul, admitida para reabilitação em uma unidade de cuidados continuados integrados, localizada na capital do estado (Campo Grande – MS), devido sequelas motoras e afasia originadas por um Acidente

Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI). Após avaliação nutricional, paciente foi diagnosticada com desnutrição. Apresentava-se extremamente resistente a oferta dietética, negando-se a ingestão e apresentando alguns sintomas associados ao momento das refeições, como náuseas, vômitos e uma disfagia sem motivo patológico ou fisiológico. Iniciou investigação psicológica para justificar negligência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Autores como Lacan (1958), Fuks e Campos (2010) apontam que o sujeito que se nega a comer lida com sua recusa alimentar como um desejo, como uma tentativa desesperada de se impor diante de um outro que lhe invade e, em última instância o inviabiliza. Negar aquilo que lhe demandam, através da oferta do alimento seria uma maneira de existir, de se impor e de impor seus desejos, de não ser apenas o que desejam que ela seja.

Como a paciente estava afásica, apresentar de forma somática seus desejos, angustias, anseios e sintomas seria a forma mais visível de se posicionar frente ao contexto em que estava inserida, sendo assim a recusa alimentar, as ânsias e os vômitos evidenciavam que algo estava desagradando-a.

A psicologia precisou trabalhar formas alternativas a fala para que a paciente pudesse expressar seus desejos, sem que fosse necessário a forma somática. Através de expressões faciais, gestos, imagens, e escrita os sentimentos e os desejos da paciente puderam ser trabalhados. E foi através desses mesmos recursos que a paciente conseguiu se expressar para familiares, deixando claro seus desejos, suas angustias, seus receios, seus gostos, e assim, a paciente conseguiu se sentir com um papel ativo perante os familiares, o que por fim, contribuiu para uma melhora na ingestão de alimentos da paciente, por sua vez, resultou em um melhor estado nutricional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alterações fisiológicas, sociais e psicológicas são comuns no processo de envelhecimento e influenciam o comportamento alimentar dos idosos, podendo repercutir em um impacto negativo na nutrição e alimentação dos mesmos. As interações e o trabalho interdisciplinar nesses casos são fundamentais, como explícito neste trabalho.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida:** definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques : prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.
- BOSI, M. L. M. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **Revista de Nutrição.** v. 7, n. 1, p. 32-47, 1994.
- FALEIROS, V. P; LOUREIRO A.M.L. (orgs). **Desafios do envelhecimento:** vez, sentido e voz. Brasília: Universa; 2006
- FLORENTINO, A. M. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: Frank AA, Soares EA. **Nutrição no envelhecer.** São Paulo: Atheneu; p.3-11, 2002.
- FUKS, B.B.; CAMPOS, T.S.P. Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. **Tempo psicanalítico.** Rio de Janeiro, v.42.1, p.39-59. 2010.
- GUIMARÃES, R. M. O envelhecimento: um processo pessoal? In: Freitas EV. et al. **Tratado de Gerontologia e Geriatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.83-7, 2006.
- LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos** (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1958.
- MONTEIRO, M. A. M. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. **Revista Espaço para a Saúde.** v. 10, n. 2, p. 34- 42, 2009.
- MOTA, E. M. Envelhecimento Social. **Debates Sociais.** Rio de Janeiro: CBCISS, ano 1990.
- MOTTA, D.G.; BOOG, M.C.F. Fundamentos do comportamento alimentar. **Educação nutricional.** 2 ed. São Paulo: IBRASA; p.34-54. 4, 1987.
- PAYARES, P. R. **Encuentro de la red de envejecimiento saludable.** Madrid: INSERSO; 2001.
- PHILIPPI, S. T. Alimentação saudável e a pirâmide dos alimentos. In: PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos alimentos:** fundamentos básicos da nutrição. Barueri, SP: Monole, 2008.
- PRINCE, M. et al. Nutrition and Dementia: a review of available research. **London Alzheimer's Disease International.** 2014.
- ROSSIN, P C.; DEGIOVANNI, P. V. C.; MORIGUTI, J. C. Subnutrição em idosos com demência: atenção aos estágios avançados da doença. **Geriatrics, Gerontology and Aging,** v. 10, n. 1, p. 10–15, 2016.
- SILVA, V. P; CÁRDENAS C. J. A comida e a sociabilidade na velhice. **Revista Kairós.** V. 10, n. 1, p. 51-69, 2007.
- SANTOS, G.D.; RIBEIRO, S.M.L. Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência. **Revista brasileira de geriatria;** v. 14, n. 2. 2011.
- TCHAKMAKIAN, L.A.; FRAGELLA, V.S. As interfaces da alimentação, da nutrição e do envelhecimento e o processo educativo sob a visão interdisciplinar da Gerontologia. **Tratado de Gerontologia.** 2ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p.469- 78.

MUSICOTERAPIA E A MICROCEFALIA- DESPERTANDO A MUSICALIDADE DE UM ADOLESCENTE

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Mariana Christina Garcia Pismel

Unespar – Campus de Curitiba II (FAP)
Curitiba/PR - <http://lattes.cnpq.br/3084243429067442>

Jéssica Röpke

Unespar – Campus de Curitiba II (FAP)
Curitiba/PR - <http://lattes.cnpq.br/3312161086342002>

Clara Márcia Piazzetta

Unespar – Campus de Curitiba II (FAP)
Curitiba/PR - <http://lattes.cnpq.br/6217374420607409>
<https://orcid.org/0000-0001-7359-8275>

RESUMO: Este texto apresenta Jean, um adolescente com microcefalia, com atraso em seu desenvolvimento motor e cognitivo, e como se deu seu processo musicoterapêutico. Os resultados são fruto de pesquisa de base clínica (CAAE: 69251117.9.0000.0094) em estágio curricular em Musicoterapia realizada no Programa de Iniciação Científica na PRPPG- Unespar (2017/2018). A prática musicoterapêutica trabalha com a experiência que cada pessoa tem com a música e sons e visa

transformações na condição de vida de modo integral. Ao trabalhar com práticas musicais compartilhadas que contemplam as demandas da pessoa atendida, oportuniza mudanças em capacidades não musicais. Ferramentas de avaliação específicas da musicoterapia favorecem o entendimento do alcance do trabalho terapêutico realizado. Deste modo, esta pesquisa teve por objetivo compreender o processo musicoterapêutico considerando a apresentação dos resultados da ferramenta IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) no domínio musicalidade, pré e pós atendimentos. Metodologia quantitativa utilizou a análise de dois (2) vídeos num intervalo de oito (8) atendimentos. Os resultados da ferramenta IMTAP foram contextualizados a partir dos sistemas de neurodesenvolvimento apresentados por Levine (2003). O primeiro escore da musicalidade com 22% e o segundo com 28,23%, num intervalo de seis (6) atendimentos, traz que sua musicalidade pode ser ampliada, considerando seu interesse pelos instrumentos e seu envolvimento no trabalho com destaque para a presença do fazer vocal mais intenso. Dentro dos oito (8) sistemas de neurodesenvolvimento destacaram-se os sistemas: de controle da atenção, da linguagem, da orientação espacial,

de controle motor e o social.

PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia; Microcefalia; IMTAP; Musicalidade; Neurodesenvolvimento.

MUSIC THERAPY AND MICROCEPHALY - AROUSING THE MUSICALITY OF A TEENAGER

ABSTRACT: This research describes Jean's music therapy process. He is a teenager with microcephaly as well as motor and cognitive development deficit. The results are a clinical-based research (CAAE: 69251117.9.0000.0094) in curricular internship in Music Therapy carried out in the Scientific Initiation Program at Unespar (2017/2018). Music therapy practice works with the experiences that each person has with music and sounds, and aims to transform their life condition as a whole. As we work with shared musical practices to meet the demands of the participant, it enables changes in nonmusical abilities. Music therapy specific assessment tools help to understand the scope of the therapeutic work performed. Thus, this research's objective was to understand the music therapy process considering the results of the IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) pre and post sessions, in the musicality domain. Mixed methods were used - quantitative and qualitative - to analyse two (2) videos in an interval of eight (8) sessions. The results of the IMTAP were contextualized from the neurodevelopmental systems presented by Levine (2003). The first score of musicality was 22% and the second score was 28.23%, in an interval of six (6) sessions, revealing that their musicality can be increased considering their interest in the instruments and their involvement in the session, especially with the presence of more intense vocal practice. Within the eight (8) neurodevelopment systems, the following stood out: attention control, language control, spatial orientation, motor control and social control.

KEYWORDS: Music Therapy; Microcephaly; IMTAP; Musicality; Neurodevelopment

1 | INTRODUÇÃO

Este estudo de caso é uma ampliação da pesquisa de iniciação científica - "Aplicação da tabela IMTAP para avaliação da musicalidade e da habilidade emocional de crianças com o espectro de autismo considerando a interação musical" - e tem por base o estágio curricular. Apresenta um recorte de processo musicoterapêutico de Jean, nome fictício para preservar a identidade do participante, atendido no CAEMT- Centro de Atendimento em Musicoterapia, da Universidade Estadual do Paraná. Dois (2) de oito (8) atendimentos individuais forneceram material para esse estudo que tem por base os resultados avaliados com a ferramenta IMTAP (SILVA, 2012) e os sistemas do neurodesenvolvimento (LEVINE, 2003 como referido em

ILARI, 2003). Jean possui atraso em seu desenvolvimento motor e cognitivo, e seu diagnóstico é de microcefalia.

A microcefalia é caracterizada por uma má formação no cérebro, onde o mesmo não se desenvolve da maneira que deveria (VARGAS, 2016) caracterizado pelo perímetro cefálico menor. Para o sexo masculino a medida é igual ou inferior a 31,9 cm e, para o sexo feminino, igual ou inferior a 31,5 cm, valendo para bebês nascidos com 37 ou mais semanas de gestação (ROCHA, 2015). Em conversa com seu responsável, soubemos que ele nasceu em 2005 com 3.090kg e 49 cm de comprimento, com perímetro cefálico de 33 cm, porém, apenas em 2011 foi diagnosticada a microcefalia.

Ao chegar na musicoterapia, Jean mostrou dificuldade ao se expressar, por conta de sua timidez e sua fala repetitiva, com a pouca articulação de fonemas. Além de apresentar falta de equilíbrio, usando a mão esquerda para sustentação do corpo, e dificuldade em segurar os instrumentos musicais. Não se interessou pela música, e não manifestou sensibilidade de compreensão musical.

O estudo dos sistemas do neurodesenvolvimento propostos por Levine (2003, como referido em ILARI, 2003, p.9) relacionados a educação musical, ajudaram no entendimento da condição de Jean e junto com os resultados da avaliação (pré e pós atendimentos) do domínio musicalidade da ferramenta IMTAP embasaram o plano terapêutico, objetivos e entendimento do processo musicoterapêutico.

Os sistemas do neurodesenvolvimento são formados considerando as milhões de sinapses que formam o cérebro humano. Essas conexões vão construindo as possibilidades e capacidades humanas. Levine (2003 referido por ILARI, 2003) apresenta: 1) Sistema de controle da atenção: responsável pela concentração da criança e não deixa que a mesma se distraia com outros estímulos; 2) Sistema da memória: o qual possui a finalidade de armazenar as informações; 3) Sistema da Linguagem: responsável pela detecção dos diferentes sons de uma língua; 4) Sistema de orientação espacial: permite a criação de informações organizadas em *Gestalt*; percepção de que várias partes se encaixam em um todo; 5) Sistema de ordenação seqüencial: auxilia o participante a identificar uma cadeia de informações sequenciais; 6) Sistema motor: responsável pelo controle motor do corpo; 7) Sistema do pensamento superior: responsável pelo raciocínio lógico e resolução de problemas; 8) Sistema do pensamento social: responsável pela interação da criança através de relações sociais.

A IMTAP - Individualized Music Therapy Assessment Profile – Perfil de avaliação individual em musicoterapia - (BAXTER et al, 2007) é um instrumento de avaliação específico da musicoterapia organizado em dez (10) diferentes tipos de comportamentos (domínios) distintos: musicalidade, comunicação expressiva, comunicação receptiva/percepção auditiva, interação social, motricidade ampla,

motricidade fina, motricidade oral, cognição, habilidade emocional, habilidade sensorial. Utilizamos a versão traduzida e validada para o português por Silva (2012) no domínio musicalidade.

Neste domínio, os subdomínios são: a) fundamentos, b) andamento, c) ritmo; d) dinâmica, e) vocal, f) ouvido absoluto, g) criatividade e desenvolvimento de ideias musicais/vocais e instrumentais, h) leitura musical, i) acompanhamento. Na IMTAP cada um desses subdomínios é avaliado por meio do sistema de pontuação NRIC - Nunca, Raramente, Inconsistente e Consistente (SILVA, 2012, p. 21). De acordo com a condição do participante os itens: f) ouvido absoluto, g) criatividade, desenvolvimento de ideias musicais/vocais e instrumentais, h) leitura musical, i) acompanhamento, não foram avaliados neste estudo.

O preenchimento dos itens desta tabela ocorre a partir da observação de ações e interações musicais compartilhadas na sessão, entre o participante e o musicoterapeuta. As experiências musicais de improvisar, recriar, compor e ouvir oferecem amplo recurso ao trabalho terapêutico. Desta forma é possível compreender que cada uma das experiências musicais possui características próprias, e as experiências de improvisar, recriar, e ouvir trouxeram possibilidades de desenvolvimento para Jean.

O objetivo deste trabalho é compreender o processo musicoterapêutico de Jean considerando a apresentação dos resultados da ferramenta IMTAP no domínio musicalidade, pré e pós atendimentos. Os resultados são então, discutidos considerando o impacto da experiência musical nos processos neuronais que ativam sinapses em diferentes partes do cérebro como uma rede de conexões, uma vez que música é compreendida como *Musicing*, uma ação humana. Os sistemas de neurodesenvolvimento são manifestações destas conexões. A cognição musical se ocupa destes mesmos sistemas (ILARI, 2003). Com isso, pela atividade musical ativa-se capacidades não musicais (BRUSCIA, 2016).

2 | METODOLOGIA

Os atendimentos de musicoterapia foram registrados em vídeo com termo de consentimento assinado pelo responsável de Jean. A partir da observação de vídeo de dois atendimentos não sequenciais (22/3 e 03/05) a tabela IMTAP foi preenchida por estimativa. Ou seja, pela manifestação da capacidade e não pela quantificação de quantas vezes a capacidade foi apresentada.

A organização do atendimento seguiu conforme a condição de Jean e o alcance da experiência musical apresentada. Ou seja, não foi feito um protocolo de atividades para as sessões. O primeiro preenchimento dos subdomínios do domínio musicalidade foi feito pela dupla de estagiárias. O segundo preenchimento ocorreu

em parceria com a supervisora durante a supervisão de estágio.

3 | DISCUSSÃO E RESULTADOS

Jean participou de oito (8) atendimentos em 2018, nas seguintes datas: 16-03, 22-03, 05-04, 12-04, 19-04, 26-04, 03-05 e 10-05. O primeiro atendimento foi importante para identificar quem era o participante, iniciar um vínculo terapêutico, e identificar os aspectos ligados à sua musicalidade. O primeiro preenchimento da IMTAP, baseado no atendimento do dia 22 de março (tabela 01), teve escore final de 22% Domínio Musicalidade - Raramente.

<i>Resumo</i>				
<i>Sub-domínio</i>	<i>n/a</i>	<i>Escore Bruto</i>	<i>Possível</i>	<i>Escore Final</i>
A. Fundamentos		14	÷ 40 =	35 %
B. Andamento		10	÷ 53 =	18,9 %
C. Ritmo		12	÷ 60 =	20 %
D. Dinâmica		9	÷ 45 =	20 %
E. Vocal		12	÷ 57 =	21,05 %
F. Ouvido Absoluto e Relativo			÷ 41 =	%
G. Criatividade e desenvolvimento de idéias musicais			÷ 91 =	%
H. Leitura musical			÷ 52 =	%
I. Acompanhamento			÷ 15 =	%
<i>Total do domínio (Musicalidade)</i>		57	÷ 255 =	22,3 %

DC= habilidades em domínio-cruzado

Tabela 1- Resultados do primeiro preenchimento da tabela IMTAP, atendimento de 22 de março 2018

O participante demonstrou ter escore baixo principalmente no item andamento (tabela 02 IMTAP - subdomínio andamento)

<i>B. Andamento</i>							<i>n/a</i>
i. Tolerar mudanças no andamento	N0	R1	I2	C3			
ii. Demonstra consciência de grandes mudanças no andamento <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
iii. Movimentos corporais inconscientes no andamento <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
iv. Movimentos corporais conscientes no andamento <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
v. Toca 1-4 compassos no próprio andamento		N0	R2	I3	C4		
vi. Toca 1-4 compassos no andamento do terapeuta <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
vii. Inicia mudanças no andamento		N0	R2	I3	C4		
viii. Adapta-se tocando para equiparar mudanças no andamento <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
ix. Adapta-se tocando para seguir <i>accelerando</i>		N0	R2	I3	C4		
x. Sustenta tocar interativamente no próprio andamento		N0	R2	I3	C4		
xi. Sustenta tocar interativamente no andamento do terapeuta			N0	R3	I4	C5	
xii. Toca subdivisões de pulsação básica				N0	R4	I5	C6
xiii. Adapta-se tocando para seguir <i>ritardando</i>				N0	R4	I5	C6
<i>Total das Colunas:</i>							6 4
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							10

Atividades/Notas

Tabela 02 - Resultado do subdomínio andamento, como referência o atendimento de 22 de março de 2018.

No dia 22/03 Jean estava sentado no chão encostado no metalofone grande. Sua atenção estava dispersa, mas tocou células rítmicas aleatórias no metalofone

pequeno e como brincadeira retirava as peças apenas com a mão esquerda. Com as canções “Aquarela”, familiar a Jean e “Fico assim sem você” (sugestão da estagiária) a atenção de Jean voltou-se para o que estavam fazendo. Com a “Aquarela” ele sorriu e vocalizou os finais de frases no andamento da música, ao mesmo tempo que dançava sentado. Ao final da canção sua atenção dispersou e voltou a desmontar as teclas. Com a canção “Fico assim sem você” Jean voltou a interagir, mas com palavras e não com experimentação dos instrumentos.

Através deste pequeno recorte, podemos inferir que o participante sustentou tocar interativamente junto com as estagiárias de modo superficial e não manteve de 1 a 4 compassos no próprio andamento. Por outro lado, o participante demonstrou tolerar as mudanças no andamento bem como as subdivisões de pulsação básica apresentadas.

Na segunda avaliação do domínio Musicalidade (tabela 03), com base no atendimento de 03/05, o escore final alterou para 28,23% mantendo-se em Musicalidade - raramente.

<i>Resumo</i>				
<i>Sub-domínio</i>	<i>n/a</i>	<i>Escore Bruto</i>	<i>Possível</i>	<i>Escore Final</i>
A. Fundamentos		27	÷ 40 =	67,5 %
B. Andamento		3	÷ 53 =	5,66 %
C. Ritmo		6	÷ 60 =	10 %
D. Dinâmica		5	÷ 45 =	11,12 %
E. Vocal		31	÷ 57 =	54,38 %
F. Ouvido Absoluto e Relativo			÷ 41 =	%
G. Criatividade e desenvolvimento de idéias musicais			÷ 91 =	%
H. Leitura musical			÷ 52 =	%
I. Acompanhamento			÷ 15 =	%
<i>Total do domínio (Musicalidade)</i>		72	÷ 255 =	28,23 %

DC= habilidades em domínio-cruzado

Tabela 03- Resultados do segundo preenchimento da tabela IMTAP, com observação do 7º atendimento que ocorreu em 03 de maio de 2018.

A experiência de audição para a ação foi proposta para Jean. “Hoje eu quero andar de um jeito diferente” adaptada para “Hoje eu quero tocar um instrumento diferente”. Ele compreendeu as consignas e estando em pé tocou os instrumentos que foram sugeridos. Neste recorte, por exemplo, através da experiência musical utilizando andamento e dinâmica, pudemos observar de que forma o participante respondia para tocar os instrumentos sugeridos.

Nessa avaliação, os subdomínios a) fundamento e e) vocal tiveram alterações. No primeiro momento de preenchimento da tabela IMTAP o resultado do escore final foi 35% para fundamentos e 21,05% para vocal. No segundo momento de preenchimento, o resultado do escore final foi 67,5% para fundamentos e 54,38% para vocal. Observa-se que esses foram os itens com melhores resultados alcançados, tendo em vista a terapêutica musical. Com isto, infere-se que o participante ampliou

sua musicalidade primária como manifestando prazer com a música, indicando desejo de tocar espontaneamente ou ter contato com instrumentos, e engajando-se em atividade musical interativa.

Além disso, inicialmente, no domínio vocal, o participante raramente cantava expressando conteúdo ou significado da letra da música, e raramente vocalizava em resposta a um estilo musical específico. Na segunda avaliação, os resultados demonstraram que o participante mostrou habilidades vocais e de canto, em estruturas de canções e criando improvisação lírica auto expressiva.

É importante ressaltar que os resultados apresentados na tabela IMTAP, variam conforme as experiências musicais propostas e seus objetivos particulares.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira avaliação do atendimento de Jean com escore de musicalidade 22% revelou que alguns sistemas do neurodesenvolvimento poderiam ser trabalhados como o: de controle da atenção, da linguagem, o motor; de ordenação sequencial. Este escore norteou os objetivos do plano de atendimento com: experiências musicais que lhe dessem mais motivação e assim manter a atenção; a postura para tocar os instrumentos; as canções para trabalhar a qualidade da fala; trabalhar o vínculo que permite a confiança na rotina de sessão. O segundo escore com alteração do domínio musicalidade para 28,23% em sete (7) sessões mostra que sua musicalidade pode ser ampliada considerando seu interesse pelos instrumentos, sua entrega ao trabalho com participação vocal mais intensa.

REFERÊNCIAS

BAXTER et al. **The Individualized Music Therapy Assessment Profile: IMTAP**. Londres: Jessica Kingsley Publishers, 2007

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. (3º ed). Dalas: Barcelona Publishers, 2016.

ILARI, B. A música e o cérebro: algumas implicações do neurodesenvolvimento para a educação musical. **Revista da ABEM**, 11(9), 2003.

ROCHA, G. **Você sabe o que é microcefalia?** - 2015 - Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/combate-ao-aedes/50444-voce-sabe-o-que-e-microcefalia>> Acesso em 09 de julho de 2018.

SILVA, A. M. D. **Tradução para o português brasileiro e validação da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil**. - 2012 - Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61729/000865705.pdf?sequence=1>> Acesso em 02 de novembro de 2019.

VARGAS, Alexander et al . Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 4, p. 691-700. 2016.

O ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 10/11/2019

Valdênia Guimarães Silva Menegon

Universidade Estadual do Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/0228485272448875>

Caxias - MA

Karyne Silva Campos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema

Caxias – MA

<http://lattes.cnpq.br/8525189288631219>

Adeilza Sousa Coelho

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema

<http://lattes.cnpq.br/9933714454308804>

Caxias –MA

Ana Alice Martins Lima

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema

<http://lattes.cnpq.br/2343140326868116>

Caxias - MA

Alice Figueiredo de Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema

<http://lattes.cnpq.br/4032119155051946>

Caxias –MA

Leiliane Barbosa de Aguiar

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema

Caxias – MA

Marília Pereira Moura

Universidade Anhanguera

Caxias – MA

RESUMO: O preconceito no atendimento a pacientes com transtornos mentais nos serviços de saúde é um assunto que merece atenção por se tratar de um fato recorrente no cotidiano destes indivíduos em pleno século XXI e por ser um problema de saúde pública. O presente estudo objetivou analisar, através da literatura, como o preconceito associado aos pacientes com transtornos mentais interfere no atendimento a esses usuários nos equipamentos de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde formulou-se a seguinte questão clínica: “Quais evidências científicas apontam o preconceito no atendimento a pacientes com transtornos mentais nos serviços de saúde? Consultou-se as Bases de dados PubMed da National Library of Medicine, BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Utilizou-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos anos de 2013 até 2018, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Dez estudos foram incluídos nesta revisão. Os

estudos abordaram como o preconceito pode interferir no atendimento de pacientes com transtornos mentais, o que resultou na demonstração do preconceito como a base para muitos problemas que afetam os pacientes trazendo vários aspectos negativos para o cotidiano dos pacientes/família. Conclui-se que a enfermagem contribui de modo significativo para a alteração desse cenário a qual estão inseridos os pacientes, por meio de atendimento humanizado e integrativo.

PALAVRAS-CHAVE: Preconceito; Atendimento; Pacientes Com Transtornos Mentais.

THE CARE FOR PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS IN HEALTH SERVICES - NURSING APPROACH

ABSTRACT: Prejudice in the care of mental patients in health services is a matter that deserves attention because it is a recurrent fact in the daily life of these individuals in the XXI century and because it is a public health problem. The present study aimed to analyze, through the literature, how the prejudice associated with mental patients interferes in the care of these users in health equipment. It is an integrative review of the literature, where the following clinical question was formulated: "What scientific evidence points to prejudice in the care of mental patients in health services? The following PubMed databases of the National Library of Medicine, VHL (Virtual Library of Health) and CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). We used available studies in their entirety, published in the years 2013 to 2018, in Portuguese, Spanish and English. Ten studies were included in this review. The studies dealt with how prejudice can interfere with the care of mental patients, which resulted in the demonstration of prejudice as the basis for many problems that affect patients, bringing several negative aspects to the daily life of the patients / family. It is concluded that nursing contributes significantly to the alteration of this scenario to which the patients are inserted, through humanized and integrative care.

KEYWORDS: Prejudice; Attendance; Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

O preconceito no atendimento a pacientes com transtornos mentais nos serviços de saúde é um assunto que merece atenção por se tratar de um fato recorrente no cotidiano destes indivíduos em pleno século XXI, por ser um problema de saúde pública que pode afetar o desenvolvimento na atenção à saúde do usuário, especialmente pela pouca adesão aos objetivos estabelecidos na reforma psiquiátrica, movimento iniciado no final dos anos de 1970, que tinham como metas acolher o paciente sem nenhuma distinção, tratar os usuários de modo humanizado, tira-los das instituições fechadas e inseri-los na sociedade (BLEICHER; FREIRE; SAMPAIO, 2014).

Segundo especialistas em saúde mental, o preconceito contra pacientes portadores de transtornos e de deficiências mentais, é chamado de psicofobia. De acordo com Switaj et al. (2014), é um processo que pode trazer consequências aos pacientes devido ao estigma sofrido por eles, e essa estigmatização em alguns casos pode partir da própria pessoa, gerando uma auto-estigmatização, interferindo na qualidade de vida desses indivíduos e família.

Outro aspecto importante dentro desse contexto é a pouca procura por atendimento e a não adesão as práticas terapêuticas por parte dos pacientes em decorrência do preconceito criado por profissionais que estão frente às unidades de saúde e pelos “rótulos” criados pela sociedade, como se essa diferença no estado de saúde fosse suficiente para colocar esses usuários a parte da sociedade (KANTORSKI; ANDRADE, 2017).

Buscar conhecimentos especializados a fim de adquirir um olhar consciente e respeitoso diante dos pacientes com transtornos mentais, sem nenhum tipo de discriminação, sem estabelecer padrões e/ou fazer julgamento de valor sem ao menos ter tido contato com esses usuários e aceitar as diferenças do outro são medidas que minimizam a ocorrência de exclusão social em todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com Bleicher, Freire e Sampaio (2014), o que contribuir também é expandir os conhecimentos e transmitir informações de qualidade sobre os direitos dos pacientes e família, e atender as suas necessidades de modo humanizado e de acordo com a legislação.

Frente a essa problemática, tem se o seguinte problema de pesquisa: Como a literatura tem tratado o preconceito enquanto mecanismo que interfere no atendimento dos pacientes com transtornos mentais nos serviços de saúde? Para tal, elencaram-se os seguintes objetivos: Analisar, através da literatura, como o preconceito associado aos pacientes com transtornos mentais interfere no atendimento a esses usuários nos equipamentos de saúde; e especificamente: Identificar na literatura existente as principais causas que dificultam o atendimento humanizado nos equipamentos de saúde; buscar na literatura existente os obstáculos na identificação de problemas clínicos entre pacientes com transtornos mentais nos equipamentos de saúde; descrever através da literatura, dificuldades enfrentadas pelos pacientes com transtornos mentais no atendimento em equipamentos de saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo do tipo revisão integrativa da literatura, partindo do levantamento e análise de dados bibliográficos disponíveis de pesquisas anteriores, que abordam o tema: “O atendimento a pacientes com

transtornos mentais nos serviços de saúde sob o olhar da enfermagem”.

Sua elaboração está estruturada nas etapas mostradas na Figura 01.



Figura 01: Etapas de construção de uma revisão integrativa.

Fonte: Adaptado de Botelho; Cunha; Macedo, 2011, p.129.

Para a localização dos estudos relevantes, que respondessem à pergunta de pesquisa, utilizou-se de descritores indexados nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores foram obtidos a partir do Medical Subject Headings (MESH), dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos títulos CINAHL, como mostra o Quadro 02.

Consultou-se por meio dos descritores as bases de dados PubMed da National Library of Medicine; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME e composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela Rede BVS, como LILACS, além da base de dados Medline e outros tipos de fontes de informação; e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

ELEMENTOS	MESH	DECS	TÍTULOS CINAHL
P "Pacientes mentais"	"mentallyillpersons"	"pacientes mentais" "enfermos mentales" "mentallyillpersons"	"mentallyillpersons"
I "Preconceito"	"Prejudice"	"Preconceito" "Prejuicio" "Prejudice"	"Prejudice"
Co "Serviços de saúde"	"Health services"	"Serviços de saúde" "Servicios de salud" "Health services"	"Health services"

Quadro 02 - Elementos da estratégia PICO e descritores utilizados – Caxias, MA, Brasil, 2018.

Fonte: pesquisa direta

Os termos utilizados durante a pesquisa foram classificados e combinados nos bancos de dados, resultando em estratégias específicas de cada base, conforme Quadro 03.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS	FILTRADOS	SELECIONADOS
BIREME (descritores Decs)	(tw:(mentallyillpersons)) AND (tw:(prejudice)) AND (tw:(healthservices)) AND (instance:"regional")	95	5	4
PubMed (descriptors MeSH)	((("mentallyillpersons"[MeSHTerms] OR ("mentally"[AllFields] AND "ill"[AllFields] AND "persons"[AllFields]) OR "mentallyillpersons"[AllFields]) AND ("prejudice"[MeSHTerms] OR "prejudice"[AllFields])) AND ("healthservices"[MeSHTerms] OR ("health"[AllFields] AND "services"[AllFields]) OR "healthservices"[AllFields])	129	10	7
CINAHL (CINAHL Headings)	((MM "Mentallyillpersons") AND (("Persons") AND (MH ("Health services"))) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6 AND S7 AND S8)	2241	235	0

Quadro 03 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados BIREME, PUBMED e CINAHL– Caxias, MA, Brasil, 2018.

Fonte: pesquisa direta

Como critérios de inclusão utilizaram-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos últimos seis anos, de 2013 até 2018, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras

formas de publicação que não artigos científicos completos.

A análise para seleção dos estudos foi realizada em duas fases, a saber:

Na primeira, os estudos foram pré-selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados. Na segunda fase, os artigos foram analisados quanto ao potencial de participação no estudo, avaliando se atenderam à questão de pesquisa, bem como o tipo de investigação, objetivos, amostra, método, resultados e conclusão, para exibir o desfecho final, com a categorização dos estudos que foram selecionados, e suas respectivas análises com a interpretação dos resultados.

Essas referidas etapas estão estruturadas conforme fluxograma, mostrando cada fase do processo de seleção dos estudos na Figura 02.

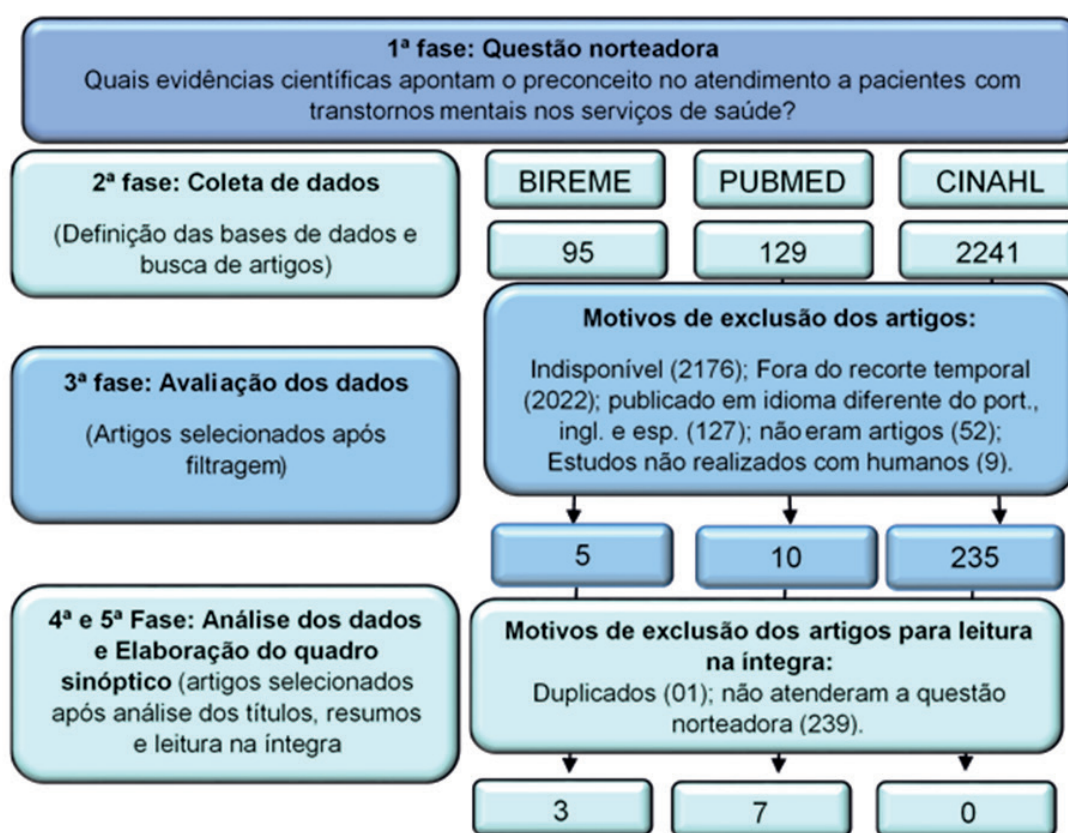


Figura 02: Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa. Brasil, Caxias - MA, 2018.

Fonte: pesquisa direta

Para realização da categorização dos estudos selecionados, utilizou-se um instrumento denominado de matriz de síntese ou matriz de análise, que permite analisar separadamente cada artigo, extrair e organizar os dados tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas. Tal instrumento possibilita a síntese dos artigos, salva guardando suas diferenças, criando categorias analíticas que facilitem a ordenação e sumarização de cada estudo. O instrumento

contemplou itens como o nome do artigo, ano de publicação, autores, objetivo, perfil amostral e principais resultados. Neste estudo utilizou-se o instrumento validado por Ursi (2005) que contempla variáveis de análise para a Prática Baseada em Evidências Científicas.

Para análise e interpretação dos resultados foram analisadas as informações coletadas nos artigos científicos e criadas categorias analíticas que facilitou a ordenação e a sumarização de cada estudo. Essa categorização foi realizada de forma descritiva, indicando os dados mais relevantes para o estudo.

3 | RESULTADOS

Os estudos incluídos nesta revisão totalizaram dez artigos, destes 70% (7/10) estavam na língua inglesa, seguidos por 20% (2/10) de estudos na língua portuguesa e 10% (1/10) na língua espanhola. A maioria das publicações foi concentrada no ano de 2014 (50%), disponíveis na sua maioria na base de dados PUBMED, o nível de evidência predominante foi nível 4 (caso controle); todos (100%) obtiveram grau de recomendação “A” para mudança na prática clínica; O Canadá (40%) e Brasil (20%) foram os países com mais estudos incluídos (60%).

VARIÁVEIS	N	%
Abordagem do estudo		
Qualitativo	09	90%
Quantitativo	01	10%
Delineamento da pesquisa		
Estudo de Caso Controle	06	60%
Revisão Sistemática	03	30%
Opiniões de especialistas	01	10%
Idioma		
Inglês	07	70%
Português	02	20%
Espanhol	01	10%
Classificação da evidência		
Quatro	06	60%
Um	02	20%
Seis	01	10%
Grau de Recomendação		
A	10	100%
Procedência		
Canadá	04	40%
Brasil	02	20%
EUA	01	10%
Espanha	01	10%
França	01	10%
Inglaterra	01	10%
Distribuição temporal		
2014	05	50%
2017	01	10%
2016	01	10%
2015	01	10%
2013	01	10%
2012	01	10%

Tabela 01: Análise descritiva das produções científicas acerca do desenvolvimento do

preconceito no atendimento a pacientes com transtornos mentais nos serviços de saúde.
Caxias - MA, 2018. (n=10).

Fonte: pesquisa direta

A distribuição dos artigos selecionados para o estudo está representada no quadro 4, onde observa-se que os artigos se apresentam de acordo com a proposta da pesquisa e que representam relevância significativa para dar embasamento teórico científico para a produção científica em questão, com evidências extraídas de bases de dados com elevado nível de recomendação. Esses estudos se limitam aos anos de publicação entre 2012 a 2017, advindos de periódicos nacionais e internacionais voltados especialmente para a assistência aos pacientes mentais na área da saúde, como mostra o Quadro 04 abaixo:

Nº de ordem e autor	Título	Base/Ano de publicação	País	Delineamento da pesquisa	Nível de evidência	Grau de recomendação
A1- LÓPEZ, 2015	Estratégia de Bioética em el Plan Integral de Salud Mental de Andaluzia.	BIREME/2015	Espanha	Revisão sistemática	1	A
A2- BLEICHER, FREIRE, SAMPAIO, 2014	Avaliação de política em saúde mental	BIREME/2014	Brasil	Opiniões de especialistas	6	A
A3- PASSOS; AIRES, 2012	Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	BIREME/2012	Brasil	Caso controle	4	A
A4- VILLANI; KOVESS, 2017	Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals	PUBMED/2017	França	Caso controle	4	A
A5- DUDLEY et al., 2016	The Port Arthur Massacre and the National Firearm Arrangement: 20 years later on, what are the lessons?	PUBMED/2016	Estados Unidos	Revisão sistemática	1	A
A6- STUART et al., 2014a	Opening Minds in Canada: Background and Rationale	PUBMED/2014	Canadá	Caso controle	4	A
A7- CORRIGAN, 2014	Listen to The se Lessons	PUBMED/2014	Canadá	Revisão sistemática	1	A
A8- STUART et al., 2014c	Stigma in Canada: Results From a Rapid Response Survey	PUBMED/2014	Canadá	Caso controle	4	A
A9- STUART et al., 2014b	Opening Minds in Canada: Targeting Change	PUBMED/2014	Canadá	Caso controle	4	A
A10- GABBIDON et al., 2013	The development and validation of the Question naire on Anticipated Discrimination (QUAD)	PUBMED/2013	Inglaterra	Caso controle	4	A

Quadro 04 - Distribuição das publicações incluídas segundo o título, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, delineamento da pesquisa, nível de evidência e grau de recomendação. Caxias, MA, 2018.

Fonte: pesquisa direta

4 | DISCUSSÃO

O preconceito no atendimento aos pacientes com transtornos mentais é um fator de grande dimensão e que afeta negativamente a prestação de cuidados direcionados aos pacientes, de acordo com o estudo de Stuart et al. (2014a). Tendo em vista que a assistência ao usuário mental requer um conjunto de ações especializadas a fim

de atender à necessidade de cada indivíduo de modo humanizado, contribuindo para a redução do sofrimento mental vivido pelo paciente/família (DUDLEY et al., 2016).

Diante do exposto, ao analisar os artigos, pode-se observar que existem várias evidências que apontam os aspectos negativos que o preconceito traz às práticas assistenciais frente aos pacientes. O problema mais evidente nesse contexto é a criação de uma barreira entre o profissional e paciente, tal fato impossibilita o curso normal do atendimento e a partir desta, outras adversidades vão surgindo (LOPEZ PINO, 2015; BLEICHER; FRIRE; SAMPAIO, 2014; PASSOS; AIRES, 2013; STUART et al., 2014c; GABBIDON et al., 2013).

Conforme o estudo de Lopez Pino (2015) e Passos; Aires, em (2013), é possível constatar que o preconceito cria a falta de vínculo que deve existir entre o profissional e paciente para que aja uma troca mútua de confiança entre eles. E como consequência, ocorre a desestruturação do atendimento tornando a assistência pouco eficiente.

O medo é um problema que os profissionais apresentam dos pacientes e tal motivo encontra-se visível na corroboração de ideias entre estudos internacionais, Lopez Pino (2015), Stuart et al. (2014a), Villani e Kovess (2017), e estudos nacionais, Bleicher, Freire e Sampaio (2014), Passos e Aires (2013), onde esses profissionais afirmam que esses pacientes especialmente em situação de crises são agressivos, gerando assim o medo de serem agredidos fisicamente e/ou verbalmente. E isso se intensifica quando os profissionais têm conhecimento que esses indivíduos tiveram ou possuem contato com algum tipo de arma, especialmente armas de fogo (DUDLEY et al., 2016).

De acordo com estudos disponíveis na base de dados BIREME nos anos de 2013-2015 a falta de preparo no manejo com esses pacientes dificulta o atendimento humanizado e contribuem para a violação dos direitos desses usuários (PASSOS; AIRES, 2013; BLEICHER; FRIRE; SAMPAIO, 2014; LOPEZ PINO, 2015). E esses eventos de violência acontecem em quase todos os atendimentos e/ou contato direto com esses pacientes, e não se trata exatamente de agressões físicas, e sim de violências psicológicas que, na sua grande maioria nem são percebidas pelos profissionais que as cometem, especialmente quando o usuário deixa de fazer o que deseja, para acatar o que o profissional determina, essa atitude geralmente se justifica pela sobrecarga de trabalho (STUART et al., 2014c; CORRIGAN, 2014).

Outro ponto relevante para a discussão foi evidenciado em dois estudos nacionais: Passos e Aires (2013), Bleicher, Freire e Sampaio (2014), que destacaram as questões culturais como meio de interferência no momento do atendimento aos usuários/família, onde alguns profissionais usam o pretexto de que certos pacientes apresentam problemas de origem mística capazes de afetar o ambiente e as

peças que estão diante dos usuários, assim como problemas de caráter viral que pode passar de uma pessoa a outra gerando a contaminação ou o adoecimento em massa.

É válido mencionar o modo como a saúde clínica dos pacientes com transtornos mentais é vista e subestimada por parte de alguns profissionais, pelo fato deles comumente apresentarem alterações de ordem psíquica, o que causa comportamentos e relatos duvidosos algumas vezes e por esse motivo as queixas clínicas não são levadas a sério, assim como as queixas dos pacientes ditos “normais”. A saúde desses pacientes é em geral pior que o resto da população segundo o que afirma Lopez (2015), e Dudley et al. (2016), disponível na base de dados PUBMED.

O acesso à saúde é um direito de todos sem nenhuma distinção, mas o que ainda ocorre é uma falha nesse acesso, onde nem sempre todas as pessoas têm a mesma oportunidade e/ou tratamento, como é o caso de muitos pacientes que sofrem de algum tipo de transtorno mental, essa realidade está descrita em todos os estudos selecionados para a discussão apontando ainda que o preconceito simboliza a base de toda essa falha, representando o ponto inicial para quase todos os problemas no atendimento desses indivíduos (LOPEZ, 2015; BLEICHER; FREIRE; SAMPAIO, 2014; PASSOS; AIRES, 2013; VILLANI; KOVESS, 2017; DUDLEY et al., 2016; STUART et al., 2014a, 2014b, 2014c; CORRIGAN, 2014; GABBIDON et al., 2013).

Quanto às dificuldades vividas pelos usuários, a que mais afeta eles e a família é carregar uma imagem negativa perante a sociedade, onde a primeira ação da grande maioria das pessoas é excluir esses pacientes do domínio das atividades humanas. De acordo com o estudo de Passo e Aires (2013) esses domínios são trabalho, reprodução da sociedade, atividades lúdicas, linguagem.

E por esse motivo alguns pacientes têm vergonha de buscar ajuda em alguns equipamentos de saúde (CORRIGAN, 2014; DUDLEY et al., 2016; GABBIDON et al., 2013; VILLANI; KOVESS, 2017).

Diferente do exposto acima, estudos sequenciados de Stuart et al. (2014a) publicados no periódico “O Canadian Journal of Psychiatry / Revue Canadienne de Psychiatrie”, apontaram que há um número significativo de pacientes que mesmo diante de algumas dificuldades conseguem ter acesso a serviços de saúde, principalmente os serviços especializados, mas mesmo assim ainda existe um nível considerável de preconceito com esses usuários onde rotineiramente são rotulados por terem o transtorno e por frequentarem esses equipamentos de saúde.

Um ponto que chamou atenção no estudo de Villani e Kovess, publicado na França em 2017, foi em relação ao pouco acolhimento que os pacientes mentais encontram fora desses serviços especializados, onde muitos profissionais por não terem contato frequente com esses pacientes acabam restringindo e/ou direcionando

todos os atendimentos para dentro do CAPS, mesmo diante de casos clínicos que não tem como ser solucionados nesse tipo de instituição.

Os direitos humanos reservados a esses pacientes são comumente violados e acabam passando despercebido pelas pessoas que cometem tal desrespeito, especialmente por não conhecerem esses direitos e por acharem que o paciente não é capaz de distinguir o certo do errado como afirma o estudo Francês de Bleicher, Freire e Sampaio (2014), publicado na base de dados PUBMED.

Outro elemento com impacto negativo na vida desses pacientes é a falta de acesso ao mercado de trabalho, por que a grande maioria das empresas não abrem espaço para a inclusão desses indivíduos com a justificativa de que eles não apresentam habilidades e equilíbrio para encarar os problemas comuns a qualquer tipo de trabalho e esse problema culmina diretamente para a diminuição da autonomia e autoestima, fazendo com que esses indivíduos se sintam incapazes e desestimulados a pertencerem aos meios sociais, intensificados deste modo o isolamento social, essa ideia estar visível em estudos internacionais e brasileiro (CORRIGAN, 2014; GABBIDON et al., 2013; PASSOS; AIRES, 2013).

Outra questão de grande relevância estar descrita no estudo de Bleicher, Freire e Sampaio (2014), Dudley et al. (2016), Villani e Kovess (2017), onde fazer referência as formas de tratamentos empregadas aos usuários mentais que geralmente são oferecidos de forma involuntária as vontades do paciente/família, especialmente quando esse paciente se encontra em situações de crises psicóticas, onde a forma mais comum é a administração de altas doses fármacos em intervalos pequenos de tempo.

De acordo com o contexto apresentado nos estudos de Passos e Aires (2013), Corrigan (2014), Lopez (2015), Villani e Kovess (2017) pode-se apontar que o distanciamento dos grupos sociais e até mesmo da família é um ponto bastante delicado para a vida desses pacientes, pelo fato deles carregarem consigo a denominação de pessoas perigosas e ainda por serem considerados como um peso na vida dos outros por conta das suas limitações.

Deste modo é válido mencionar que um ou mais destes aspectos negativos no momento do atendimento já representa uma questão bastante difícil para o paciente/família, conforme Stuart et al. (2014c). Ainda nesse sentido o artigo de Bleicher, Freire e Sampaio (2014), Corrigan (2014) concordam que a exposição a experiências com caráter negativo provoca no paciente um sentimento de impotência e de reafirmação de que eles de fato são um peso para a família e/ou convívio social.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender como o preconceito e suas consequências interferem na prestação de atendimento aos pacientes mentais nos equipamentos de saúde, onde através dos resultados advindos dos artigos, é possível expor que a inaptidão de alguns profissionais, a falta de técnicas para o manejo com os usuários, falta de um olhar humanizado, a marginalização da pessoa com distúrbio mental e as limitações de insumos e infraestrutura nos serviços de saúde são elementos com forte representatividade negativa para a vida desses indivíduos.

As limitações deste estudo se devem ao fato de que poucos estudos abordam a relação do preconceito no atendimento de pacientes mentais nos serviços de saúde, uma vez que essa temática contempla um público que vem crescendo nos últimos anos. Com isso espera-se que este estudo sirva como estímulos para outros pesquisadores na busca por novas pesquisas para uma maior amplitude de conhecimentos sobre a temáticas.

O enfermeiro é fundamental nos cuidados de enfermagem frente aos usuários mentais, onde através de medidas simples, podem mudar esse cenário a qual estão inseridos esses pacientes, a tolerância e aceitação das diferenças do outro, a busca por novos conhecimentos e a integração de todas as pessoas envolvidas no atendimento a esses indivíduos certamente representam o passo mais importante para a inclusão social deles e para a prestação de uma assistência integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **GESTÃO E SOCIEDADE**, Belo Horizonte, v.5, n.11, p.121-136,2011. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org>>. Acessado em: 28 de abril de 2018.

BLEICHER, T; FREIRE, J. C; SAMPAIO, J. J. C. Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 527-543, 2014 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acessado em: 15 de março de 2018.

CORRIGAN, P. W. "ListentoTheseLessons." **The Canadian Journal of Psychiatry**, v.59, n. 10, Sup. 1, p. 6-7, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acessado em: 12 de março de 2018.

DUDLEY, M. J; ROSEN, A; ALPERS, P. A; PETERS, R. The Port Arthur massacre and the National Firearms Agreement: 20 years on, what are lessons? **Med J Aust**, v. 204, n. 10, p. 381-383, jun., 2016. Disponível em: <<https://www.mja.com.au>>. Acessado em: 12 de março de 2018.

GABBIDON, J; et al. "The Development and Validation of the Questionnaire on Anticipated Discrimination (QUAD)". **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 297, 2013. Disponível: <<http://www.biomedcentral.com>>. Acessado em: 11 de março de 2018.

KANTORSKI, L. P. ANDRADE, A. P. M. de. Assistência psiquiátrica mundo afora: práticas de resistência e garantia de direitos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.9, n.24,

p.50-72, 2017. Disponível:<www.incubadora.periodicos.ufsc.br>. Acessado em: 24 de março de 2018.

PASSOS, F. P; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org>>. Acessado em: 28 de maio de 2018.

STUART, H; et al. A “OpeningMinds in Canada: Background andRationale.” **The CanadianJournalof de Psychiatrie**, v. 59, n. 10, Sup. 1, p. 8-12, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acessado em: 12 de março de 2018.

STUART, H; et al. B “OpeningMinds in Canada: TargetingChange.” **The CanadianJournalof de Psychiatrie**, v. 59, n. 10, Sup. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acessado em: 12 de março de 2018.

STUART, H; et al. C “Stigma in Canada: ResultsFrom a Rapid Response Survey.” **The CanadianJournalof de Psychiatrie**, v. 59, n. 10, Sup. 1, p. 27-33, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acessado em: 12 de março de 2018.

ŚWITAJ, P; et al. ExploringFactors Associated withthePsychosocialImpactofStigmaAmong People withSchizophreniaorAffectiveDisorders. **CommunityMent Health J.** [online], n. 52, p. 370–378, 2016. Disponível:<www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acessado em: 12 de março de 2018.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VILLANI, M; MASFETY, V. K. Could a Short Training InterventionModifyOpinionsabout Mental Illness? A CaseStudyonFrench Health Professionals. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 133, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1296-0>>. Acessado em: 15 de março de 2018. 49

O CUIDADO FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 04/02/2020

Data da submissão: 03/11/2019

Antonia Fernanda Lopes da Silva

Farmacêutica. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9934377134156141>

Antonio Werbert da Silva Costa

Enfermeiro. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7690669367901595>

Amanda Cibelle de Souza Lima

Nutricionista. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3264594668992342>

Laisa dos Santos Medeiros

Fisioterapeuta. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3294090892470997>

Maylla Salete Rocha Santos Chaves

Fisioterapeuta. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA.

Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9836447406195525>

Maria Helena dos Santos Moraes

Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2976066443382538>

Taise Oliveira Rodrigues

Farmacêutica. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1390883466718293>

Carla Cavalcante Diniz

Farmacêutica pela Faculdade Pitágoras-Bacabal. Bacabal-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5290480147335856>

Ana Carolynne Duarte Cavalcante

Farmacêutica pela Faculdade Pitágoras-Bacabal. Bacabal-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4188833868647002>

Diego Oliveira Araújo Sousa

Farmacêutico pela Faculdade Pitágoras-Bacabal. Bacabal-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5976937936639112>

Dheyson Manoel Rodrigues Medeiros e Silva

Farmacêutico pela Faculdade Pitágoras-Bacabal. Bacabal-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7495851504494559>

RESUMO: Introdução: É crescente o uso de psicofármacos nos últimos tempo, podendo este fato estar relacionado ao aumento do número de diagnósticos dos transtornos psíquicos, novas formulações desses medicamentos no mercado e novas indicações para os produtos que já existem. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do profissional farmacêutico no cuidado aos pacientes com distúrbios psiquiátricos atendidos em um ambulatório-escola. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência do farmacêutico na prestação de cuidados aos pacientes com distúrbios psiquiátricos. Esta vivência ocorreu no período de abril a junho de 2019 no ambulatório-escola da UEMA. Este ambulatório dispõe de consultas com várias especialidades médicas e conta com profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEMA. **Relato de Experiência:** Neste ambiente percebeu-se um grande número de consultas com o psiquiatra, conseqüentemente um número elevado de prescrições contendo medicamentos psicotrópicos. Ao final de cada consulta médica os pacientes eram encaminhados ao farmacêutico, onde sua atuação foi no sentido de prestar orientações aos pacientes sobre esse tipo de tratamento, reações adversas e as possíveis interações medicamentosas com medicamentos de uso contínuo para tratamento de outras patologias. Durante as consultas farmacêuticas foi possível perceber, principalmente entre aqueles pacientes idosos que chegavam sem acompanhante, a grande dificuldade em relação ao tratamento medicamentoso e até mesmo sobre a doença, sendo a depressão e ansiedade os transtornos mais frequentes. **Conclusão:** Portanto, a inserção do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar é de extrema importância, uma vez que este profissional é qualificado e habilitado para exercer as atividades clínicas que resultam na promoção do uso racional de medicamentos e maior adesão à terapia farmacológica, melhorando assim, a qualidade de vida dos seus pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Cuidados farmacêuticos; Psicofármacos.

PHARMACEUTICAL CARE IN MENTAL HEALTH: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: The use of psychotropic drugs is increasing in recent times, and this fact may be related to the increasing number of diagnoses of psychic disorders, new formulations of these drugs in the market and new indications for products that already exist. **Objective:** This paper aims to report the experience of the pharmaceutical

professional in the care of patients with psychiatric disorders treated at a school outpatient clinic. **Methodology:** This is an experience report about the pharmacist's experience in providing care to patients with psychiatric disorders. This experience occurred from April to June 2019 at the UEMA Outpatient School. This outpatient clinic has consultations with various medical specialties and has resident professionals from the UEMA Multiprofessional Family Health Residency Program. **Experience report:** In this environment there was a large number of consultations with the psychiatrist, consequently a high number of prescriptions containing psychotropic drugs. At the end of each medical appointment, the patients were referred to the pharmacist, where their role was to provide guidance to patients about this type of treatment, adverse reactions and possible drug interactions with continuous use medications to treat other conditions. During the pharmaceutical appointments, it was possible to notice, especially among those elderly patients who arrived without a companion, the great difficulty regarding drug treatment and even about the disease, being depression and anxiety the most frequent disorders. **Conclusion:** Therefore, the insertion of the pharmaceutical professional in the multidisciplinary team is extremely important, since this professional is qualified and qualified to perform the clinical activities that result in the promotion of rational use of medicines and greater adherence to pharmacological therapy, thus improving the quality of life of their patients.

KEYWORDS: Mental health; Pharmaceutical Care; Psychopharmaceuticals.

1 | INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população, provavelmente ocorrerá o aumento das doenças, sendo que os transtornos mentais estão entre as quatro principais doenças que geram incapacidades no mundo. Este fato corrobora a necessidade de uma atenção cada vez maior dos órgãos públicos e dos profissionais de saúde em relação à Saúde Mental. Além do envelhecimento da população, o tipo de vida, os hábitos alimentares, e o abuso do uso de substâncias químicas tende a gerar alterações neurológicas que podem elevar ainda mais o número de casos de distúrbios mentais na população mundial (BIZ, 2018).

As doenças mentais sempre foram cercadas de mistérios e apreensão. Na Idade Antiga estas pessoas eram consideradas “iluminadas” e com poderes sobrenaturais; na Idade Média pessoas que experimentavam um castigo divino; e, na atualidade, por não serem ainda entendidos, são relegados ao esquecimento. A Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram uma tentativa de mudar este quadro, porém ainda existe muito a ser feito para atender de forma adequada estes pacientes (BIZ, 2018).

Nos CAPS são realizados diversos procedimentos voltados ao paciente com distúrbios mentais, dentre eles o acompanhamento clínico e assistência voltada

à reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Nesse contexto, o CAPS promove diferentes atividades para o tratamento, que incluem atendimento individual, com aporte de tratamento medicamentoso e psicoterápico, atividades grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias (BRASIL, 2004; ZANETTI, 2017).

Os psicofármacos são os medicamentos disponíveis para o tratamentos dos transtornos mentais, que por definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) são fármacos que atua no sistema nervoso e produzem alterações de comportamento, humor e cognição, podendo desencadear dependência física e psíquica (OMS, 2017).

Segundo Leonardo et al., (2017) vem sendo observado o crescente uso de psicofármacos, podendo este fato estar relacionado ao aumento do número de diagnósticos dos transtornos psíquicos, novas formulações desses medicamentos no mercado e novas indicações para os produtos que já existem. Nesse sentido, cabe ao farmacêutico a função de promover o uso racional dessa classe de medicamentos entre essa população, além de orientar familiares e cuidadores.

Portanto o objetivo deste trabalho é relatar a experiência do profissional farmacêutico no cuidado aos pacientes com distúrbios psiquiátricos atendidos em um ambulatório-escola.

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência sobre a vivência do profissional farmacêutico na prestação de cuidados aos pacientes com distúrbios psiquiátricos. Esta vivência ocorreu no período de abril a junho de 2019 no ambulatório-escola da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Este ambulatório dispõe de consultas com vários profissionais médicos e enfermeiros que compõem o quadro docente dos cursos de saúde da UEMA, dentre estes profissionais há a atuação do profissional psiquiatra, realizando em torno de oito atendimentos em um dia da semana. O ambulatório conta ainda, com profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEMA, dentre estes profissionais insere-se o profissional farmacêutico.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

A residência em saúde da família permite que os profissionais atuem no nível primário de atenção à saúde, no entanto, fazemos ainda um “rodízio” em outros

níveis de atenção. No ambulatório-escola os residentes atuam na realização de consultas e atividades de educação em saúde. Neste ambiente percebeu-se um grande número de consultas com o psiquiatra, conseqüentemente um número elevado de prescrições contendo medicamentos psicotr6picos, sendo a procura realizada por uma popula77o de variadas faixas et6rias.

Os psicof6rmacos associados 6 terap6utica psiqui6trica s6o os tratamentos de escolha na maioria destes dist6rbios psiqui6tricos. Por6m, 6 uma classe de medicamentos que apresenta um grande n6mero de efeitos indesejados e intera77oes medicamentosas (BIZ *et al.*, 2018). Devido a isso 6 de extrema import6ncia a atua77ao do farmac6utico junto 6 esses pacientes, pois este 6 um profissional habilitado para identificar e prevenir erros relacionado aos medicamentos.

Ao final de cada consulta m6dica os pacientes eram encaminhados para atendimento farmac6utico, onde sua atua77ao foi no sentido de identificar Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), prestar orienta77oes aos pacientes sobre o tratamento, o melhor hor6rio para ser administrado, as rea77oes adversas e as poss6veis intera77oes medicamentosas com medicamentos de uso cont6nuo para tratamento de outras patologias.

Durante os atendimentos farmac6uticos foi poss6vel perceber, principalmente entre aqueles pacientes idosos que chegavam sem acompanhante, a grande dificuldade em rela77ao ao tratamento medicamentoso e at6 mesmo sobre a doen77a, sendo a depress6o e ansiedade os transtornos mais frequentes. Foram identificados v6rios problemas durante a farmacoterapia, como tomar em diversos hor6rios, dessa maneira n6o seguia a posologia corretamente, assim como o desconhecimento de alguns pacientes sobre os riscos de intera77oes com o uso de 6lcool. Foi observado ainda uma intensa preocupa77ao em renovar a receita, pois j6 est6o dependentes do medicamento para a realiza77ao das atividades di6rias.

A maioria dos pacientes s6o buscavam o tratamento medicamentoso por acreditar que s6o ele seria eficaz, deixando de realizar outras formas de tratamento que auxiliam na recupera77ao da doen77a, como a psicoterapia.

Muitos pacientes saiam do consult6rio m6dico ainda com muitas d6vidas, relatando o medo e a inseguran77a de iniciar o tratamento, neste momento era realizado uma conversa com o paciente e explicado os benef6cios de aderir 6 farmacoterapia, com isso eles se sentiam mais seguros para continuar a terapia medicamentosa.

Indiv6duos com transtornos mentais e em uso de psicotr6picos t6m, comumente, dificuldade em seguir o regime terap6utico proposto e apresentam alto risco de desenvolver problemas relacionados a medica77ao (ZANELLA; AGUIAR; STORPITIS, 2015).

Para a Organiza77ao Mundial de Sa77de (OMS, 2003), ades6o ao tratamento

refere-se à extensão com que os pacientes aceitam e seguem as recomendações de médicos ou de outros profissionais de saúde em relação ao uso de um determinado medicamento ou terapia medicamentosa.

Além das orientações, foram entregues calendários posológicos para os pacientes, com anotação dos horários e medicamentos a serem tomados e folders com informações educativas sobre higiene do sono e alimentação saudável, visto que esses fatores influenciam na qualidade de vida das pessoas portadoras desses transtornos.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a inserção do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar é de extrema importância, uma vez que este profissional é qualificado e habilitado para exercer as atividades clínicas que culminam na promoção do uso racional de medicamentos e favorecendo assim, adesão à terapia farmacológica e melhorando a qualidade de vida dos seus pacientes.

REFERÊNCIAS

BIZ, Carla Vanessa do Nascimento Ferreira et al. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL. **Semioses**, v. 12, n. 4, p. 145-162, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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.

LEONARDO, Beatriz Cornélio et al. Prevalência de Transtornos Mentais e Utilização de Psicofármacos em Pacientes Atendidos em um Ambulatório médico de Especialidades. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 2, p. 39-52, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. Adesão a terapias de longo prazo: evidências para ação. 2003.

ZANELLA, Carolina Gomes; AGUIAR, Patrícia Melo; STORPIRTIS, Sílvia. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 325-332, 2015.

ZANETTI, Laura Lorenzini et al. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Scientia Medica**, v. 27, n. 4, p. 5, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Diffusion of EHealth: Making Universal Health Coverage Achievable: Report of the Third Global Survey on EHealth**. World Health Organization, 2017.

O ESTRESSE PSICOLÓGICO GERADO PELO PRIMEIRO CONTATO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM O CADÁVER

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 11/11/2019

Regional Jataí

Jataí, Goiás

<http://lattes.cnpq.br/8767578610764666>

Luciana Ruivo Dantas

UFG-REJ Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Jataí – GO

<http://lattes.cnpq.br/3949850047316913>

Lucas Tavares Silva

UFG-REJ Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Jataí – GO

<http://lattes.cnpq.br/9464491027998819>

João Victor Oliveira de Souza

UFG-REJ Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Jataí, Goiás

<http://lattes.cnpq.br/3499677399652908>

Vitória Moraes de Campos Belo

UFG-REJ Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Jataí, Goiás

<http://lattes.cnpq.br/6935668993133625>

Igor Gabriel Silva Oliveira

UFG-REJ Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Jataí, Goiás

<http://lattes.cnpq.br/7668443346872059>

Edlaine Faria de Moura Villela

UFG-REJ Universidade Federal de Goiás

RESUMO: O contato com todas as diversas temáticas acadêmicas envolve não apenas a extensa aplicação de horas em estudo teórico mas também as atividades práticas, dentre estas, a anatomia, que se apoia nos sentidos humanos para a sua consolidação. A vivência individual de cada um e a sensibilidade aos fatos que ocorrem durante os estudos anatômicos influenciam diretamente na intensidade do estresse induzido por essas atividades. O apoio psicológico tem papel fundamental na preparação e prevenção de um alto estresse traumático sem violar a sensibilidade humana inerente a profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Anatomia, Medicina, Saúde Mental.

THE PSYCHOLOGICAL STRESS CAUSED
BY THE FIRST CONTACT OF MEDICAL
STUDENTS WITH THE CORPSE

ABSTRACT: The contact with all the various academic themes involves not only the extensive

application of hours in theoretical study but also the practical activities, among these, the anatomy, which is based on the human senses for its consolidation. The individual experience of each one and the sensitivity to facts that occur during anatomical studies directly influence the intensity of stress induced by these activities. Psychological support has a fundamental role in the preparation and prevention of high traumatic stress without violating the human sensitivity inherent to the profession.

KEYWORDS: Anatomy, Medicine, Mental Health.

1 | INTRODUCTION

The initial encounter of the medical student with the cadaver generates psychological stress in the anatomy study. It is important to prepare the student prior to the practical classes.

2 | OBJECTIVES

The objective of the study is to analyze the sensitivity of the medical student to the first contact with anatomical pieces and the possible ways to reduce the trauma and strangeness generated by the visualization of the cadaver.

3 | RESULTS

The anxiety of seeing, for the first time, a dead and preserved individual can lead to intense emotions. Class seven of UFG-REJ Jataí Medicine did not get preparation before the practical classes. There was the thought that maybe medicine would not be the ideal course for someone who feels anguish seeing a cadaver. The shame of a possible syncope during the first class caused fear. After the first contact, some reported questioning who those individuals were and how they ended up there. They asked if they were indigent, what was the cause of death. if they had children, imagining how traumatic it would be for a son to meet his father there, in the laboratory, Fetus sensitizes even more. Many avoided eating some foods during lunch for weeks, such as chicken thigh and thigh, since the visualization of the structure of the bones together with the meat is more similar to the anatomical pieces studied. The smell of butchery and the preparation of certain meats, such as ground meat, caused nausea. Knowing some abnormalities in certain pieces also made some people question themselves about the health and possible diseases of the individual. Despite this, few shared the psychological stress. The fear of assuming such disorders is associated with the rhetorical question already trivialized: "But didn't you know you would deal with it when you chose the course?"

4 | CONCLUSIONS

It is concluded that the gradual preparation and psychological support to the students before the anatomy classes is fundamental in order to minimize the vulnerability and psychological stress caused by the first contact with the corpse.

1 | INTRODUÇÃO

O contato inicial do estudante de medicina com o cadáver gera um estresse psicológico no estudo de anatomia. É importante preparar o aluno anteriormente às aulas práticas.

2 | OBJETIVOS

O objetivo do trabalho é analisar a sensibilidade do estudante de medicina diante do primeiro contato com peças anatômicas e as possíveis formas de diminuir o trauma e a estranheza gerados pela visualização do cadáver.

3 | RESULTADOS

A ansiedade de se ver, pela primeira vez, um indivíduo morto e conservado pode levar a intensas emoções. A turma sete de Medicina da UFG-REJ Jataí não recebeu preparo antes das aulas práticas. Houve o pensamento de que talvez a medicina não seria o curso ideal para alguém que sente angústia vendo um cadáver. A vergonha de uma possível síncope durante a primeira aula causou medo. Após o contato inicial, alguns relataram se questionar quem eram aquelas indivíduos e como foram parar ali. Perguntaram se eram indigentes, qual a causa de morte, se eles tinham filhos, imaginando quão traumático seria para um filho encontrar com o pai ali, na laboratório, Fetos sensibilizam mais ainda. Muitos evitaram comer alguns alimentos durante o almoço por semanas, como coxa e sobrecoxa de frango, já que a visualização da estrutura dos ossos juntamente à carne se assemelha mais às peças anatômicas estudadas. Cheiros diversos como o de açougue e da preparação de certas carnes, como a moída, provocaram náusea. Conhecer algumas anormalidades em certas peças também fez algumas pessoas se questionarem quanto à saúde e possíveis doenças do indivíduo. Apesar disso, poucos compartilhavam o estresse psicológico. O medo de assumir tais perturbações é associado à pergunta retórica já banalizada: “Mas você não sabia que iria lidar com isso quando escolheu o curso?”

4 | CONCLUSÕES

Conclui-se ser fundamental a preparação gradativa e o apoio psicológico aos estudantes anteriormente às aulas práticas de anatomia, a fim de minimizar a vulnerabilidade e o estresse psicológico causado pelo primeiro contato com o cadáver.

REFERÊNCIAS

BASTOS, L.A.M.; PROENÇA, M. A. **A prática anatômica e a formação médica.** Rev Panam Salud Publica, v. 7, n. 6, 2000.

TSCHERNIG, T.; SCHLAUD, M.; PABST, R. **Emotional reactions of medical students to dissecting human bodies: A conceptual approach and its evaluation.** The Anatomical Record, v. 262, n. 1, Dec. 2002.

PSICOBÍÓTICOS NA SAÚDE MENTAL CONTRA TRANSTORNO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Data de aceite: 04/02/2020

Karina Teixeira Magalhães-Guedes

Departamento de Análises Bromatológicas,
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal
da Bahia (UFBA), Rua Barão of Geremoabo,
s/n, Ondina, CEP: 40171-970, Salvador, BA,
Brasil. E-mail: karynamagat@gmail.com; karina.
guedes@ufba.br

Talita Andrade da Anunciação

Departamento de Análises Bromatológicas,
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal
da Bahia (UFBA), Rua Barão of Geremoabo, s/n,
Ondina, CEP: 40171-970, Salvador, BA, Brasil.
E-mail: tali.anunciacao@hotmail.com

Alessandra Souza Marques do Nascimento

Departamento de Análises Bromatológicas,
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal
da Bahia (UFBA), Rua Barão of Geremoabo, s/n,
Ondina, CEP: 40171-970, Salvador, BA, Brasil.
E-mail: alle_bloon@hotmail.com

RESUMO: Os psicobióticos são um grupo de microrganismos probióticos que afetam as funções relacionadas ao sistema nervoso central mediadas pelo eixo intestinal-cérebro através de vias imunológicas, humorais, neurais e metabólicas, para melhorar não apenas a função gastrointestinal, mas também a capacidade antidepressiva e ansiolítica. A aplicação de psicobióticos levou os

pesquisadores a se concentrarem em uma nova área da neurociência. Nos últimos cinco anos, foi relatado que algumas cepas microbianas de psicobióticos inibem os níveis de inflamação no organismo, resultando em uma melhoria dos sintomas de ansiedade e depressão. São necessários estudos futuros *in vivo* de diferentes linhagens psicobióticas para determinar sua eficácia e mecanismo como tratamentos de ansiedade e depressão.

PALAVRAS-CHAVE: Psicobióticos, Probióticos, Eixo intestino-cérebro.

PSYCHIOBIOTICS IN MENTAL HEALTH AGAINST ANXIETY AND DEPRESSION DISORDER

ABSTRACT: Psychobiotics are a group of probiotics microorganismis that affect the central nervous system related functions mediated by the gut-brain-axis via immune, humoral, neural, and metabolic pathways to improve not only the gastrointestinal function but also the antidepressant and anxiolytic capacity. The application of psychobiotics has led researchers to focus on a new area of neuroscience. In the past five years, some psychobiotics microbial strains were reported to inhibit inflammation levels in organism, resulting in an amelioration

of the symptoms of anxiety and depression. Further in vivo studies of psychobiotics strains are needed in order to determine into their effectiveness and mechanism as treatments of anxiety and depression.

KEYWORDS: Psychobiotics, Probiotics, Intestine-brain axis

1 | INTRODUÇÃO

O intestino humano contém 10^{14} microrganismos, um valor que é 100 vezes maior que o número de células no corpo humano (GILL et al., 2006). Foi relatado que a microbiota intestinal está envolvida em vários processos fisiológicos, incluindo imunomodulação, balanço energético e ativação do sistema nervoso entérico (TURNBAUGH et al., 2006; SARKAR et al., 2016). O perfil de microbiota do indivíduo é controlado por fatores como dieta, genética, sexo e idade. A microbiota desempenha papéis críticos na saúde humana. Em particular, a disbiose da microbiota intestinal está correlacionada com várias doenças do sistema nervoso central. Por exemplo, menor número de *Bifidobacterium* spp. e/ou *Lactobacillus* spp. Resulta em indivíduos com maior transtorno depressivo (AIZAWA et al., 2016; WALLACE & MILEV, 2017).

Além disso, a desregulação da microbiota intestinal aumenta o risco de desenvolver a transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (SUCKSDORFF et al., 2015; CENIT et al., 2017). A evidência da comunicação do eixo microbiota-intestino-cérebro pode ser encontrada a partir da relação entre disbiose intestinal com distúrbios gastrointestinais funcionais e distúrbios do sistema nervoso central (CARABOTTI et al., 2015).

Novas linhagens de probióticos são dignas de estudos futuros para elucidar seu potencial psicobiótico, particularmente em distúrbios. Nesta revisão foi elucidado as possíveis aplicações de psicobióticos em distúrbios da ansiedade e depressão e sugerimos possíveis direções para pesquisas futuras *in vivo*.

2 | PSICOBIOÓTICOS

Em 2013, Dinan e colaboradores definiram o termo “psicobióticos” “Como uma nova classe de probióticos que sugerem potenciais aplicações no tratamento de doenças psiquiátricas (DINAN et al., 2013). A maioria da pesquisa psicobiótica é realizada usando estudos com animais que induzem estresse e conduzem testes comportamentais a roedores para avaliar motivação, ansiedade e depressão (SARKAR et al., 2016). Psicobióticos podem regular os neurotransmissores e proteínas, incluindo ácido gama-aminobutírico, serotonina, glutamato e fator neurotrófico derivado do cérebro, que desempenham papéis importantes no controle

do sistema neural, equilíbrio excitatório-inibitório, humor, funções cognitivas, processos de aprendizagem e memória (LU et al., 2008; MARTINOWICH & LU, 2008).

Sudo e colaboradores descreveram um papel crucial do efeito da microbiota em funções da hipófise eixo adrenal. O estresse, mesmo leve, induz a liberação excessiva de corticosterona e adrenocorticotrópica (SUDO et al., 2004). Além disso, as citocinas pró-inflamatórias diminuem o nível de serotonina, o que leva a problemas psiquiátricos e condições como depressão (SILVERMAN et al., 2012). Algumas cepas de *Lactobacillus* spp. e *Bifidobacterium* spp., como *Lactobacillus brevis*, *Bifidobacterium dentium* e *Lactobacillus plantarum* produzem serotonina (O'MAHONY et al., 2015). Além disso, cepas de *Lactobacillus*, como *L. plantarum* e *L. odontolyticus* produzem acetilcolina (ROSHCHINA, 2016). Recentemente, verificou-se que a síntese de serotonina no intestino pode ser regulada por microrganismos (SILVERMAN et al., 2012; O'MAHONY et al., 2015; ROSCHINA, 2016). Portanto novas cepas probióticas são dignas de estudos para elucidar seu potencial psicobiótico, particularmente em distúrbios psiquiátricos.

A microbiota intestinal é modificada e evolui desde o nascimento, passando de um estado imaturo em recém-nascidos, durante a infância para um ecossistema mais complexo e diversificado na idade adulta. O desequilíbrio microbiano intestinal pode gerar consequências negativas sobre a saúde do hospedeiro, levando a distúrbios gastrointestinais, imunológicos e neurológicos. Neste contexto, diferentes linhagens de psicobióticos foram utilizadas com sucesso como alimentos para melhorar a saúde do hospedeiro, modulando o ecossistema microbiano intestinal, melhorando comportamento intestinal do hospedeiro (ROSS, 2017).

Os nutrientes consumidos, como vitaminas, aminoácidos, fibras dentre outros bioativos, podem ser metabolizados por microrganismos psicobióticos presentes no microbioma intestinal e convertidos no lúmen intestinal para moléculas biologicamente ativas, incluindo ácidos graxos de cadeia curta, aminas biogênicas e outros metabólitos derivados de aminoácidos, como serotonina, triptofano ou ácido gama-aminobutírico. Esses metabólitos microbianos podem afetar as funções fisiológicas do hospedeiro, como o sistema imunológico e/ou o sistema cardiovascular ou nervoso central (HEMARAJATA et al., 2013).

3 | EIXO INTESTINO-CÉREBRO

De acordo com estudos, o interesse na conexão entre a saúde intestinal e o bem-estar psicológico recebeu o nome de “Eixo do Intestino-Cérebro”, que é um sistema regulatório bidirecional envolvendo o cérebro, o sistema nervoso central e

o intestino (KONTUREK et al., 2011). O intestino e o cérebro mandam e recebem informações por meio do sistema nervoso entérico, através de caminhos neurais como o sistema simpático eferente e o nervo vago aferente, assim como através da corrente sanguínea. O sistema nervoso entérico também influencia funções do trato gastrointestinal, do pâncreas e da vesícula biliar, ligados à imunidade, a função endócrina e ao sistema nervoso, tal como a regulação do comportamento humano (BERCIK et al., 2012).

Embora as interações do cérebro, intestino e microbioma sejam multifatoriais e ainda não esclarecidas completamente, o sistema eixo cérebro-intestino funciona como um canal de comunicação entre a microbiota e o cérebro (KONTUREK et al., 2011). O eixo cérebro-intestino proporciona uma via de comunicação bidirecional que, se houver desregulação pode ocasionar diversas consequências fisiopatológicas. Este eixo é regulado nos níveis neural, hormonal e imunológico. A modulação da função do eixo cérebro-intestino está associada a alterações específicas na resposta ao estresse e no comportamento em geral (KONTUREK et al., 2011). Figura 1 mostra o mecanismo “Eixo do Intestino-Cérebro”.

Diversas vias aferentes ou eferentes estão envolvidas no eixo Microbiota-Intestino-Cérebro. Antibióticos, agentes ambientais e infecciosos, neurotransmissores e neuromoduladores intestinais, fibras vagais sensoriais, citosinas e metabólitos essenciais, transmitem informações sobre o estado intestinal para o sistema nervoso central. Tais interações parecem influenciar a

patogênese de uma série de distúrbios em que a inflamação é implicada, como transtorno do humor, stress e depressão (PETRA et al, 2015).

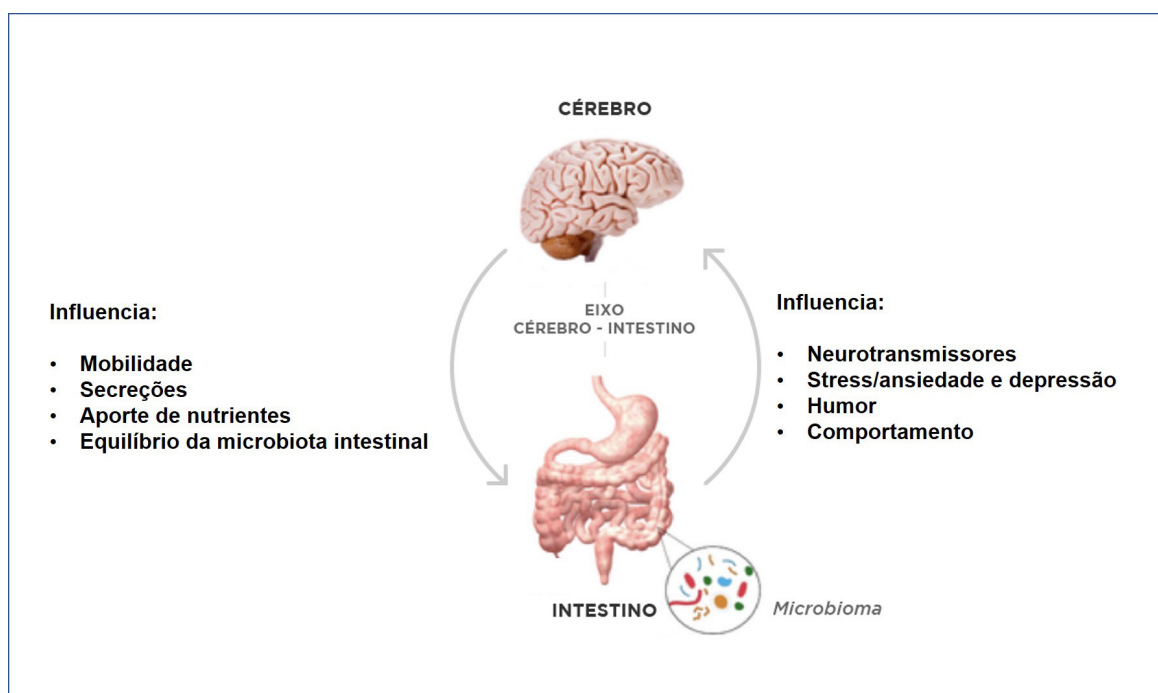


FIGURA 1: Sistema “Eixo do Intestino-Cérebro”. Figura criada pelos autores

4 | AÇÃO DOS PSICOBÍÓTICOS NA SAÚDE MENTAL

A boa saúde mental representa um status mental de bem-estar psicológico (DINAN et al., 2013). Proposto por Dinan e colaboradores, a aplicação de psicobióticos pode exigir uma estratégia de precisão para direcionar comportamentos de ansiedade e depressão (DINAN et al., 2013). Um crescente conjunto de evidências mostrou que os psicobióticos têm o efeito psicotrópico na depressão, ansiedade e stress (DINAN et al., 2013). Várias linhagens de probióticos foram relatadas como psicobióticas de acordo com estudos em animais (LIU et al., 2016). A administração de *Lactobacillus plantarum* PS128 (PS128) reduziu comportamentos de ansiedade e depressão de ratos. A linhagem PS128 diminuiu significativamente a inflamação e níveis de corticosterona. Notavelmente, a administração da linhagem PS128 aumentou significativamente os níveis de dopamina e serotonina em córtex pré-frontal e estriado, comparado com o controle camundongos (LIU et al., 2016). A administração da linhagem *Lactobacillus helveticus* NS8 reduziu a ansiedade, a depressão e as disfunção intestinal. Além disso, *L. helveticus* NS8 aumentou os níveis de serotonina, noradrenalina e neurotróficos derivados do cérebro (LIANG et al., 2015). Usando a cepa *Bifidobacterium longum* 1714, foi constatado a diminuição do stress, a depressão e comportamentos de ansiedade (SAVIGNAC et al., 2014). O *Lactobacillus rhamnosus* (JB-1) poderia diminuir a ansiedade e depressão. Em particular, a ingestão da linhagem JB-1 leva a reduzir a corticosterona plasmática (BRAVO et al., 2011). A administração da linhagem *Bifidobacterium longum* NCC3001 foi eficaz no tratamento da ansiedade (SAVIGNAC et al., 2014).

Além de estudos com animais promissores, várias pesquisas encontraram efeitos positivos dos probióticos na saúde mental em humanos. Voluntários saudáveis aos quais foi administrado *Bifidobacterium longum* 1714 por 4 semanas exibiram ansiedade reduzida e memória aprimorada (ALLEN et al., 2013). Um controle randomizado, duplo-cego, controlado por estudo investigou os efeitos do iogurte probiótico (*Lactobacillus acidophilus* LA5 e *Bifidobacterium lactis* BB12) e cápsulas probióticas (*Lactobacillus casei*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Bifidobacterium Bifidobacterium longum* e *Streptococcus thermophilus*) em trabalhadores petroquímicos. Os psicobióticos foram administrados em população de 10^9 UFC/mL em 16, 21 e 28 dias, observando a redução de níveis de ansiedade e depressão (MOHAMMADI et al., 2016). Pacientes usando ambos os probióticos (cápsulas de iogurtes probióticos) exibiram melhores parâmetros de saúde, avaliando a ansiedade e depressão (MOHAMMADI et al., 2016).

Alguns estudos clínicos em andamento estão investigando os efeitos suplementos probióticos (*L. plantarum* PS128, *L. plantarum* 299v, *L. rhamnosus*

GG, Bifihappy, Vivomixx®, Probio’Stick, etc.) sobre depressão e ansiedade (MOHAMMADI et al., 2016). Esses estudos avaliarão o estado de inflamação, estresse e humor dos receptores. Aproximadamente 95% da serotonina formada é derivada de células intestinais de enterocromafina e neurônios, que está associado à regulação da secreção gastrointestinal. Além disso, as vias cerebrais da serotonina estão envolvidas na regulação da cognição e do humor (SAVIGNAC et al., 2014; MOHAMMADI et al., 2016). Portanto, as vias disfuncionais da serotonina podem contribuir com a diminuição dos distúrbios gastrointestinais e melhora do humor. Apesar de estudos mencionados demonstraram algumas evidências promissoras em relação às perspectivas potenciais de psicobióticos, os dados de pesquisas com humanos, permanecem limitados. Estudos clínicos adicionais são necessários nesta área.

5 | CONCLUSÃO

Um número crescente de relatórios surgiu e forneceu evidência dos efeitos dos psicobióticos nos distúrbios psiquiátricos. Algumas linhagens microbianas probióticas podem melhorar as funções do sistema “Eixo do Intestino-Cérebro”, incluindo humor, ansiedade, depressão e resposta ao stress, mediada pela modulação da inflamação e neurotransmissores. Tratamentos psicobióticos poderia ser uma estratégia promissora para melhorar a qualidade de vida para pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade e depressão. Mais estudos nesta área são necessários para determinar a eficácia e os mecanismos dos psicobióticos, para que os estes sejam considerados como terapia alternativa para a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AIZAWA, E., et al. Possible association of Bifidobacterium and *Lactobacillus* in the gut microbiota of patients with major depressive disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 202, p. 254e7, 2016.
- ALLEN, A. P., et al. Bifidobacterium longum 1714 as a translational psychobiotic: modulation of stress, electrophysiology and neurocognition in healthy volunteers. **Translational Psychiatry**, p. 6:e939, 2016.
- BERCIK, P., COLLINS, S. M., VERDU, E. F. **Microbes and the gut-brain axis. Neurogastroenterol Motil.** v. 24, n. 5, p. 405–413. [PubMed], 2012.
- BRAVO, J. A., et al. Ingestion of Lactobacillus strain regulates emotional behavior and central GABA receptor expression. in a mouse via the vagus nerve. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 108, p. 16050e5, 2011.
- CARABOTTI, M., SCIROCCO, A., MASELLI, M. A., SEVERI, C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. **Annals of Gastroenterology**, v. 28, p. 203e9, 2015.

- CENIT, M. C., NUEVO, I. C., CODONER-FRANCH, P., DINAN, T. G., SANZ, Y. Gut microbiota and attention deficit hyperactivity disorder: new perspectives for a challenging condition. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 26, p. 1081e92, 2017.
- DINAN, T. G., STANTON, C., CRYAN, J. F. Psychobiotics: a novel class of psychotropic. **Biological Psychiatry**, v. 74, p. 720e6, 2013.
- GILL, S. R., et al. Metagenomic analysis of the human distal gut microbiome. *Science*, v. 312, p. 1355e9, 2006.
- HEMARAJATA, P., VERSALOVIC, J. Effects of probiotics on gut microbiota: mechanisms of intestinal immunomodulation and neuromodulation. Therapeutic. **Advances in Gastroenterology**, v. 6, Issue 1, 2013.
- KONTUREK, P. C., BRZOZOWSKI, T., KONTUREK, S. J. Stress and the gut: Pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach, and treatment options. **Journal of Physiology and Pharmacology**, v. 62, n. 6, p. 591–599, 2011.
- LIANG, S., et al. Administration of *Lactobacillus helveticus* NS8 improves behavioral, cognitive, and biochemical aberrations caused by chronic restraint stress. **Neuroscience**, v. 310, p. 561e77, 2015.
- LIU, Y. W., et al. Psychotropic effects of *Lactobacillus plantarum* PS128 in early life-stressed and naive adult mice. **Brain Research**, v. 1631, p. 1e12, 2016.
- LU, Y., CHRISTIAN, K., LU, B. BDNF: a key regulator for protein synthesis-dependent LTP and long-term memory? **Neurobiology of Learning and Memory**, v. 89, p. 312e23, 2008.
- MARTINOWICH, K., LU, B. Interaction between BDNF and serotonin: role in mood disorders. **Neuropsychopharmacology**, v. 33, p. 73e83, 2008.
- MOHAMMADI, A. A., et al. The effects of probiotics on mental health and hypothalamic-pituitary-adrenal axis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in petrochemical workers. **Nutritional Neuroscience** v. 19, p. 387e95, 2016.
- O'MAHONY, S. M., CLARKE, G., BORRE, Y. E., DINAN, T. G., CRYAN, J. F. Serotonin, tryptophan metabolism and the brain-gut-microbiome axis. **Behavioural Brain Research**, v. 277, p. 32e48, 2015.
- PETRA, A. I., et al. **Theoharidesa Gut-microbiota-brain axis and effect on neuropsychiatric disorders with suspected immune dysregulation**. *Clinical Therapeutics*, v. 37, Issue 5, p. 984–995, 2015.
- ROSS, S. M., et al. Microbiota in Neuropsychiatry, Part 3 Psychobiotics as Modulators of Mood Disorders. **Holistic Nursing Practice**, v. 31 - Edição 4, 2017.
- ROSHCHINA, V. V. New trends and perspectives in the evolution of neurotransmitters in microbial, plant, and animal cells. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v. 874, p. 25e77, 2016.
- SAVIGNAC, H. M., KIELY, B., DINAN, T. G., CRYAN, J. F. Bifidobacteria exert strain-specific effects on stress-related behavior and physiology in BALB/c mice. **Journal of Neurogastroenterology and Motility**, v. 26, p. 1615e27, 2014.
- SARKAR A, et al. Psychobiotics and the manipulation of bacteria-gut-brain signals. **Trends in Neurosciences**, v. 39, p. 763e81, 2016.
- SILVERMAN, M. N., STERNBERG, E. M. Glucocorticoid regulation of inflammation and its functional correlates: from HPA axis to glucocorticoid receptor dysfunction. **Annals of the New York**

Academy of Sciences, v. 1261, p. 55e63, 2012.

SUCKSDORFF, M., et al. Preterm birth and poor fetal growth as risk factors of attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**, v. 136, p. e599e608, 2015.

SUDO, N., et al. Postnatal microbial colonization programs the hypothalamic-pituitary-adrenal system for stress response in mice. **Journal of Physiology**, v. 558, p. 263e75, 2004.

TURNBAUGH PJ, et al. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. **Nature**, v. 444, p. 1027e31, 2006.

WALLACE, C.J.K., MILEV, R. The effects of probiotics on depressive symptoms in humans: a systematic review. **Annals of General Psychiatry**, p. 16-14, 2017.

REALIDADE VIRTUAL NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM AVC: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 04/02/2020

Débora Fernanda de Sousa Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES
UNITA
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4321960359959511>

Geanna Gabriela de Almeida Nascimento

Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES
UNITA
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8235373487196611>

Jéssyka Marques da Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES
UNITA
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9246511079357504>

Laura Lemos de Oliveira Neri

Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES
UNITA
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6952938701788001>

Dreyziallye Vila Nova Mota

Centro Universitário Maurício de Nassau,
UNINASSAU
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0502083958870959>

Lícia Vasconcelos Carvalho da Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES
UNITA
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9634764714260061>

Laura Bezerra de Araújo

Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES
UNITA
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3135970529398710>

Vanessa Justino Santos Duarte

Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES
UNITA
Caruaru-PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1040742073230483>

RESUMO: Introdução. O acidente vascular cerebral (AVC) é um distúrbio neurológico com grande prevalência e que pode causar incapacidade temporária ou definitiva. Entre as atualidades tecnológicas que acrescentam no tratamento convencional e que visam melhorar a funcionalidade dos pacientes está a realidade virtual (RV) caracterizada pela elaboração de um ambiente virtual, com três dimensões, no qual, o paciente vai receber estímulos táteis, auditivos e sensoriais transmitindo o máximo de realidade. **Objetivo.** Pesquisar na literatura os efeitos da reabilitação através da realidade virtual em pacientes que sofreram AVC. **Métodos.** Trata-se de uma revisão de literatura, no qual, foram analisados artigos científicos relacionados ao tema na língua portuguesa e inglesa, nos

últimos 10 anos. Foram pesquisados artigos a partir do seguinte tema: realidade virtual e acidente vascular encefálico, na base de dados Lilacs e Medline. As palavras-chaves utilizadas foram realidade virtual, reabilitação virtual, gameterapia, acidente vascular encefálico. **Resultados e Discussão.** Foram encontrados 5 artigos na base de dados lilacs, sobretudo, um foi excluído por se tratar de uma revisão sistemática e outro por baixa qualidade metodológica. Na base de dados Medline foram encontrados 18 artigos, 9 foram excluídos por baixa qualidade metodológica. Os artigos trazem a comprovação da eficácia do tratamento de pacientes com AVC, promovendo melhor funcionalidade e diminuindo as seqüelas. Foi observado que os pacientes apresentaram melhora no equilíbrio, no padrão postural, na função dos membros superiores, na motricidade e diminuição do pico de velocidade durante os movimentos. **Conclusão.** De acordo com os estudos encontrados podemos afirmar que é um recurso relevante no tratamento fisioterapêutico, pois a utilização da realidade virtual juntamente com a fisioterapia convencional é positiva e traz resultados significantes na melhora da funcionalidade e cognição dos pacientes com AVC, além de contribuir com o seu envolvimento em atividades e sua participação diante da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Realidade Virtual; Acidente Vascular Cerebral; Fisioterapia; Reabilitação.

VIRTUAL REALITY ON THE REHABILITATION OF CVA PATIENTS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The Cerebral Vascular Accident (CVA) is a neurological disorder with high prevalence that can cause temporary or definitive disability. Within the current technological which add to the conventional treatment and aim to improve patients' capability there is virtual reality (VR) characterized by the development of a virtual environment with three dimensions, on which the patient will receive tactile, auditory and sensory stimuli conveying as much reality as possible. **Objective:** Search in the literature the effects of rehabilitation through virtual reality in patients who have suffered CVA. **Approach:** It is about a literature review, in which were analyzed scientific articles related to the theme in Portuguese and in English, in the last 10 years. There have been researched articles from the following theme: virtual reality and cerebral vascular accident, into the Lilacs and Medline databases. The key words used were virtual reality, virtual rehabilitation, gametherapy, cerebral vascular accident. **Results and Discussion:** There were found 5 articles on the Lilacs database, however, one of them was left out because it was a systematic review and another one due to low methodological quality. The articles bring the proof of the efficacy of CVA patients' treatment, promoting a better functionality and reducing the sequels. It was noted that patients presented improvement in the balance, in the postural pattern, in the upper limbs' function, in motility and decrease in speed peak during the movements.

Conclusion: According to the observed studies, we can state that is a relevant resource on physiotherapeutic treatment, due to the fact that the use of virtual reality along with conventional physical therapy is positive and brings meaningful results in the improvement of functionality and cognition of CVA patients, besides contributing to their engagement on activities and their involvement faced with society.

KEYWORDS: Virtual reality; Cerebral Vascular Accident; Phisiotherapy; Rehabilitation.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a principal causa de morte no mundo são as doenças cerebrovasculares desde 1970. O aumento do envelhecimento seguido de aumento da expectativa de vida tem colaborando para o aumento dos índices. O governo considera um problema de saúde pública pois os gastos de aposentadorias precoces e de internações são altos. Pode causar déficits neurológicos temporários ou permanentes com níveis de intensidade diferentes. O sinal clínico mais comum é a hemiplegia ou hemiparesia. Diminuição de força e resistência muscular, mudança do tônus, modificação sensório-motora, ausência de estabilidade e coordenação do tronco com os membros na realização de tarefas funcionais e na marcha (FILHO; ALBUQUERQUE, 2018).

O acidente vascular cerebral (AVC) é um distúrbio neurológico com grande prevalência e que pode causar incapacidade temporária ou definitiva. Sabe-se que 68 mil mortes são registradas no Brasil. Cerca de 70% dos casos de AVC apresentam um pós-hospitalar com problemas ligados à comunicação oral como consequência da afasia e disartria e a perda da capacidade de se comunicar e à incapacidade funcional residual. A intervenção precoce se mostra eficiente no tratamento oral (GOULART, 2016).

Essa patologia é considerada o principal motivo de morte no Brasil há 20 anos, possuindo uma alta incidência e recorrência de AVC, aproximadamente quinze milhões de novos casos por ano em todo o mundo. É a forma mais frequente de sequelas neurológicas e de importantes disfunções motoras e cognitivas. 90% dos sobreviventes são portadores de alguma deficiência que tem como consequência as limitações, incapacidades ou invalidez (HANAUER, 2018).

É definido como uma patologia cerebrovascular ocasionada por uma interrupção da circulação sanguínea cerebral, sendo categorizado como hemorrágico ou isquêmico. A falta de nutrientes e oxigênio provoca uma lesão tecidual de uma determinada área do cérebro, podendo provocar sequelas (MARTEL et al., 2016).

Entre as atualidades tecnológicas que acrescentam no tratamento convencional e que visam melhorar a funcionalidade dos pacientes está a realidade virtual (RV). Esta é caracterizada pela elaboração de um ambiente virtual com três dimensões

no qual o paciente vai receber estímulos táteis, auditivos e sensoriais transmitindo o máximo de realidade e o paciente interage com os mesmos. Tem como objetivo reabilitar marcha, promover o equilíbrio e aumentar a coordenação motora. Traz como positividade uma maior motivação para o tratamento, feedback imediato, armazenamento das atividades realizadas pelo computador, o paciente interage mais o que torna o aprendizado mais lúdico e divertido, favorecendo o estado cognitivo e físico dos pacientes. Entre as ferramentas utilizadas nesse tipo de tratamento os mais usados são os vídeos game, pois possuem baixo custo, por exemplo, o Nintendo® Wii (NW). Com uso em reabilitação neurológica e ortopédica apresenta vantagem no consumo máximo de oxigênio, beneficia o condicionamento físico, equilíbrio, postura e amplitudes de movimentos (SILVA; MARCHESE, 2015).

No tratamento de AVE os mais usados são Terapia de Contenção Induzida (TCI), biofeedback, imagética motora e treino de marcha com auxílio de robótica. Os jogos de videogame são adicionais na reabilitação, sobretudo a utilização em idosos ainda não possui concretização como eficaz. Um exemplo é o game Motion Rehab é composto por exercícios de flexão e abdução de ombro, extensão de cotovelo, extensão e flexão do quadril e joelho. Em uma sessão o tempo é de 15 minutos, com atividades em quatro fases, relacionadas com as principais limitações dos pacientes pós-AVE e diferentes metodologias para reabilitação física e cognitiva. A dificuldade aumenta quando os jogos são mais rápidos. O uso do Motion Rehab nesse tipo de paciente tem demonstrado ser uma técnica segura e efetiva (MARTEL; COLUSSI; MARCHI, 2016).

A RV age na estimulação da atividade cerebral proporcionando maior interação do paciente com o tratamento, melhora o equilíbrio do paciente, uma vez que o mesmo precisa de concentração no jogo e nos movimentos, melhora a força muscular, atenção e coordenação dos movimentos, e o paciente participa de forma ativa durante a sessão. O uso de vídeo games específicos para exercitar o raciocínio e para reabilitação de pacientes com déficits neurológicos, ortopédicos e urológicos, têm como objetivo ativações de áreas desestimuladas e motivação do paciente com o tratamento (POMPEU et. al., 2014). Portanto, diante dos grandes índices de AVC no país é necessário pesquisar na literatura os resultados de estudos sobre aplicabilidade da reabilitação através da realidade virtual em pacientes que sofreram AVC.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, na qual serão analisados artigos científicos relacionados ao tema na língua portuguesa e inglesa, nos últimos 10 anos. Foram pesquisados artigos a partir do seguinte tema: realidade virtual e acidente vascular

encefálico, na base de dados Lilacs e Medline. As palavras-chaves utilizadas foram realidade virtual, reabilitação virtual, gameterapia, acidente vascular encefálico.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 5 artigos na base de dados lilacs, sobretudo, um foi excluído por se tratar de uma revisão sistemática e outro por não apresentar a discussão sobre os achados. No Medline foram encontrados 18 artigos, 9 foram excluídos pois possuíam metodologia confusa, falta de discussão de achados ou por se tratarem de revisão de literatura ou sistemática. Após análise restaram 12 artigos para discussão.

Os artigos utilizados relatam benefícios na realidade virtual nos aspectos de equilíbrio na marcha, independência funcional, postura estática e função motora. Os resultados dos artigos estão descritos na tabela 1.

AUTOR/ANO/ TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS
SILVA et al., 2015. -Série de casos.	Investigar o efeito de um programa de reabilitação utilizando adição (RV) à terapia convencional para melhora do equilíbrio e independência funcional de pacientes com AVC crônico.	Influência positiva de exercícios com RV adjuntos à terapia convencional na reabilitação do equilíbrio e funcionalidade pós-avc.
PAVÃO, 2013. -Relato de caso.	Verificar o efeito da RV por meio de videogame sobre o controle postural de um indivíduo pós- AVE.	Fornecem subsídios de que o protocolo de intervenção terapêutica por meio de RV possivelmente exerceu influência sobre o comportamento na postura estática em pé.
ROSA et al., 2012. -Relato de caso.	Verificar o efeito do treinamento através da RV na recuperação do membro superior de um indivíduo com AVC crônico.	O paciente apresentou melhora na destreza do membro superior parético e melhora da função motora mensurada. Verificar o efeito do treinamento através da RV na recuperação do membro superior de um indivíduo com AVC crônico.
KIM et al.,2018. -Um estudo piloto randomizado, duplo-cego e controlado por simulação.	Comprovar a eficácia do sistema de (VR) baseado no Kinect de baixo custo para a recuperação do membro superior em pacientes com AVC subagudo.	O sistema de reabilitação de membros superiores baseado no Kinect de baixo custo que desenvolvemos não foi mais eficaz em comparação com o controle de RV simulado ativo neste estudo. Entretanto, a complacência em RV foi boa e nosso sistema de RV induziu mais movimento do braço em comparação com a terapia convencional.

<p>PINTO et al., 2017. -Ensaio clínico randomizado.</p>	<p>Verificar o efeito terapêutico da RV associado à fisioterapia convencional no equilíbrio da marcha e a ocorrência de quedas após um AVC.</p>	<p>Houve melhora no equilíbrio da marcha e redução da ocorrência de quedas nos dois grupos. No entanto, na análise intergrupos, não houve diferença nos dois desfechos. A terapia com jogos foi uma ferramenta útil para a reabilitação do equilíbrio da marcha em pacientes pós-AVE, com repercussões na redução de quedas.</p>
<p>ADIE et al., 2017. -Um estudo controlado randomizado e análise econômica.</p>	<p>O estudo investigou a eficácia do uso do Nintendo Wii Sports (Wii) para melhorar a função do braço afetado após o AVC.</p>	<p>Não houve diferença significativa na função do braço afetado no seguimento de seis semanas e não houve diferença significativa no desempenho ocupacional, qualidade de vida ou função do braço aos seis meses, entre os dois grupos. O trabalho mostrou que o Wii não era superior aos exercícios de membro superior em reabilitação domiciliar para pacientes de AVC com fraqueza nos braços.</p>
<p>YIN et al., 2016. -Método quase experimental.</p>	<p>Verificar a funcionalidade do Sistema de treinamento para ciclismo em realidade virtual (VRCTS) em pacientes com AVC.</p>	<p>Os resultados mostraram que, após o treinamento da VRCTS na força do pedal bilateral, ela melhorou e na placa de força o equilíbrio do suporte também melhorou. Ambos os métodos mostram a diferença significativa.</p>
<p>SAMUEL et al., 2015. -Relato de Caso.</p>	<p>Avaliar e rastrear de forma abrangente as incapacidades de um paciente através do uso complementar de marcadores biomecânicos e cinemáticos no jogo.</p>	<p>Houve melhora do escore de medida de independência e motor, levando a melhora clínica significativa. Análises cinemáticas revelaram diminuição de velocidade dos movimentos involuntários da mão do lado acometido.</p>
<p>KIPER et al., 2014. -Estudo controlado randomizado.</p>	<p>Estudar se o feedback reforçado em ambiente virtual (RFVE) é mais eficaz que a reabilitação tradicional (RT) para o tratamento da função motora do membro superior após o AVC.</p>	<p>Os pacientes afetados pelo AVC hemorrágico melhoraram significativamente a funcionalidade, o tempo e o pico após o tratamento, enquanto os pacientes afetados pelo AVC isquêmico melhoraram significativamente apenas a velocidade quando tratados por RFVE. Estes resultados indicaram que alguns pacientes pós-AVC podem se beneficiar do programa RFVE para a recuperação da função motora do membro superior.</p>
<p>MCEWEN et al., 2014. -Estudo controlado randomizado.</p>	<p>Determinar se uma terapia adjunta de RV melhora o equilíbrio, a mobilidade e a marcha na reabilitação do AVC em pacientes internados.</p>	<p>Ambos os grupos melhoraram a marcha. Mais indivíduos no grupo de tratamento do que no grupo controle apresentaram redução do comprometimento na extremidade inferior. Esta intervenção com exercícios de RV para reabilitação de AVC em pacientes internados melhorou os resultados relacionados à mobilidade.</p>
<p>SINGH et al., 2013. -Estudo controlado.</p>	<p>Determinar se houve alguma mudança na função física e nas atividades da vida diária ao substituir parte do tempo padrão de fisioterapia por jogos de realidade virtual entre pacientes de AVC.</p>	<p>O efeito não foi significativo para nenhuma das medidas de desfecho. Substituir uma parte do tempo padrão de fisioterapia por jogos de realidade virtual foi igualmente eficaz na manutenção dos resultados e atividades da vida diária dos pacientes de AVC.</p>

<p>ORIHUELA- ESPINA et al., 2013. -Estudo experimental.</p>	<p>Quantificar a ocorrência de estratégias de reorganização neural que fundamentam as melhorias motoras que ocorrem durante a prática da terapia baseada na reabilitação da RV do membro superior para sobreviventes de AVC.</p>	<p>Todos os pacientes demonstraram melhorias comportamentais significativas. Uma correlação forte e significativa entre a destreza motora após o início da terapia e atividade total recrutada foi encontrada e a atividade cerebral durante a terapia foi inversamente relacionada com melhorias comportamentais normalizadas. Aqueles com maior comprometimento se beneficiam mais desse paradigma.</p>
---	--	---

Tabela 1 - Descrição dos artigos selecionados.

A RV tem sido uma ótima opção de tratamento para pacientes com sequelas após Acidente Vascular Cerebral (AVC) melhorando a força muscular, equilíbrio, marcha, mobilidade, postura ortostática, funcionalidade e atividades de vida diária (AVD's). A realidade virtual está ligada aos neurônios-espelho (NE), células relacionadas ao córtex pré-motor ativadas quando há o desejo de realização motora quando observando outra pessoa realizando. Isto irá ativar as mesmas áreas que estão ativadas no cérebro da pessoa observada e a transmissão neuronal é facilitada para os músculos associados com a realização dessa ação (FERREIRA; CECCONELLO; MACHADO, 2017).

A grande maioria dos estudos analisados mostrou a eficácia da realidade virtual no tratamento do AVC, no entanto, alguns não apontaram diferenças significativas quando comparado com o tratamento convencional, ou exercícios domiciliares. De acordo com o estudo dos métodos e resultados analisados, o n amostral, o tratamento escolhido, a quantidade de sessões e a frequência com que foram feitos os estudos podem ter interferido no resultado achado, visto que os estudos que tiveram resultados positivos contaram com um controle melhor dos pacientes.

Diante dos estudos de Souza et al. (2011) e Oliveira et al. (2016), os trabalhos tiveram sua aplicabilidade na aquisição motora, melhora da coordenação, agilidade de membros superiores, descarga de peso no membro inferior afetado, tônus muscular e função sensório-motora nos indivíduos estudados.

Ho et al. (2019), também aponta alguns resultados satisfatórios quando se correlaciona a realidade virtual com outras terapias convencionais. A (RV) se sobressai tanto em pacientes quanto em indivíduos saudáveis, tendo custo médico reduzido e uma proporção significativamente maior de independência funcional nas atividades da vida diária, bem como a frequência nas sessões e melhor colaboração do mesmo, que relataram o bem-estar em fazer a (RV).

Sendo assim, o profissional fisioterapeuta deve-se especializar cada vez mais em jogos que habilitem o paciente a volta das suas (AVD's), melhorando sua percepção em relação à vida, visto que os mesmos, após sofrerem o (AVC), ficam com o fator psicológico afetado.

4 | CONCLUSÃO

De acordo com os estudos encontrados podemos afirmar que a RV é um recurso relevante no tratamento fisioterapêutico, pois juntamente com a fisioterapia convencional é positiva e traz resultados significativos na melhora da funcionalidade dos pacientes com AVC, além de contribuir com o seu envolvimento em atividades e sua participação diante da sociedade. Entre outros benefícios, a RV promove avanços na reabilitação do equilíbrio e independência nas atividades diárias utilizando uma realidade vivenciada por eles, no qual se torna mais lúdica e de fácil entendimento.

REFERÊNCIAS

ADIE, K. *et al.* Does the use of Nintendo Wii Sports™ improve arm function Trial of Wii™ in Stroke: a randomized controlled trial and economics analysis. **Clin Rehabil**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 173-185, fev./2017.

FERREIRA, V. R. T; CECCONELLO, William Weber; MACHADO, Mariana Rodrigues. NEURÔNIO-ESPELHO COMO POSSÍVEL BASE NEUROLÓGICA DAS HABILIDADES SOCIAIS. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, jan./abr. 2017.

FILHO, E. M. Da S; ALBUQUERQUE, J. A. De. Influência da terapia de restrição e indução do movimento no desempenho funcional de pacientes com acidente vascular encefálico: um ensaio clínico randomizado. **Fisioterapia e pesquisa**, São paulo, v. 24 , n. 2, abr./jun. 2017.

HANAUER, L. *et al.* Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. **Fisioter. pesqui.** , São paulo , v. 25, n. 2, abr./jun. 2018.

HO, T. *et al.* Impact of virtual reality-based rehabilitation on functional outcomes in patients with acute stroke: a retrospective case-matched study. **J Neurol**, v. 266, n. 3, p. 589-597, mar./2019.

KIM, W. S. *et al.* A low cost kinect-based virtual rehabilitation system for inpatient rehabilitation of the upper limb in patients with subacute stroke: A randomized, double-blind, sham-controlled pilot trial. **Medicine (Baltimore)**, [S.l.], v. 97, n. 25, jun./2018.

KIPER, P. *et al.* Reinforced Feedback in Virtual Environment for Rehabilitation of Upper Extremity Dysfunction after Stroke: Preliminary Data from a Randomized Controlled Trial. **Biomed Res Int**. v. 2014, mar./2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3972918/>. Acesso em: 25 out. 2019.

MARTEL, M. R. F; COLUSSI, E. L; MARCHI, A. C. B. De. Efeitos da intervenção com game na atenção e na independência funcional em idosos após acidente vascular encefálico. **Fisioter pesq.** ,[S.l.], v. 23, n. 1, p. 52-8, 2016.

MCEWEN, D. *et al.* Virtual reality exercise improves mobility after stroke: an inpatient randomized controlled trial. **Stroke**, [S.l.], v. 45, n. 6, p. 1853-1855, jun./2014.

OLIVEIRA, M. P. B. *et al.* Realidade virtual na função motora de membros inferiores pós-acidente vascular encefálico. **Acta fisiátrica**, Minas Gerais, v. 23, n. 3, p. 135-139, set./2016.

ORIHUELA-ESPINA, F. *et al.* Neural reorganization accompanying upper limb motor rehabilitation from

stroke with virtual reality-based gesture therapy. **Top Stroke Rehabil**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 197-209, mai./jun. 2013.

PAVÃO, S. L. *et al.* O ambiente virtual como interface na reabilitação pós-AVE: relato de caso. **Fisioter. mov**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 455-462, abr./jun. 2013.

PINTO, E. B. C. *et al.* Efeito terapêutico da realidade virtual em indivíduos após acidente vascular cerebral: ensaio clínico randomizado. **Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**. 2015.

POMPEU, J. E. *et al.* Os efeitos da realidade virtual na reabilitação do acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática. **Motricidade**, [S.l.], v. 10, n. 4, p., 2014

ROSA, G. M. M. V. *et al.* Efeito da realidade virtual na recuperação da função motora do membro superior em paciente com AVC crônico. **Fisioterapia Brasil**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 380-383, set./out. 2012.

SAMUEL, G. S. *et al.* The use of virtual reality-based therapy to augment poststroke upper limb recovery. **Singapore Med J**, [S.l.], v. 56, n. 7, p. 127-130, jul./2015.

SILVA, R. R. Da; IWABE-MARCHESE, C. Uso da realidade virtual na reabilitação motora de uma criança com paralisia cerebral atáxica: estudo de caso. **Fisioter pesq**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 97-102, 2015.

SILVA, W. H. S. *et al.* Effect of a rehabilitation program using virtual reality for balance and functionality of chronic stroke patients. **Motriz**, Rio Claro, v. 21, n. 3, p. 237-243, ago./set. 2015.

SINGH, D. K. A. *et al.* Effects of substituting a portion of standard physiotherapy time with virtual reality games among community-dwelling stroke survivors. **BMC Neurol**, v. 13, n. 199, dez./2013.

SOUZA, L. B. *et al.* Uso de um ambiente de realidade virtual para reabilitação de acidente vascular encefálico. **Acta fisiátrica**, v. 18, n. 4, [S. l.], dez./2011.

YIN, C. *et al.* A Virtual Reality-Cycling Training System for Lower Limb Balance Improvement. **Biomed Res Int**, [S.l.], v. 2016, mar./2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806653/>. Acesso em: 25 out. 2019.

SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO SUS: A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO E APRIMORAMENTO DE POLÍTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 04/02/2020

Data de Submissão: 05/11/2019

curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/0990030741572775>

Vitória Moraes de Campos Belo

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,
curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/6935668993133625>

Edlaine Faria de Moura Villela

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,
curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/8767578610764666>

Yasmin Nogueira Duarte do Carmo e Silva

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,
curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/2144409169418454>

Amanda Thaís de Sousa

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,
curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/2248142200024713>

Amaro José Alves Júnior

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,
curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/3526454962621638>

Bruno Leotério dos Santos

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,
curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/5252452181901908>

Geovana Moraes Peres

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,
curso de Medicina

Jataí – Goiás

<http://lattes.cnpq.br/9559376954944863>

Ruth Mellina Castro e Silva

Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí,

RESUMO: Os transtornos e doenças mentais acometem indivíduos a nível global, dependendo recursos sociais e econômicos, no que tange as demandas do sistema de saúde. Por longo período, tais doenças tiveram como forma de avaliação a valorização apenas dos índices de mortalidade, em detrimento dos impactos sociais e psíquicos gerados nos indivíduos acometidos (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). No Brasil, apenas recentemente o Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou metamorfoses na atenção voltada a saúde mental, de forma que ainda há falhas a serem assistidas nestas políticas de saúde. Este estudo qualitativo analisa tais políticas no âmbito do SUS, direcionadas a

saúde mental, a partir de uma revisão científica da base de dados Scielo, no período entre 2005 e 2017. Os pacientes acometidos pelas doenças mentais podem receber assistência pelo SUS, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e, principalmente, através do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), o qual tem mostrado protagonismo no atendimento destes pacientes. Entretanto, no que tange a condutas profissionais individualizadas, alguns profissionais da saúde ainda não mostraram desenvolvimento no manejo dos pacientes psiquiátricos, criando uma fenda na relação médico-paciente, com consequências na relação terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Dessa forma, é necessário o fortalecimento da aplicação das políticas de saúde mental, para que haja o desmantelamento do uso de vencidas condutas e abordagens profissionais, a partir de estratégias de promoção de saúde e de capacitação continuada de toda a equipe de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, SUS, atenção primária, assistência à saúde.

MENTAL HEALTH IN SCOPE OF BRAZIL PUBLIC HEALTH SYSTEM: THE IMPORTANCE OF CRIATION AND IMPROVEMENT IN BASIC ATENTION

ABSTRACT: Mental disorders and illnesses affect individuals in a global scale, spending social and economic resources by its demands on health system. For a long time, diseases of this nature had been analyzed only by its mortality indexes rather than the social and psychic impact on people who suffer from it. (SANTOS; SIQUEIRA,2010). Only a few years ago, Brazil's public health system, Sistema Único de Saúde (SUS), began to change the way they looked at the mental health, even though there are still lots of failures to set right in this politics.

This qualitative study analyzes mental health politics in the ambit of SUS by a scientific review of Scielo's database in the years of 2005 to 2017. Patients with this kind of disease have the right to be assisted by SUS through Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família, ESF), or through Amplified Core of Health Family (Núcleo Ampliado de Saúde da Família, NASF), and mainly by Center of Psychosocial Attendance (Centro de Atendimento Psicossocial, CAPS), which gained a lot of visibility by its exceptional protagonism in caring of patients. However, there're still dissonance between the theory and practice since lots of health professionals aren't able to manage appropriately an individual consultation with a psychiatric patient, creating a gap in the professional-patient relationship with drastic consequences in the treatment and cure of these diseases. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2003). In this way it's mandatory the accomplishment of health promotion strategies and continued capacitation for all members of health-care staff in order to strength the application of mental illness politics and by consequence vanish antique health conducts and damaging professional approaches.

KEYWORDS: Mental health; SUS, primary attention, health assistance.

1 | INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica ocorreu em 1970 e funcionou como um divisor de águas, pois criticava o modelo tradicional de assistência psiquiátrica. Contudo, o SUS ainda está em desenvolvimento nesse sentido, visto que são recentes as estratégias para melhoras do cuidado em saúde mental no Brasil.

2 | OBJETIVO

Analisar qualitativamente as investidas do SUS no âmbito da saúde mental.

3 | METODOLOGIA

Foi consultada a base de dados Scielo para busca de artigos científicos no período entre 2005 e 2017. Os descritores utilizados foram: saúde mental; SUS; atenção primária; assistência à saúde.

4 | RESULTADOS

O período entre a década de 50 e 80 foi decisivo para aprofundar o conhecimento sobre questões relacionadas a doenças mentais e seus efeitos no indivíduo. Porém, quanto ao SUS, só em 2011 houve implementação da política de atenção básica, práticas do sistema que incluem o cuidado de pessoas que enfrentam problemas psíquicos. Essa política estabelece que doentes mentais ou com algum vício químico sejam assistidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como pelo Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), já que é na atenção básica que ocorre o maior contato entre profissional, paciente e o meio em que ele vive, podendo ser detectados, precocemente, fatores condicionantes do adoecimento. O CAPS, então, se apresenta como protagonista no verdadeiro cuidado à saúde mental, pois rompe com a hospitalização, tendo modelo mais dinâmico e adequado, além de respeitar as características individuais dos pacientes, buscando integrá-los à sociedade. A importância disso é que o modelo biomédico, que ignora fatores psicossociais no processo de doença, ainda não foi totalmente abolido, fazendo com que alguns profissionais da área não lidem da melhor forma com usuários do serviço, além de associarem a perda da saúde mental ao risco e ao medo.

5 | CONCLUSÃO

Por conta da implementação breve das medidas, nota-se um sistema ainda não inteiramente consolidado e efetivo, que necessita de profissionais capacitados e com educação continuada, para desconstrução do antigo modelo biomédico, além de conscientização da população e que haja estratégias de promoção de saúde sobre a mesma, para que as ações do CAPS possam ser fortalecidas e se desenvolvam, assumindo papel decisivo na área sob a qual atua.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. **Profissionalização de Profissionais de Enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental** (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). 2. ed. 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 126 p.

CABRAL, T.M.N.; ALBUQUERQUE, P.C. **Saúde mental sobre a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida**. Rio de Janeiro, V. 39, N. 104, P. 159-171, JAN-MAR 2015.

MELLO, M.F. et al. **Epidemiologia Da Saúde Mental No Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007. 207 pp.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental No SUS - Cuidado Em Liberdade, Defesa De Direitos E Rede De Atenção Psicossocial** - Relatório De Gestão 2011-2015. Brasília – DF, 2016.

OLIVEIRA, E.C et al. **O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica**. Esc Anna Nery 2017;21(3):e20160040

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006

Santos, Élem G. dos; Siqueira, Marluce M. de. **Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. [online]. 2010, vol.59, n.3, pp.238-246

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS E SUA RELAÇÃO COM A TENDÊNCIA AO SUICÍDIO

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 28/11/2019

Francisca Alana de Lima Santos

Mestranda do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/8623972965132304>

Ivo Cavalcante Pita Neto

Prof. Dr. Orientador da pesquisa de Mestrado do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/9780275995923999>

Wenderson Pinheiro de Lima

Especialista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/0875385883440539>

Aline da Costa Portelo

Especialista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/6453435790933335>

Géssica Amanda Umbelino Pereira

Graduada pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/1480325979741266>

RESUMO: Esse estudo objetivou identificar os sintomas de ansiedade e depressão em acadêmicos e se estes possuem relação com

a tendência ao suicídio. Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por acadêmicos dos cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia, que estivessem nos últimos semestres dos seus respectivos cursos e de acordo com os critérios de elegibilidade. Foi aplicado adaptações de 3 questionários, utilizados no Cartão Babel de saúde mental, os quais realizam triagem para ansiedade, depressão e tendência suicida. Percebeu-se maior índice de ansiedade entre os acadêmicos do sexo feminino ($p=0,006$), havendo predomínio de sintomas ansiosos nos cursos de Enfermagem e Educação Física. Em relação da tendência suicida com a presença de sintomas de ansiedade e depressão, percebeu-se que quanto mais grave os sintomas de depressão, maior o risco de suicídio, fato visto de forma bem mais branda nos sintomas de ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade; Depressão; Suicídio.

SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN ACADEMICS AND THEIR RELATIONSHIP TO THE SUICIDE TENDENCY

ABSTRACT: This study aimed to identify the

symptoms of anxiety and depression in academics and whether they are related to the tendency to suicide. This is a cross-sectional, observational, descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of students from the Biomedicine, Physical Education, Nursing and Physiotherapy courses, who were in the last semesters of their respective courses and according to the eligibility criteria. Adaptations were applied to 3 questionnaires, used in the Babel Card of mental health, which screen for anxiety, depression and suicidal tendency. There was a higher anxiety index among female students ($p = 0.006$), with a predominance of anxious symptoms in the Nursing and Physical Education courses. Regarding suicidal tendency with the presence of anxiety and depression symptoms, it was noticed that the more severe the symptoms of depression, the higher the risk of suicide, a fact seen much more mildly in anxiety symptoms.

KEYWORDS: Anxiety; Depression; Suicide.

1 | INTRODUÇÃO

Existe um aspecto de vida saudável, que resulta em modo satisfatório, tanto em relação a vida social quanto a emocional e a profissional. Desta forma a saúde mental é um estado de bem-estar que o indivíduo reconhece suas próprias habilidades, podendo lidar com o estresse do dia a dia sem alterar o processo de desenvolvimento saudável de uma criança e posteriormente de um adulto (GAUY e GUIMARÃES, 2006).

Os estudantes universitários são exemplo de população em que a ansiedade está diretamente associada a situação vivenciada, pois ao ingressar na faculdade estes indivíduos estão constantemente expostos a estímulos ameaçadores e a grande carga de estresse decorrentes da cobrança dos professores, familiares, as longas horas de estudos, privação de sono, expectativas em relação ao futuro dentre outros fatores desencadeantes (FERREIRA et al, 2007).

O estresse inicialmente funciona como uma defesa do organismo frente uma situação de tensão que pode ser externa ou interna. Já a ansiedade é um estado de alerta diante de uma ameaça ou de algo que nos desafia, preparando-nos para uma ação. Desta forma é possível concluir que este nos prepara para enfrentar situações difíceis, pensar rápido em busca de soluções e de lidar com situações de pressão. O problema acontece quando estes episódios de ansiedade e estresse são frequentes e intensos, o que por sua vez, pode desencadear males como depressão e, casos mais graves, o suicídio (MARQUES; GASPAROTTO e COELHO, 2015).

O corpo e a mente bem nutridos reagem mais satisfatoriamente aos agentes estressores, melhorando a produtividade durante o dia além de manter o corpo e a mente em harmonia. A prática regular de atividade física minimiza os sintomas

de ansiedade e estresse, além dos benefícios de apresentar um menor prejuízo a saúde mental (SILVA et al, 2010).

De acordo com Sampaio e Bomer (2000), o principal desencadeador do desejo do suicídio é a junção de fatores biológicos, emocionais, socioculturais e religiosos, que na mente de uma pessoa que apresente transtornos mentais se manifesta conta o próprio indivíduo.

Contudo, acadêmicos estão sendo constantemente saturados de informações, logo esse excesso torna-se prejudicial para a saúde mental dos mesmos, que estão adoecendo rápido e coletivamente, e desenvolvendo maior proporção de doenças psicossomáticas como por anorexia, bulimia, além dos transtornos psiquiátricos como ansiedade, estresse, síndrome do pânico e o último estágio da dor humana, a depressão (FERREIRA et al, 2009).

É de suma relevância evidenciar que os fatores desencadeadores de sintomas de ansiedade podem afetar negativamente sobre os processos de aprendizagem, aspecto cognitivo, redução de atenção e concentração, diminuindo com isso as habilidades do acadêmico, acarretando um baixo desempenho e aquisições do indivíduo (FERREIRA, 2015).

Portanto, essa pesquisa objetivou identificar os sintomas de ansiedade e depressão em acadêmicos da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior - IES, e se estes possuem relação com a tendência ao suicídio.

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa se caracteriza como transversal, observacional, descritivo, de abordagem quantitativo, sendo realizado em uma Instituição de Ensino Superior – IES, na cidade de Juazeiro do Norte – CE, durante os meses de abril e julho de 2019.

A população do estudo foi composta por os alunos dos cursos da área da saúde sendo estes Biomedicina, Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia. A amostra em questão foi composta pelos alunos que estão nos últimos semestres dos seus respectivos cursos e de acordo com os critérios de elegibilidade.

Foram incluídos todos os alunos dos cursos acima citados que estivessem letivamente matriculados e cursando os últimos semestres de graduação dos respectivos cursos, sendo excluídos alunos que estivessem fora das dependências na faculdade no momento da coleta de dados; que deixassem de alguma forma algum dos questionários incompletos; que se recusassem a participar da pesquisa ou ainda, que possuíssem algum déficit neuropsíquico ou visual que impedisse de preencher o questionário.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram três fragmentos do Cartão Babel de Saúde Mental, desenvolvido por Gonçalves e colaboradores (2009). Este cartão foi desenvolvido junto a um grupo de pesquisadores em saúde mental na atenção básica, contendo a adaptação de vários instrumentos de avaliação e triagem que vão desde triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco. Foram utilizados nessa pesquisa os fragmentos Triagem para Depressão; Triagem para Ansiedade e; Avaliação do Risco de Suicídio.

A Triagem para Depressão foi adaptada de Amorim (2000), a qual é composta por 9 questões, sendo as duas primeiras obrigatórias (1 e 2) e as demais, dependente das respostas das questões 1 e 2 (A-G). Todas possuem as alternativas “sim”, “não” e “não sei”. Se ao fim da triagem houver nas questões de A a G, 1 ou 2 respostas “sim”, há grande risco de depressão; no caso de 3 ou 4 respostas “sim”, classifica-se como depressão leve; de 5 a 7 respostas positivas, depressão moderada; e caso haja 8 a 9 respostas positivas, classifica-se como depressão grave.

Já a Triagem para Ansiedade foi adaptada de Goldberg e colaboradores (2008), a mesma contém 9 questões referentes a reação do participante quanto as suas atividades no último mês, possuindo as alternativas “sim”, “não” e “não sei”. Caso haja respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

A avaliação do Risco de Suicídio Adaptado de Amorim (2000) e Ferreira e colaboradores (2007). Esta contém 6 questões possuindo as alternativas “sim”, “não” e “não sei”. Cada resposta “sim” contém uma pontuação diferente, sendo as demais alternativas atribuídas a pontuação zero. Ao final do questionário é feito o somatório para detecção do risco de suicídio, sendo 1 a 5 pontos, risco leve; 6 a 9 pontos, risco moderado e; 10 a 33 pontos, risco elevado.

Diante a autorização das coordenações para aplicação do questionário dos respectivos cursos, foi realizada a coleta, em dias alternados e por curso. Os participantes foram previamente informados sobre o sigilo em relação as respostas e que não seria possível identificá-lo no estudo, no intuito de proporcionar um ambiente mais confortável para o participante.

A presente pesquisa apresentou risco mínimo de constrangimento e desconforto ao responder os questionários, tendo em vista o fator psicológico associado as respostas dos mesmos. Os riscos foram minimizados através de aplicação individualizada, o pesquisador se colocando próximo para que pudesse sanar alguma dúvida caso esta surgisse.

Após aplicação dos questionários, os mesmos foram tabulados e analisados a partir dos programas Microsoft Office Excel® 2010 e posteriormente exportados para o Software Graph Pad Prism 5.0 para análise estatística como teste de

correlação de Pearson, sendo também utilizado o Software Stata, versão 11.0 para retirada de medidas descritivas e percentuais, além do Software Microsoft Excel para elaboração de gráficos complementares.

3 | RESULTADOS

O presente estudo se propôs a realizar a triagem de ansiedade e depressão, assim como a relação dessas com o risco de suicídio entre os acadêmicos, nos últimos semestres de curso. Ao realizar-se esse levantamento, percebeu-se maior número de estudantes do sexo feminino (70%), sem indícios de depressão (45%), presença de ansiedade (72%), com risco de suicídio inexistente, como pode-se visualizar na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa.

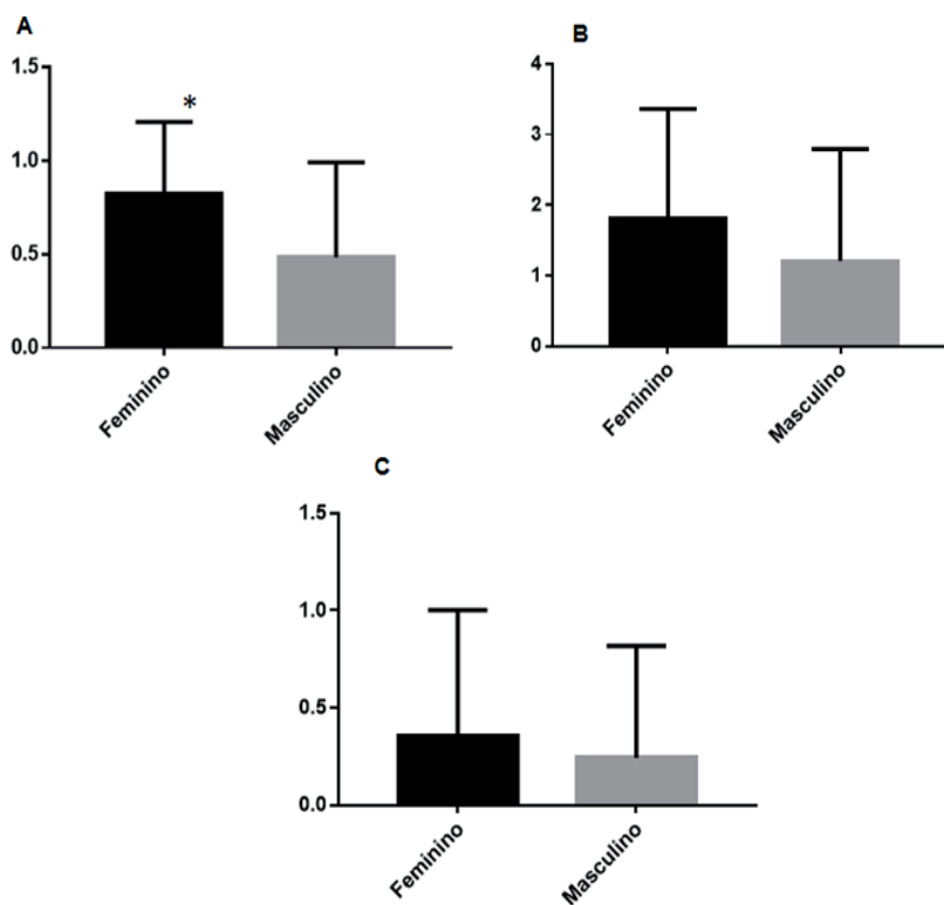
Curso	N.	%	Valor Mínimo	Valor Máximo
Biomedicina	25	26		
Educação Física	21	22		
Enfermagem	23	24		
Fisioterapia	27	28		
Total	96	100%		
Sexo				
Feminino	67	70%		
Masculino	29	30%		
Total	96	100%		
Triagem de Depressão				
Inexistente	43	45%		
Risco para Depressão	3	3%		
Depressão Leve	9			
Depressão Moderada	29		0	9
Depressão Grave	12			
Total	96	100%		
Triagem para Ansiedade				
Negativo	27	28%		
Positivo	69	72%		
Total	96	100%	0	9
Risco para Suicídio			0	33

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Ao analisarmos os sintomas de ansiedade, depressão e tendência ao suicídio em relação ao sexo, percebe-se que os valores, em todos estes, são maiores no sexo feminino que no masculino, no entanto, apresentando valores estatisticamente significativos apenas na triagem de ansiedade ($p=0,0006$), como pode ser observado

na Figura 1.

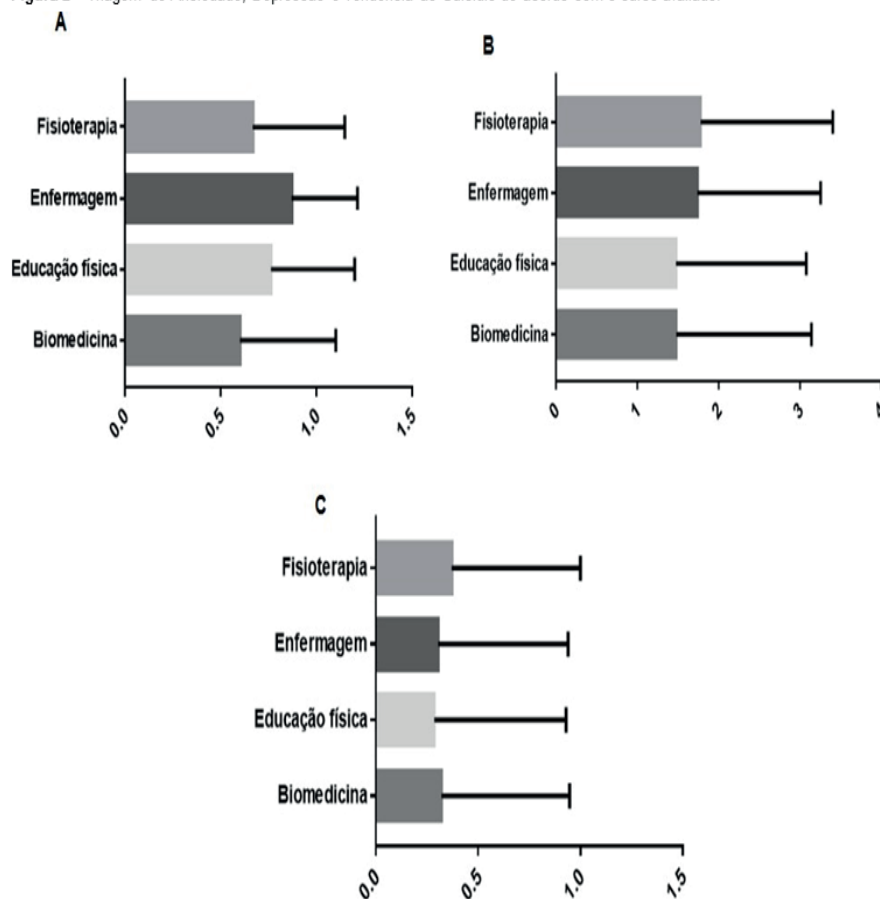
Figura 1 – Triagem de Ansiedade, Depressão e Tendência ao Suicídio de acordo com o sexo dos indivíduos avaliados.



Legenda: A- Triagem de Ansiedade por sexo; B- Triagem de Depressão por sexo; C- Tendência ao Suicídio por sexo.
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Já ao observarmos os sintomas de ansiedade, depressão e tendência ao suicídio em relação ao curso escolhido pelo acadêmico, percebe-se que, quanto a sintomas de ansiedade, os cursos de Enfermagem e Educação Física possuem os maiores valores. No caso dos sintomas depressivos, a maioria dos indivíduos que os apresentam são dos cursos de Fisioterapia e Enfermagem. E na tendência ao suicídio, os cursos de Fisioterapia e Biomedicina possuem maiores valores. Contudo, nenhuma das avaliações foi estatisticamente significativa, como podemos ver na Figura 2.

Figura 2 – Triagem de Ansiedade, Depressão e Tendência ao Suicídio de acordo com o curso avaliado.



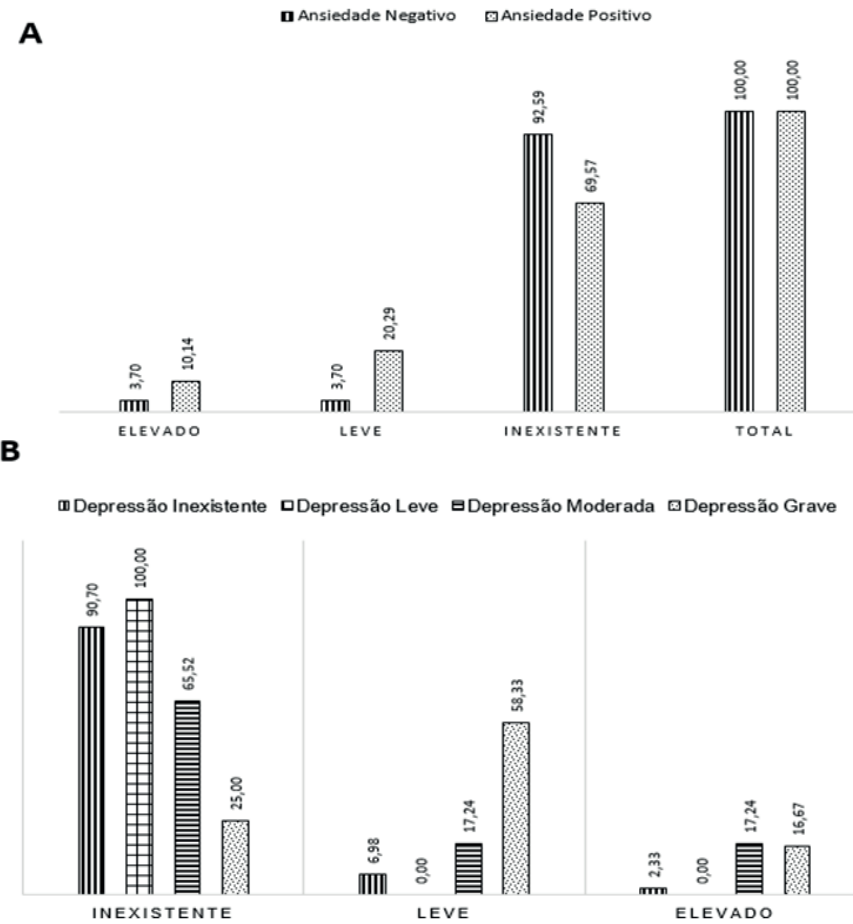
Legenda: A- Triagem de Ansiedade por curso; B- Triagem de Depressão por curso; C- Tendência ao Suicídio por curso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Ao relacionarmos a tendência ao suicídio com a presença dos sintomas ansiosos e depressivos, podemos observar os resultados na Figura 3. Pode-se identificar que, entre os indivíduos que apresentam sintomas de ansiedade, a maior parcela não apresenta risco de suicídio (69,57%), no entanto, uma pequena amostra de (30,43%) apresentam risco leve ou ainda elevado de suicídio na presença de sintomas positivos de ansiedade.

Ainda na figura 3, ao relacionarmos a presença dos sintomas de depressão com o risco de suicídio, também notou-se que a maior parcela dos indivíduos com tal sintomatologia não apresentava risco de suicídio. Contudo, aqueles que o apresentavam, já era em grau leve ou ainda, elevado.

Figura 3 – Relação da presença de Ansiedade e Depressão com Tendência ao Suicídio de acadêmicos participantes da pesquisa.



Legenda: A- Relação dos graus de ansiedade com a tendência ao suicídio; B- Relação dos graus de ansiedade com a tendência ao suicídio.
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4 | DISCUSSÃO

Com base nos achados pode-se observar que existe maior concentração de estudantes do sexo feminino matriculados nos cursos da área da saúde (70%), confirmando os dados do Censo da Educação Superior de 2016, que apresenta que a maior parcela dos indivíduos matriculados nos cursos de graduação (57,2%) pertencem ao sexo feminino (BRASIL, 2016).

A sociedade vem apresentando um crescimento no papel da mulher, que acaba que por exercer mais funções do que o homem, o que pode a tornar mais propensa a sintomas de ansiedade e depressão, além do que fatores genéticos e hormônios sexuais também desempenham um importante fator para a expressão dessa diferença de gênero, contudo, não se sabe ao certo se as mulheres apresentam maior vulnerabilidade ou sensibilidade, ou ainda, que os homens tenham receio de falar sobre sentimentos, emoções ou patologias relacionadas ao estado emocional (FERREIRA et al, 2009; LEÃO et al, 2018; MARQUES et al, 2015).

O estudo mostrou que dentre os sintomas investigados o que se destacou em um grau elevado foram os de ansiedade 72% positivo. Medeiros e Bittencourt (2018), em um estudo com universitários de uma IES, revelaram a presença de

ansiedade e que esta estava presente em quase toda a metade da população do sexo feminino, corroborando com os resultados da presente pesquisa. Isso pode-se dar, por algumas mudanças no âmbito social, econômico e cultural, que acabam por surgir como um mecanismo de fuga na dificuldade de adaptação, para um novo ritmo, tornando desta forma o século XXI conhecido como a era da ansiedade.

A ansiedade é definida como um sinal de alerta ou um sentimento desconfortável, caracterizado pelo desconforto e conflito interno, podendo apresentar-se de duas formas, ansiedade-traço quando estar relacionado a personalidade do indivíduo e como este encara algumas situações, e o estado de ansiedade quando consiste em uma condição cognitivo-afetiva assim como visada por Coelho e colaboradores (2010).

É de suma relevância evidenciar que esses fatores desencadeadores de sintomas de ansiedade podem afetar negativamente sobre os processos de aprendizagem, aspecto cognitivo e redução de atenção e concentração, diminuindo com isso suas habilidades e acarretando um baixo desempenho e aquisições do indivíduo (FERREIRA et al, 2009), influenciando de forma negativa no desempenho acadêmico e processo de formação, dificuldade de relacionamento interpessoal, resultando na diminuição do aproveitamento da experiência acadêmica como um todo (BRANDTNE e BARDA, 2009; CARDOSO et al, 2016).

O curso de enfermagem apresentou-se em graus mais elevados em relação aos sintomas de ansiedade e de depressão, apesar de não possuir valor de “p” não significativo. Esses sintomas tem sido estudados tanto dentro da temática da linguagem cotidiana quanto da linguagem científica, pois em níveis elevados são fatores predisponentes para outras doenças na qual pode-se destacar alguns sintomas e condições respectivamente, tais como: tensão, estresse, baixa capacidade de desempenho em disciplinas curriculares e condições pessoais para realização das atividades curriculares, visto que cada experiência faz com que os indivíduos tracem maneiras diferentes frente a cada situação (BENAVENT E COSTA, 2011).

A fisioterapia destacou-se dentro da pesquisa, com elevados graus de depressão, e quando relacionada a tendência suicida, a depressão também se mostrou relevante, corroborando com o estudo de Leão e colaboradores (2010).

Já no curso de biomedicina destaca-se como curso que apresentou o valor mais baixo em relação ao grau de ansiedade, diferente dos achados de Cardoso e colaboradores (2016), o qual evidenciam valores de ansiedade encontrada em todos os acadêmicos de biomedicina, sendo 65% nível leve, 25% nível moderado e 10% nível intenso.

A literatura aponta a importância da prática da atividade física, como sendo de suma importância para a manutenção da saúde física e mental, de modo que

também sendo coadjuvante para o tratamento da depressão (LEÃO et al, 2010). Nessa temática o curso de educação física destaca dentro da pesquisa somente no tocante a sintomas de ansiedade.

Ao analisarmos a tendência ao suicídio, percebeu-se que os cursos de fisioterapia e biomedicina se destacam, dos outros, apresentando valores ligeiramente maiores, o que pode estar relacionado com formalidades e cargas de estudo maiores nos últimos semestres.

Ao relacionarmos a tendência suicida tanto com a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, a maior parcela da amostra não apresentava risco suicida, porém, uma pequena parcela da amostra apresenta em grau leve ou ainda elevado, como por exemplo a ansiedade com 30,43% ao total, na presença de sintomas ansiosos positivos. Já no caso de risco de suicídio na presença de sintomas de depressão, embora a totalidade dos indivíduos que apresentavam sintomas de depressão leve, não possuíssem risco de suicídio (inexistente), o mesmo não pode ser percebido nos casos de sintomas moderados e graves de depressão, principalmente no último, onde aqueles que o possuíam, ou tinham classificação de risco de suicídio leve (58,33%) ou elevado (16,67%), corroborando com os resultados encontrados no estudo de Netto et al (2013) , o qual mostra que a sintomatologia depressiva expressa frequente desejo suicida.

5 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados pode-se concluir que o predomínio de indivíduos do gênero feminino, sendo a ansiedade mais prevalente e evidente nas mulheres, visto que dentre as variáveis analisadas a ansiedade se destacada mais frequente com (72%) quando comparada as demais.

Houve predomínio de sintomas de ansiedade nos cursos de Enfermagem e Educação Física; de sintomas depressivos nos cursos de Fisioterapia e Enfermagem; e risco de suicídio nos cursos de Fisioterapia e Biomedicina.

Quanto a relação de risco de suicídio com a presença de sintomas de ansiedade e depressão, percebeu-se que quanto mais grave os sintomas de depressão, maior o risco de suicídio entre os acadêmicos, fato visto de forma bem mais branda nos sintomas de ansiedade.

Nessa perspectiva considera-se imprescindível o cuidado com os acadêmicos, visto que tais sintomas causariam possíveis prejuízos sobre o processo de ensino aprendizagem, diminuindo dessa maneira tanto sua habilidade quanto acarretando decréscimos no seu desempenho.

Portanto, visto que esses resultados possam ser usados para estudantes em maior risco, estimula-se que ações futuras sejam desenvolvidas com objetivo de

obter maior conhecimento sobre os transtornos mentais em acadêmicos, podendo alicerçar uma melhoria na qualidade de vida desses acadêmicos, como a criação de estratégias visando intervenção precoce e possível resolução dessa demanda por parte das faculdades e universidades.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, P.; **Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais**. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Rev Bras Psiquiatr, v. 22, n. 3, p. 106-15, 2000.
- BENAVENT, S. B. T.; COSTA, A. L. S.; **Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de enfermagem: revisão integrativa da literatura científica**. Acta Paul Enferm, v. 24, n. 4, p. 571-6, 2011.
- BRANDTNER, M.; BARDAGI, M.; **Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 2, n. 2, p. 81-91, 2009.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Mulheres são maioria na Educação Superior brasileira**, 2016. Disponível em: < http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4A_QV9zFY7Bv/content/mulheres-sao-maioria-na-educacao-superior-brasileira/21206>. Acesso em: 16 de Mar de 2019.
- CARDOZO, M. Q.; et al.; **Fatores associados à ocorrência de ansiedade dos acadêmicos de Biomedicina**. Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 2, p. 251-262, 2016.
- COELHO.; et al.; **Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde**. Neurobiologia, v. 73, n. 1, p. 35-9, 2010.
- FERREIRA, et al.; **Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 973-981, 2009.
- FERREIRA, M. H. F.; et al.; **Suicide risk among inpatients at university general hospital**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 29, n. 1, p. 51- 54, 2007.
- GAUY, F. V.; GUIMARÃES, S. S.; **Triagem em saúde mental infantil**. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 22, n. 1, p. 5-16, 2006.
- GOLDBERG, D. P.; et al.; **Emotional disorders**: cluster 4 of the proposed meta- structure for DSM-V and ICD-11. Psychological Medicine, London, v. 39, p. 2043-2059, 2009.
- GONÇALVES, D. A.; ALMEIDA, N. S.; BALLESTER, D. A.; CHAZAN, L. F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L. F.; **Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.
- HYLLEY,S.B.; et al.; Delineando a pesquisa clínica:**Uma abordagem epidemiológica.**, 2 ed. São Paulo: artemed,2006.
- LEÃOI, A. M.; et al.; **Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil**. Prevalence and Factors Associated with. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 4, p. 55-65, 2018.
- MARQUES, C. P.; GASPAROTTO, S.; COELHO, R. W.; **Fatores relacionados ao nível de estresse**

em adolescentes estudantes: uma revisão sistemática. Salusvita, v. 34, n. 1, p. 99-108, 2015.

MENDES-NETTO, R. S.; et al.; **Nível de atividade física e qualidade de vida de estudantes universitários da área de saúde.** Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde), v. 10, n. 34, 2013.

MEDEIROS, P. P.; BITTENCOURT, F. O.; **Fatores Associados à Ansiedade em Estudantes de uma Faculdade Particular.** Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, Janeiro de 2017, vol.10, n.33, p.43-55. ISSN:19811179.Disponívelem:<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/594>> Acesso: 12. setembro. 2018.

SILVA, R. S.; et al.; **Atividade física e qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 115-120, 2010.

SAMPAIO, M. A; BOEMER, M. R.; **Suicídio: um ensaio em busca de um des-velamento do tema.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 34, n. 4, p. 325-331, 2000.

SUORTE AOS FAMILIARES ENLUTADOS PELO SUICÍDIO

Data de aceite: 04/02/2020

Valeria Silva Carvalho

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8808352259477295>

Maria Camila da Silva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4280924809212780>

Walter Emmanoel Brito Neto

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4834281654775279>

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.
Canoas-RS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8656193813534592>

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4048135725042702>

Lucas Dannilo Aragão Guimarães

Universidade São Francisco – USF. Bragança Paulista-SP.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6440221857315482>

Elizabethete Ribeiro Luz

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do

Maranhão – UNIFACEMA.
Caxias-MA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3542363919742884>

Carlos Alberto Sousa Silveira

Centro de Estudos e Sistemas Avançados do Recife – CESAR. Recife-PE.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5407611847872367>

Valdênia Guimarães e Silva Menegon

Universidade do Vale do Rio Sinos – UNISINOS.
São Leopoldo-RS.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0228485272448875>

Murilo Simões Carneiro

Faculdade Unyleya. São Luís-MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6371415566729208>

Laís Viana Canuto de Oliveira

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1122308699403033>

Zaira Arthemisa Mesquita Araujo

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9948126672463319>

RESUMO: O suicídio é caracterizado pela morte intencional, autoinflingida, ou seja, quando o sujeito, decide por fim na própria vida, por não encontrar formas ou caminhos para resolver o conflito optando fielmente pela morte. Encontram-se presentes no contexto suicida muito mais do que apenas o indivíduo que

comete o ato, mas também todo o seu âmbito sociofamiliar que por sua vez, também são intimamente afetados denominados de sobreviventes. O objetivo do estudo foi identificar os tipos de suporte recebido pelos familiares do indivíduo que cometeu suicídio. A pesquisa foi desenvolvida por meio de um estudo de categoria exploratória e de caráter qualitativo. Participaram da pesquisa (04) quatro famílias residentes em um município do interior do estado do Maranhão, que tivessem vivenciado algum caso de suicídio em seu âmbito familiar. Foi utilizado como parâmetros de inclusão que o acontecimento de suicídio no ambiente familiar que tenha ocorrido em um período inferior a dois anos. Como parâmetros de exclusão, foram utilizados critérios como: famílias onde o indivíduo que cometeu suicídio apresentasse transtornos mentais, que fizessem utilização de medicação que pudessem alterar o nível de consciência. Para coleta de dados utilizou-se entrevistas gravadas em áudio. A partir da análise da fala dos participantes observou-se que o principal suporte estabelecido para as famílias adivinha do contexto familiar, relações interfamiliares e de meios religiosos. Considera-se que houve uma participação proveitosa dos suportes sociais externos e internos a família, provindos das organizações religiosas e pelos próprios familiares, porém ressalta-se a presença do profissional de psicologia no decorrer das vivências de luto e de reorganização, é necessário a comparência de instituições de apoio para que com suporte, possam auxiliar os familiares na dissolução do acontecido e na preservação e manutenção da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Família, Suicídio, Suporte Social.

SUPPORT FOR FAMILY MEMBERS BEREAVED BY SUICIDE

ABSTRACT: Suicide is characterized by intentional self-inflicted death, that is, when the subject finally decides in his own life, by not finding ways or ways to resolve the conflict by faithfully opting for death. Much more is present in the suicidal context than just the individual who commits the act, but also its entire socio-family environment, which in turn is also intimately affected called survivors. The aim of the study was to identify the types of support received by family members of the individual who committed suicide. The research was developed through an exploratory and qualitative study. Participated in the research (04) four families living in a municipality in the interior of the state of Maranhão, who had experienced any case of suicide in their family. It was used as inclusion parameters that the event of suicide in the family environment that occurred in a period of less than two years. Exclusion criteria were criteria such as: families where the individual who committed suicide had mental disorders, who used medication that could alter the level of consciousness. For data collection we used interviews recorded in audio. From the analysis of the participants' speech it was observed that the main support established for the families comes from the family context, inter-family relationships and religious means. It is considered that there was

a useful participation of the external and internal social support to the family, coming from the religious organizations and the relatives themselves, but it is emphasized the presence of the psychology professional during the experiences of grief and reorganization, it is necessary to attend support institutions so that with support, they can assist family members in the dissolution of the event and in the preservation and maintenance of life.

KEYWORDS: Family, Suicide, Social Support.

INTRODUÇÃO

Apresentando uma ampla caracterização, o suicídio, é qualificado etimologicamente a partir do latim *sui*, que significa si mesmo, e *caedes*, que expressa “ação de matar” (FUKUMITSU, 2013, p.43), no entanto, atribuiu-se, segundo Diogo, Fernandes e Anes (2013), como um sentido de morte intencional, autoinfligida, ou seja, quando o sujeito, decide por fim na própria vida, por não encontrar formas ou caminhos para resolver o conflito optando fielmente pela morte, por meio de uma “ação positiva ou negativa onde a própria vítima que pratica tem consciência que produz esse resultado” (DURKHEIM, 2000).

Reconhecido, portanto, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um problema de saúde pública, a conduta suicida, apresenta taxas significativamente elevadas, com 24 mortes diárias por suicídio, o que é equivalente a uma morte por hora (BRASIL, 2017). A nível estadual, pôde-se observar, no Maranhão, um aumento nas taxas de suicídio de 127,8%, entre o ano de 2005 a 2015, alcançando o índice de 4,1 (BRASIL, 2015). No entanto, OMS (2018), postula que cerca de 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda e que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos.

Expresso em fases, o suicídio, não é designado apenas pelo seu desfecho letal, de forma singular, mas sim por comportamentos, que, em ordem evolutiva de causalidade, vão de pensamentos autodestrutivos e ameaças, a gestos e tentativas, chegando por fim ao êxito das tentativas, a morte (CASSORLA, 2004), caracterizando assim a presença dos comportamentos suicidas antes de ato.

Portanto, encontram-se presentes no contexto suicida muito mais do que apenas o indivíduo que comete o ato, mas também todo o seu âmbito sociofamiliar, que, por sua vez, também são intimamente afetados, chamados, inclusive, por Tavares (2013) de sobreviventes. Tendo em vista que os danos causados aos que ficam são, muitas vezes, irremediáveis e que como um evento não natural, é laborioso e intenso aos familiares, que por sua vez necessitam de suporte tanto interno, ou seja, dos outros societários do âmbito familiar, quanto externo, provindo da sociedade e do estado. (CASSORLA, 2004)

A vista do rápido crescimento dos casos de suicídio e as necessidades de atenção aos que ficam o presente trabalho tem como objetivo identificar os tipos de suporte recebido pelos familiares do indivíduo que cometeu suicídio, exemplificar a presença de alguns meios de suporte aos societários do grupo familiar e explorar possibilidades de oferecimento de suporte psicológico aos familiares.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida por meio de um estudo de categoria exploratória e de caráter qualitativo. Participaram da pesquisa (04) quatro famílias que residem de um município do interior do Maranhão que tivessem vivenciado algum caso de suicídio na família. Esses familiares foram contatados por meio de terceiros, tendo em vista dificuldades burocráticas por meio das instituições responsáveis pelo fornecimento das informações necessárias.

Foi utilizado como parâmetros de inclusão familiares que tivessem vivenciado um acontecimento de suicídio em um período inferior a dois anos, da data de desenvolvimento da pesquisa. Como parâmetros de exclusão, foram utilizados critérios como: famílias onde o indivíduo que cometeu suicídio apresentasse transtorno psicótico ou retardos mentais, que fizessem utilização de medicação que apresentassem propriedade que alterassem capacidades lógicas, e que não tivessem capacidade na expressão das suas emoções ou que apresentassem algum tipo de bloqueio sobre o acontecido.

A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto e setembro do ano de 2018. A coleta de dados, foi desenvolvida por meio de entrevista semidirigida, gravadas em áudio por um aparelho smartphone pelo aplicativo “Gravador de Voz”. A aplicação dos instrumentos deu-se no local e horário determinado pelo próprio participantes, tendo em vista a priorização do seu bem estar. Na qual cada familiar foi identificado por uma letra do alfabeto oficial da língua portuguesa, sendo elas: A, B, C e D.

A análise de dados ocorreu por meio da análise de conteúdo, que tem como objetivo levantar interpretações e significados as respostas dos participantes (BARDIN, 2011). Após essa análise, observou-se que necessitaria subdividir a pesquisa em categorias para a realização da discussão de dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, onde foi recebido o parecer nº037696/2018 e com CAAE: 87899218.3.0000.8007.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Suporte interfamiliar e religioso

O acontecimento do suicídio no âmbito familiar advém diversas consequências psicossociais causadas pelo mesmo, dentre elas, quebra do ambiente sintônico familiar, emoções de desespero, euforia e sentimento de descrença e culpa frente ao acontecido, deixando bem explícito a necessidade de atenção e cuidado para com os familiares enlutados, tendo em vista sua intensidade e difícil elaboração (CARSON, 2010).

Após o acontecimento e concretização do ato suicida, os familiares, recebem um apoio primário, que, segundo Batista e Santos (2014), é de cunho social, ou seja, é um suporte proveniente dos societários presentes no corpo social familiar, podendo ser eles da própria família, como também exterior a ela, como por exemplo amigos e vizinhos.

A partir das falas dos entrevistados pode-se observar a presença de um auxílio interfamiliar onde, os seus societários, apesar de envolvidos emocionalmente no contexto suicida põe-se como alicerce para os familiares que se encontram mais devastados, possibilitando a formação e fortalecimento de vínculos entre os mesmos.

Entrevistado D: [...] houve uma maior união, muita união mesmo.

Entrevistado C: Minha família é todo tempo comigo, eu acho que é por isso que hoje eu estou melhor, estou de pé, porque eu tenho ajuda tanto da minha família, como da família do pai dela

No que concerne a busca de suporte religioso para lidar com o luto, Batista e Santos (2014), relatam que afirmações acerca das crenças culturais e religiosas são fatores protetivos de suicídio, no entanto, em um estudo realizado por Ratnarajah, Maple e Minichiello (2014), há uma contraposição diante desta perspectiva tendo vista de que seus entrevistados expressaram sentimentos de decepção e desapontamento frente a líderes e vertentes religiosas. No entanto, convém ressaltar que ao indagarmos os entrevistados acerca do apoio religiosos, os mesmos, apresentaram significativo grau de satisfação e busca frente ao suporte emocional provindo de tais instituições, relatando sentirem-se acolhidos e seguros.

Entrevistado A: A nossa assistência verdadeira vem de Deus [...]a gente sempre tá procurando o nosso diretor espiritual que é o Padre B., que é uma pessoa maravilhosa.

Entrevistado B: Eu sempre fui crente de Deus, então nesses momentos de desespero eu sempre procurava botar o meu joelho no chão e orar.

Suporte provenientes de instituições públicas e privadas

Haja vista que o luto produzido, nos familiares, decorrente da morte de um ente por suicídio apresenta um caráter dificultoso, tendo em conta, que, o mesmo, se encontra permeado de sentimentos de angústia, incerteza e culpa (CREMASCO e BRUNHARI, 2009), e que, por sua vez, o luto produz impactos que reverberam muito mais que apenas o campo pessoal do indivíduo, propagando-se para outras áreas como “emocional, cognitiva, física, religiosa, familiar, social e cultural” (PARKES, 2009), expõe-se a necessidade de um acompanhamento profissionalizado sobre os enlutados, externos ao âmbito familiar (FRANCO, 2011).

Logo, além da assistência interna, ou seja, entre os familiares, já citada, é necessário, de acordo com Müller, Pereira e Zanon (2017), um atendimento multidisciplinar por meio dos profissionais atuantes das diversas áreas de saúde coletiva e mental, onde, por meio da interdisciplinaridade, comunicação (troca de informações), interação entre técnicas intervencionais, possam, de forma global e eficaz, contribuir e auxiliar no processo de luto e da dinâmica familiar, a vista que o atendimento multidisciplinar possibilita uma integralidade no processo de acompanhamento e maior possibilidade de preservação e manutenção da vida (ABREU, LIMA, KOHLRAUSCH E SOARES, 2010).

Tendo em vista a realidade crescente acerca do suicídio, na data de 26 de Abril de 2019 foi sancionada a Lei 13.819/19, caracterizada como a lei de instalação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que será implementada a nível municipal, estadual e federativo, onde, apesar apresentar um maior enfoque a respeito da atenção frente a indivíduos com tentativa de suicídio, apresenta dois parágrafos que, voltados também para os enlutados, serve de garantia ao direito ao cuidado como prevenção da vida, como: “garantia de acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio” e garantia de abordagem adequada aos familiares de vítimas de suicídio (BRASIL, 2019).

No entanto, ao indagar aos familiares entrevistados da pesquisa acerca dos suportes recebidos de caráter externo, ou seja, provenientes de instituições públicas e privadas e ou do próprio estado frente ao fenômeno suicida ocorrido no meio familiar, observou-se que das quatro (04) famílias, apenas uma não buscaram atendimento especializado, e que, das três que procuraram profissionais de saúde especializados, apenas uma buscou auxílio psicológico.

Entrevistado D: Psiquiatra e Psicológica, minha filha está indo toda semana né? O meu pai, de 15 em 15 dias com minha mãe, minha irmã também vai.

Entrevistado A: a gente levou no psiquiatra, médico, neurologista.

Entrevistado B: eu fui a única a procurar assistência. (após relatar a utilização de medicamentos como forma de auxílio).

Prerrogativa esta já debatida por Sebastião (2017), que, em seu estudo, afirma a presença de barreiras construídas de forma social e pessoal, envolvendo tanto o profissional da psicologia, por meio da desvalorização e preconceito frente a importância e necessidade da atuação do profissional de psicologia no contexto de enfrentamento e luto, quanto dos próprios familiares, por acreditarem que sejam, de alguma forma, culpados.

Logo, como citado por Fukumitsu et al. (2015, p. 60) no conceito de posvenção quando relacionado ao suicídio, ou seja, “toda e qualquer atividade, depois de um suicídio, a fim de prevenir outro ato suicida ou sua tentativa”, a atuação do psicólogo apresentam vertentes tanto de identificação dos fatores de risco e de elementos que propiciem um agravamento no adoecimento dos familiares (BOTEGA, 2015), quanto na valorização e enaltecimento dos elementos protetivos que circundam o âmbito familiar, a fim de diminuir a probabilidade de repetição do suicídio sobre os mesmos (TAVARES, 2013).

Nunes et. al. (2016) afirma que, em maioria, a proposta de intervenção inicial, aos familiares de indivíduos que cometeram suicídio, são os grupos de apoio, que, por sua vez, possibilita que os mesmos entrem em contato com outros contextos familiares que também são sobreviventes deste acontecimento, logo, esse contato, propicia um a quebra do silêncio, instalado como consequência das perturbações causadas, e um melhor acolhimento entre os sujeitos internos e externos ao seio familiar (CLARK, 2015).

Conquanto, ainda frente aos suportes sociais para com os indivíduos enlutados, pode-se destacar também a existência das assistências providas da mídias digitais, que, apesar de apresentarem uma ajuda mais voltada para a prevenção do sujeito diante da tentativa, auxilia, de forma externa, também os familiares enlutados, por meio da estimulação do discurso e debate sobre o ato (MOREIRA E BASTOS, 2015).

Sobre os apoios digitais podemos destacar o Centro de Valorização da Vida (CVV), que, fundado em São Paulo no ano de 1962, com caráter filantrópico e voluntário, visa prestar serviço gratuito de apoio emocional e com objetivo preventivo de suicídio (CVV, 2003). A comunidade do CVV utiliza-se tanto do instrumento digital, no caso, o chat pelo site, quanto também por ligação telefônica, através do número 188. No próprio site também se encontram links uteis dos diversos centros de apoio distribuídos sobre o território nacional, como também de Centros de atenção psicossociais (CAPS) e empresas conveniadas, além de possibilitar inscrições para voluntariados e auxílio na promoção das campanhas como Setembro Amarelo e de

Valorização da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que apesar do ato suicida ainda ser permeado por tabus sociais, houve uma participação proveitosa dos suportes sociais externos e internos a família, provindos das organizações religiosas e pelos próprios familiares, além da busca por auxílio médico psiquiátrico e o uso de medicamentos psiquiátricos. Com isso, ressalta-se a pouca presença do profissional de psicologia no decorrer das vivências de luto e de reorganização, apesar de que, apenas uma família procurou ajuda psicológica.

Como já aludido, o suicídio apresenta-se como um evento traumático e avassalador, causando grande dor e sofrimento aos sobreviventes, que por sua vez, após a vivência do luto dificultoso, tentam se reestruturar e voltar ao desempenho da rotina comum. No entanto, por consequência dos impactos, é necessário a comparência de instituições de apoio para que, com suporte, possam auxiliar os familiares na dissolução do acontecido e na preservação e manutenção da vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.; LIMA, M. A.; KOHLRAUSCH, E.; SOARES, J. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 9 abr. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BATISTA, P.; SANTOS, J. C. Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 12, p. 17-24, 2014.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

BRASIL. Decreto-lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. **Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**, Brasília, DF, abr 2019.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM. **Óbitos por causas externas**. 2017. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10ma.def>>. Acesso em: 14 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS. **Informações de Saúde – Estatísticas Vitais**. 2017.

CARSON, HJ. **Díadas de pai e filho suicidas separadas por tempo e circunstâncias**. cap 31 (1), pág. 80-82. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*: (2010)

CASSORLA, R. **Suicídio e autodestruição humana**. In: N. Botega & B. S. G. Werlang (Orgs.). *Comportamento Suicida* (pp. 21-33). Porto Alegre: Artmed, 2004.

CLARK, S. **Depois do suicídio: apoio às pessoas em luto**. Global Editora e Distribuidora Ltda,

2015.

CREMASCO, Maria Virgínia F.; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 785-814, set. 2009.

CVV. **Manual do voluntário**. São Paulo: São Paulo Edições, 2003.

DIOGO, I.; FERNANDES, M.; ANES, E. Prevenção do suicídio. Fatores de risco e intervenção. **Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB**, p. 407-414, 2013.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. 1º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Franco, M. H. P. **Luto: a morte do outro em si**. In: Franco, M. H. P. et al. *Vida e morte: laços da existência*, 2ª ed., 99-119. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FUKUMITSU, K. O. et al. Pós-venção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 48-49, 2015.

Fukumitsu, O. K. **Suicídio e luto: Histórias de filhos sobreviventes**. São Paulo: Digital Publish&Print, 2013.

MOREIRA, L. C. de O.; BASTOS, P. R. H. de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

MÜLLER, S. de A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pós-venção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017.

NUNES, F. D. D. et al. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 17-22, 2016.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Folha informativa (2018): Suicídio**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 13 de julho de 2019>.

PARKES, C. M. **Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus, 2009.

RATNARAJAH, D.; MAPLE, M.; MINICHIELLO, V. Understanding family member suicide narratives by investigating family history. **OMEGA-Journal of Death and Dying**, v. 69, n. 1, p. 41-57, 2014.

Sebastião, M. A. S. S. **Vida depois da morte: Narrativas da experiência de perda de um familiar por suicídio** Dissertação (Mestrado) – Universidade de Évora, Portugal, 2017.

TAVARES, M. S. A. **Suicídio: o luto dos sobreviventes**. In: Conselho Federal de Psicologia, O suicídio e os desafios para a psicologia (pp. 45-58). Brasília: CFP, 2013.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: REVISANDO CONHECIMENTOS

Data de aceite: 04/02/2020

Edilma da Silva Figueiras

Universidade Estadual do Tocantins

**Cristina de Fátima de Oliveira Brum
Augusto de Souza**

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

Lucas Capita Quarto

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

José Fernandes Vilas Netto Tiradentes

Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte

Fábio Luiz Fully Teixeira

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

Fernanda Castro Manhães

Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro

RESUMO: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é uma desordem neurobiológica caracterizada pela falta manutenção da atenção, pela hiperatividade e impulsividade. Possui prevalência, morbidade e taxa de comorbidades altas, podendo persistir até a vida adulta. Apesar disso, o desconhecimento dos vários aspectos desse transtorno é alto, estando rodeado de mitos e

conceitos errôneos mesmo entre profissionais que lidam diretamente com ele. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi de analisar através de uma revisão crítica, os elementos essenciais referentes à fisiopatologia, diagnóstico e às abordagens terapêuticas do TDAH, tendo em vista que, é preciso que a escola e a família supere as contradições sociais, mobilize-se, e qualifique seus profissionais para oferecer qualidade no atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. Atenção. Transtornos mentais diagnosticados na infância. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurological disorder characterized by attention maintenance, hyperactivity and impulsivity. It has a prevalence, morbidity and rate of high comorbidities, and may persist into adult life. Moreover, ignorance of multiple deviations is high, surrounded by myths and misconceptions among those who deal directly with it. In this context, the objective of the critical analysis, the guidelines and therapeutic guidelines of ADHD, considering that, it is necessary that the school and the family overcome as social contradictions, and, if it qualifies its evaluation to attend the quality

without care.

KEYWORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Attention. Mental disorders diagnosed in childhood. Multiprofessional team.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição psiquiátrica que há muito tempo é reconhecida por afetar a capacidade de funcionamento das crianças. Souza *et al*, (2007) relatam que os sintomas começam na infância e geralmente incluem falta de atenção e concentração, desorganização, dificuldade em completar tarefas, esquecimento e perda de tarefas. Esses sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos, durar seis meses e interferir nas atividades da vida diária. Isto deve estar presente em mais de um ambiente (ou seja, em casa e na escola, ou na escola e nas atividades após a aula). Pode ter grandes consequências, incluindo interações sociais, aumento de comportamentos de risco, perda de empregos e dificuldades na escola.

Crianças com TDAH podem ter dificuldades com interações sociais, podem ser facilmente frustradas e podem ser impulsivas. Eles são frequentemente rotulados como “criadores de problemas”. Neste contexto, este trabalho se justifica no fato de que é importante diagnosticar e tratar o distúrbio em uma idade jovem, para que os sintomas não persistam até a idade adulta e causem outras condições comórbidas. O tratamento do distúrbio está principalmente relacionado a estimulantes e psicoterapia.

Logo, o objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão crítica dos elementos essenciais referentes à fisiopatologia, diagnóstico e às abordagens terapêuticas do TDAH. Para tanto, foi adotada a pesquisa bibliográfica fazendo uma narrativa da literatura disponível em livros e nas bases de dados Scielo (*Scientific Eletronic Library OnLin*), MEDLINE, LILACS e Google Acadêmico. A seleção da amostra ocorreu com uma leitura criteriosa de todo material coletado. Posteriormente, foi realizada uma triagem e então, selecionado as obras de maior relevância para o presente estudo.

2 | ETIOLOGIA E PERSPECTIVA HISTÓRICA DO TDAH

Pode-se dizer então que a etiologia do TDAH está relacionada a uma variedade de fatores que incluem um componente genético e um componente ambiental. É uma das condições mais hereditárias em termos de transtornos psiquiátricos. Há uma concordância muito maior em gêmeos monozigóticos do que dizigóticos. Os irmãos têm o dobro do risco de ter TDAH do que a população geral. Da mesma

forma, infecções virais, tabagismo durante a gravidez, deficiência nutricional e exposição ao álcool no feto também foram exploradas como possíveis causas do distúrbio (VALENÇA & NARDI, 2015).

Conforme Andrade & Júnior (2017), crianças com TDAH é mais frequentemente identificada e tratada na escola primária. Estudos populacionais indicam que cinco por cento das crianças em todo o mundo apresentam níveis de atenção prejudicados, bem como hiperatividade. Os meninos são classificados com TDAH aproximadamente duas vezes mais que meninas e crianças em idade escolar, aproximadamente duas vezes mais que adolescentes.

O TDAH é uma síndrome heterogênea, de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos-familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. Seu início é precoce, sua evolução tende a ser crônica, sem repercussões significativas no funcionamento do sujeito em diversos contextos de sua vida (SENO, 2010, p. 335).

Os sintomas de TDAH existem em um *continuum* na população geral e são considerados como um transtorno em maior ou menor grau dependendo da fonte de identificação (por exemplo, pai ou professor), percepção do grau de comprometimento funcional e critérios diagnósticos. No entanto, os pré-escolares com sinais precoces de TDAH também podem ter comportamentos de não-conformidade opostos, ataques de raiva e agressões que ofuscam os sintomas de desatenção e hiperatividade e confundem o diagnóstico. Estes comportamentos podem receber o rótulo mais geral de um Transtorno do Comportamento Disruptivo, que incluem Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) e Transtorno de Conduta bem como TDAH. Se ainda não foi identificado por idade precoce, os jovens pré-escolares com TDO frequentemente satisfazem os critérios para TDAH na escola primária (NARDI, QUEVEDO & SILVA, 2015).

Valença & Nardi (2015) destaca que a primeira descrição clínica da síndrome foi apresentada por Sir George Frederick Still em 1902. Em uma série de palestras publicadas posteriormente na revista *The Lancet*, ele descreve crianças, mais frequentemente meninos do que meninas, que exibem uma capacidade anormal de atenção sustentada causando o fracasso escolar, mesmo na ausência de retardo intelectual. Ele fornece praticamente uma descrição de crianças com TDAH: suas avaliações e interpretações talvez sejam influenciadas e obscurecidas levemente com outras condições agora categorizadas separadamente e, de acordo com a compreensão dos tempos, atribuídas a “defeitos de controle moral”.

Observando que as sequelas em alguns sobreviventes da epidemia de gripe espanhola incluíam agitação, em 1922, Tredgold postulou a fonte do que hoje chamamos de TDAH como neurologicamente baseado e o chamamos de “dano

cerebral mínimo”, embora na verdade apenas algumas crianças mostrassem esse *post-influenza* reação. No entanto, essa teoria preparou o cenário para interpretar o TDAH como uma condição neurológica para o próximo meio século, até que descobertas científicas, modelos de classificação e eventos sociais subsequentes impulsionaram construções teóricas em direção a uma combinação de explicações genéticas, biológicas, sociais e evolutiva (MUSZKAT, MIRANDA & RIZZUTTI, 2017).

Ressalta-se ainda que, o subtipo desatento é prevalente em cerca de 18% do total de pacientes, enquanto hiperativo/impulsivo e combinado representam em média 8% e 70%, respectivamente. Verifica-se também que o subtipo desatento é mais comum entre a população feminina. Os distúrbios (coletivamente) são encontrados em uma proporção de 2: 1 entre homens e mulheres, de acordo com diferentes pesquisas. É prevalente em cerca de 3% a 6% da população adulta. É uma das desordens mais prevalentes encontradas na infância. Há alguma evidência de que o TDAH é mais prevalente nos Estados Unidos do que em outros países desenvolvidos (ANDRADE & JÚNIOR, 2017).

3 | FISIOPATOLOGIA

Bolfer (2009), relata que “a fisiopatologia do TDAH, apesar de ainda não estar completamente compreendida parece relacionar-se a falhas nos circuitos que interligam áreas pré-frontais, cerebelo e núcleos da base”. Para o referido autor, o transtorno foi conceituado como algo que afeta os circuitos “frontais” devido a déficits associados no funcionamento cognitivo executivo.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Seno (2010, p. 335) descreve o TDAH em quatro tipos:

(i) tipo desatento - não enxerga detalhes, faz erros por falta de cuidado, apresenta dificuldade em manter a atenção, parece não ouvir, tem dificuldade em seguir instruções, desorganização, evita/não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado, distrai-se com facilidade, esquece atividades diárias; (ii) tipo hiperativo/ impulsivo: inquietação, mexer as mãos e os pés, remexer-se na cadeira, dificuldade em permanecer sentada, corre sem destino, sobe nos móveis ou muros, dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente, fala excessivamente, responde perguntas antes delas serem formuladas, interrompem assuntos que estão sendo discutidos e se intrometem nas conversas; (iii) tipo combinado: quando o indivíduo apresenta os dois conjuntos de critérios desatento e hiperativo/impulsivo; (iv) tipo não específico, quando as características apresentadas são insuficientes para se chegar a um diagnóstico completo, apesar dos sintomas desequilibrarem a rotina diária.

Um grande estudo realizado por Castellanos e colaboradores (2004) relatou menor *cerebrum* total, cerebelo e os quatro lobos cerebrais que não mudaram com o tempo. Um estudo de ressonância magnética estrutural (MRI) (PUEYO *et al*, 2000) em adultos com e sem TDAH também revelou um córtex cingulado anterior (ACC)

menor e córtex pré-frontal dorsolateral (DLPFC). O DLPFC controla a memória de trabalho que envolve a capacidade de reter informações enquanto processa novas informações. Acredita-se que essas diferenças sejam responsáveis por déficits no direcionamento de metas e no comportamento de tarefas no TDAH.

Pesquisadores também examinaram o padrão de desenvolvimento da maturação cortical no TDAH. Oliveira & Dias (2015) relataram um atraso na espessura cortical entre pacientes com TDAH. O padrão de desenvolvimento do cérebro, das áreas sensorimotora às áreas associativas, foi semelhante em crianças com e sem TDAH. No entanto, a idade de pico de desenvolvimento foi atrasada em pessoas com TDAH. Usando a mesma medida de dados de espessura cortical em adultos, Marques (2018) mostraram que a espessura cortical não é normalizada e que as áreas do cérebro que são afetadas em crianças com TDAH permanecem afetadas na vida adulta. Neste estudo, o DLPFC, áreas parietais e ACC tiveram medidas mais finas de espessura cortical em adultos com TDAH do que em adultos sem TDAH.

A ressonância magnética funcional (fMRI) tem sido usada para examinar a atividade cerebral durante desafios cognitivos seletivos em indivíduos com TDAH. Um estudo que mede a atividade cerebral usando um teste neuropsicológico descobriu que tanto jovens como adultos com TDAH mostraram atividade atenuada nas regiões frontostriatais do cérebro que são fundamentais para controle inibitório e para atenção (córtex pré-frontal e caudado). Adultos com TDAH também ativaram regiões não frontostriatais (ACC, áreas parietais) mais que controles. A quantidade de ativação cerebral observada correlacionou-se estreitamente com o grau de eficiência na tarefa em crianças e adultos com TDAH (DURSTON, 2003).

Os resultados dos estudos de fMRI foram revisados por Durston (2003), que levantou a hipótese de que os sistemas de controle *top-down* e *bottom-up* foram afetados no TDAH. Na pesquisa foi especulado que sistemas neurais de baixo para cima detectam as regularidades e irregularidades no ambiente para ativar os sistemas cerebrais frontais para alterar o comportamento. Esses sistemas são os principais reguladores da manutenção da atenção sustentada versus mudança de atenção devido à entrada sensorial. O *striatum* regula o que esperar (tipo de tarefa), o cerebelo regula quando esperar (tempo da tarefa), e o lobo parietal alerta para novos ou novos estímulos concorrentes.

Curiosamente, a medicação pode normalizar alguns desses déficits funcionais. Couto & Mello-Jr (2010) publicaram um estudo mostrando que 7 semanas de tratamento com metilfenidato normalizavam a ativação no ACC. Aqueles que receberam medicação mostraram aumentos na ativação do ACC e DLPFC no acompanhamento, em comparação com a linha de base e para aqueles que receberam tratamento com placebo. Assim, aquelas áreas do cérebro que eram pouco ativas em adultos sem tratamento normalizaram com o tratamento.

A neurobiologia do TDAH é fortemente influenciada por fatores genéticos. Estudos mostraram que os familiares de crianças com TDAH têm alto risco de TDAH, transtornos psiquiátricos co-mórbidos, fracasso escolar, dificuldade de aprendizagem e prejuízos no funcionamento intelectual (RODRIGUEZ *et al*, 2015). Outras linhas de evidência de estudos de análise de adoção, gêmeos e segregação sugerem que a agregação familiar de TDAH tem um componente genético substancial. Estudos com gêmeos encontram maior similaridade para o TDAH e os componentes da síndrome entre gêmeos monozigóticos comparados com gêmeos dizigóticos. Faraone e colegas (2006) em uma metanálise dos vários estudos relataram a herdabilidade média do TDAH. Herdabilidade refere-se à quantidade de influência genética para uma condição particular. Um coeficiente de 1 indica um fenômeno inteiramente influenciado por genética, enquanto um 0 indica ausência de influência genética. Depressão, ansiedade, pânico e até asma tinham taxas de herdabilidade inferiores a 50%. Em contraste, dois dos transtornos psiquiátricos mais biologicamente relacionados, esquizofrenia e autismo, são hereditários em ~75%.

Tal como acontece com muitas condições neuropsiquiátricas complexas, acredita-se que a causação multifatorial esteja envolvida no TDAH; um efeito aditivo de múltiplos genes de vulnerabilidade interagindo com influências ambientais. Análises agrupadas revelam que não existe um único gene associado ao TDAH. Pensa-se que o distúrbio resulta de uma combinação de pequenos efeitos de vários genes (poli genéticos). Alguns dos genes candidatos que foram identificados até agora referem-se a síntese, embalagem, libertação, detecção e reciclagem de dopamina ou catecolaminas, incluindo os genes DRD4 pós-sináptico, transportador de dopamina e SNAP 25; bem como outros relacionados a outros neurotransmissores, como a serotonina (ROTTA *et al*, 2015). Claramente, mais trabalho é necessário para decifrar a relação dos genes candidatos na produção de fenocópias específicas do TDAH, bem como prever a resposta à intervenção psicossocial e farmacológica.

4 | CAUSAS, FATORES DE RISCO E DIAGNÓSTICO

As causas do TDAH não são totalmente compreendidas, mas provavelmente podem ser atribuídas a um único fator. Os genes desempenham um papel importante. Uma pesquisa realizada por Melo & Fermoseli (2017) mostrou que, em indivíduos com TDAH, a dopamina mensageira química é transportada de forma diferente entre as células nervosas do cérebro, especialmente nas regiões que são usadas para memória e aprendizagem. E existem outras diferenças biológicas que podem estar envolvidas no desenvolvimento do TDAH. Entretanto, alguns especialistas discordam da visão de que o TDAH está ligado apenas a fatores físicos ou genéticos. Em vez

disso, eles consideram as mudanças em nossa sociedade tão importantes quanto. Eles acreditam que os sintomas de TDAH também resultam da superestimação, juntamente com a falta de exercício, a ênfase da sociedade moderna na realização e mudanças na situação familiar de uma criança. Porém, dificilmente, estudos de boa qualidade testaram essas teorias.

Também não está claro quais fatores podem desempenhar um papel no risco de desenvolver TDAH. Estudos individuais mostraram que as crianças correm maior risco se suas mães fumaram, beberam álcool ou consumiram outras drogas durante a gravidez. Há também uma possível ligação entre TDAH e muito baixo peso ao nascer ou outros problemas relacionados ao parto, como a falta de oxigênio no nascimento. Fatores genéticos e circunstâncias externas provavelmente desempenham um papel (FERNANDES & MARCONDES, 2017).

Certos alimentos às vezes são associados ao TDAH. Na pesquisa de Gonçalves & Silva (2018), ficou evidenciado que as crianças que frequentemente comem alimentos contendo cores artificiais e conservantes têm maior probabilidade de se comportarem de maneira anormal. Mas a nutrição parece desempenhar um papel muito pequeno no máximo.

O prognóstico do TDAH é variável, dependendo da idade do indivíduo que está experimentando os sintomas. Vê-se que os sintomas do TDAH persistem na adolescência e podem envolver os domínios social e acadêmico da vida. Dois quintos dos pacientes continuam experimentando os sintomas na adolescência, enquanto um quarto deles também é diagnosticado com um distúrbio antissocial concomitante. A regra geral é que 50% dos pacientes “crescem fora do TDAH”, especialmente com o tratamento, e outros 25% não precisam de tratamento na vida adulta. Isso é teorizado em duas partes; primeiro que os estimulantes ajudam a melhorar o desenvolvimento do lobo frontal ao longo do tempo, e segundo, que os adultos geralmente escolhem carreiras que não exigem atenção constante. Na idade adulta, esses pacientes conseguem atingir seus objetivos educacionais e vocacionais (FERREIRA *et al*, 2018).

Entretanto, para Souza *et al*, (2007), diagnosticar o TDAH é muito importante que se tenha uma história relevante do indivíduo em questão. O TDAH é diagnosticado em crianças com base em sua história em que as crianças enfrentam dificuldades em pelo menos 6 dos 9 sintomas mencionados no DSM-V. Os sintomas de desatenção incluem: não prestar muita atenção nas tarefas, perder pequenos detalhes, apressar as tarefas, não parecer ouça quando falado dois, dificuldade em organizar as coisas, não termine o trabalho, não goste ou evite tarefas que requeiram esforço mental contínuo, que se perca, ou que seja esquecido. Os sintomas hiperativos incluem: ficar remexendo, sentir-se como um “motor interno”, sair do assento, subir nas coisas, ser alto, deixar escapar respostas, falar excessivamente ou fora do turno,

ter problemas para esperar a sua vez, interromper ou interferir nos outros.

A respeito da sala de aula:

Uma vez diagnosticado o TDAH, esse aluno deve ser considerado como uma criança com necessidades educacionais especiais, pois para que tenha garantidas as mesma oportunidade de aprender que os demais colegas de sala de aula, serão necessárias algumas adaptações visando diminuir a ocorrência dos comportamentos indesejáveis que possam prejudicar seu progresso pedagógico: sentar o aluno na primeira carteira e distante da porta ou janela; reduzir o número de alunos em sala de aula; procurar manter uma rotina diária; propor atividades pouco extensas; intercalar momentos de explicação com os exercícios práticos; utilizar estratégias atrativas; explicar detalhadamente a proposta; tentar manter o máximo de silêncio possível; orientar a família sobre o transtorno; evitar situações que provoquem a distração (SENO, 2010, p. 336).

Em adultos, no entanto, esses sintomas centrais podem estar ausentes e podem se manifestar como outros problemas, como procrastinação, instabilidade do humor e baixa autoestima. Eles provavelmente serão mais impulsivos por natureza, ou desatentos, já que os sintomas da hiperatividade podem ser melhor controlados. Os sintomas de desatenção ou hiperatividade provavelmente serão evitados ao se fazer uma história apropriada da infância, mas podem ter sido perdidos (SCHIMITZ *et al*, 2007).

O TDAH interfere no funcionamento e desenvolvimento. Diferentes escalas são usadas para medir os problemas que os pacientes com TDAH estão sofrendo. Um exemplo é a *Brown's Attention Deficit Disorder Scales - BADDs*, que inclui áreas comuns nas quais esses indivíduos enfrentam dificuldades e podem ser usados em adultos para identificar o transtorno. Para as crianças, a escala de TDAH Vanderbilt é frequentemente usada, pois tem um componente professor e pai. Um exame físico, por outro lado, não é tão útil no diagnóstico de TDAH, mas ainda pode ser usado para excluir causas médicas, como problemas de tireoide (PYLRO & ROSSETTI, 2017). Também pode ajudar a identificar qualquer problema médico que possa direcionar as opções de tratamento. Por exemplo, indivíduos com hipertensão podem não optar por estimulantes como uma opção de tratamento.

5 | TRATAMENTO E MANEJO DO TDAH À LUZ DA PRÁTICA MULTIPROFISIONAL

Rodillo (2015) relata que a terapia farmacológica continua a ser a base do tratamento para pacientes que sofrem de TDAH. É dividido em duas categorias principais que se enquadram em estimulantes ou não-estimulantes. Os estimulantes são divididos em anfetaminas e metilfenidatos. Ambos os tipos de estimulantes bloqueiam a recaptção da dopamina nas membranas pré-sinápticas e nas membranas pós-sinápticas. As anfetaminas também liberam diretamente a

dopamina. Estimulantes são a base do tratamento para o TDAH e são eficazes em cerca de 70% dos pacientes.

Existem múltiplas formulações de cada subtipo de estimulantes, incluindo liberação imediata e liberação prolongada, ação prolongada ou liberação prolongada. Os efeitos colaterais dos estimulantes incluem alterações na pressão arterial, diminuição do apetite e do sono e risco de dependência. Contudo, há um risco aumentado de uso de substâncias em pacientes com TDAH e estudos mostram que o tratamento com um estimulante diminui seu risco geral de abuso de substâncias ao longo da vida. Como os estimulantes são substâncias controladas, os provedores muitas vezes hesitam em usá-los (FERREIRA *et al*, 2018).

Da opção não-estimulante, existem também dois tipos: antidepressivos e alfa-agonistas. Dentro da categoria de antidepressivos, a atomoxetina é a mais conhecida e funciona como um inibidor seletivo da recaptção da norepinefrina. É conhecido por ser eficaz em muitos ensaios como uma opção de tratamento para o TDAH, embora não seja tão eficaz quanto os estimulantes. Também tem efeitos antidepressivos mínimos. É frequentemente usado em crianças que não toleram estimulantes ou têm ansiedade. Outros antidepressivos incluem bupropiona, que tem como alvo dopamina e serotonina, e TCAs, que são as opções de última escolha. Estes funcionam visando norepinefrina (ROTTA *et al*, 2015).

Por fim, Ferreira *et al*, (2018) descrevem os alfa-agonistas como clonidina e guanfacina podem ser usados como um tratamento eficaz para o TDAH. No entanto, estes estão associados a vários efeitos cardiovasculares, como diminuição da pressão arterial, sedação (clonidina mais do que a guanfacina), ganho de peso, tontura, etc. Eles são mais eficazes em crianças pequenas do que em adultos.

O tratamento psicossocial é a outra forma de tratamento que é usada para indivíduos que sofrem do transtorno. Conforme Bertoldo *et al*, (2018), essa forma de tratamento inclui a psicoeducação para a família e os programas de treinamento comportamental cognitivo e do paciente, projetados especificamente para o paciente alcançar objetivos de curto e longo prazo. Pesquisas descobriram que esses programas de treinamento provam ser muito eficazes quando usados junto com a farmacoterapia. No entanto, ao contrário de outros transtornos psiquiátricos, há fortes evidências de que o tratamento medicamentoso sem terapia é o mais eficaz.

Os médicos têm à sua disposição uma variedade de intervenções psicossociais para o TDAH. Além da psicoterapia tradicional, que aborda as emoções subjacentes, os pais e/ou responsáveis podem ajudar a criança com habilidades em organização e priorização, bem como atuar como mentores, defensores e figuras motivacionais. Andrade (2016) relata que o treinamento dos pais é frequentemente realizado usando o modelo de consequência do comportamento antecedente e é implementado

usando vários métodos como fitas de vídeo e sessões comportamentais que incluem crianças. No ambiente acadêmico, praticamente todas as crianças com TDAH devem lidar com demandas e expectativas organizacionais e comportamentais.

Para Paiano *et al*, (2019), os professores podem realizar intervenções individuais e em toda a classe usando métodos de antecedentes e/ou consequências. As intervenções precedentes baseiam-se na compreensão dos fatores antecedentes, por exemplo, tédio, provocação entre pares e regras inconsistentes pouco claras que precipitam problemas comportamentais. As prévias e consequentes envolvem a compreensão dos antecedentes do comportamento inadequado e o reforço do comportamento adequado com recompensas. Por outro lado, as de consequências envolvem o uso judicioso da punição para encorajar o comportamento adequado em sala de aula.

Em se tratando o manejo, os protocolos devem ser seguidos de forma eficaz, a fim de alcançar um resultado satisfatório. Apesar de décadas de pesquisa, os resultados para pacientes com TDAH são cautelosos. O não cumprimento dos medicamentos é comum e o acompanhamento é difícil, pois muitos pacientes procuram tratamentos alternativos. Não há dúvida de que os tratamentos atualmente disponíveis ajudam alguns pacientes a melhorar funcionalmente, mas sem tratamento, os indivíduos continuam a se deteriorar e acabam em dificuldades financeiras, legais e sociais. A respeito disso, Gelbcke, Mattos & Sallum (2012) afirmam que o atendimento ao paciente produz melhores resultados quando é utilizada uma abordagem abrangente, que engloba todos os profissionais de saúde relevantes. Isso porque os melhores e mais rentáveis resultados para o paciente são alcançados por profissionais que colaboram no trabalho, aprendendo, mapeando um prognóstico e gerando novas ideias. Este conceito é denominado abordagem de equipe multiprofissional para atendimento ao paciente.

Para Backes *et al*, (2016), os objetivos compartilhados da equipe são manifestados pela interação mútua e cordial dos membros da equipe, e os papéis de cada profissional na equipe são mutuamente interdependentes e responsáveis para permitir o alcance das metas estabelecidas. Portanto, em uma equipe multiprofissional, cada membro da equipe implementa uma parte especializada de um plano de cuidados e o principal objetivo das equipes multidisciplinares é agrupar uma série de pontos de vista sobre o cuidado das pessoas e utilizar de forma otimizada o conhecimento e as capacidades de muitos profissionais e setores.

É primordial ressaltar que as abordagens multiprofissionais de equipe fazem uso do conhecimento e experiência de profissionais de diferentes disciplinas, com cada disciplina abordando o paciente a partir de sua própria perspectiva. Para Nunes, Wovst & Neto (2014), essa abordagem geralmente envolve consultas individuais separadas. É comum que equipes multidisciplinares se reúnam regularmente, na

ausência do paciente, para discutir sobre objetivos compartilhados, descobertas e discutir direções futuras para atingir as metas estabelecidas.

As abordagens interdisciplinares de equipes, por outro lado, integram abordagens disciplinares separadas em uma única consulta. Ou seja, avaliação, intervenção e metas de gestão de curto e longo prazo são conduzidas pela equipe, juntamente com o paciente, ao mesmo tempo, o qual está intimamente envolvido em qualquer discussão (COSTA, 2007).

Na pesquisa de Barbosa *et al*, (2017, p. 328), evidenciou-se que:

Grupos de saúde mental, atividades de práticas integrativas e complementares, grupos de prevenção de agravos físicos em geral, entre outros, estão sendo postos em prática, mas a fisioterapia ainda encontra dificuldades nessas ações. Paralelamente, atendimentos individuais para avaliação e tratamento e atendimentos domiciliares a pacientes restritos ao leito e/ou que não possam sair de casa estão dando à população das áreas de abrangência dos PSF melhor acesso e resolubilidade.

Tendo em vista o trabalho em equipe, Moura & Luzio (2014) disseram que a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em conjunto com a proposição de novos arranjos jurídicos, legais, gerenciais e organizacionais, teóricos, técnicos e assistenciais, como o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, aparecem como tentativas de superar desafios e lacunas que ainda estão presentes no SUS quanto à efetividade de alguns de seus princípios, como atenção integral à saúde, acesso universal e igualitário.

Portanto, o NASF foi criado para fortalecer a atenção primária à saúde e apoiar as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) de acordo com as demandas identificadas pelas equipes (BRASIL, 2011). O processo de trabalho da equipe de saúde da família e do NASF prevê a coordenação e integração entre as equipes. seus membros, uma vez que os profissionais do núcleo assumem responsabilidade com a população e a equipe de saúde da família (BRASIL, 2009).

Ressalta-se que conforme a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a equipe do NASF pode ser composta por profissionais de diversas categorias, como assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e fisioterapeutas, entre outros. A definição da composição das equipes é de responsabilidade da administração municipal e deve basear-se em demandas derivadas de dados epidemiológicos, necessidades locais e equipes a serem apoiadas (BRASIL, 2011).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo maior deste estudo, ficou evidenciado que o TDAH é um transtorno que perpetua por gerações, não atinge somente crianças

e adolescentes, não tem cura mas tem tratamento. Ao analisar a literatura, as habilidades de aprendizagem, pensamento e resolução de problemas dessas pessoas podem variar, sendo que algumas precisam de muita ajuda em suas vidas diárias; outros precisam de menos.

São indivíduos que vão cruzar nossos caminhos como profissionais de mediação. Portanto, é necessário enfatizar um modelo social de incapacidade para descrever os desafios que indivíduos com TDAH encontram em contextos de cuidados de saúde, afinal parte da deficiência é uma função de como os ambientes não são adequados para eles, e não podemos fazer as acomodações certas. É primordial que o mediador assuma um papel de relevância no auxílio do alunado junto com os demais profissionais e o responsável, pois ele vai auxiliar com o objetivo de amenizar os conflitos e dificuldades do discente para obter um resultado favorável na vida cognitiva, social, intelectual buscando a melhor didática e proporcionando resolver o conflito ou dificuldade existente na aprendizagem.

Além disso, é importante que os pacientes com TDAH sejam acompanhados regularmente para verificar seus sintomas e comorbidades. Para atingir os objetivos do tratamento, o papel da educação do paciente não pode ser suficientemente enfatizado. Para as crianças que sofrem de TDAH, os pais devem ser formalmente instruídos sobre o transtorno para que compreendam o conceito por trás do diagnóstico. O tratamento medicamentoso só pode ser otimizado se houver interação contínua entre o cuidador principal e a família.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, André Luiz Monézi; JÚNIOR, Alfredo Lohr. Questões atuais acerca do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Psicologia Argumento**, v. 25, n. 48, p. 73-83, 2017.

ANDRADE, Elisa Meireles. **Qualidade de vida de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) e seus principais cuidadores**. 2016.

BACKES, Dirce Stein et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2016.

BARBOSA, Erika Guerrieri et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em movimento**, v. 23, n. 2, 2017.

BERTOLDO, Lao Tse Maria; FEIJÓ, Luan Paris; DA CRUZ BENETTI, Silvia Pereira. Intervenções para o TDAH infanto-juvenil que incluem pais como parte do tratamento. **Psicologia Revista**, v. 27, n. 2, p. 427-452, 2018.

BOLFER, Cristiana Pacheco Martini. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas e da atenção em crianças com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTELLANOS, F. X.; ACOSTA, M. T. Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. **Revista de neurología**, v. 38, n. 1, p. 131-136, 2004.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 107-124, 2007.

COUTO, Taciana Souza; MELO-JUNIOR, Mario Ribeiro; GOMES, Cláudia Roberta Araújo. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 1, p. pp. 241-251, 2010.

DURSTON, Sarah. Uma revisão das bases biológicas do TDAH: o que aprendemos com os estudos de imagem?. **Retardo mental e incapacidades desenvolvimentais, revisões de pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 184-195, 2003.

FARAONE, Stephen V.; BIEDERMAN, Joseph; MICK, Eric. O declínio dependente da idade do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: uma meta-análise de estudos de acompanhamento. **Medicina psicológica**, v. 36, n. 2, p. 159-165, 2006.

FERNANDES, Cleonice Terezinha; MARCONDES, Jeisa Fernandes. TDAH: Transtorno, Causa, Efeito e Circunstância. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 18, n. 1, p. 48-52, 2017.

FERREIRA, Samuel Santos; DA SILVA SANTOS, Tatiane; RIBEIRO, Patrícia Damasceno. Aspectos terapêuticos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade–TDAH. **LINKSCIENCEPLACE- Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 4, n. 5, 2018.

GELBCKE, Francine Lima Lima; MATOS, Eliane Matos; SALLUM, Nádia Chiodelli. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GONÇALVES, Ana Carla Rodrigues; SILVA, Maria Cláudia da. **Avaliação do perfil alimentar de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 2018.

MARQUES, Daniela Melo. **Análise neuroquímica e morfométrica de culturas de neurônios corticais do modelo murino do TDAH**. 2018.

MELO, Jacyara Faria des; FERMOSELI, André Fernando de Oliveira. Tdah e insônia: aspectos neurofisiológicos e possíveis relações. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 1, p. 169, 2017.

MOURA, RH; LUZIO, CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Interface** (Botucatu). 2014;18(1):973-86.

MUSZKAT, Mauro; MIRANDA, Monica Carolina; RIZZUTTI, Sueli. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. Cortez Editora, 2017.

NARDI, Antonio Egidio; QUEVEDO, João; DA SILVA, Antônio Geraldo. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e clínica**. Artmed Editora, 2015.

NUNES, Marina Freire; WOVST, Luciana Rodrigues; NETO, Sebastião Benício da Costa. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 72-84, 2014.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Repercussões do Transtorno de Déficit

de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na experiência universitária. **Psicologia: ciência e profissão**. Vol. 35, n. 2 (abr./jun. 2015), p. 613-629., 2015.

PAIANO, Ronê et al. Programas de intervenção para alunos com tdah no contexto escolar: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 21-1-20, 2019.

PUEYO, R. et al. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Asimetrías cerebrales observadas en resonancia magnética. **Rev Neurol**, v. 30, n. 10, p. 920-925, 2000.

PYLRO, Simone Chabudee; ROSSETTI, Claudia Broetto. Avaliação de indícios de TDAH por meio de três escalas. **Psicologia Argumento**, v. 32, 2017.

RODILLO, B. Eliana. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 26, n. 1, p. 52-59, 2015.

RODRÍGUEZ, Celestino et al. Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). **European journal of education and psychology**, v. 4, n. 1, 2015.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; DOS SANTOS RIESGO, Rudimar. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Artmed Editora, 2015.

SCHMITZ, Marcelo; POLANCZYK, Guilherme Vanoni; ROHDE, Luis Augusto Paim. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. **Jornal brasileiro de psiquiatria. Rio de Janeiro**. Vol. 56, supl 1 (2007), p. 25-29, 2007.

SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem?. **Revista psicopedagogia**, v. 27, n. 84, p. 334-343, 2010.

SOUZA, Isabella GS et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **J. bras. psiquiatr**, v. 56, n. supl 1, p. 14-18, 2007.

VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antônio Egídio. Histórico do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e Clínica Porto Alegre: Artmed**, p. 19-22, 2015.

USO DE UM PROTOCOLO DO MÉTODO PEDIA SUIT NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE CASO

Data de aceite: 04/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Laura Lemos de Oliveira Neri

Centro Universitário Tabosa de Almeida, Ascens-
UNITA
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6952938701788001>

Débora Fernanda de Sousa Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida, Ascens-
UNITA
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4321960359959511>

Jessyka Marques da Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida, Ascens-
UNITA
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/9246511079357504>

Geanna Gabriela de Almeida Nascimento

Centro Universitário Tabosa de Almeida, Ascens-
UNITA
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/8235373487196611>

Maria de Fátima Bezerra da Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida, Ascens-
UNITA
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/0830177849013607>

Maria Natasha de Siqueira Paes

Centro Universitário Tabosa de Almeida, Ascens-

UNITA

Caruaru- Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2309533875202726>

Dreyzialle Vila Nova Mota

Faculdade Maurício de Nassau
Caruaru- Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/0502083958870959>

Vastí Lima da Silva Santana

Universidade estadual da Paraíba
Campina Grande- Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/8653055029552582>

RESUMO: Introdução. A paralisia cerebral (PC) é uma seqüela de uma lesão do sistema nervoso central e caracteriza-se por alterações dos movimentos controlados, do tônus muscular, de equilíbrio e coordenação motora e alterações posturais. O método Peditasuit é um recurso terapêutico que visa potencializar ganhos motores e funcionais através de um programa específico e intensivo de reabilitação. **Objetivo.** Apresentar benefícios sensoriais motores após aplicação do primeiro protocolo do método pediasuit em paciente com paralisia cerebral. **Metodologia.** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso realizado na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Caruaru, Pernambuco, Brasil, de um paciente

pediátrico, sexo masculino, diagnosticado com paralisia cerebral. O paciente foi avaliado e reavaliado pela escala Denver 2, no tópic motor-grosso. A responsável pelo paciente sujeito deste caso assinou o termo de consentimento autorizando exposição de fotos e vídeos para estudo do caso. **Resultados e Discussão.** De acordo com informações coletadas, o paciente iniciou tratamento fisioterapêutico com 1,2 anos de vida onde era realizado apenas a fisioterapia convencional. Aos 3 anos e 10 meses, deu início ao tratamento com o primeiro protocolo do método PediaSuit. Foi avaliado através da escala Denver 2 pela qual foi observado que a função motora-grossa do paciente equivalia a uma criança de 7 meses. Após o primeiro protocolo do pediasuit com duração de 1 mês, com 4 horas diárias, o paciente foi reavaliado pela mesma fisioterapeuta e foi observado uma melhora do desenvolvimento motor, que equivalia a uma criança de 14 meses. **Conclusão.** Após o estudo, foi observado um avanço do desenvolvimento motor grosso do paciente. Quando comparado o método com a fisioterapia convencional, observa-se rápida evolução do quadro. Para um melhor benefício, deve-se associar o uso do método com um tratamento multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Reabilitação; Pediatria; Paralisia Cerebral; Tratamento.

USE OF A PROTOCOL OF THE METHOD PEDIA SUIT IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY: CASE REPORT

ABSTRACT: Introduction. Cerebral palsy (CP) is a sequel to an injury on the central nervous system and is characterized by alterations in controlled movement, muscle tone, balance and motor coordination as well as postural alterations. The PediaSuit method is a therapeutic resource that aims to enhance functional and motor gains through a specific and intensive rehabilitation program. **Goal.** To present sensory motor benefits after the application of the first protocol of the method in a patient with cerebral palsy. **Methodology.** It is about a descriptive case study conducted at APAE (stands for Association of Parents and friends of the exceptional in Brazilian portuguese) in Caruaru, Pernambuco, Brazil. A pediatric male patient diagnosed with cerebral palsy. The patient was evaluated and re-evaluated by the Denver 2 screening test, in the session of motor gross. The responsible for the patient subject to this case signed the consent form authorizing the use of its photos and videos for the case study. **Results and discussion.** According to information gathered, the patient started physical therapy treatment at 1,2 years of life where it was performed only with conventional physical therapy. At 3 years and 10 months, treatment began with the first protocol of the PediaSuit method. It was evaluated through the Denver 2 scale, which showed that the patient's gross motor function was equivalent to a 7-month-old child. After the first 1-month using the PediaSuit protocol, 4 hours each day, the patient was re-evaluated by the same physiotherapist and an motor development was verified, which is equivalent

to a 14-month-old child. **Conclusion.** After the study, a development in the patient's gross motor was verified. When compared to the conventional physiotherapy method, verified the fast evolution of the condition. For best benefit, it's advised to associate the use of the method with multidisciplinary treatment.

KEYWORDS: Physiotherapy; Rehabilitation; Pediatrics; Cerebral palsy; Treatment.

1 | INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é caracterizada por uma alteração dos movimentos controlados ou posturais dos pacientes que aparecem ainda na primeira infância, decorrente de uma lesão, danificação ou disfunção do sistema nervoso central. Essa lesão pode ocorrer no período pré-natal (fatores maternos ou fetais), perinatal (fatores do parto) e pós-natal. Dentre todas as causas, as mais incidentes são as de desenvolvimento congênito anormal do cérebro, anóxia cerebral perinatal caracterizada por ausência ou diminuição de oxigênio no cérebro durante o nascimento (fato muito associado com a prematuridade), lesão traumática do cérebro no nascimento (geralmente decorrente de trabalho de parto prolongado ou uso de fórceps), eritroblastose por incompatibilidade Rh (ocorre quando o sangue de um feto sofre hemólise, ou seja, é aglutinado pelos anticorpos do sangue da mãe ou através de infecções cerebrais na fase inicial do período pós-natal) (LEITE; PRADO, 2004).

De acordo com estudos epidemiológicos, os dados da incidência de paralisia cerebral são muito variáveis. Através de um estudo, em 1950, Lillingworth observou cerca de 600 mil casos de PC nos Estados Unidos, sendo considerados 20 mil casos por ano. Em países desenvolvidos, a incidência da patologia classificada de moderada a severa tem variado de 1,5 a 5,9 por 1000 nascidos vivos, porém ao incluir todas as formas, esse índice aumenta para cerca de 7 a cada 1000 nascidos vivos. Nesse mesmo estudo, é descrito que a relação de crianças em idades escolar que frequentam centros de reabilitação, a prevalência seja de 2 a cada 1000 crianças (LEITE; PRADO, 2004).

Segundo Edelmuth, surgem cerca de 17.000 novos casos de PC por ano (ROTTA, 2002).

Em 1971, o centro Russo de aeronáutica e medicina espacial desenvolveu uma vestimenta que seria usada pelos astronautas em voo espaciais, e visava neutralizar os efeitos da ausência da gravidade no corpo, como a perda de densidade óssea, alteração das respostas sensoriais e motoras, atrofia muscular, alterações cardiovasculares entre outros. Foi observado que os astronautas que não utilizaram o traje, desenvolviam padrões parecidos com o quadro clínico do portador de paralisia cerebral, como a insegurança postural. Posteriormente uma clínica na Polônia

decidiu integrar o traje, após algumas modificações, no tratamento de crianças com PC. Posteriormente em 2004, o traje foi aperfeiçoado pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional brasileiro Leonardo Oliveira e colaboradores, o que deu origem ao Peditasuit (BORGES, 2012)

O método Peditasuit é classificado como um recurso terapêutico que visa potencializar ganhos motores e funcionais através de um programa específico e intensivo de exercícios de reabilitação. Tem como principal objetivo ser uma unidade de suporte, alinhando o corpo o mais próximo do normal possível, restabelecendo o correto alinhamento postural e a descarga de peso que são fundamentais na normalização do tônus muscular, da função sensorial e vestibular que se encontram ausentes em pacientes portadores de PC (BORGES, 2012).

É composto por uma vestimenta ortopédico-terapêutica, o macacão, que contém chapéu, colete, calção, joelheiras e calçados adaptados que são interligados por bandas elásticas resistentes. Essa vestimenta visa aumentar as habilidades do paciente em executar novos planos motores, associado com a repetição dos exercícios, além disso, ele fornece uma sustentação artificial, e reproduz uma tensão semelhante ao alongamento e encurtamento fisiológico da musculatura do corpo. Além disso, o traje visa reforçar padrões de movimento corretos, o que pode proporcionar aos pacientes o aprendizado de novos padrões e ganho de força muscular ao mesmo tempo (OLIVEIRA, 2011).

O uso do macacão ortopédico é associado com protocolos de terapia intensiva, que tem esse caráter devido ao elevado número de horas em poucas semanas, pois cada protocolo consiste em um programa de 80 horas de tratamento, sendo 4 horas diárias, 5 dias na semana, durante 4 semanas, sendo 4 protocolos por ano. Esse protocolo foca no desenvolvimento motor, reforço muscular, resistência, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora. Portanto, quando o corpo está em alinhamento, com a ajuda da pressão exercida sobre todas as articulações, a terapia intensiva tem o propósito de reeducar o cérebro a adquirir padrões de movimentos corretos e atividade muscular adequada (PEDIASUIT METHOD, 2008).

Os elementos chaves desse protocolo de terapia intensiva são o uso do traje terapêutico associado ao uso das gaiolas funcionais. A “gaiola do macaco” foi desenvolvida visando alongar e fortalecer os grupos musculares, já na “gaiola da aranha” o indivíduo através de cabos elásticos pode realizar transferência de peso, saltar, ajoelhar. A gaiola é usada para treinar a criança, aumentando a capacidade de isolar os movimentos desejados e fortalecer os grupos musculares responsáveis por esse movimento (MANGILLI, 2017).

Por ter como indicação pessoas acometidas por algum tipo de déficit cognitivo ou motor, como atraso no desenvolvimento, traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular encefálico (AVE), deficiências neurológicas, deficiências ortopédicas,

doenças genéticas, incapacidades pós-cirúrgicas, lesões da medula espinhal, transtornos vestibulares e síndrome de Down, o método pode ser muito utilizado na conduta fisioterapêutica de pacientes que tem como objetivo os intuitos propostos pelo protocolo do Peditasuit (PEDIASUIT METHOD, 2008).

O tratamento com o Protocolo Peditasuit pode ser combinado com métodos convencionais já utilizados na reabilitação de pessoas com paralisia cerebral, como o método Bobath e Kabath, que são técnicas da fisioterapia. Sendo assim, o objetivo deste estudo é apresentar benefícios sensórios motores e psicossociais, após aplicação do primeiro protocolo de 80 horas do método Peditasuit em paciente com paralisia cerebral, através de um relato de caso.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de caso, na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Caruaru, Pernambuco, do paciente H.N., sexo masculino, 3 anos e 11 meses, diagnosticado com paralisia cerebral do tipo atetóide, caracterizada por presença de movimentos involuntários, lentos e retorcidos, tônus flutuante, instabilidade postural, padrões posturais assimétricos além de reações de equilíbrio e endireitamento anormais, gerando uma dificuldade para sentar, falar, deglutir, deambular e realizar atividades diárias, e também a presença de hemiparesia à direita.

O paciente foi avaliado através da escala Denver 2, no tópico motor-grosseiro. Foram acompanhadas 24 sessões fisioterapêuticas do paciente na associação com duração de 1 mês, sendo 4 horas diárias. A responsável pelo paciente assinou termo de consentimento, autorizando fotos e vídeos para estudo do caso.

3 | RESULTADOS

O paciente iniciou tratamento fisioterapêutico com 1 ano e 2 meses de vida, porém era realizado apenas a fisioterapia convencional associado com o método Bobath. Aos 3 anos e 10 meses, para início do tratamento com o primeiro protocolo do método Peditasuit, foi avaliado através da escala Denver 2, que trata-se de uma escala de triagem que verifica o atraso no desenvolvimento infantil, onde foi observado que a função motora-grossa do paciente equivalia a de uma criança de 7 meses, pois ele apenas realizava as funções de elevar a cabeça, manter a cabeça a 45° e 90°, sentado sustentava a cabeça, sustentava seu peso nas pernas, elevava o peito, mudava de posição e sentava sem apoio. Após o uso do primeiro protocolo de terapia intensiva com o Peditasuit, que teve início em 16/07/2018 e finalizado no dia 16/08/2018, o paciente foi reavaliado e foi observado uma melhora significativa

do desenvolvimento motor do paciente que equivalia a uma criança de 14 meses, pois obteve as seguintes aquisições: ao ser puxado para sentar mantém a cabeça firme; de pé, sustenta o corpo (segurado pelas mãos); puxa para levantar-se; senta-se, fica de pé sozinho. Ou seja, com 1 mês do protocolo do Pediasuit, o paciente adquiriu avanço de 7 meses no desenvolvimento motor. Além disso, foi relatado pela responsável do paciente e por outros profissionais da associação que além da melhora motora do paciente houve também um ganho psicossocial do mesmo.

Visa-se ainda que com a aplicação do 2º protocolo do método, durante mais 80 horas, o paciente consiga realizar a função de andar com suporte do andador. As imagens do desenvolvimento do paciente antes, durante e depois do tratamento podem ser verificados nas figuras 1, 2 e 3.

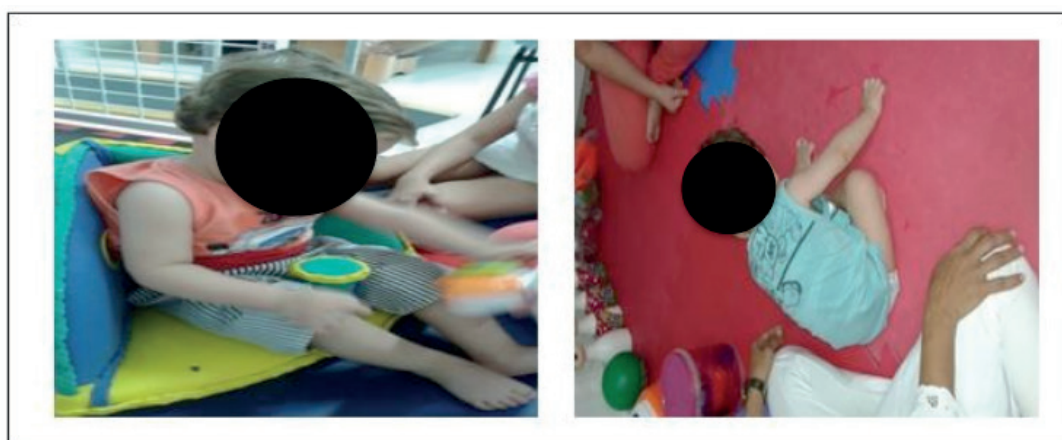


Figura 1: Antes do 1º protocolo do Pediasuit. Paciente se apresenta sem controle de coluna cervical, não realiza postura de em pé, não engatinhava, não rolava, sentado apenas com apoio.

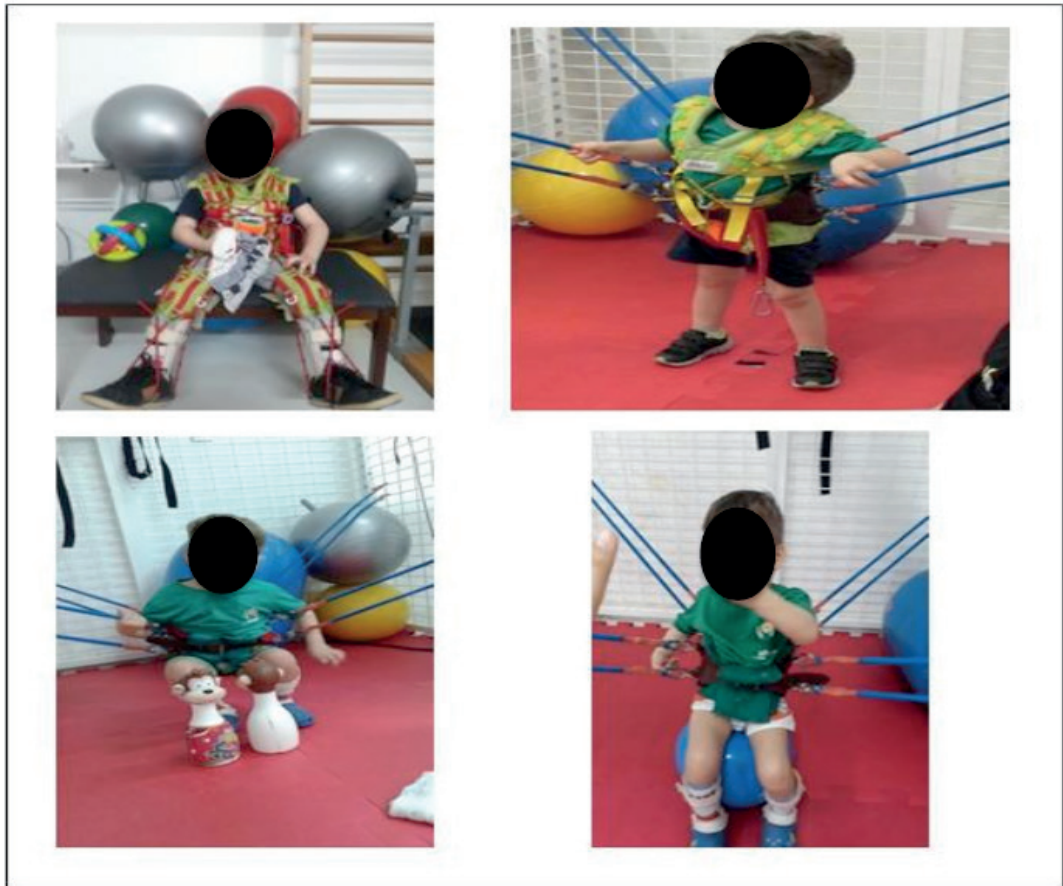


Figura 2: Durante o 1º protocolo do Peditasuit. Ganho de controle de coluna cervical, realiza postura sentada com auxílio dos elásticos na gaiola macaco, realiza postura em pé com auxílio de elásticos na gaiola macaco, senta-se sem apoio.



Figura 3: Após o término do 1º protocolo do Peditasuit. Ganho da postura em pé, sem apoio; senta-se sozinho; melhora dos movimentos involuntários.

4 | DISCUSSÃO

Na literatura há diversos artigos que explanem a respeito do uso do método peditasuit em pacientes com paralisia cerebral, abordando os diferentes tipos de classificações da patologia.

Oliveira et al (2018), tiveram como objetivo avaliar se o uso do tratamento com

o pediasuit acarretaria em mudanças na função motora grossa de uma criança com paralisia cerebral do tipo quadriplegia espástica. A paciente foi avaliada e reavaliada através do escore do GMFM após a terapia que durou 21 sessões, sendo realizada de segunda a sexta, durante 4 horas diárias de fisioterapia. Através do aumento significativo da pontuação do GMFM foi possível analisar uma melhora visível da função motora grossa da paciente. Os resultados desse estudo sugerem que devido a intensidade do tratamento os ganhos motores podem ter sido influenciados de forma positiva.

Brol et al (2016) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de coletar informações sobre a eficácia do tratamento do pediasuit quando realizado em pacientes com PC. Ao final de sua pesquisa nas bases de dados PubMed e Scielo, foi analisado que os estudos coletados evidenciaram melhoras nos quadros clínicos. Porém, os autores sugerem haver uma desigualdade em relação ao método utilizado não sendo caracterizado como um método padrão de tratamento, podendo alterar o resultado final.

Segundo revisão sistemática realizada por Martins et al (2016), foram analisado dados que comprovam a eficácia do uso do pediasuit no tratamento de crianças com paralisia cerebral. Porém, foi possível observar uma grande variação entre os estudos, quanto às características das amostras (idade, subtipos, acometimento e comprometimento individual de cada criança com paralisia), em relação ao tempo, frequência e intensidade do tratamento, os tipos de exercícios que foram realizados, métodos de avaliação, além dos fatores ambientais que podem interferir ou não, no resultado final da pesquisa.

5 | CONCLUSÃO

Após o estudo do caso do paciente acima citado, foi observado um avanço grande do desenvolvimento motor-grosso. Quando comparado o método Pediasuit à fisioterapia convencional observa-se a rápida evolução do quadro, pois com apenas 1 protocolo com duração de 1 mês, o paciente obteve um ganho de funções que com 2 anos e 9 meses com a fisioterapia convencional não havia obtido. Porém para um melhor benefício do paciente, deve-se associar o uso do método com um tratamento multidisciplinar. Deve-se também, atentar-se para as contraindicações do método.

Conclui-se portanto que a terapia intensiva através do método Pediasuit, oferece para seus pacientes uma agilidade na melhora do quadro psicomotor, pois além do desenvolvimento motor, ocorre também um progresso do aspecto cognitivo. Para resultados mais fidedignos do tratamento com pediasuit, sugerimos

uma pesquisa de campo que possa obter um padrão de características entre as amostras do estudo.

REFERÊNCIAS

BORGES, A. **O Uso Do Protocolo Pedia Suit No Tratamento De Crianças Com Paralisia Cerebral**. Brasília, 2012.

BROL, A. M.; SILVA, B. S.; ERHARTER, C. **Fisioterapia e método suit em portadores de paralisia cerebral: revisão de literatura**. Seminário de Iniciação Científica, Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão e Mostra Universitária, 2016.

LEITE, J.; PRADO, G. **Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos**. São Paulo, 2004.

MANGILLI, E. **Efeitos Musculares Do Protocolo Peditasuit Em Crianças Com Paralisia Cerebral Espástica**. Criciúma, 2017

MARTINS, E *et al.* **Efficacy of suit therapy on functioning in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review and metaanalysis**. Dev Med Child Neurol, 2016; v. 58, n. 4, p. 348-360.

OLIVEIRA, L. **“Protocolo Pedia Suit”**. 2011

OLIVEIRA, L. L.; NERY, L. C.; GONÇALVES, R. V. **Efetividade do método suit na função motora grossa de uma criança com paralisia cerebral**. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas, 2018; v. 1, n. 2, p. 15-21.

PEDIASUIT PROTOCOL, 2004. **The Peditasuit Protocol**. Disponível em: <www.peditasuit.com>. Acesso em: 29 de outubro de 2019.

ROTTA, N. T. **Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas**. Jornal de Pediatria, vol.78, supl. 1. Rio de Janeiro, 2002.

SOBRE OS ORGANIZADORES

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “Analysis in vitro and acute toxicity of oil of *Pachira aquatica* Aublet”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

THIAGO TEIXEIRA PEREIRA - Possui graduação em Educação Física Licenciatura e Bacharelado pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (2018). Concluiu especialização em Educação Especial pela Universidade Católica Dom Bosco em 2019. Ingressou na pós-graduação (*Stricto Sensu*) a nível de mestrado em 2019 pela Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, área de concentração em Farmacologia, no qual realiza experimentos em animais na área de toxicologia e endocrinologia, associando intervenção com extratos de plantas e/ou ervas naturais e exercício físico. É membro do Grupo de Pesquisa de Biologia Aplicada à Saúde, cadastrado no CNPq e liderado pela Prof^a. Dra. Silvia Aparecida Oesterreich. Em 2019, foi professor tutor do curso de Graduação Bacharel em Educação Física, modalidade Educação à Distância, pela Universidade Norte do Paraná polo de Campo Grande-MS (UNOPAR/CG). Foi revisor dos periódicos *Lecturas: Educación Física y Deportes* e *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. Possui experiência profissional em treinamento funcional e musculação, avaliação antropométrica, testes de aptidão física e cardiovasculares, montagem de rotinas de treinamento, orientação postural e execução de exercícios, periodização do treinamento e treinamento resistido com enfoque em hipertrofia máxima e promoção da saúde. Atualmente está desenvolvendo estudos de metanálise com o fruto *Punica granatum* L., bem como a ação de seus extratos em animais da linhagem Wistar, associado ao exercício físico de força. Recentemente, participou como coautor de um estudo de metanálise inédita intitulada: *Comparative Meta-Analysis of the Effect of Concentrated, Hydrolyzed, and Isolated Whey Protein Supplementation on Body Composition of Physical Activity Practitioners*, que buscou verificar a eficiência de *whey protein* dos tipos concentrado, isolado e hidrolisado comparado a placebos isocalóricos sobre os desfechos de composição

corporal em adultos saudáveis praticantes de atividade física.

SILVIA APARECIDA OESTERREICH - Possui graduação em Ciências Biológicas pelas Faculdades Reunidas de Administração, Ciências Contábeis e Ciências Econômicas de Palmas (FACEPAL), com especialização em Biologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO-PR). Em 2000 obteve o título de Doutora em Ciências da Atividade Física e Desportes pela Universidade de León- Espanha, revalidado pela Universidade de São Paulo como Doutorado em Educação Física, área de concentração Biodinâmica do Movimento Humano. Atualmente é professora associada de Fisiologia Humana e diretora da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Docente do quadro permanente dos Programas de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado) e Nutrição, Alimentos e Saúde, (mestrado) da FCS. Líder do grupo de pesquisa Biologia aplicada à saúde com três orientações em andamento de doutorado e cinco de mestrado. Coordenadora do Laboratório de Ensaio Toxicológicos (LETOX) da FCS onde desenvolve pesquisas na área de Farmacologia, ensaios pré-clínicos visando avaliar a ação farmacológica de compostos ativos naturais sobre os sistemas orgânicos (toxicidade e genotoxicidade) e fatores de risco associados à saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos 126, 128, 130, 134, 135, 136
ADHD 147
Adoecimento 23, 26, 45, 47, 55, 56, 57, 91, 124, 144
APAE 161, 162, 165
Assédio moral 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais 161, 165

C

Comportamento alimentar 69, 70, 71, 72, 73, 74
Comunicação em saúde 2

D

Déficit de atenção 106, 147, 148, 158, 159, 160
Depressão 5, 11, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 39, 47, 49, 60, 62, 63, 65, 72, 96, 99, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 152
Doença de Parkinson 59, 61, 67
Doenças cardiovasculares 33
Dupla tarefa 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68

E

Enfermagem 1, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 53, 58, 82, 83, 85, 93, 94, 125, 126, 128, 131, 134, 135, 136, 137, 145, 146
Envelhecimento 29, 69, 70, 71, 73, 74, 97, 115
Estado nutricional 69, 72, 73, 74
Estresse 15, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 37, 101, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 127, 128, 134, 136
Estresse laboral 15, 17, 20, 22

F

Família 1, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 23, 24, 43, 48, 54, 55, 56, 57, 58, 83, 84, 90, 91, 92, 95, 96, 98, 123, 124, 139, 141, 142, 145, 147, 154, 155, 157, 158, 159

H

Hiperatividade 106, 147, 148, 149, 154, 158, 159, 160
Humanização 49, 53

I

Ideação suicida 4, 5, 6, 12, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 143, 146
Idosos 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 65, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 96, 99, 116, 120, 145

Interação medicamentosa 28, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42

L

Luto 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 139, 142, 143, 144, 145, 146

M

Marcha 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 115, 116, 117, 118, 119

Más notícias 1, 2

Microcefalia 75, 76, 77, 81

Motor grosseiro 162, 165

Musicalidade 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81

Musicoterapia 75, 76, 77, 78, 81

N

Neonatal 1, 2

Neonatologia 2

O

Óbito 8

P

Paralisia cerebral 121, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 169

Pediasuit 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169

Pediatria 162, 169

Psicoativo 28, 30, 34

Psicobióticos 105, 106, 107, 109, 110

Psicoterapia 70, 99, 148, 155

Psicotrópicos 28, 30, 32, 33, 34, 38, 41, 42, 43, 96, 99

R

Reabilitação 55, 58, 65, 72, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 161, 162, 163, 164, 165

Realidade virtual 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121

Risco laboral 45, 47

S

Saúde da família 43, 56, 57, 95, 96, 98, 123, 124, 157, 158, 159

Saúde mental 19, 22, 25, 27, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 84, 93, 95, 96, 97, 100, 101, 105, 109, 110, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 136, 145, 146, 157

Sobreviventes 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 115, 119, 139, 140, 144, 145, 146, 149

Suicídio 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

T

Terapia nutricional 70

Transtorno de conduta 149

Transtorno desafiador de oposição 149

Transtorno mental 21, 23, 53, 54, 56, 58

U

Universidade 4, 13, 14, 15, 19, 26, 28, 30, 43, 45, 51, 52, 59, 67, 68, 69, 76, 82, 94, 95, 98, 101, 105, 122, 136, 138, 146, 147, 158, 161, 170, 171

 **Atena**
Editora

2 0 2 0