

Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Hideliza Boechat Cabral
Fábio Luiz Fully Teixeira
Margarete Zacarias Tostes de Almeida

Organizadores

Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade

Volume 1



Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade



Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Hideliza Boechat Cabral
Fábio Luiz Fully Teixeira
Margarete Zacarias Tostes de Almeida

Organizadores

Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade

Volume 1



Copyright © 2019 Brasil Multicultural Editora

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização do autor.

Diretor editorial

Décio Nascimento Guimarães

Diretora adjunta

Milena Ferreira Hygino Nunes

Coordenadoria científica

Gisele Pessin

Fernanda Castro Manhães

Design

Fernando Dias

Gestão logística

Nataniel Carvalho Fortunato

Bibliotecária

Ana Paula Tavares Braga – CRB 4931

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P957 Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade / organização Juliana da Conceição Sampaio ... [et al.]. – Campos dos Goytacazes, RJ : Brasil Multicultural, 2019. 2 v.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-5635-144-9

1. PSICOLOGIA 2. ADOECIMENTO PSÍQUICO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA 3. DOENTES – PSICOLOGIA 4. DEPRESSÃO 5. REDES SOCIAIS – ASPECTOS PSICOLÓGICOS 6. DISTÚRPIO DO SONO 7. SÍNDROME DE BURNOUT 8. AUTISMO 9. TRANSTORNO OBSESSIVO I. LÓSS, Juliana da Conceição Sampaio (org.) II. Título

CDD 150



Instituto Brasil Multicultural de Educação e Pesquisa - IBRAMEP
Av. Alberto Torres, 371 - Sala 1101 - Centro - Campos dos Goytacazes - RJ
28035-581 - Tel: (22) 2030-7746
www.editorabrasilmulticultural.com.br
contato@brasilmulticultural.com.br

Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández - UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González - UNIVERSIDAD DE GRANADA – (ESPAÑA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Ediclea Mascarenhas Fernandes – UERJ (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Profa. Dra. Fabiana Alvarenga Rangel - UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida - UNIR (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho - UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon - FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Helio Ferreira Orrico - UNESP (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes - UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez - UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González - UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva - UERJ (BRASIL)

Profa. Dra. Magda Bahia Schlee - UERJ (BRASIL)

Profa. Dra. Margareth Vetis Zaganelli – UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Marília Gouvea de Miranda - UFG (BRASIL)

Profa. Dra. Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Profa. Dra. Patricia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago - UFES (BRASIL)

Profa. Dra. Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Sumário

Prefácio	10
Apresentação	12
1	
Implicações psíquicas ocasionadas pelo uso excessivo das redes sociais digitais e internet	14
Juliana da Conceição Sampaio Lóss	
Marcelo Marianelli Lóss	
Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral	
2	
Relação entre distúrbios do sono e depressão	25
Juliana da Conceição Sampaio Lóss	
Paulo Jonas Boechat	
Artur José Cabral	
3	
O corpo como sintoma	35
Thais Tostes de Almeida	
Denise Tinoco Novaes Bedim	
Margarete Zacarias Tostes de Almeida	
4	
Um olhar sobre o transtorno bipolar e possíveis dificuldades de adaptação social	43
Michel Rodrigues Fassarella	
Maria Eduarda Poubel de Oliveira	
Margarete Zacarias Tostes de Almeida	
5	
Relação fisiopatológica entre a depressão e a ansiedade associada ao suicídio e outras possíveis consequências	53
Cristiane Gomes da Silva de Araújo	
Isaac Fernandes Corrêa	
Isabella Baiense Moreira	
6	
Reflexões sobre o Transtorno de Personalidade Borderline: uma análise emergente	62
Amanda Layber Miranda Marinho	
Carolina Reis de Souza	
José Carlos Chaguri Júnior	
7	
Transtornos alimentares: bulimia e anorexia - aspectos biopsicossociais	75
Bárbara Costa Godinho	
Rúbia de Oliveira Freixo	
Denise Tinoco Novaes Bedim	

8		
	Transtornos do Estresse Pós-Traumático	87
	Thalia Figueiredo Borges	
	Nicole Fulgencio Cerqueira	
	Denise Tinoco Novaes Bedim	
9		
	Ansiedade: um olhar sobre a aflição psíquica na contemporaneidade	97
	Gabriela Santana Pimentel	
	Lívia Borges Marques	
	Margarete Zacarias Tostes de Almeida	
10		
	Hipnose clínica e neuroplasticidade na ressignificação da psicossomática	106
	Arthur Victor de Faria Rodrigues	
	Fabio Luiz Fully Teixeira	
11		
	Depressão Pós-Parto: um estudo sobre causas e consequências	113
	Gabriela Fróes Padilha Demétrio	
	Pétra Queiroz da Silva Passos	
	Juçara Gonçalves Lima Bedim	
12		
	Suicídio: a epidemia da personalização da dor. Uma proposta de reflexão em saúde mental	124
	Denise Tinoco Novaes Bedim	
	Mariana Fernandes Ramos dos Santos	
13		
	Um olhar clínico e esclarecedor sobre a Síndrome do Pânico..	136
	Ana Carolina Branco de Farias	
	Beatriz Carrara Marinho	
	Dulce Helena Pontes-Ribeiro	
14		
	Relação entre Síndrome de Burnout e exercício da medicina	154
	Ana Clara Laclau Bacellar de Souza Lopes	
	Geraldo Cardilo	
	Mariana Fernandes Ramos dos Santos	
15		
	Síndrome de Burnout na educação: como estão os professores?	165
	Cristielle Corrêa Mosqueira	
	Dulce Helena Pontes-Ribeiro	
	Victoria Esposti Pillar Silveira	
16		
	Enfrentamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo..	173
	Lais Bastos Guerra Boechat	
	Louise Santos de Souza Carvalho	
	Fábio Machado de Oliveira	
	Sobre os autores..	181
	Outros títulos publicados	192

Prefácio

Recebi com alegria o convite para fazer o prefácio da obra, com dois volumes, dos organizadores Juliana da Conceição Sampaio Lóss, Fábio Luiz Fully Teixeira, Margarete Zacarias Tostes de Almeida e Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral. Prontamente, aceitei-o, sentindo-me honrada pela obra aqui prefaciada. O avanço tecnológico, o mundo globalizado e o fácil acesso ao conhecimento impuseram ao homem contemporâneo novos paradigmas com demandas, deveres e preocupações diferentes das vivenciadas pelos seus antecessores. Tais paradigmas se constituem sob a perspectiva ideológica das representações sociais e das relações de poder que se estabelecem no cotidiano. Isso fez com que passássemos a perceber o tempo como mais fugaz diante das inúmeras obrigações sociais, pessoais, econômicas e emocionais que tomam a maior parte do nosso tempo e trazem ao aspecto psíquico novos problemas a serem solucionados pela psiquiatria, envolvendo o olhar do outro sobre os nossos comportamentos e sentimentos, sobre os nossos corpos, e o modo como nos relacionamos e nos comunicamos.

Escrevo, então, sobre a obra Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade, que é dividida em dois volumes. O primeiro volume trata dos principais transtornos psíquicos na contemporaneidade abordando o corpo como sintoma; os distúrbios do sono e a depressão; a relação fisiológica entre depressão, ansiedade e sua possível associação com o suicídio; a bipolaridade em nossa sociedade; o transtorno de personalidade borderline; bulimia e anorexia; a ansiedade e os

transtornos de estresse pós-traumáticos. O segundo volume trata dos transtornos na fase infantil, tais como os fatores que são influenciadores e as possíveis consequências do transtorno obsessivo-compulsivo na infância; a importância de um diagnóstico precoce do autismo; da depressão infantil, do TDAH, TOD e automutilação na adolescência; do transtorno bipolar na infância e adolescência; influência da família na saúde psíquica da criança e o estresse pós-traumático na infância e sua relação entre violência e o distúrbio cognitivo-comportamental. Cada volume é subdividido em capítulos que tratam de assuntos que fazem parte das mazelas do dia a dia da sociedade atual como problemas que os paradigmas da nossa época nos impõem.

O estudo da psiquiatria se faz necessário por meio de novos olhares, visto que, a cada dia, os problemas sobre os quais se inclina o seu cuidar mudam constantemente, em paralelo à transitoriedade dos paradigmas de cada época.

Esta obra vem contribuir, com diferentes olhares sob uma nova perspectiva, aos estudantes e leitores que se dedicam ao entendimento e aperfeiçoamento na área da psiquiatria.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Dr^a. Rosalee S. C. Istoe

Doutora em Saúde da Criança e da Mulher

Professora do Mestrado e do Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

Apresentação

A experiência na faculdade de medicina atrelada aos conhecimentos em psicologia nos possibilitou observar o adoecimento que tem acometido muitas pessoas, suscitando um olhar aprofundado sobre esses fenômenos que impactam a sociedade, a saber: os transtornos psíquicos que afetam a qualidade de vida das pessoas e que são uma realidade recorrente, com crescentes índices, não escolhem cor, idade ou etnia e são considerados um problema de saúde pública.

Diante dos alarmantes casos de sofrimento psíquico na contemporaneidade, que afetam adultos e crianças, surgiram-nos muitas inquietações que nos conduziram a mobilizar alunos interessados no tema, a fim de aprofundar estudos e discussões, para, *a posteriori*, encontrar possibilidades de atuar junto ao paciente que enfrenta um transtorno psíquico.

Destarte, esta obra foi organizada a partir de uma práxis extensionista na Universidade Iguazu, Campus V - Itaperuna, idealizado por mim, aluna do curso de medicina, sob a orientação da Professora Margarete Zacarias, do Professor Fábio Fully, e da Professora Hildeliza Boechat, que prontamente abraçaram o projeto, em que foi possível abordar diferentes temas atuais e discuti-los, por meio de metodologias ativas, ampliando o conhecimento e compreendendo as mudanças sociais que afetam e possibilitam que novas patologias ocorram.

Ressalta-se que esta obra de tema tão relevante tornou-se um desafio, por se tratar de uma obra coletiva e de tão grande importância que teve a participação de professores maravilhosos, os quais contribuíram com seus conhecimentos.

Por fim, é com imenso prazer que apresento a obra “Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade”, com o desejo de que possamos contribuir para melhora e compreensão significativa dos transtornos psíquicos que têm ocorrido com frequência em nossa sociedade, e que, de fato, possamos intervir junto ao paciente, melhorando sua qualidade de vida e de sua família.

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Itaperuna, 11 de agosto de 2019

Implicações psíquicas ocasionadas pelo uso excessivo das redes sociais digitais e internet

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Marcelo Marianelli Lóss

Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Considerações iniciais

De face, mister se faz trazer um conceito acerca do tema “redes sociais digitais”. Vermelho *et al*, 2014 edificaram o conceito de “rede social digital” como sendo a macroestrutura tecnológica que sustenta um cenário de pessoas, atores sociais (sujeitos e instituições) conectados por *laços sociais*, que se mantêm e reforçam-se (ou não) por meio de *interações sociais*. O que ocorre nas relações digitais consubstancia-se na troca de conteúdos tida sempre em um ambiente de relação mútua, expressando-se de forma variável com a utilização de linguagens digitais, tais como: textual, sonora, audiovisual e imagética. Essas ferramentas, na verdade,

visam dar um maior vigor na expansão dos liames sociais, além de criar um ambiente mais interativo, do qual cada indivíduo é parte integrante.

Frente a esse conceito, percebe-se que o uso das redes sociais digitais foi um marco da sociedade atual, tendo como uma de suas principais características a facilitação da comunicação entre os indivíduos, de sorte a melhor proporcionar maior diálogo entre as populações, e assim encurtando distâncias. Percebe-se nitidamente que o avanço tecnológico, galopante, diga-se de passagem, se faz presente em nosso dia a dia de modo avassalador, já que, historicamente, em um curto interregno, verifica-se uma mudança impactante na sociedade gerada por esse fenômeno social, conseqüentemente provocando mudanças, ora positivas, ora negativas. Dentre as negativas, denota-se uma lacuna na vida daqueles indivíduos que deixaram de ter uma vida social real e passaram a dedicar muitas horas de suas vidas às redes sociais digitais.

A busca pela vida virtual tem importantes implicações, pois o indivíduo, em busca da realidade virtual, ilude-se com uma vida esculpida num estereótipo de perfeição, e nesse cenário obtém realização plena, em total imersão em outro mundo que é apresentado como uma realidade, porquanto uma representação melhor do mundo que consideramos como real. Na verdade, trata-se de uma ilusão imaginada, em que a procura dos engenheiros de tecnologias virtuais é por construir uma realidade perfeita, que supere o “mundo imperfeito” no qual vivemos (LEMOS, 2005).

Estudos sobre redes sociais digitais são escassos, necessitando de um olhar amplo sobre os efeitos desse fenômeno em face da sociedade e quanto aos impactos que a utilização dessas redes pode ocasionar no indivíduo que as utiliza de forma exacerbada. Malgrado alguns estudos defenderem que as redes sociais exercem efeito benéfico sobre a saúde, principalmente do indivíduo idoso, influenciando a qualidade de vida, ainda são poucas as pesquisas sobre as conseqüências do uso inadequado das redes sociais digitais frente à vida física, mental e social (CASA-DEI *et al.*, 2019).

O presente capítulo tem por objetivo compreender as implicações do uso excessivo das redes sociais digitais e internet e os impactos que esse uso excessivo pode causar na vida do indivíduo. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, descritivo, utiliza-se uma revisão bibliográfica, na qual foram analisados artigos publicados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed e busca direta, utilizando como descritores: redes sociais

digitais, adoecimento psíquico, vida virtual e dependência tecnológica, além de autores que versam sobre o tema, como o Dr. Jefferson Cabral Azevedo.

O uso inadequado das redes sociais digitais

O uso das redes sociais digitais é notadamente incorporado por todos os indivíduos sociais, registrando-se que atualmente a maior parte da população tem acesso ao mundo virtual, incluindo crianças, jovens e adultos, apontando-se como fontes mais utilizadas para interação as seguintes: Facebook, Instagram, Twitter, Tinder e Snap Chat. Estudiosos sobre o tema discutem os benefícios das redes sociais, isso porque há maior interação entre os sujeitos e as distâncias se tornam menores, não obstante os estudos nessa área serem ainda tímidos.

Por outro lado, cabe ressaltar que não se verifica na comunidade científica um consenso acerca do uso das redes sociais digitais, isto averiguando ser benéfica ou maléfica à saúde mental. Todavia, como se pode verificar, há casos em que a dependência virtual prejudica a saúde mental dos indivíduos. Nesse passo, cabe o alerta para o uso adequado.

Nessa linha, Santos *et al.* (2016) afirmam que o uso inadequado da internet vem gerando dependência em alguns indivíduos, especialmente jovens e crianças, e assim ocasiona doença psíquica, conseqüentemente adoecimento social e biológico. Por sua vez, a doença psíquica decorrente desse fenômeno, notadamente em relação ao jovem e à criança, afetará o desenvolvimento emocional de ambos, justamente no momento em que estes indivíduos estão em busca de sua identidade e autonomia. Estudos evidenciam que crianças que convivem com pais permissivos passam mais tempo utilizando a internet, muitos sem controle de horário ou disciplina, asseverando-se que essas crianças utilizam a internet como fuga para seus conflitos internos.

Hodiernamente, pode-se contemplar que as relações sociais virtuais ganharam maior destaque em comparação com as relações face a face, e, diante desse evento, os jovens e adolescentes acabam por isolar-se, causando ansiedade, estresse, depressão e uma grande insatisfação com a vida real, aderindo aos padrões virtuais como melhores opções de vida (SANTOS *et al.*, 2016).

Elucida-se que no mundo real há cobranças e responsabilidades que, gradativamente, o jovem deve incorporar ao seu cotidiano, ao passo que na vida

virtual isso não acontece. No mundo virtual, todas as demandas e necessidades subjetivas do jovem são atendidas, como, por exemplo, postar uma foto e ser correspondido com elogios e “likes”, o que leva esse jovem a iniciar o comportamento de postar todo o seu dia a dia na tentativa de obter reforçadores positivos (SANTOS *et al.*, 2016). No mundo virtual, o indivíduo pode ser quem ele quiser, e assim tende a expor seus sentimentos e emoções com seus amigos virtuais sem ser rechaçado.

Conviver socialmente com pessoas implica em empatia, respeito, solidariedade, responsabilidade social e lidar com a diversidade (de modo que se possa desenvolver essas habilidades inerentes ao ser humano), o que não pode ser vivenciado no mundo virtual, pois nesse âmbito o egocentrismo está presente, assim como o narcisismo, onde verificam-se egos que buscam satisfação pessoal (SANTOS *et al.*, 2016).

Contrapondo esse pensamento, Lévy (2013) considera que, mesmo estando em meio a um ambiente digital, onde a presença física (face a face) não se constata, as experiências vividas nesse tipo de relacionamento são dotadas de realidade absoluta para aqueles que a vivenciam, de sorte que, no universo virtual, tudo o que se relaciona com o ciberespaço (computador, memória digital, aplicativos etc) é efetivamente materializado pelo indivíduo, tornando-se realidade absoluta.

Bauman (2005) discorre acerca da preferência pelo virtual, elucidando que a solidão que está por trás de uma porta fechada, e de um celular na mão, pode parecer mais segura, em detrimento a uma relação compartilhada com outras pessoas.

Nessa toada, o uso da internet por pessoas que sofrem de compulsão pode ser considerado uma maneira de fugir de sua vida real, além de obterem prazer, se distraírem e aliviarem-se de seus problemas.

Em se tratando de relacionamentos amorosos virtuais, os sujeitos têm a sensação de estabilidade e controle, não se expondo verdadeiramente por temor da realidade (TEIXEIRA; KER, 2015).

O uso inadequado das redes sociais digitais também afeta a saúde física das pessoas, causando males à saúde neurológica. Como pode-se verificar no mundo virtual, encontramos benefícios oriundos dos avanços tecnológicos, todavia é importante que se possa compreender se realmente os avanços são

benéficos ou maléficos, pois indivíduos dependentes de internet, muito provavelmente, não percebem que esse uso excessivo da rede é maléfico, não só para as relações sociais, mas afeta também o funcionamento fisiológico. Assim, os dependentes das redes sociais digitais manifestam problemas no ciclo sono-vigília e na alimentação, e dessa forma podem ocorrer problemas cognitivos no aprendizado, afetando a memória do sujeito. Destaca-se, ainda, que podem surgir distúrbios alimentares, isto porque quem passa a maior parte do dia conectado pode esquecer-se até mesmo de alimentar-se (TEIXEIRA; KER, 2015).

O uso patológico da internet e das redes sociais digitais

Uma grande e avassaladora mudança ocorreu na vida das pessoas nas últimas décadas, exigindo novos padrões de comportamentos anteriormente vivenciados, e com a presença da tecnologia tem-se que a sociedade contemporânea pode visitar lugares distintos no mundo e ter contato com novas formas de cultura, tudo de forma conectada pela internet, mudando, por consequência desse contato, seus hábitos. O universo virtual é apresentado com inúmeras possibilidades e isso atrai a população (SANTOS *et al.*, 2016).

Essas mudanças, dentre muitas consequências, ocasionaram uma drástica alteração no seio familiar, já que, de acordo com Pimenta e Oliveira (2018), as mudanças na sociedade proporcionaram um distanciamento entre as famílias, e por motivos distintos, tais como: trabalho dos pais, os filhos sob cuidados de outras pessoas, ocorre a diminuição da educação familiar e o espaço para convivência fica demasiadamente suprimido, surgindo o individualismo, que não é gerado apenas pelo uso inadequado da internet, mas também pela não socialização intrafamiliar. Nesse passo, o adoecimento psíquico decorre da individualização nas relações sociais, da alienação familiar, além de poder ocasionar a dependência tecnológica em razão desses fatores.

Para Fonseca e Cafiero (2018), em um estudo sobre redes sociais e a influência nas interpretações dos jovens, concluiu-se que manter-se conectado às redes sociais por longo tempo pode causar dependência psicológica, e tal dependência pode ser comparada ao uso de substâncias químicas, sendo prejudicial também à saúde física e mental, levando o indivíduo a danos emocionais, manifestação de alterações no humor, ansiedade generalizada, sentimentos de

angústia, tristeza e depressão, e ainda problemas fisiológicos. Isso porque não estar conectado o tempo todo pode causar taquicardia e sintomas de abstinência, que levam o sujeito a patologias mais graves.

Nesse ínterim, pode-se verificar que o acesso exagerado às redes sociais provoca impactos nas relações sociais notadamente familiares, sendo tal fato extremamente nocivo. Observa-se que, contemporaneamente, há maior adesão ao contato virtual em relação ao contato presencial, e manter diálogos on-line faz a pessoa se desligar do mundo real, ocasião em que se concentra em um mundo paralelo e, assim, nessa condição, não se conecta ao mundo real, tampouco percebe quem está ao seu redor (FONSECA; CAFIEIRO, 2018).

Segundo o DSM-V (2014), a dependência tecnológica é considerada um distúrbio psiquiátrico caracterizado por sintomas como: mudança no humor, ansiedade, nervosismo, agressividade e limitações sociais.

De acordo com Young *et al.* (2011), as dependências são caracterizadas por um comportamento repetitivo associado à compulsão de alguma atividade ou substâncias, mesmo na ocorrência de prejuízos nos âmbitos social, físico, mental e até financeiro. Em geral, o que acontece é o indivíduo evitar lidar com obstáculos do cotidiano, com o estresse, ou enfrentar traumas e dificuldades. Esse sujeito tende a ter uma resposta desadaptativa, apresentando problemas na esfera psicológica.

Desse modo, ao entrar no quadro de dependência psicológica, a pessoa manifesta sintomas de abstinência associados à irritabilidade, depressão, fissa e insônia (YOUNG *et al.*, 2011).

Young *et al.* (2011), em sua obra “Dependência de Internet”, ressaltam que existem alguns modelos para explicar a dependência de internet relacionados à psicologia, como a dependência comportamental, que explica por que as pessoas usam a internet em exagero. É importante o conhecimento acerca desses modelos, como veremos abaixo:

Modelo cognitivo comportamental: Young *et al.* (2011) *apud* Davis (2001) caracterizam o uso patológico da internet como algo que vai além do comportamento, trata-se de um padrão diferente de cognições e comportamentos relacionados à internet, e que levam a problemas na vida dos sujeitos. Dessa forma, foram propostas duas formas de uso patológico da internet, a saber: específica e generalizada. O uso específico é o uso exagerado de conteúdos

específicos da internet, como, por exemplo: pornografia, comércio de azar, dentre outros. Em se tratando da forma generalizada, observa-se o uso exagerado da própria internet não ligado a conteúdos específicos.

Tendo em vista que o alvo principal deste estudo é abordar o tema “uso generalizado”, registra-se que esse fenômeno acontece quando o sujeito apresenta problemas em relação ao contexto virtual de comunicação, em outras palavras, o comportamento cinge-se na permanência em estar conectado, preferindo relações interpessoais virtuais, e não pessoais diretas.

Diante do anteriormente elucidado, é mister o uso moderado e controlado da internet (YOUNG *et al.*, 2011) levando em consideração que agravos podem surgir e prejudicar a saúde do indivíduo, ocasionando novas patologias psíquicas, levando ao quadro de dependência digital e conseqüentemente prejudicando a vida social.

Diagnóstico e tratamento da dependência virtual

Diante de um quadro psicopatológico de dependência virtual, é preciso cautela para compreender quais mudanças ocorreram no comportamento de uma determinada pessoa, isso porque é relevante observar os critérios para o diagnóstico da dependência virtual que o comparam à dependência química.

Os primeiros estudos para dependência virtual foram conduzidos por Young (1998) na tentativa de elucidar esse fenômeno. Foram utilizados critérios anteriormente criados para o diagnóstico da dependência química, criando, assim, um questionário para auxiliar o diagnóstico, como veremos abaixo:

Crítérios Diagnósticos de Young (1998) para o uso excessivo da internet (5 ou mais dos seguintes itens)
1. Preocupação excessiva com a internet;
2. Necessidade de aumentar o tempo conectado (on-line) para ter a mesma satisfação;
3. Exibir esforços repetidos para diminuir o tempo de uso da internet;
4. Presença de Irritabilidade ou depressão;
5. Quando o uso da internet é restringido, apresenta labilidade emocional;

6. Permanecer mais conectado do que o programado;
7. Trabalho e relações sociais em risco pelo uso excessivo;
8. Mentir aos outros em relação à quantidade de horas on-line.

Com o passar dos anos, o modelo de Young foi substituído e este importante autor migrou utilizando os critérios do DSM-IV para o jogo patológico incluindo um novo critério, a saber: “Permanecer *on-line* mais tempo do que o pretendido”. Embora Young tenha se dedicado a estudos nesse âmbito, alguns autores elucidam que o indivíduo poderia facilmente manipular as respostas e, assim, afetar o diagnóstico (ABREU *et al.*, 2007).

Destarte, outros critérios surgiram a partir de Shapira *et al.* (2003), que definem a dependência virtual como sendo um uso problemático e relacionando-a aos transtornos de controle de impulso. Abreu *et al.* (2007) corroboram que há um esforço em definir o que seria bom ou ruim frente ao uso das redes sociais e internet.

Nesse passo, Shapira *et al.* (2003) criaram critérios para auxiliar o diagnóstico do uso problemático de internet, como podemos verificar abaixo:

Critérios diagnósticos de Shapira <i>et al.</i> (2003) para uso problemático de internet
1. Preocupação mal adaptativa com o uso da internet, conforme indicado por pelo menos um dos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> • Preocupações com o uso da internet experienciadas como incontroláveis e irresistíveis; • O uso da internet é marcado por períodos maiores do que os planejados.
2. O uso da internet causando prejuízos significativos ou danos nos aspectos sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento.
3. O uso excessivo da internet não ocorre exclusivamente durante os períodos de hipomania ou mania e não é mais bem explicado por outro transtorno do eixo 1.

Azevedo (2016) discorre que para o diagnóstico é necessária a atuação de equipe multidisciplinar para compreender todos os aspectos atrelados ao comprometimento que o uso de tecnologias digitais ocasiona nas pessoas, em todos os aspectos da vida, tais como: no campo educacional, social e pessoal, sendo importante a realização do psicodiagnóstico para a realização de uma terapêutica eficaz.

Em linhas gerais, para chegar a um diagnóstico deve-se considerar o prejuízo funcional, comprometimento cognitivo, perdas significativas em relação à vida social, problemas profissionais e educacionais (YOUNG *et al.* 2011).

Em relação ao tratamento, após constatação do diagnóstico de uso problemático dos meios digitais, redes sociais e internet, é mister o encaminhamento ao terapeuta, que irá planejar o tratamento adequado de acordo com a gravidade de cada caso, delineando a necessidade de fármacos e terapia com psicólogos.

Estudos sugerem que a melhor forma para lidar com os prejuízos causados pelo uso inadequado das redes sociais digitais e internet é através da terapia cognitivo-comportamental, que utiliza os critérios do DSM-V e do CID 10, pois esses critérios possuem maior importância dentro dos quadros associados a transtornos mentais (AZEVEDO, 2016).

A terapia utiliza como ferramenta a psicoeducação, que consiste em informar e educar o paciente dos benefícios do uso adequado das redes sociais digitais e internet, bem como dos malefícios que podem ocorrer em caso de mau uso ou uso inadequado. A psicoeducação propicia uma reflexão acerca dos comportamentos inadequados, ajuda o indivíduo a encontrar novas perspectivas e novas possibilidades, diminuindo a compulsão. No tocante à psicoterapia, esta trabalha com a empatia, com o vínculo, com a transferência, permeando uma intervenção que proporcione qualidade de vida ao sujeito em sofrimento psíquico, reestruturando padrões de comportamentos inadequados (AZEVEDO, 2016).

Diante de todo o exposto, fica evidente que um bom diagnóstico será importante para o bom manejo e sucesso do tratamento dessa problemática.

Considerações finais

Compilando os dados colhidos e de uma análise detida sobre a problemática apresentada, é digno de nota que a facilidade trazida com a chegada da internet que, por sua vez, disponibilizou a utilização das redes sociais pela esmagadora porção da sociedade, trouxe benefícios e malefícios aos indivíduos, detendo-se o presente estudo nas consequências negativas que vieram a tiracolo com a virtualização global.

Estudos poucos foram disponibilizados sobre a temática ligada às consequências negativas trazidas com a utilização desvirtuada das redes sociais, todavia, mesmo frente ao parco conhecimento científico, **já se pode constatar que, quando utilizada de forma exacerbada e sem critérios**, as redes sociais podem causar estragos às vezes irreparáveis no indivíduo, em um primeiro momento, e o final do processo, em toda a sociedade, podendo inclusive levar este internauta sem fronteiras a desenvolver patologias de ordem psíquica e/ou psicológica, isto todas as vezes que adota uma preferência em dar total atenção ao mundo virtual em detrimento ao real.

Ademais, com base ainda nos tenros estudos sobre o tema, tem-se que a utilização de redes sociais para uma camada da sociedade que dela faz uso de forma equivocada tem o desiderato, nada mais, nada menos, do que fugir de sua realidade, demonstrando aos outros um “eu virtual” para esconder um “eu real” que é sempre o avesso daquilo que o próprio “internauta sem fronteiras” espera de si mesmo. Em casos extremos, a conduta de utilizar-se de redes sociais de forma exacerbada leva o indivíduo a desenvolver sérias e graves patologias psíquicas e/ou psicológicas.

Mesmo sendo uma problemática de não muita idade, hodiernamente, **a ciência inaugurada por Young (1998)** já disponibiliza técnicas de diagnósticos de sorte a implementar ferramentas para o enfrentamento da questão, sendo a terapia a principal delas que, utilizada de forma correta do ponto de vista técnico e corroborada com a participação do “internauta sem fronteiras”, certamente obterá um resultado positivo quanto à desvinculação desse indivíduo ao mundo virtual em sua inserção no mundo das redes sociais, de modo que a utilização desses aplicativos não se transforme em patologias que somente contribuem para uma pior qualidade de vida.

Referências

- ABREU, C. N. *et al.* Dependência de Internet. In: ABREU, C. N.; TAVARES H.; CORDAS. T. (editores). **Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos**. Porto Alegre: Artmed; 2007, p. 137-153.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, Jefferson Cabral. **Dependência digital**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2016.

- BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- CASADEI, Graciele Reinert *et al.* A influência das redes sociais digitais na saúde dos idosos. **Enciclopédia biosfera, Centro Científico Conhecer** - Goiânia, v. 16 n. 29, p. 1962. 2019.
- DAVIS, R. A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. **Comp. Human. Behav.** 2001;17(2):187-95. Disponível em: <https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/a-cognitive-behavioral-model-of-pathological-internet-use-BnqFRsPFut>. Acesso em: 28 ago. 2019.
- FONSECA, Daiane Aparecida Vaz; CAFIEIRO, Gabriela Machado. Redes sociais e suas influências nas inter-relações entre jovens adultos. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 2, mar. 2018. ISSN 2525-359X. Disponível em: <http://jornal.faculadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/644>. Acesso em: 02 ago. 2019.
- LEMONS, André. Cibercultura, cultura e identidade: em direção a uma “Cultura Copyleft”? **Contemporânea: Revista de Comunicação e Cultura**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 9-22, dez. 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/passagens/article/view/3595>. Acesso em: 28 ago. 2019.
- LÉVY, Pierre. Pierre Lévy fala dos benefícios das ferramentas virtuais para o ensino. **Revista Gestão Educacional**, 2013. Disponível em: <http://www.webaula.com.br/index.php/pt/acontece/noticias/2874-pierre-levy-falados-beneficios-das-ferramentas-virtuais-para-a-educacao>. Acesso em: 10 ago. 2010.
- PIMENTA, Tatiana; De OLIVEIRA, Flávio Augusto Ferreira. A influência da tecnologia nas relações familiares. **Revista Uningá**, v. 55, n. 4, p. 138-147, dez. 2018. ISSN 2318-0579. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2411>. Acesso em: 02 ago. 2019.
- SANTOS, Isabelle de Andrade *et al.* Mediação de conflitos junto a adolescentes com adoecimento psíquico pela dependência de internet na atenção básica. **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. 2016. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV055_MD1_SA5_ID2407_31052016212047.pdf Acesso em: 01 ago. 2019.
- SHAPIRA, N. A. *et al.* Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. **Depress Anxiety**. 2003;17(4):207-16.
- VERMELHO, Sônia Cristina *et al.* Refletindo sobre as redes sociais digitais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 35, n. 126, p. 179-196, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-3302014000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2019.
- YOUNG, Kimberly S. **Caught in the Net**. New York, NY: Wiley, 1998.
- _____. *et al.* **Dependência de Internet. Manual e Guia de Avaliação e Tratamento**. Artmed. 2011.
- TEIXEIRA, Carina Rabelo Dias; KER, Mariana Gama. Aspectos Psicopatológicos da Dependência da Internet. **Psicologado**. Edição 09/2015. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/aspectos-psicopatologicos-da-dependencia-da-internet>. Acesso em: 5 ago. 2019.

2

Relação entre distúrbios do sono e depressão

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Paulo Jonas Boechat

Artur José Cabral

“A insônia é a vingança da mente por todos os pensamentos que evitamos durante o dia”.

(Allain Botton)

Considerações iniciais

De uma análise acerca dos distúrbios do sono e sua relação com a depressão, infere-se que para uma pessoa alcançar plena qualidade de vida é importante que haja qualidade no sono. Como é de conhecimento acadêmico, sabido e consabido que uma noite regular de sono, malgrado revigorar nosso organismo para os desafios, tanto físicos quanto biológicos, também é um poderoso antígeno para várias outras patologias.

Por sua vez, caso essa pessoa esteja apresentando dificuldade para dormir, iniciar o sono ou mantê-lo, e ainda apresentando: a) irritação durante o dia; b) estresse; c) insônia; d) demais patologias do sono, a saúde mental dela pode estar debilitada de modo que tal debilidade pode acarretar diversos problemas, dentre eles, a depressão.

Refletir sobre a relação entre sono e depressão é relevante, pois, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos últimos dez anos o número de pessoas com depressão aumentou 18,4%, sendo que 5,8% da população brasileira têm depressão, e é de grande valia analisar a qualidade do sono de quem manifesta o transtorno depressivo, isso dada a sua direta relação.

O presente capítulo tem por objetivo compreender a relação que há entre o sono e a depressão, bem como as manifestações de doenças do sono, e como estas interferem na qualidade de vida dos sujeitos, e o mesmo se justifica pela necessidade de debate científico acerca do tema, de forma a produzir conhecimento e conscientizar acerca da relevância dos estudos sobre o sono e sua relação com a depressão.

Depressão: o mal do século

Chellapa (2007) *apud* Harvey (2001) elucidam que 80% dos pacientes depressivos relatam distúrbios e alterações do sono, destacando a insônia dentre esses distúrbios.

Hodiernamente, a depressão é considerada o mal do século segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), com sintomatologia que afeta a saúde mental da pessoa, sendo imprescindível o tratamento adequado, já que esses sintomas são, na maioria das vezes, incapacitantes. Segundo o Ministério da Saúde, a literatura médica correlaciona a depressão a outras patologias, tais como: a) baixa do sistema imunológico; b) inflamações; c) infecções; d) doenças cardiovasculares; e, por fim; e) acidente vascular cerebral - AVC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

De acordo com Del Porto (1999), a depressão pode apresentar variados quadros clínicos, entre os quais: a) transtorno de estresse pós-traumático; b) demência; c) esquizofrenia; d) alcoolismo; e) doenças clínicas etc. O autor continua afirmando que a depressão pode estar associada à resposta

a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas inadequadas.

Nesse ínterim, ocorrem não apenas alterações do humor, dentre elas a tristeza, a irritabilidade, a falta da capacidade de sentir prazer e apatia, mas também outros sintomas importantes são dignos de nota, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Ademais, a depressão é definida por diversos autores de acordo com suas abordagens, como observa-se a seguir: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia etc. (DEL PORTO, 1999).

Materiais e métodos

O presente capítulo utilizou como método investigativo a revisão bibliográfica para compreender o que mais se tem produzido sobre sono relacionado com a depressão, tratando-se de uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo, utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed, Redalyc e sites de referência, livros e teóricos da área.

Discussão

Distúrbios do sono

Ao refletir sobre os distúrbios do sono, pode-se contemplar na literatura médica a gama de patologias que se associam a esse grave evento, como os transtornos psíquicos, insônias, hipersonias, parassonias, e ainda alterações fisiológicas como apneia obstrutiva do sono, dentre outras (PESSOA *et al.*, 2008). Todavia, é importante enfatizar que se faz necessário conhecer a etiologia e a patogenia do distúrbio do sono que o paciente apresenta em sua história clínica, colhendo a anamnese adequadamente, tornando possível, dessa forma, planejar um tratamento adequado.

Ressalta-se que este estudo busca compreender a relação que há entre a depressão e os distúrbios do sono, sendo que a insônia tem sido apontada como

o distúrbio que prevalece nos quadros de depressão, registrando-se que outros distúrbios do sono **não serão objeto de estudo neste capítulo.**

Segundo a Associação Brasileira do Sono, insônia é um distúrbio que se caracteriza pela dificuldade de começar a dormir, manter-se dormindo, ou acordar antes do horário desejado. E, segundo a mesma fonte, 1 (um) em cada 3 (três) brasileiros sofrem de insônia (SILVA; SOARES MELO, 2015).

Assim, observa-se um relevante número de pacientes depressivos com relato de insônia em suas queixas clínicas, sendo a mencionada insônia um dos sintomas recorrentes, haja vista que o não descanso durante a noite aumentará o desânimo diário do paciente que, devido à fisiopatologia da depressão, progredirá o desânimo desse indivíduo.

Ademais, observa-se que é comum também em pacientes com insônia haver alterações de humor, o que, em pacientes depressivos, se torna uma confluência das outras causas de alteração de humor, de modo a se enfatizar a necessidade de tratar a insônia do paciente adequadamente e, dessa forma, prevenir a depressão ou o seu agravamento.

A insônia pode ser um importante marcador na evolução da depressão, exemplo disso é que pacientes que relatam, inicialmente, insônia na entrevista médica, apresentam, após um ano, maiores chances de desenvolver um novo episódio depressivo, quando comparados a indivíduos que não relataram a insônia previamente (BENCA *et al.*, 1992; CANO-LOZANO *et al.*, 2003).

Silva e Soares Melo (2015) corroboram que o sono exerce uma função essencial para o funcionamento adequado do organismo, mantendo o equilíbrio físico e psicológico, e podem ocorrer inúmeros fatores que desencadeiam alterações do sono, abalando sua função primordial de reparação e restauração. Como já dito anteriormente, existe grande ocorrência da insônia e o diagnóstico precoce é importante para evitar transtornos secundários desencadeados pela insônia.

Kubota (2013) apresenta as seguintes classificações para a insônia: a) insônias primárias (idiopática, psicofisiológica e paradoxal); b) insônias associadas (devido a transtornos mentais, higiene do sono inadequada, uso de drogas e substâncias e condições médicas). A insônia relacionada à depressão faz parte do grupo das insônias associadas, devendo ser devidamente tratadas com terapia medicamentosa ou psicoterapias.

A autora supracitada elucida que a insônia é um problema multifatorial e, como se pode observar, está envolvida com fatores genéticos, neurobiológicos, componentes ansiosos e depressivos, fatores psicossociais, comportamentos alterados e fatores cognitivos, devendo a abordagem clínica ser multidisciplinar. Nessa senda, a insônia é um sintoma que merece destaque e atenção por parte da medicina e das ciências da saúde, isso porque ter um sono de qualidade implica qualidade de vida.

Acerca dos distúrbios do sono, é importante destacar que, mesmo sendo a insônia a mais citada como a principal alteração do sono associada à depressão, a sonolência excessiva, conhecida como hipersonia, pode ocorrer tanto durante a noite, como durante o dia, ou em ambos os períodos, e também leva o paciente depressivo a buscar ajuda médica.

Estudos consagrados mostram que as alterações de padrão de sonhos como a insônia possui etiologia multifatorial, sendo sua etiopatogenia composta por fatores constitucionais ou genéticos, neurobiológicos, componentes ansiosos e depressivos, fatores psicossociais, comportamentos alterados e fatores cognitivos marcadores de início da ideação suicida, muito comum no paciente com depressão (OHAYON *et al.*, 1996; TANKENSEN *et al.*, 2001).

Neurofisiologia do sono

Segundo a renomada literatura médica de fisiologia humana, Guyton e Hall (2017), o sono **é definido** como um estado de inconsciência do qual o indivíduo pode ser despertado por qualquer estímulo sensorial, merecendo nota para o fato de que os pesquisadores dessa temática aprofundem ainda mais esse conceito de inconsciência, trazendo a teoria da classificação do sono, de modo a separá-la em duas vertentes, quais sejam, em sono de ondas lentas e sono com movimentos rápidos dos olhos (REM) (GUYTON; HALL, 2017).

De acordo com Guyton e Hall (2017), sono de ondas lentas é o sono do qual os sonhos não são lembrados, mas podem acontecer. É um sono profundo e reparador caracterizado pela diminuição do tônus vascular periférico, pressão arterial, frequência respiratória e taxa metabólica.

Já sobre o sono REM, Guyton e Hall (2017) discorre afirmando que também é conhecido como sono paradoxal, sono dos movimentos oculares, e isso acontece devido ao alto grau de excitação cerebral, ocorrendo por consequência a

contração de músculos esqueléticos, como o dos olhos. O sono REM se repete em ciclos, denominado ciclo circadiano do sono, durando cerca de 5” (cinco minutos) a 30” (trinta minutos) e se repetindo a cada 90” (noventa minutos) (GUYTON; HALL, 2017).

Uma exceção para a não ocorrência do sono REM é quando o indivíduo está muito esgotado fisicamente e, por esse motivo, o sono REM pode não acontecer. Todavia, caso essa pessoa desfrute de um gradativo descanso, o sono REM pode voltar à sua normalidade, havendo que se trazer à baila um detalhe de vital importância do presente estudo, qual seja, trata-se de um período de maior dificuldade de despertar da pessoa, já que é o último estágio antes que o indivíduo acorde pela manhã. Por sua vez, durante o sono REM, verifica-se que o EEG (eletroencefalograma) registra ondas tão ativas quanto o estado de vigília e a frequência cardíaca e pulmonar se tornam irregulares.

Contribuindo com os estudos sobre o sono, Guyton e Hall (2017) destacam que o principal neurotransmissor presente em todos os três principais locais de deflagração do sono, segundo a teoria mais aceita atualmente do sono ativo, é a serotonina, como é no caso dos núcleos da rafe da ponte caudal e bulbo, pois durante o sono essa serotonina diminui. Em muitos casos de depressão, temos a baixa sérica de serotonina, onde ocorre um problema na produção, recepção ou na destruição dessa serotonina, sendo que através desses conhecimentos será possível agir na escolha dos medicamentos para tratar a depressão que visam ao aumento da serotonina (GUYTON; HALL, 2017).

Já o ciclo circadiano do sono transita em quatro estágios, podendo chegar a cinco. O primeiro é o sono 1, que é a transição da vigília para o sono; em seguida, o sono 2, que é o segundo estágio, sendo um sono mais profundo; o terceiro, que é o sono 3, dá início à recuperação fisiológica; Já o sono 4, que é o mais profundo, faz uma linha tênue ao sono REM, que, por sua vez, fecha o ciclo de 90” (noventa minutos) a 120” (cento e vinte minutos), que se repete até o despertar (GUYTON; HALL, 2017).

Estudos recentes feitos em pacientes depressivos utilizando o exame eletroencefalográfico mostraram alterações do sono, principalmente no sono REM e não REM. Resumindo, as principais alterações geravam uma consequência na diminuição do tempo total do sono.

Logo, reduzir o tempo total de sono ocasionará um despertar precoce, assim como um aumento de período de latência do sono e o aumento do tempo

de vigília. Na prática, os pacientes depressivos aumentam a intensidade do seu sono REM, com momentos mais rápidos e consolidativos dos olhos, contudo, a grande preocupação gira em torno do sono não REM, no qual as pessoas, por não conseguirem manter um padrão de sono, entram em estado de latência, despertam e ficam em vigília.

A persistência de anormalidades do sono tem sido interpretada como um possível marcador biológico para a depressão (AGUIAR *et al.*, 2019).

Importância do sono na depressão

A depressão é caracterizada por alterações no humor em que o sujeito se sente triste, desanimado, com ocorrência de choro recorrente, alterações do sono ou do apetite, acompanhado de pensamentos de desvalia, negativos, e, em casos mais graves, pode-se chegar até à ideação suicida (BECK *et al.*, 1997).

Um importante estudo feito em 2005 relata a relação entre as oscilações do cortisol nas alterações do sono e vigília, isso porque mostra uma relação com fatores primários como estresse, trauma, vulnerabilidade biológica, que tanto originam a hipercortisolemia, como também os sintomas afetivos da depressão (humor depressivo, anedonia etc.). O cortisol excessivo aumenta, então, a intensidade desses sintomas afetivos, que vão, por sua vez, originar uma hipercortisolemia ainda maior (MARINHO *et al.*, 2005).

Dessa forma, observar alterações do sono pode ajudar a identificar alterações psíquicas, como a depressão e a ansiedade. Assim, sugere-se que por meio de exames como a polissonografia possa ser possível identificar e tratar essas alterações do sono, diminuindo a chance de um novo episódio depressivo, ou ajudará a tratar a depressão em sua fase aguda ou crônica.

De acordo com Chellappa e Araújo (2006), algumas propostas foram tentadas para explicar a relação entre transtornos do sono e depressão, em que muitos estudos contribuem e ampliam a complexidade das características polissonográficas que existem nos transtornos do humor. O exame demonstra mudanças no padrão de sono em pacientes depressivos, como a latência reduzida de sono REM e os *déficits* no sono de ondas lentas, podendo ser caracterizadas como marcadores biológicos no transtorno depressivo com duração superior a três meses.

Chellappa e Araújo (2006) destacam a relevância em aprofundar os estudos que relacionam os distúrbios do sono à depressão, no sentido de poder intervir precocemente com medidas terapêuticas eficazes, caso em que um tratamento para insônia reduziria os sintomas da depressão.

Ropke *et al.* (2017) elucidam que existem formas para tratar os distúrbios do sono e sugerem que intervenções com atividades físicas melhorem a qualidade do sono, e que as atividades devem ser associadas aos tratamentos terapêuticos isolados ou como coadjuvantes nos tratamentos dos distúrbios do sono. Entretanto, ressalta-se que serão necessários estudos mais aprofundados (randomizados) para que tal eficácia seja efetivamente comprovada.

Considerações finais

O presente capítulo demonstra a importância de se conhecer os distúrbios do sono e sua relação com a depressão. Aponta, ainda, como uma pessoa com interferência no seu ciclo de sono, ou sofrendo com insônia, pode, na verdade, estar manifestando sintomas de depressão, ou ainda os distúrbios do sono podem ser geradores de desconforto na saúde mental e levar o sujeito ao quadro de depressão.

Neste capítulo, foi possível constatar a existência de associação entre distúrbios do sono e a depressão. Ademais, os estudos que envolvem o sono cumprem um importante papel na investigação da depressão e, da mesma forma, poderão ser utilizados como busca de enfrentamento da patologia, seu diagnóstico e condutas adequadas de tratamento.

Todavia, nas bases de dados nas quais a pesquisa bibliográfica foi feita, observa-se a escassez de estudos que relacionam a depressão aos distúrbios do sono, suscitando a necessidade de novas pesquisas nesse âmbito, especialmente as pesquisas empíricas, estudos de caso, ou de campo, em que se aplicam questionários avaliando a saúde mental das pessoas e sua qualidade de sono, bem como a relação entre o sono e a depressão.

Destarte, sugere-se que novos estudos sejam efetivados com o intuito de observar a relação entre o sono e a depressão, e também contribuir com formas alternativas de tratamento para as pessoas que sofrem com essa patologia, com a finalidade de que encontrem qualidade de vida.

Referências

- AGUIAR, G. P. S.; DUSSAN-SARRIA, J. A.; SOUZA, A. **Alterações do sono em pacientes vivendo com o vírus da imunodeficiência humana e dor crônica**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 123-131, Jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000200123&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190023>.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia Cognitiva da depressão**. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BENCA, R. M.; OBERMEYWE, W. H.; THISTED, R. A.; GILLIN, J. C. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. **Arch. Gen. Psychiatry** 49:651-668, 1992. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2019.
- CANO-LOZANO, M. C.; ESPINOSA-FERNANDEZ, L.; MIRO, E.; BUELA-CASAL, G. Una revisión de las alteraciones del sueño em la depresión. **Rev. Neurol.** 36 (4): 366-375. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2019.
- CHELLAPPA, Sarah Laxhmi; ARAÚJO, John Fontenele. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. **Rev. psiquiatr. clín. São Paulo**, v. 33, n. 5, p. 233-238, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 de jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000500002>.
- DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 06-11, May 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>.
- GUYTON & HALL. **Fundamentos da Fisiologia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- HARVEY, A. Insomnia: symptom or diagnosis? **Clinical Psychology Review**, 21 (7), 1037-1059. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11584515> Acesso em: 28 ago. 2019.
- KUBOTA, Aline Midori Adati. **Aspectos da insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional**. 2013. 66 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/8091>. Acesso em: 17 jul. 2019.
- MARINHO SARAIVA, Eduardo, SOARES FORTUNATO, J. M., GAVINA, Cristina. Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. 2005, 7 (janeiro-dezembro). ISSN 0874-4696. Acesso em: 15 Jul. 2019. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770207>.
- OHAYON, M. M.; PRIEST, R.Q.; GUILLEMINAULT, C. Nightmares: their relationships with mental disorders and sleep disorders. **Euro neuropsychopharmacol** 6:136-137, 1996.
- PESSOA, J. H. L.; PEREIRA JR, J. C.; ALVES, R. S. C. **Distúrbios do Sono na criança e no adolescente: uma abordagem para pediatras**. São Paulo: Atheneu, 2008.

ROPKE, L. M. *et al.* **Efeito da atividade física na qualidade do sono e qualidade de vida: revisão sistematizada.** Arch Health Invest 6(12):561-566. 2017. ISSN 2317-3009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i12.2258>. Acesso em: 21 jul. 2019.

SILVA, N.; SOARES MELO, H. A intervenção da terapia cognitivo-comportamental no adoecimento decorrente da insônia. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 1, n. 1, p. 39-52, 11 abr. 2015.

TANKENSEN, A.; TUOMILEHTO, J.; VIINAMAKI, H.; VARTIAINEN, E.; LEHTONEN, J.; PUSKA, P. Nightmares as predictors of suicide. **Sleep** 24(7): 844-847, 2001.

3

O corpo como sintoma

Thais Tostes de Almeida

Denise Tinoco Novaes Bedim

Margarete Zacarias Tostes de Almeida

*“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos
foram aqueles em que lutaste”.*

(Freud)

Considerações iniciais

Estudar o homem na perspectiva da Psicologia abre possibilidades de reflexões que engendrem o corpo, considerado o enraizamento de qualquer processo psíquico na materialidade corporal.

Ajuizar o corpo como lugar, espaço geográfico que se deixa morar, arquivar, sentir, armazenar, memorar e, especialmente, viver, acende o desejo de busca da

função identitária que a corporeidade assume diante do próprio sujeito em cada cultura. Nesse pressuposto, torna-se plurissignificativo o olhar em torno do corpo – que trabalha; que se modela no que reconhece como belo e saudável; que luta pelo direito de ser livre na sexualidade; que protesta nas ruas contra o mal-estar inadmissível; que sofre com a violência cotidiana num mundo tão desigual, com a fome de comida, de justiça, de afeto (ALMEIDA, 2015); que é, acima de tudo, “fonte de angústia, de prazer, de consumo, de carência, visível e ignorado, esquadrinhado, controlado, liberto ou regulado. Multifacetado em tantos aspectos e objeto de tantos estudos [...]” (VILHENA; NOVAES, 2012, p. 13).

Num enredo complexo e indissociável, pensar o corpo como algo de pertencimento exclusivamente pessoal é desconsiderar suas implicações por inserção num contexto cultural e social e, principalmente, educativo. Nesse sentido, Freud (1988, p. 39) postula que “o eu é, primeiro e, acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio, a projeção de uma superfície”. Na perspectiva do real do corpo (organismo) e do seu imaginário (constitutivo pessoal, cultural e social), o sujeito se pensa existindo num corpo, porque o eu é, por si só, já corporal (ALMEIDA, 2015).

O corpo como *locus* das manifestações da subjetividade faz dele ator importante no cenário interpessoal, por carregar em si registros nevrálgicos das relações sociais, uma vez que os conceitos padronizadores do comportamento e até mesmo da subjetividade humana são permeados pelos conceitos de “certo” e “errado”, advindos dos determinismos sociais.

Neste capítulo, **objetiva-se** apresentar o corpo como sintoma, instância de expressão das implicações e representações psíquicas a partir da relação intrínseca do “eu”, o “outro” e a “cultura”.

Este é um estudo de **natureza qualitativa**, de cunho bibliográfico, **justificando-se** pela intencionalidade de desvelar a linguagem do corpo através do **sintoma**, no intuito de trazer um olhar sobre o humano nessa perspectiva e propiciar conhecimentos reflexivos acerca da expressão do conflito psíquico inconsciente manifestado no corpo.

Sintoma em Freud

Na trama identitária, além de um aparelhamento biológico, o corpo manifesta o que temos de mais particular, a singularidade, no entanto, paradoxalmente, é de natureza particular e social, por exibir as dimensões identitárias pessoais, bem como socioculturais, simultaneamente. Nessa abordagem, Jeudy salienta:

[...] a ideia comum de que, se nosso corpo nos pertence, isso ocorre na medida em que somos sujeitos do objeto que ele representa o que faz persistir uma dúvida acerca da realidade. Será que experimentamos essa realidade quando nosso corpo é tratado como objeto ou quando cremos ser o sujeito das sensações que o animam? (JEUDY, 2002, p. 14).

No campo simbólico, Bourdieu (2008) caracteriza o corpo como lugar de categorização social, como superfície de inscrição de marcas distintivas de gênero, de raça, de classe, de poder. Sendo a premissa verdadeira, pensar o corpo sob esse prisma possibilita apresentar o “eu” e o “outro” através das relações interpessoais, de modo a permitir o não posicionamento do corpo como um objeto neutro, mas como uma linha de força que se mostra a partir do olhar do “outro”.

[...] não vem da posição de um sujeito decidir ver o mundo, o corpo alheio e seu próprio corpo como um “quadro artístico vivo”; ela depende de certa autonomia de aparição e de evanescência das imagens corporais [...] irrupção constante e incontrolável das imagens que subvertem a ordem das representações (JEUDY, 2002, p. 16).

Para Chartier (1990 *apud* ALMEIDA, 2015), o poder e a dominação estão presentes no cotidiano humano, tornando as representações discursivas neutras, cujas mensagens traduzem práticas de imposição de uma autoridade, que legitimam escolhas, muitas vezes advindas da concepção de outro ou de um mesmo grupo social.

Caminha-se para o entendimento do corpo como sintoma, à medida que ele traduz, em si, resultado patológico de um esforço de preservação contra uma lembrança penosa.

“Ao longo da obra de Freud, o sintoma aparece como expressão de um conflito psíquico, como mensagem do inconsciente e como satisfação pulsional” (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p. 1).

Na perspectiva freudiana, o sintoma pode ser entendido em três momentos distintos: antes de 1900, entre 1900 e 1920 e após 1920, como sugere Ocariz (2003).

Ao iniciar os estudos sobre histeria, Freud, sob influência de seu trabalho com Chacot e Breuer, postula que a histeria advém de um conflito psíquico após um acontecimento traumático que deixou uma implicação, mas que não é lembrado em nível de vigília. Conjuntamente, Freud e Breuer alegam que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (FREUD, 1893/1974, p. 43). Restos de episódios que tinham sido esquecidos regressam no corpo provocando paralisias, dores inexplicáveis, cegueira.

Antes de trabalhar com a interpretação dos sonhos, Freud utilizava a hipnose para tratar suas pacientes e observou que os acontecimentos traumáticos emergiam assinalados por sentimentos de vergonha, rejeição, inferioridade.

Diante de um pensamento que não é compatível com os ideais sociais e pessoais, as pacientes histéricas transformam o afeto ligado a essa ideia, retirando dela a excitação que a acompanha. Esse afeto liberto busca satisfação em outro objeto e encontra-a no sintoma (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p. 2).

Em carta escrita a Fliess, em 1897, Freud expõe mudanças basais em seus entendimentos acerca de sintoma, neurose e sexualidade, não mais concebendo a ideia de que a histeria teria sua origem nos traumas sexuais narrados pelas pacientes, reconhecendo que não se pode conferir valor de realidade aos teores inconscientes, mas que o drama tido como verdadeiro pelo indivíduo seria parte constitucional de sua realidade psíquica, reconhecendo que as fantasias relatadas por suas pacientes são produtoras de sintomas.

No ano de 1900, com a publicação de “A interpretação dos sonhos”, como pedra angular, a Psicanálise traz a tentativa de compreender a origem dos sintomas e Freud (1969) postula que os sonhos são fenômenos que deixam enxergar os teores inconscientes. Neste texto, faz alegações de que os sonhos são

consumações de desejos, mesmo nos sonhos de angústia, os desejos aparecem de forma distorcida.

“Assim como os sonhos, o sintoma também é a realização de um desejo, que é sempre sexual. Este, no entanto, aparece em uma versão mais aceitável. Desse modo, o sujeito que sofre com seu sintoma não reconhece nele uma satisfação” (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p. 2).

Com a publicação do “Além do princípio do prazer”, em 1920, Freud estabelece uma nova concepção acerca do aparelho psíquico e novas postulações sobre as forças que constituem o funcionamento desse aparelho. Descreve sobre uma força, com o significado de pulsão de destruição que opera no indivíduo, além das que permaneceriam conservando a vida – o princípio da realidade e o princípio do prazer.

“Assim, a partir de 1920 o conceito de sintoma passa a ter duas faces: o sintoma como efeito lacunar, como mensagem, passível de interpretação, e o sintoma como satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico” (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p. 5).

Em “Inibições, sintomas e ansiedade”, Freud (1969) traz o sintoma como: “o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido [...] continuamente renova suas exigências de satisfação e, assim, obriga o ego, por sua vez, a dar o sinal de desprazer e a colocar-se em uma posição de defesa” (p. 103).

A partir daí, Freud posiciona o sintoma como um recurso cujo objetivo é o de restaurar uma provável homeostase que possivelmente tenha sido rompida pelo conflito psíquico e até mesmo aproximar-se da resolução de tal conflito, ainda que tenha como resultado um contentamento que perturbe. Nesse sentido, Freud salienta que a satisfação de uma pulsão, mesmo que temporária, pode causar desprazer.

Limitam-se a reviver uma sensação ou a representação de uma fantasia derivada de um complexo sexual. E, ademais [...] estas supostas satisfações sexuais assumem, às vezes, uma forma pueril e vergonhosa, próxima, talvez, de um ato de masturbação, ou relembram formas indecentes de travessuras, que são proibidas até a crianças - hábitos que foram erradicados. E, prosseguindo, os senhores também

expressarão surpresa por estarmos apresentando como satisfação sexual aquilo que seria mais adequado descrever como satisfação de desejos cruéis ou horríveis, ou mesmo teriam de ser chamados de antinaturais (FREUD, 1969, p. 354).

A forma infantil de satisfação, destruída pela censura que surge no conflito, é, via de regra, modificada em uma sensação de sofrimento. O tipo de satisfação que o sintoma apresenta tem em si muitos aspectos estranhos a ele (CURI; DIAS, 2014). Embora seja um contentamento real, o sujeito não o reconhece como tal. Sente a satisfação como sofrimento, do qual se queixa. De acordo com Freud (1917/1976), essa mutação é uma função do conflito psíquico sob pressão, do qual o sintoma veio a se formar. O que uma vez constituiu satisfação para o sujeito, agora passa a originar resistência e aversão.

Considerações finais

Partindo do princípio de que o corpo em si é uma linguagem, vislumbra-se que seja decifrado e interpretado. Nesse sentido, não existe um paradigma corporal único, nem corpo igual, nem diferente, entretanto semelhantes, carregando particularidades, subjetividades, variáveis culturais assimiláveis a cada indivíduo, situação, época e sociedade.

Na mesma esteira, aventa-se que o corpo é uma literatura, um conjunto de representações mentais, uma imagem inconsciente que se organiza, se dilui e se restaura através da história do sujeito, com a intercessão de alocações sociais e dos sistemas simbólicos, produzida por significados culturais, capazes de modificarem conceitos, registros e informações em representações visuais do que se sente.

Ocorre, no entanto, uma contradição, o corpo é, ao mesmo tempo, o protagonista e o coadjuvante em suas representações do que apreende, vive, sente, memoriza, frente a uma possibilidade simultânea de experimentar sensações e percepções daquilo que representou.

Nessa linha de pensamento, aquilo que se visualiza no corpo apresenta-se como registro de acontecimento(s) no tempo. A reprodução corporal expõe

uma realidade intrínseca que “grita”! Assim, o olhar sobre o que o corpo apresenta pode ser compreendido como algo que grita no lugar daquilo que não pode gritar!

Numa abordagem sensível, apresenta-se um enfoque do corpo sob a ótica da percepção. A pele assume um papel principal, porque é onde se dá a mistura entre o corpo e a alma: na pele, a alma e o objeto se entrelaçam. O corpo se posiciona e anda no espaço das mensagens, orienta-se no que ouve e no que sente, entre os compassos e os sons. É mistura porque corpo e mundo relacionam-se na pele, e através da qual imerge-se no mundo. Viver é um convite desafiador ao corpo em processos microssimbóticos; e, nesse cenário de entrelaçamentos, o corpo, sem dúvida, é o centro. É lócus de registros de toda aprendizagem e sentimentos, que o marcam como morada identitária, elo entre as relações biológicas e culturais que o inscrevem.

Para concluir, compreende-se, a partir desses estudos, que os pensamentos e sensações que escoltam as dores do corpo estão posicionados no nível do desejo inconsciente. Mais ainda, no nível da relação entre o corpo e a satisfação da pulsão, por assim dizer, entre o corpo e o gozo. Ao estimular a área corporal dolorosa, consegue-se uma demonstração de satisfação. Logo, localiza-se um ponto de gozo na medida em que perde-se a função orgânica daquela área.

Como resposta ao real, o sintoma deságua no corpo. Ou seja, o sintoma é a resposta ao traumático do real.

O corpo em si traduz a história do sujeito!

Referências

- ALMEIDA, Margarete Zacarias Tostes de. **O corpo mestiço em marabá como patrimônio musealizado**: Sexualidade, Interculturalidade e Educação. Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro, 2015.
- BOURDIEU, Pierre. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2008.
- CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense, 1982.
- CORBIN, Alain. A influência da religião. *In*: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jaques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo**: da revolução à grande guerra. V. 2. Petrópolis: Vozes, 2008.

- CURI, Danielle; DIAS, Maria das Graças Leite Villela. O corpo como suporte para a inscrição do sintoma. 2014. **Pepsic- Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000300010. Acesso em: 10 ago. 2019.
- FREUD, S. Além do princípio de prazer. *In: Edição Standard das Obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920). 1969.
- _____. Estudos sobre a histeria. *In: Edição Standard das Obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., v. 2). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1893), 1974.
- _____. Conferência XVII - O sentido dos sintomas. *In: Edição Standard das Obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., v. 16). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original publicado em 1917), 1976.
- JEUDY, Henri-Pierre. **O corpo como objeto de arte**. Trad. Tereza Lourenço. São Paulo: Liberdade, 2002.
- MAIA, Aline Borba; MEDEIROS, Cynthia Pereira de; FONTES, Flávio. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. 2012. **Pepsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004. Acesso em: 10 ago. 2019.
- OCARIZ, M. **O sintoma e a clínica psicanalítica**. São Paulo: Via Lettera, 2003.
- SCHEINER, Tereza C. M. **Imagens do “não lugar”**: comunicação e os “novos patrimônios”. Tese de Doutorado em Comunicação e Cultura. Escola de Comunicação da UFRJ, 2004.
- SERRES, Michel. **Os Cinco Sentidos**. Filosofia dos Corpos Misturados. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- VILHENA, Junia de; NOVAES, Joana de Vilhena (Orgs). **Corpo para que te quero?** Usos abusos e desusos. Rio de Janeiro: PUC-Rio: Appris, 2012.

4

Um olhar sobre o transtorno bipolar e possíveis dificuldades de adaptação social

Michel Rodrigues Fassarella

Maria Eduarda Poubel de Oliveira

Margarete Zacarias Tostes de Almeida

“Toda emoção é inconstante, toda paixão é bipolar. Tudo é mistério, tudo é instável, e sorte de quem aprende a se equilibrar nessa gangorra”.

(Martha Medeiros)

Considerações iniciais: conceito e história do transtorno bipolar

O transtorno de humor bipolar (THB) é “uma desordem cerebral crônica, que causa, sem qualquer motivo aparente, alterações intensas, súbitas e alternadas de humor, que podem ir de alegria extrema a uma perda de autoestima em uma fração de segundos” (BRUM; ZENI; TRAMONTINA; 2011, p. 2). Contudo, falta à

sociedade contemporânea, em geral, maior conhecimento sobre o assunto, sobretudo para que possa dar maior contribuição à rotina social do indivíduo com o referido transtorno.

Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo trazer à baila reflexões acerca do tema com intuito de propiciar um olhar sobre dificuldades de adaptação do indivíduo com o THB ao âmbito social.

Este estudo é de natureza qualitativa, de cunho bibliográfico, e busca refletir sobre o THB e possíveis dificuldades de adaptação social. Nesse intuito, estuda-se a temática a partir de artigos e periódicos científicos rastreados em plataformas de dados tais como: Scielo, Lilacs, Pepsic e Google Acadêmico, com ampla leitura na construção de um novo olhar e relevância sobre a temática.

Da consciência de que não somos seres “prontos e acabados” e que o THB é uma doença silenciosa, emerge a necessidade de ampliar estudos que possam contribuir para o entendimento de mudanças comportamentais repentinas, capazes de alterar a convivência social face ao descontrole emocional em ações comuns ao dia a dia, provocado por episódios de mania e hipomania.

Caracterizado por alterações de humor graves, que envolvem períodos de humor elevado (euforia) intercalados com períodos de depressão, o THB se diferencia em dois tipos principais: Tipo I, ocorrendo episódios de mania, e tipo II, correndo hipomania. Também é marcado pela ciclotimia, caracterizada por pelo menos dois anos de episódio hipomaniaco e períodos de leve depressão, além do transtorno bipolar sem outras especificações, que não preenche nenhum critério dos tipos anteriores (VIEIRA; MARQUES, 2016).

Nesse transtorno, podem ocorrer quatro estágios, visto que ele é uma alteração psíquica que provoca modificações no pensamento, na energia e no comportamento do indivíduo: no primeiro estágio, conhecido como mania, a pessoa se sente eufórica, criativa, com energia multiplicada (podendo ficar hiperativa). O sujeito pode perder o controle e se comportar de forma imprudente. Já o segundo, conhecido como hipomania, apresenta-se em forma de mania menos branda, ou seja, há uma elevação do humor, porém menor e menos grave. No terceiro, tem-se a depressão bipolar, que se difere da depressão comum devido à possibilidade da pessoa se apresentar mais suscetível a se irritar e ter alterações de humor imprevisíveis e, além disso, segundo pesquisas recentes, salienta-se que muitos dos antidepressivos não ajudam no caso de

pessoas com depressão bipolar, podendo até piorar o quadro psicótico com o uso de tais medicamentos. E, por fim, no quarto estágio, conhecido como episódio misto, já explicativo pelo nome, a pessoa pode ter sintomas simultâneos dos 3 tipos anteriores (BOSAIPO *et al.*, 2017).

Ainda não foi descoberta a real causa do transtorno bipolar, mas já se sabe que fatores genéticos, alterações em certas áreas do cérebro, alterações em neurotransmissores e também acontecimentos ambientais estão envolvidos.

O transtorno bipolar, então, é algo complexo de se compreender e também de ser identificado, visto que a pessoa muda semanalmente, mensalmente ou até anualmente seus hábitos, pensamentos e também seu modo de agir. É considerada uma doença que afeta homens e mulheres de forma diferente e atinge cerca de 30 milhões de pessoas no mundo, segundo dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

Partindo de tais pressupostos, para que se compreenda melhor essa alteração psíquica, faz-se necessário entender a história e o contexto por trás desse transtorno.

História

Os episódios de mania e melancolia sempre foram considerados condições totalmente opostas, até a antiguidade. Entretanto, no início do século XIX, o psiquiatra e também neurologista francês Jules Baillager descreveu a “*la folie à double forme*” (forma dupla de insanidade), dizendo que tal tipo de insanidade apresentava a ocorrência das duas formas episódicas: mania e melancolia (depressão) em uma mesma pessoa. Entretanto, dois anos antes, em 1851, Jean-Pierre Falret já havia criado o termo “*la folie circulaire*” (insanidade circular) para descrever o transtorno, que era chamado de insanidade maníaco-depressiva, recém descoberto, acusando, então, Jules de plágio (GONÇALVES; SILVA, 2016).

Como o conceito de Falret se diferenciava em alguns pontos do conceito adotado por Jules, como, por exemplo, a consideração dos “estados lúcidos” entre os episódios de melancolia e mania, isso gerou um maior interesse em outros psiquiatras, principalmente os alemães Karl Ludwig Kahlbaum e Emil Kraepelin, que estudaram mais acerca do assunto e o complementaram de

forma relevante, fazendo o termo usado por Falret ser usado por toda a Alemanha (BOSAIPO *et al.*, 2017).

Dificuldades encontradas pelas pessoas com THB

Existem várias dificuldades que as pessoas com transtorno de bipolaridade enfrentam, principalmente ocasionadas pelo resultado de suas ações em episódios graves. Segundo Menezes e Souza (2012), até mesmo o sexo do indivíduo pode influenciar em certas dificuldades, como na dificuldade maior de tratamento em mulheres, devido às suas variações hormonais durante o período menstrual, ou gravidez.

Uma pessoa com transtorno bipolar pode enfrentar vários tipos de situações desagradáveis, como humor deprimido, uma tristeza profunda, desinteresse, apatia, redução da libido, alterações do sono e apetite, além de inúmeros sintomas depressivos. Além disso, pode apresentar, na fase de mania, o inverso do citado na fase anterior: euforia excessiva, pouca necessidade de sono, descontrole de ideias, irritabilidade, comportamento agressivo etc.

Ou seja, nota-se que a pessoa “perde” o controle de si mesma, já que em uma hora ela se apresenta com certas atitudes, e, em outra, muda drasticamente suas ações. Uma pessoa pode estar com os sintomas de depressão bipolar e logo em seguida entrar em uma fase de mania, saindo da depressão e realizando ações das quais futuramente pode se arrepender, como, por exemplo, gastar dinheiro futilmente por coisas que irão agradar momentaneamente, sem nem ao menos ter o capital necessário, trazendo problemas futuros.

Sabe-se que o transtorno bipolar não tem cura, então a pessoa deve ser constantemente controlada, tornando-se dependente de medicamentos e terapias pelo resto da vida, gerando custo e tempo, além de requerer paciência da família e da pessoa que apresenta o problema psíquico.

O transtorno bipolar não se limita a um problema genético, ambiental ou bioquímico, mas também envolve todo um caráter psicológico e social, pois envolve o próprio indivíduo, a família e as pessoas ao redor, tendo o indivíduo afetado sofrimento, incapacidade de se socializar, dificuldade de afeto e contato, redução das próprias emoções e diversas outras dificuldades (ASTRÊS FERNANDES *et al.*, 2016).

Pode-se notar, também, a dificuldade que as pessoas com Transtorno Bipolar apresentam em relação ao convívio social, visto que elas mudam de agir constantemente e outras pessoas podem não saber como lidar com a situação, e acabam se afastando para não sofrerem ou até mesmo não fazerem mal para o indivíduo doente.

Por fim, entende-se que a maior dificuldade que o indivíduo enfrenta é a sua própria realidade. Ele deve entender a situação que se encontra e tratar conforme o necessário, para que haja um controle de seus sintomas e também uma melhora na sua qualidade de vida.

Como realizar o diagnóstico

Sabe-se que a principal característica do transtorno bipolar é a mudança drástica de humor, que oscila entre a euforia (mania) e também episódios de humor extremamente baixo (depressão), além da desregulação extrema que causa no afeto. Nós podemos relacionar o humor pessoal do indivíduo ao seu comportamento e também ao funcionamento cognitivo alterado.

O mais importante para se realizar o diagnóstico é relacionar a situação do indivíduo com as características psicóticas citadas no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* [DSM-5; American Psychiatric Association, 2013]. Os sintomas devem causar uma mudança brusca na vida da pessoa, sendo observável por outros indivíduos.

Em edições anteriores do DSM, as pessoas poderiam ser basicamente diagnosticadas com transtorno bipolar I simplesmente com o acontecimento de um episódio “misto”, apresentando depressão elevada e período maníaco, por uma ou mais semanas. Entretanto, com estudos e atualizações científicas, o DSM foi atualizado e, hoje, o DSM-5 é diferenciado quanto ao diagnóstico. Por exemplo: passou a ser considerado episódio misto quando ocorressem três ou mais sintomas, e características do polo oposto ocorressem durante um episódio de humor. No DSM, o diagnóstico determina se o paciente cumpre as regras para ser considerado episódio misto ou maníaco e, caso ele preencha esse critério, aplica-se o diagnóstico de transtorno bipolar I. Entretanto, se ele cumpre, naquele momento, os critérios para um episódio depressivo maior, só será diagnosticado com transtorno bipolar com colhimento de anamnese indicando episódios anteriores de mania,

caso contrário a pessoa será identificada como tendo Transtorno Depressivo Maior (TDM), ou outro transtorno de humor (BARLOW, 2016).

No DSM-4, utilizava-se o mesmo critério diagnóstico em crianças e em adultos, mesmo com várias diferenças perceptíveis. O DSM-5 veio, então, para melhorar esses aspectos diagnósticos e também acrescentar categorias novas, tal qual o “transtorno disruptivo da desregulação do humor”, para caracterizar crianças explosivas e com surtos de temperamentos, com irritabilidade persistente. E, também nesse DSM, faz-se a diferenciação entre o transtorno bipolar I e o II. No primeiro, o paciente tem sintomas de euforia excessiva (mania) e mistos sindrômicos; entretanto, no II, o indivíduo deve ter tido pelo menos um episódio depressivo maior ou hipomaniaco. Também temos a “ciclagem rápida”, quando o paciente tem quatro ou mais episódios, durante um mesmo ano, que envolvem o transtorno bipolar (BARLOW, 2016).

Adaptação social das pessoas com THB: adesão, qualidade e expectativa de melhora

“As oscilações de humor do indivíduo bipolar alteram sua percepção, seus pensamentos e seu comportamento, causando assim efeitos inevitáveis nas relações interpessoais” (GOODWIN; JAMISON, 2010, p. 393-396). Mudanças bruscas de comportamentos provocadas por oscilações drásticas no humor levam à instabilidade emocional, comprometendo relações afetivas, sobremaneira as que envolvem relacionamentos amorosos, por ser difícil lidar com o outro em sua inconstância nas emoções. Nesse sentido, a dificuldade maior num relacionamento a dois pode advir da falta de estabilidade na relação, uma vez que o indivíduo com THB pode ter imprevisíveis reações nos episódios de mania e/ou episódios depressivos.

Ampliando o olhar sobre o transtorno de adaptação ou estresse emocional, aparece à frente um estado de desequilíbrio do funcionamento psíquico e orgânico quando o indivíduo precisa reagir de forma preservativa em demandas interpostas.

“Quando os recursos do momento são insuficientes devido à vulnerabilidade pessoal ou à ausência de estratégia de enfrentamento ou, ainda, pela gravidade ou intensidade do estressor presente, o organismo pode ser afetado em

sua plenitude” (LIPP, 2007), ficando passível de “consequências graves para sua saúde física ou mental” (idem).

Fatores estressores que exponham de forma prolongada o ser humano podem desencadear comprometimento na saúde, assim como na qualidade de vida, reduzindo a resistência física, emocional, ameaçando sua homeostase ou equilíbrio interno. Nesse contexto, destaca-se a impaciência, a irritação, a falta de concentração, a dificuldade de raciocinar logicamente, o que poderá dificultar convívios e relacionamentos sociais.

A adaptação social prevista aos pacientes do Transtorno do Humor Bipolar é diretamente dependente da adesão ao tratamento, o que está intimamente relacionado a um bom e favorável prognóstico, não se interligando, necessariamente, a um tipo especial de THB e/ou escolha de tratamento. Sendo, então, o THB bem reavaliado e tratado, há diversas intervenções sociais e reavinculação ao bem-estar social.

Assim, a principal dificuldade encontra-se na não adesão ao tratamento necessário, o que somatiza 47% em qualquer fase do tratamento e 52% em dois anos, aumentando também a incidência de manias, de frequência a episódios de depressão e tentativas suicidas (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005). A abordagem de não adesão considera 3 possíveis critérios, sendo eles: as causas da não adesão, os métodos de avaliação e as abordagens que aumentam a adesão.

Partindo do princípio de importância quanto à adesão ao tratamento e diagnóstico precoce, avalia-se a possível inclusão social desses pacientes, o que inclui vínculos empregatícios, relacionamentos amorosos e de amizade, onde o paciente se adere a uma vida consideravelmente normal.

A maioria dos pacientes com transtorno bipolar recupera-se do primeiro episódio de humor. Porém, cerca de 80% deles apresenta recaída dentro de 5 a 7 anos, e, em um período de 20 anos, muitos pacientes têm 3 ou mais episódios de humor com o risco de recaída persistindo na terceira idade (BOSAIPO *et al.*, 2017).

Uma grande dificuldade atual em mensurar o número de pacientes de transtorno bipolar se dá pelo erro diagnóstico dos serviços de saúde mental. Inúmeros pacientes que procuram atenção médica com queixas depressivas recebem inicialmente o diagnóstico de transtorno depressivo maior antes que seja investigada a ocorrência prévia de episódios de mania ou hipomania.

Uma vez que o tratamento da depressão unipolar e do Transtorno Bipolar é diferente, um diagnóstico preciso é fundamental para a indicação correta do tratamento e determinação do prognóstico do paciente.

Tratamento

O tratamento se baseia a partir de medicações específicas e terapia, fazendo-se presente pelo decorrer de toda a vida ou por tempo indefinido, sendo indispensável a participação dos familiares nos meios ligados ao paciente. São também indispensáveis: a participação em grupos de apoio, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, terapia familiar e psicoterapia. Quando os cuidadores e familiares trabalham em conjunto com a pessoa, ajudando-a a lidar com a doença, é notável a presença de resultados positivos.

A medicação inclui anticonvulsivos, que têm por objetivo prevenir ou controlar convulsões, aliviar a dor e tratar os sintomas aderidos, e antipsicóticos. E o tratamento psicológico inclui programas terapêuticos, bem como avaliações periódicas e testes complementares.

O tratamento médico

Quanto à intervenção médica, faz-se necessária uma avaliação e testes com diferentes medicações e doses, a saber, que há diferentes respostas em cada paciente (BECK, 2011).

As medicações que demonstraram trazer o maior benefício no tratamento do transtorno bipolar foram os estabilizadores de humor e os antipsicóticos atípicos, já que o uso de antidepressivos pode desencadear estados de hipomania, mania e estados mistos, tornando-se, então, contraindicado (BECK, 2011).

Tratamento psicológico

Psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, terapia focada na família, terapia interpessoal de ritmo social e programas de cuidados reforçados

são os tratamentos psicológicos que demonstraram proporcionar maiores resultados positivos. Os benefícios dessas terapias incluem reduções de certos tipos de recorrências bipolares, do tempo de doença, de hospitalização, e melhoria do desempenho nas atividades cotidianas (BECK, 2011).

Considerações finais

Após este capítulo reflexivo acerca do transtorno bipolar, evidências como sofrimento psíquico, dificuldades de concentração, irritabilidade, impaciência e dificuldades de raciocinar logicamente embaraçam o relacionamento interpessoal, atrapalham o desempenho em atividades comuns do dia a dia, podendo culminar em exclusão social.

A sociedade contemporânea traz em seu bojo muitos pré-conceitos por fatores que vão desde o desconhecimento à intolerância a tudo o que não atenda aos padrões abalizados por ela como normal e ideal. Nesse cenário, não só o indivíduo com THB, mas seus familiares experimentam sentimentos como o medo, o desconforto e, por vezes, optam pelo afastamento social por não se sentirem seguros e por não saberem como será sua recepção mediante o seu diagnóstico.

Mister se faz ressaltar que preconceitos são comuns em se tratando de doenças mentais na esfera social e interpessoal e que precisamos evoluir como seres humanos, a fim de que possamos contribuir para o desenvolvimento do próximo, independentemente de suas limitações, assim como para o desenvolvimento do complexo social.

Referências

- BARLOW, David H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo**. [S.l.]: Artmed, 2016.
- BECK, Lesley. **Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar**. 2011. Disponível em: <http://www.ipqhc.org.br/files/11779GuiaBipolar1808.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.
- BOSAPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. **Bipolar disorder: a review of conceptual and clinical aspects**. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 50, n. supl1., p. 72, 2017. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/SIMP8-Transtorno-Bipolar.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

- BRUM, Lanúzia Almeida; ZENI, Cristian Patrick; TRAMONTINA, Silzá. Aprendizagem e transtorno bipolar: reflexões psicopedagógicas. **Rev. Psicopedag.**, São Paulo, v. 28, n. 86, 2011. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/transtorno-bipolar-em-criancas-e-adolescentes-e-suas-implicacoes-na-aprendizagem/17385>. Acesso em: 09 ago. 2019.
- FERNANDES, M. A. *et al.* Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos e o cuidar em enfermagem. **Revista de Enfermagem**. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11004/12368>. Acesso em: 29 jul. 2019. GONÇALVES, W. J.; SILVA, A. L. Perfil da comercialização da Quetiapina e suas implicações clínicas no tratamento do Transtorno do Humor Bipolar. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 2, n. 1, p. 30-54, 2016.
- GOODWIN, F. K.; JAMISON, K. R. **Doença maníaco-depressiva: transtorno bipolar e depressão recorrente**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2010.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Transtorno de adaptação. **Pepsic. Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000100012. Acesso em: 09 ago. 2019.
- MENEZES, Sarita Lopes; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Rev. Esc. Enferm.** USP, 2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 09 ago. 2019.
- SANTIN, A; CERESÉR, K; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. Psiqu. Clin.** 32, supl. 1; 105-109, 2005.
- VIEIRA, T. C.; MARQUES, E. L. L. **Possíveis estratégias e técnicas de manejo para o transtorno bipolar na perspectiva cognitivo-comportamental**. O Portal dos Psicólogos, p. 1-19, 2016.

5

Relação fisiopatológica entre a depressão e a ansiedade associada ao suicídio e outras possíveis consequências

Cristiane Gomes da Silva de Araújo
Isaac Fernandes Corrêa
Isabella Baiense Moreira

“A esperança é uma necessidade para a vida normal e a principal arma contra o impulso de suicídio”.

(Karl Augustus Menninger)

Considerações iniciais

Diante dos propostos estudos de Sigmund Freud e sua análise sobre a depressão, é evidente que, durante muito tempo, a depressão e a ansiedade têm sido abordadas e retratadas como grandes males, principalmente do século XXI. Com a constante busca por metas e objetivos, ocorre a crescente expectativa sobre as diversas oportunidades e conquistas e, com o crescimento destas, tem-se

o crescimento das decepções quando a oportunidade de se alcançar o que se busca demonstra não ser tão fácil ou não está tão próxima da realidade (FREUD, 2006).

Nota-se, ainda, que, dados os estudos de Freud, torna-se visível a impossibilidade do ser humano de absorver as perdas ou derrotas, tornando a humanidade cada vez mais propensa a transtornos depressivos e ansiosos, que podem ter diversas manifestações e consequências. E, apesar de não se ter uma única resposta ou um único direcionamento ao suicídio, o tema mais relacionado ao ato suicida é a depressão, que por si só costuma vir acompanhada da ansiedade e de outros transtornos (FREUD, 2006).

Analisa-se, ainda, que suicídio é uma via utilizada por indivíduos na busca e na tentativa de solucionar ou eliminar os possíveis problemas sociais ou pessoais. Devido a essa direta relação entre o meio social e o indivíduo, o suicídio foi tomado por distintas representações e diversos sentidos. Todavia, é necessário que exista a devida atenção e informação das pessoas, em um âmbito geral, sobre esse indivíduo que apresenta os sintomas e o comportamento suicida. Seguindo o conceito da necessidade de informação e atuação conjunta entre médico, paciente e família, Barbosa, Macedo e Silveira (2017, p. 236) pontuam:

A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande descompasso entre as necessidades daquele que apresenta a ideação suicida e a tomada de atitudes das pessoas de seu convívio, fator que ampliaria as possibilidades de se evitar o ato suicida. Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida, e comportamentos de risco podem sinalizar um pedido de ajuda.

A ansiedade, a depressão e o comportamento suicida

A ansiedade é um sentimento de aflição e tensão, que se caracteriza por medo e um certo desconforto proveniente de algo desconhecido e uma antecipação do perigo. É um sentimento normal e fisiológico, porém passa a ser

patológico quando é exacerbado em relação ao estímulo, ou quando diverge do característico da faixa etária e passa a prejudicar o desempenho e a qualidade de vida do indivíduo. É mais comumente desenvolvida em pacientes com predisposição genética (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2017).

Diferencia-se a ansiedade normal da patológica basicamente avaliando a duração, a limitação e a relação ao estímulo sofrido. Esses transtornos são quadros de sintomas primários, que não são vindos de outra condição clínica. Os sintomas da ansiedade também são vistos em outras condições psiquiátricas, derivando-se dos sintomas do transtorno primário, não sendo, assim, um transtorno ansioso típico (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2017).

Existem casos em que há mais de um transtorno ao mesmo tempo, então não é possível identificar o que é primário e o que não é, assim há uma comorbidade. Transtornos ansiosos são, hoje, os casos psiquiátricos mais frequentes, com uma prevalência estimada de 9% em crianças e 15% em adultos. Muitas vezes, a causa dos transtornos é desconhecida e com múltiplos fatores que influenciam, tanto ambientais como hereditários. De maneira geral, podem cursar de maneira crônica, sendo flutuante ou episódica. Para o planejamento terapêutico, a coleta da história e do início dos sintomas torna-se fundamental, bem como episódios que podem servir de gatilho, além do desenvolvimento. De grande importância também são: o temperamento do indivíduo, o apego com os familiares, a profissão e o estilo de vida (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2017).

A depressão é um transtorno psiquiátrico recorrente e crônico, caracterizado por uma profunda tristeza, desencanto, amargura, culpa e baixa autoestima. Diferenciar a tristeza transitória da patológica é fundamental. Os indivíduos sem a doença sofrem no momento de adversidade, porém encontram uma forma de superação. Na depressão, a tristeza é recorrente, mesmo sem causa aparente, com humor deprimido na maior parte do tempo e desinteresse pelas atividades que antes davam satisfação e prazer (WERLANG; BORGES; FENTERSEIFER, 2014).

Há fatores hereditários que podem desencadear a depressão, como uma disfunção bioquímica do cérebro, porém nem todos os predispostos irão reagir da mesma maneira quanto a fatores de gatilho para crises. Pessoas do sexo feminino estão mais dispostas a estados depressivo devido à oscilação hormonal, principalmente durante o período fértil (WERLANG; BORGES; FENTERSEIFER, 2014).

Os sintomas principais são: anedonia e o estado deprimido, que podem ser acompanhados de dificuldade de concentração, alteração no peso, distúrbios do sono, baixa autoestima, alteração na libido e ideias suicidas. Não raramente os sintomas são negligenciados no início. Porém, nunca devem ser desconsideradas referências a autodestruição e ideias suicidas. Com base na história de vida e nos sintomas analisados, pode-se ter um diagnóstico. O estado depressivo pode ser um sintoma secundário de outras doenças, então deve-se estabelecer um diagnóstico diferencial. O paciente deve apresentar de quatro a cinco sintomas típicos além da angústia e perda de interesse e prazer, por pelo menos duas semanas. É uma condição clínica que exige rigoroso acompanhamento médico. Psicoterápicos costumam atender bem os quadros leves. Em quadros mais graves, porém, são indicados antidepressivos (HETEM, 1997).

A origem da palavra suicida é proveniente do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) e significa uma morte intencional autoinfligida, possuindo o significado de dar a morte a si próprio (FERREIRA, 2014), e sendo descrita por diversos autores até a contextualização e importância atual.

Definimos, todavia, o comportamento suicida como todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independentemente do grau de letalidade. Este, ainda, se classifica em categorias distintas, sendo estas a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio em si, o ato consumado. Portanto, a ideação suicida fica em um extremo, o suicídio consumado em outro e a tentativa de suicídio se localiza entre estes (WERLANG; BORGES; FENTERSEIFER, 2014).

A diferença existente entre o comportamento suicida e o suicídio, portanto, se dá na consolidação, ou não, do ato. O início é variável, seja na idealização ou na formação do pensamento do indivíduo, podendo ir até o comportamento suicida ou sua concretização. O suicídio pode se apresentar de forma gradativa ou até mesmo já ter seu início de forma agressiva (WERLANG; BORGES; FENTERSEIFER, 2014).

É de extrema importância saber diferenciar em que estágio o paciente se encontra para compreender que tipo de ação ele busca e qual o grau de agressividade, intensidade e frequência com que esse indivíduo pensa ou age em prol dessa realização, podendo causar um grande risco a si próprio pelo comportamento que apresenta. Os pensamentos suicidas tornam-se anormais quando a realização desses parece ser a única solução dos problemas para as

crianças e os adolescentes, tornando-se, então, um sério risco de tentativa de suicídio ou suicídio (WERLANG; BORGES; FENTERSEIFER, 2014).

A depressão, os transtornos de ansiedade, o suicídio e os seus possíveis agravos

Atualmente, os transtornos de ansiedade configuram o grupo de desordens mais comuns entre as síndromes psiquiátricas, sendo comumente associados à depressão. Como os indivíduos que possuem um alto nível de ansiedade apresentam uma tendência a pensamentos futuros e à antecipação de determinados momentos, tem-se uma gama de sintomas como insônia, irritabilidade, dores de cabeça e angústia, que podem preceder a depressão como uma forma de agravo da mesma (HETEM, 1997).

Portanto, a depressão pode surgir como sintoma posterior, de continuação a um tipo de doença, ou até coexistir concomitantemente a outros tipos de estados emocionais como causa de eventos traumatizantes, por algum agravo ou fato isolado, podendo ainda ser relacionada ao suicídio como o resultado mais grave (KOLVALSKI, 2015).

Ao se tratar de suicídio, atualmente, deve-se avaliar a hipótese da depressão como um dos principais fatores de risco em qualquer idade, aumentando a sua relevância, pois a depressão tem um importante papel perante aos atos suicidas e outros possíveis transtornos (KOLVALSKI, 2015).

Bem como a maioria das patologias psicológicas, a depressão e a ansiedade podem acompanhar uma série de transtornos e males como uma sequência ou como resultado de um diagnóstico falho, tardio ou ineficaz. Esses transtornos decorrentes da depressão e da ansiedade vão desde retrações sociais até mudanças súbitas de humor, mudanças comportamentais, fobias, perda de memória, incapacidade de decidir, discernir ou de readaptação social, demências, fadigas, anginas, falta de ar, síncope, comportamento agressivo, até perda da capacidade de interação e, por fim, o suicídio (OMS, 2015).

Ataques de pânico tratam-se de crises súbitas com mal-estar, sensação de perigo eminente e outros sinais autonômicos, atingindo um ápice gradativo e podendo ser situacionais ou espontâneas (OMS, 2015).

Os Transtornos de Pânico são classificados como crises ou ataques espontâneos que são especificamente acompanhados por uma ansiedade anterior ao acontecimento, em que o paciente sente a ansiedade por medo de um possível ataque, o que acaba evitando possíveis ocorrências ou locais que possam gerar um novo ataque (OMS, 2015).

As fobias são definidas como medo de forma irracional e permanente de determinada situação, objetos específicos ou atividades em que não se tem nenhum perigo eminente, resultando na necessidade impulsiva e intermitente de se desviar ou evitar determinada situação ou objeto (OMS, 2015). Podendo ir de pessoas, ambientes, grupos de socialização, avaliações, julgamentos, espaços, escola, ambientes, animais, visão de sangue ou ferimentos, dentre outras situações ou atitudes (OMS, 2015).

A Agarofobia é muito relacionada ao transtorno de pânico. Trata-se do medo de ficar desacompanhado ou sair sem companhia em diversos lugares, públicos ou não, locais fechados ou abertos, locais com multidões, transportes coletivos, podendo alcançar a impossibilidade de sair de casa (OMS, 2015).

O transtorno de Ansiedade Generalizada trata-se da ansiedade permanente e flutuante ligada a vários aspectos determinantes da vida do indivíduo. Possui diversos sintomas, sejam eles psicossomáticos ou não, os mais comuns entre eles são palpitações, tonturas, sensação de viver “no limite” e com “vazio na cabeça”, transpiração, nervosismo, dores musculares, insônias, dores epigástricas e tremores (OMS, 2015).

Por fim, o Transtorno Obsessivo Compulsivo são pensamentos, ideias, imagens obsessivas que fluem repetidamente e invadem a consciência. Nesse transtorno, observam-se atitudes estereotipadas e constantes, que não possuem um final, nem levam à conclusão de tarefas, mas possuem o intuito de prevenir a ocorrência de algum evento que, por si só, é pouco provável que ocorra (OMS, 2015).

Esses pensamentos e compulsões são sentimentos únicos desse indivíduo que, por si só, não consegue evitá-los, causando ou agravando a ansiedade deste para a realização de determinada atividade, além de ter como característica a periodicidade e a perda de tempo (DEL PORTO, 2016).

A importância da integração entre o diagnóstico e o tratamento diferencial

Ao paciente com queixas sugestivas de depressão é essencial que se realize a investigação com intuito de verificar a existência de outros quadros que possuem alterações semelhantes, bem como doenças endócrinas, neurológicas ou infecciosas, colagenoses, neoplasias uso de agentes farmacológicos (anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticoides etc.), nutricionais. Ademais, é importante associar as queixas ao diagnóstico diferencial com transtornos como: Transtornos Esquizofreniformes, Alcoolismo, Quadros Demenciais, Transtorno de Ansiedade, Farmacodependências, Transtorno Esquizoafetivo (HETEM, 1997).

Quando os sintomas da ansiedade e da depressão se tornam as principais queixas, o diagnóstico correto se torna prevalente em 95% dos casos. Entretanto, quando existe a ênfase nos sintomas somáticos, reduz-se a porcentagem para 48% (HETEM, 1997).

Por isso, faz-se necessário para o diagnóstico de um Transtorno de Ansiedade verificar se o paciente não apresenta outros sintomas que justifiquem alguma “hipótese diagnóstico” de outras doenças, como os Transtornos Delirantes, a Esquizofrenia, Transtornos do Humor ou uso ou abstinência de álcool e drogas, quando existe a probabilidade desses, como o diagnóstico principal (ANDRADE *et al.*, 1994).

Nesse caso, cabe ao profissional responsável identificar a queixa e encaminhar o paciente ao profissional especializado, que fará o acompanhamento especial, podendo ser este: médico psiquiatra, psicólogo ou demais profissionais necessários para os outros possíveis agravos (HETEM, 1997).

A abordagem crítica e minuciosa realizada na prática clínica deve estar ligada à necessidade de atenção aos sintomas ansiosos e depressivos comumente encontrados e observados pelos profissionais da saúde na prática clínica, que necessitam de uma abordagem integrada, em que o paciente possa reatar as suas atividades cotidianas e qualidade de vida total (DEL PORTO, 2016).

Considerações finais

Uma anamnese bem colhida é essencial ao receber um paciente. O estudo correto das queixas e sobre a maneira como estas estão ligadas ou não a fatores emocionais, junto da coleta de dados como histórico familiar e a história da doença atual, são necessários para um diagnóstico correto, devendo sempre inserir toda descoberta ao momento de vida em que o paciente se encontra.

Qualquer situação que desestruture ou que fuja aos eventos naturais de vida pode ser gatilho para a tristeza, ansiedade, ataques de pânico e depressão, que, em situações graves, pode levar ao suicídio.

Durante esse acompanhamento, tornar-se importantíssima a melhora na qualidade de vida e também a prevenção a possíveis tentativas de suicídio, de maneira que o tratamento seja gradativo, porém eficaz, monitorado e resguardado a possíveis episódios de recaídas.

Referências

- ANDRADE, L. H. S. G.; LOTUFO-NETO, F.; GENTIL, V.; MACIEL, L. M. A.; SHAVITT, R. G. Classificação e Diagnóstico dos Transtornos Ansiosos. *In*: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F. (orgs). **Pânico, Fobias e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, pp. 31-45, 1994.
- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula C. Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho. Depressão e Suicídio. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2017.
- COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; LINS, Carlos Estellita; OLIVEIRA, Verônica Miranda. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psyche*, São Paulo, v.10, n.18, p.151-166, 2006.
- DEL PORTO, J. A. Conceito de Depressão e seus Limites. *In*: LAFER, B; ALMEIDA, O. P.; FRAGUAS, JR R; MIGUEL, E. C. (Orgs). Depressão no Ciclo da Vida. **Artes Médicas Sul**, Porto Alegre, pp. 20-28, 2016.
- HETEM, L.A.B. Diagnóstico diferencial dos Transtornos de Ansiedade. *In*: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, G. G. (Org.). **Ansiedade e Transtornos de Ansiedade**. ECN-Editora Científica Nacional, Rio de Janeiro, pp. 228-247, 1997.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0**. 2014.
- FREUD, S. **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana**. São Paulo: Imago, 1. ed., v. 6. (Original publicado em 1901). 2006.
- KOLVALSKI, A. An economic theory of suicide. **The journal of political economy**. v. 82, n. 1, p. 83-98, 2015.

LOPES, Janaína Parreira. **Depressão: uma doença da contemporaneidade: uma visão analítico-comportamental.** Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/3069/2/20074556.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.** Descrições Clínicas e Diretrizes. Trad. Dorgival Caetano. Artes Médicas, Porto Alegre, 2015.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, 39(2), 259-266. 2014.

6

Reflexões sobre o Transtorno de Personalidade Borderline: uma análise emergente

Amanda Layber Miranda Marinho

Carolina Reis de Souza

José Carlos Chaguri Júnior

*“Quem um ser vivo conhecer procura,
Começa logo por tirar-lhe a vida;
As partes depois têm, mas já lhe falta
O espírito que as liga e as anima”.*
(Fausto – Johann Wolfgang von Goethe)

Considerações iniciais

Estudos da plataforma de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS e Scientific Electronic Library Online - SCIELO sobre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) demonstraram uma gama de

fatores sugestivos e/ou provocadores do arquétipo da personalidade. Dados estatísticos demonstram que, de acordo com o DSM-V (2013), a prevalência média do Transtorno da Personalidade Borderline na população é de 1,6%, embora possa chegar a 5,9%. Essa prevalência é de cerca de 6% em relação à atenção primária, de cerca de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental e em torno de 20% entre pacientes psiquiátricos internados. A prevalência do transtorno pode diminuir nas faixas etárias mais altas.

O objetivo deste capítulo é suscitar problemáticas quanto às classificações, implicações, fatores influenciadores e atenuantes do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Sabe-se que a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Estatístico e Diagnóstico Mental (DSM) tem aumentado consideravelmente, em número de desordens somáticas e psicológicas, fato que demonstra anseios de plausibilidade frente aos problemas.

Caso recente da necessidade de tornar inteligível uma patologia foi o ocorrido no final do século XX, em relação à Aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), cuja identificação clínica vinha sendo notada em hospitais da Califórnia e Nova Iorque desde os últimos anos da década de 70. A controvérsia ocorreu em decorrência da hipótese viral e seu isolamento demonstrado em 1983, na França, no Instituto Pasteur por Luc Montagnier, que o denominou LAV. Nos EUA, por Robert Gallo, do National Cancer Institute (NCI), que isolou o vírus e o nominou HTLV-III. Em 1992, ficou comprovado que o pesquisador Robert Gallo aproveitou-se das investigações de Montagnier e, por falta ética, perdeu não só os direitos sobre o retrovírus como parte de sua respeitabilidade acadêmica (NASCIMENTO, 2005, p. 82-83). Em 2002, a revista Science pediu aos dois protagonistas que contassem suas versões a respeito dos acontecimentos que levaram à descoberta (VARELLA, 2019).

No decorrer das disputas, ONGs e grupos humanitários tentavam acolher hemofílicos, familiares de soropositivos e adictos. Vale recordar alguns nomes de pessoas atingidas pela problemática e reconhecidas, como família Henfil e Renato Russo. A dor, o problema da doença, as disfunções psíquicas e as epidemias sempre recaem sobre o homem.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013), um Transtorno de Personalidade é caracterizado por uma experiência interna e comportamentos que se afastam acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, tem início na adolescência ou na

fase adulta, também é estável e mal adaptativo, podendo causar um mal-estar subjetivo e prejuízos funcionais significativos para o indivíduo.

Classificação do transtorno

Classificar significa distinguir taxonomias e também a capacidade de inteligibilidade e de justificação da realidade: de forma errônea ou mesmo acertadamente, fatores complexos que ferem, mais precisamente neste capítulo, o transtorno psíquico Borderline.

Sobre as desordens psíquicas, as melancolias e loucuras, que foram estudadas por grandes médicos da antiguidade, continuaram compreendidas como distúrbios da bile negra/disfunção humoral, até o século XIX, período que afluíram os estudos de Pinel. Em manuais médicos europeus, como o Manual Langard da Família que circulava no Brasil, as práticas humorais continuaram vivas na transição dos séculos XIX ao XX (CHAGURI JR., 2002).

O Novo Formulário Médico e Pharmaceutico Langard (1880, p. 1082) define: “demente ou alienação mental, mania, loucura, procurava-se a causa no desarranjo particular do cérebro. Sendo tratados com narcóticos, purgantes, drásticos, anti-espasmódicos, banhos de água fria e outras várias indicações”.

Não se pretende aprofundar em toda a história do poder político, econômico e social imbricado na área da saúde, mas vale lembrar que o tornar algo inteligível varia conforme os instrumentos e meios de percepção de época.

Novas explicações emergem. Jackie Pigeaud (2009, p. 13) apresenta essas mudanças: “a DSM I, publicada em 1952, listava 106 tipos de distúrbios mentais; o DSMII, de 1968, 182 tipos; o DSM III – R, edição 1987, 292 tipos e o DSM IV, editado em 1994, classifica 297 tipos de desordens mentais”. Toda classificação na área da saúde traz consigo um enquadramento com uma enquete de regras, medicalizações, comportamentos fixos, normas e posturas que podem não estar de acordo com uma causa verdadeira das patologias. Até que ponto não se está procurando tornar plausível a histórica personalidade melancólica, que, no silêncio, na forma generalizada, foi vivenciada durante toda a antiguidade e medievo?

Quantas anomalias podem estar interligadas ao convívio, aos paradigmas dessa geração? A história, a literatura e os construtos de cada época se

prendem a conceitos, modalidades de pensamentos, especulações psicológicas que se incorporam. Exemplo brilhante foi com o inventor do modernismo, Gustave Flaubert, em sua obra *Madame Bovary* (1856), na qual descreve um transtorno ao apresentar Emma: “personagem afetada por doença nervosa, febricidade, convulsões, vômitos, achava-se afogada na contemplação melancólica de seu desejo insatisfeito [...]” (ROUDINESCO, 2008, p. 110). Hoje, o Bovarismo é encontrado em dicionários de psicologia e medicina mental.

Kreisman e Strauss (1991, p. 82) fazem uma comparação interessante:

Nós rapidamente nos movemos da explosiva “Década do Nós” dos anos 60, para a narcísica “Década do Eu” dos anos 70 e, daí, para a materialista e rápida “Década do Poder” dos anos 80. Acompanhando estas mudanças externas aconteceram mudanças internas nos valores: da ideologia voltada para os outros “paz, amor e fraternidade” dos anos 60, para a de “autoconsciência” dos anos 70, para a “materialista de auto-procura” dos anos 80.

Sabe-se que muitas doenças físicas, como o estresse e todas as desordens que ele produz, têm relação com o estilo de vida. Por que não pensar o mesmo a respeito das doenças mentais? Talvez elas sejam o preço psicológico que pagamos por nossa modernidade (CUKIER, 2017).

Antes de começar a descrição do transtorno escolhido do TPB, faz-se necessário lembrar que tem-se que manter certa solidariedade entre a normalidade e o patológico que se romperam (SAFATLE, 2019).

Evolução histórica

Com o passar do tempo e das experiências, houve a necessidade de se criar categorias diagnósticas para os distúrbios mentais graves, e a partir daí foi dado início às pesquisas e critérios. Contudo, entidades como a *Moral Insanity* de Prichard (1835), a *Manie Sans Délire* de Pinel e as monomanias de Esquirol (1838) poderiam ser tomadas como pioneiras do conceito de *borderline*.

- Philippe Pinel, em 1801, expôs um distúrbio, denominado mania sem delírios (Manie Sans Délire), em que os pacientes, apesar de não manifestarem alteração no intelecto, eram agressivos e cruéis (BEDANI, 2019).
- Kahlbaum (1884, 1890) foi o criador do conceito de catatonia, uma forma de esquizofrenia caracterizada por ser um desajuste no sistema motor e no humor, que manifesta uma alternância entre períodos passivos e negativos e de súbita excitação (DALGALORRONDO; VILELA, 1999).
- C. Hugues, um psiquiatra inglês, em 1884, configurou borderline a pessoas cuja personalidade variava entre os limites de demência e normalidade (DALGALORRONDO; VILELA, 1999).
- Ewald Hecker, discípulo de Kahlbaum, em 1871, criou o conceito de hebefrenia, forma de esquizofrenia que se inicia na puberdade, com incoerência na fala, nas atitudes e comportamento inadequado. Hecker e Kahlbaum descreveram minuciosamente uma síndrome comum a adolescentes, que, mesmo sendo parecida com a hebefrenia, se assemelharia ao que hoje é concebido como transtorno borderline (DALGALORRONDO; VILELA, 1999).
- Eugen Bleuler, no ano de 1911, elaborou trabalhos sobre a esquizofrenia, os quais auxiliaram o estudo desse tema. Na sua monografia desse mesmo ano, denominada “Dementia praecox, ou o grupo das esquizofrenias”, o psiquiatra suíço descreve um grupo de pacientes que apresentava comportamento social convencional e apresentava subjetivamente elementos de esquizofrenia (DALGALORRONDO; VILELA, 1999).
- Rorschach, em 1921, reafirmou a existência de forma latente de esquizofrenia (DALGALORRONDO; VILELA, 1999).
- Claudel, em 1926, caracterizou como esquizomaniacs alguns estados patológicos caracterizados por comportamento atípico e violento (BEDANI, 2019).
- Stern, em 1938, colaborou para o também chamado de caso-limite, num texto intitulado “Terapia e investigação psicanalítica dos grupos das neuroses *borderline*”, devido a um impasse quanto à categorização

desses pacientes nas estruturas psicopatológicas existentes até então (BEDANI, 2019).

- Zilborg, em 1941, criou o termo esquizofrenia ambulatorial, para evidenciar formas frustadas de esquizofrenia, em que os pacientes tendiam a frequentar hospitais gerais e ambulatorios (BEDANI, 2019).
- Deutsch em 1942, relatou a “personalidade como se”, que caracterizava os estados entre a psicose e a neurose (DALGALORRONDO; VILELA, 1999).
- Robert Knight, em 1953, por meio de seu trabalho “Estados Borderline”, sustentou o termo borderline na literatura psiquiátrica e psicanalítica, em que ele o utilizava para designar pacientes que, na maioria das vezes, não eram classificados como psicóticos e nem neuróticos, mas estavam no contexto de internação psiquiátrica (DALGALORRONDO; VILELA, 1999).

LILACS e SCIELO: um breve estudo

Primeiramente, foram escolhidos os termos mais utilizados do transtorno no Descritores em Ciências da Saúde (DECS), que é uma plataforma de consulta do vocabulário mais utilizado da área de ciências da saúde, e pode ser pesquisado em espanhol, inglês e português. Após consulta, excluíram-se alguns termos mais genéricos como Borderline, pois, na busca, poderiam aparecer artigos falando de outros assuntos ao traduzir a expressão de forma literal – limítrofe.

Após definida a consulta de Borderline Personality Disorders, seguiu-se a busca. Sendo a meta vasculhar o objeto de estudo, a plataforma - Scielo, reconhecida como a mais famosa biblioteca científica de acesso liberado, e a plataforma - Lilacs foram utilizadas para informações bibliográficas.

Da consulta, constatamos 346 artigos no LILACS/SCIELO no mês 07/2019. Destes, foi apresentada uma multiplicidade de situações. Atendo-se a medicações, percebeu-se o uso de medicamentos como inibidores seletivos de recaptção da serotonina-ISRS, antipsicóticos e estabilizadores de humor, citados no artigo de (CARVALHO; STRACKE; SOUZA, 2004), que constatou o uso da Sertralina utilizada também para depressão, autismo e ansiedade. Trabalho

farmacológico que trata da impulsividade e do comportamento agressivo, vale ser apontado, pois são características que abrangem vários transtornos (PRADO-LIMA, 2009).

Segundo o DSM-V, o diagnóstico do TPB é mais comum em pessoas do sexo feminino, correspondendo a cerca de 75% dos casos, sendo que a prevalência, citada na maioria dos artigos, corresponde também a adolescentes e jovens. De acordo com Jordão e Ramires (2010, p. 6), os pacientes possuem “manifestações não específicas de falta de tolerância à ansiedade, controle de impulsos e capacidade de sublimação, graves perturbações nas relações de objeto, e sintomas neuróticos múltiplos e crônicos” - fato que demonstra uma fragilidade de acerto diagnóstico em crianças e adolescentes que, de doentes psíquicos, não é raro ganharem o título de meliantes ou perversos. Além disso, homens com o transtorno possuem mais problemas com a lei, pois frequentemente extravasam seu estado de tensão ou sua sensação de impotência de modo agressivo (BOHUS; REICHERZER, 2017).

O TPB é retratado de acordo com os sintomas manifestados pelo paciente. De acordo com o DSM-V (2013), o transtorno de personalidade Borderline é caracterizado por um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, de autoimagem, afetos e impulsividade acentuada. As características primordiais para o Borderline ser diagnosticado são:

- 1 - Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação, coberto pelo critério 5).
- 2 - Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
- 3 - Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
- 4 - Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação, coberto pelo critério 5).
- 5 - Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.

- 6 - Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor (por exemplo, disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
- 7 - Sentimentos crônicos de vazio.
- 8 - Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (por exemplo, mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
- 9 - Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

O TPB tem como advento aspectos biossociais, genéticos e ambientais, estando relacionado a contextos de abuso e negligência. No que diz respeito ao fator genético, pode-se relacionar com histórico de doenças mentais e com os fatores ambientais, baseado-se nos comportamentos do indivíduo perante o meio em que se insere, seja ele conturbado ou passivo (NUNES *et al.*, 2015).

Além disso, é notável que a herdabilidade para o TPB é estimada em 40%. Nenhum gene específico ainda foi identificado como causador do TPB. Há indícios de interações e correlações gene-ambiente no desenvolvimento do TPB. Ou seja, indivíduos com genótipo “susceptível” possuem maior risco de desenvolver o transtorno na presença de ambiente predisponente (STUMPF *et al.*, 2016).

Alguns estudos de neuroimagem relatam haver uma diminuição em regiões cerebrais, que se relacionam com sentimentos. Há registros de alterações no hipocampo, na amígdala, a qual, além de apresentar diminuição, fica mais ativa devido ao fato de estar associada às emoções negativas, como raiva, medo, tristeza, que são sentimentos comumente apresentados em pacientes com TPB. Além dessas estruturas, o córtex pré-frontal responsável pela excitação emocional apresenta-se diminuído, ou seja, o paciente não regula suas emoções, e também o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, que controla a produção do cortisol, apresenta uma certa hiperatividade, ou seja, devido a uma maior produção de cortisol, o paciente manifesta maior resposta ao estresse (NUNES *et al.*, 2015).

A presença de comportamentos autodestrutivos e impulsivos, acompanhados de momentos que oscilam entre raiva e depressão, são reflexos da

instabilidade emocional, que é característica desses indivíduos. Alguns autores afirmam que o Transtorno Borderline é similar à crise de identidade, típica da adolescência, devido a um bloqueio em nível maturacional respectivo à falha nos cuidados da relação mãe-filho; falha na satisfação das necessidades do bebê ou, até mesmo, hiperproteção. Sendo assim, o processo para a construção da personalidade acaba sendo prejudicado (CAMPOS, 2013).

Ao examinar alguns sintomas dos indivíduos, verifica-se que poderá haver mudança constante de humor, alguns momentos de pânico e, na maioria das vezes, de insegurança, provocando mudanças no comportamento desses indivíduos que poderão ser refletidas como características de autodestruição e até mesmo tentativas suicidas, buscando chamar a atenção das pessoas ao seu redor para que lhe deem afeto. Há casos em que ocorre a automutilação e até mesmo bulimia, sempre com o intuito de chamar a atenção de pessoas que são importantes para eles (CUKIER, 2017).

Pode ocorrer, também, uma falta de identidade, levando o indivíduo a ter pensamentos alucinógenos, vivendo, assim, em um universo criado em sua cabeça, totalmente fora da realidade. Por isso, diferencia-se TPB do transtorno bipolar por este possuir fases maníacas e depressivas, sendo que, no Borderline, a instabilidade é grande, ocorrendo mudança de humor em segundos (FAUSTINO, 2015).

Pelo fato de os pacientes com TPB possuírem instabilidade de humor e principalmente momentos de surtos, é muito comum que se expressem de forma agressiva e logo depois ajam como se nada houvesse acontecido. Muitos, ao se cortarem, logo depois costumam contar o fato que os levou a se cortar, rindo enquanto narram o acontecimento, ou, em momentos de surtos de ódio, é comum utilizarem palavras de formas cruéis (DSM-V, 2013).

Existe um questionário Borderline Personality Questionnaire (BQP) baseado no DSM, utilizado por médicos, composto de 80 questões, algumas sobre a personalidade do paciente, outras sobre o ambiente no qual está imerso, que permite o diagnóstico do TPB. As questões a serem marcadas são divididas em 9 subescalas: impulsividade, instabilidade afetiva, abandono, relações, autoimagem, suicídio/automutilação, sensação de vazio, raiva intensa e ideiação paranoide, as quais condizem com as características listadas no DSM. A pontuação do questionário é do tipo Verdadeiro/Falso (V/F), em que as respostas “V” valem 1 ponto e as “F”, 0 ponto (FAUSTINO, 2015). Outros testes

e escalas são também utilizados e aparecem como objeto de estudo e pesquisa (LISBOA; PASTORE; 2014).

Bom reforçar que os seres humanos, sofrem por valores instáveis e os critérios e métodos diagnósticos, mesmo que utilizando de instrumentos qualiquantitativos, não podem ser avaliados como expressão de marcadores biológicos específicos, mas como comportamentos de recusa, inconsciente ou não, a padrões de socialização que, por sinal, são bastante imprecisos (SAFATLE, 2019).

De acordo com o Programa de Atendimento a Portadores de Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável do Tipo Limítrofe do Ambulatório Melanie Klein, localizado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, o tratamento é baseado em psicoterapia individual de orientação analítica, em que segredos são discutidos a fim de integrar os fragmentos da personalidade; grupoterapia de orientação analítica, permitindo avaliar as atitudes dos indivíduos, visando resolver problemas entre pessoas; tratamento farmacológico para controlar as manifestações clínicas e intervenção social, sendo eficaz quando há o apoio familiar. Ou seja, o foco da ação terapêutica é fazer com que o paciente foque na experiência, a fim de que ocupe o lugar dos sentimentos desagradáveis (SIMERS, 2019).

A reforma psiquiátrica brasileira ocorrida na década de oitenta, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e todo discurso de 1989 de luta antimanicomial, induz a proteção e os direitos das pessoas com transtornos. Entretanto, a solução de toda problemática levantada pela reforma psiquiátrica encontra-se além das legislações, está nas concepções e representações sociais (FIGUEIRÊDO; DE-LEVATI; TAVARES, 2014).

Considerações finais

Constata-se que, nas várias fragilidades de abordagens do TPB hodierno, há uma urgente necessidade da elaboração e implementação de novas pesquisas e, mais, emerge a sensibilidade diagnóstica frente a casos de Borderline manifestos após assédios e sofrimentos variados.

Quando a Ciência comprova em neuroimagem as diferenças no hipocampo, na amígdala, no córtex pré-frontal, no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal

que controla a produção do cortisol, ou quando a farmacologia altera, acelera, freia diferentes processos em nosso metabolismo, é muito excitante, inovador e maravilhoso, mas o problema continua. Como demonstrado, alguns casos de TPB são agravados por transtornos de infância, por construtos sociais que nós, homens, escolhemos.

O que fazer? O próprio Jesus, antes de ascender ao céu, disse: eu vou, mas deixo os pobres (João 12:8). Deixou os pobres e muito mais, as disfunções, a perversidade e a maldade. Qual o caminho a seguir? O médico, fisiologista e historiador da Ciência, Claude Bernard (1813-1878), disse aos estudiosos: “o pesquisador deve duvidar, fugir das ideias fixas e conservar sempre sua liberdade de espírito”.

Buscam-se caminhos por meio de questionários, testes, escalas diagnósticas e variadas terapêuticas, como, por exemplo, em grupo. O caminho é encerrar a história, que é maravilhosa, valorizando as ocorrências que levaram à reforma da psiquiatria no Brasil, verdadeiro avanço. A Ciência ascendeu, como fez o Absoluta (o filho de Deus). Ou melhor, uma ascensão inversa, pois chegou-se até aqui. Amai-vos uns aos outros (João 13:35), aos que seguem o (CAPS), os (NAPS) e a luta antimanicomial, que surgiram no final da década de 80. As metas do CAPS/NAPS devem ser exercitadas na instituição, na família, no trabalho, no lazer e vivida em rede. Com toda racionalidade, inteligência voltada à saúde, com toda precisão da neurociência, não devemos abrir mão do amor e da inclusão que nos anima.

Referências

- BEDANI, A. **Breve História dos “Fronteiriços”**. 2002/2019. Disponível em: <http://www.org2.com.br/histborders.htm>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- BOHUS, M; REICHERZER, M. **Como lidar com o transtorno de personalidade limítrofe-
-Borderline**. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- CARVALHO, A.; STRACKE, C.; SOUZA, F. **Tratamento farmacológico do transtorno de personalidade limítrofe: revisão crítica da literatura e desenvolvimento de algoritmos**. Porto Alegre, 2004.
- CAMPOS, R. **Porque nunca me deixaste existir a mim, precisarei de ti para sempre**. Lisboa: XXIV Colóquio da Sociedade Portuguesa de Psicanálise – Psicanálise na Era Global. 2013.
- CHAGURI JR., J. C. **A Persistência das Práticas Hipocráticas em Minas Gerais (1880 a 1930)**. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte, UFMG, 2002.

- CUKIER, Rosa. **O Paciente borderline e o psicodrama**. 2017. Disponível em: <https://rosacukier.com.br/artigos>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- DSM-V. American Psychiatric Association. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais**. 5. ed. Artes Médicas, 2013.
- DALGALARRONDO, P.; VILELA, W. A. Transtorno Borderline: história e atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. II, 2, 52-71. 1999.
- FAUSTINO, V. A **Importância da Clivagem na Perturbação Borderline da Personalidade**. 2015. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31501/1/TESE%20MIP%20V%C3%A2nia%20Faustino%202015.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- FIGUEIRÊDO, Marianna Lima De Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.
- JORDÃO, Aline Bedin; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. **Paidéia**, v. 20, n. 47, 2010.
- KREISMAN, J. Jerold; STRAUSS, H. **I hate you don't live me** – Understanding the Borderline Personality, Avon Books, N. Y. 1991.
- LANGARD, Theodoro J. H. **Novo Formulario Medico e Pharmaceutico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert, 1880.
- LISBOA, C.; PASTORE, E. **Transtorno de Personalidade Borderline, tentativas de suicídio de desempenho cognitivo**. Curitiba, 2014.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- NUNES, Fábio Luiz; REZENDE, Helga Alessandra de; SILVA, Renata Saldanha; ALVES, Marcela Mansur. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade *borderline*. **Rev. Bras. Ter. Cogn. [online]**. 2015, v. 11, n. 2, pp. 68-76. ISSN 1808-5687. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150011>.
- PRADO-LIMA, Pedro Antônio Schmidt do. Tratamento farmacológico da impulsividade e do comportamento agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** V. 31, supl. 2. São Paulo, out. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600004>.
- PIGEAUD, Jackie. **Metáfora e Melancolia: ensaios médico-filosóficos**. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/Contraponto, 2009.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **A parte obscura de nós mesmos - uma história dos perversos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- SAFATLE, Vladimir. O dia em que começamos a sofrer de outra maneira. **Revista Época**. Editora Globo, 29/07/19, pp. 67-71.
- STUMPF, Bárbara Perdigão; PRATA CRUZ, Lídia de Lima; HARA, Cláudia ROCHA, Fábio Lopes. Transtorno de personalidade borderline: o paciente difícil na prática médica. **Revista Brasileira de Clínica Terapêutica - SNC** - v. 1, n. 1, ago. 2016.

SIMERS. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, **Memorial cultural do hospital psiquiátrico São Pedro**. 2019. Disponível em: <http://www.simers.org.br/noticia/conheca-um-pouco-da-historia-do-memorial-cultural-do-hospital-psiquiatrico-sao-pedro>. Acesso em: 01 Agosto de 2019.

SOCIEDADE AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, 5. ed. (DSM-V). Arlington, VA. Sociedade Americana de Psiquiatria, 2013.

VARELLA, Drauzio. **A descoberta do vírus da aids**. 2011/2019. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/infectologia/a-descoberta-do-virus-da-aids-artigo>. Acesso em: 15 abr. 2011.

7

Transtornos alimentares: bulimia e anorexia - aspectos biopsicossociais

Bárbara Costa Godinho
Rúbia de Oliveira Freixo
Denise Tinoco Novaes Bedim

“Nem toda dieta resulta em transtorno alimentar, mas quase todo transtorno alimentar começa com uma dieta”.

(Sophie Deram)

Considerações iniciais

Transtornos Alimentares ou Transtornos do Comportamento Alimentar (TA) são síndromes comportamentais que são observadas, em sua maioria, nos jovens. O quadro clínico da doença normalmente está relacionado à modernidade, apesar de essa sempre ter sido observada no meio social (OLIVEIRA; HUTZ, 2010 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019).

Estima-se que 0,5 a 1% da população indicam sintomas de anorexia nervosa e 1 a 3% de bulimia nervosa, ambos os casos com maior ocorrência no sexo feminino. Entretanto, essas proporções podem não expressar a realidade, já que apenas casos mais graves são notificados (OLIVEIRA; HUTZ, 2010 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019).

Conforme o crescimento das mídias sociais, observa-se um padrão considerado fundamental ao corpo ideal. A partir disso, foi estabelecida uma relação de doença e cultura na existência dessas patologias, que são expressas no aparecimento dos primeiros sintomas depois dos 12 anos com uma expressiva prevalência das mulheres (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2016 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019).

Anorexia nervosa

O termo anorexia, etimologicamente, deriva do grego “an-”, que significa ausência ou deficiência, e “orexis”, que quer dizer apetite. Esse termo também compreende enjoo por inapetência, aversão a alimentos. A doença é conhecida hoje como “anorexia nervosa” (AN), um termo que surgiu por meio de William Gull, ao se referir à característica principal dela: emagrecimento extremo. Nos dias de hoje, o significado da palavra “anorexia” foi deturpado, visto que as pessoas com essa doença apresentam uma recusa alimentar e não, de fato, perda de apetite, que, em casos graves, pode levar à amenorreia, constipação, alterações cognitivas e diminuição dos sinais vitais (GULL, 1873 *apud* CORDAS; CLAUDINO, 2002).

Considera-se anorexia quando a perda de peso é excessiva e o peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado. Essa busca incansável pela magreza e o medo intenso de engordar são divididos em dois subtipos: o restritivo, pelo qual os sintomas aparecem por causa da restrição alimentar, em que podem aparecer sintomas obsessivos compulsivos; e o purgativo, em que o paciente apresenta comportamento ativo de perda de calorias, como é o caso da autoindução de vômito, uso de laxantes e até mesmo exercícios físicos excessivos (KEEL *et al.* *apud* DALGALARRONDO, 2019).

Bulimia nervosa

Ao ser descrita pela primeira vez em 1979 por Gerald Russell, a bulimia nervosa (BN) vem sendo conhecida e caracterizada pela sua forma típica de ingestão rápida e compulsória de alimentos em busca de um prazer momentâneo que, muitas vezes, não é alcançado, e um comportamento atípico de forçar a saída do alimento pelo vômito, pelo uso abusivo de laxantes e diuréticos, além do medo excessivo de engordar. Através da história, é possível observar que o hábito de induzir o vômito, que é uma característica apresentada em até 95% dos pacientes, não é tão incomum (RUSSELL, 1979 *apud* CORDAS; CLAUDINO, 2002).

A bulimia sucumbe os pacientes a repetidos episódios de hiperfagia e a medidas extremas para tentar minimizar o efeito do ganho de peso. Estranhamente, grande parte dos pacientes está em sua faixa normal de peso. Casos graves ocorrem pelo comportamento purgativo, como alterações eletrolíticas, diarreias pelo uso excessivo de laxantes e até alcalose metabólica (DALGA-LARRONDO, 2019).

Diagnóstico e diagnóstico diferencial

Os critérios para diagnóstico da anorexia nervosa e bulimia nervosa são baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e no Código Internacional de Doenças (CID-10). A respeito da anorexia nervosa, ambos fazem referência à principal característica da doença, que é a perda de peso corporal autoinduzida. Observa-se maior preocupação com crianças, ainda em fase de crescimento, que deixam de ganhar peso propositalmente. Ainda estão presentes o medo intenso de chegar à obesidade, mesmo estando muito abaixo do padrão normal, isso acontece devido a uma distorção da imagem corporal causada por uma psicopatologia (BARLOW, 2016).

A DSM-V e a CID-10 fazem um adendo especial às mulheres, ao se observar ausência de pelos, ciclos menstruais irregulares e amenorreia. A CID-10 observa no sexo masculino a diminuição do interesse sexual. Além disso, são observados, pela DSM-V, dois tipos de anorexia, o restritivo e o purgativo. O tipo restritivo se refere a casos em que não há episódios de comer compulsivamente e depois autoinduzir o vômito ou saída desses alimentos por laxantes e diuréticos, que é o que acontece no tipo purgativo.

Entram, também, em questão, como diagnóstico diferencial, causas somáticas como tumores cerebrais, perda de peso rápida em pacientes jovens, precisando ser diferenciadas de outros fatores, onde se incluem doenças debilitantes crônicas e até mesmo transtornos intestinais como a síndrome da má absorção e a doença de Crohn (CID-10, 1993).

No que se refere à bulimia nervosa, o padrão segundo as normas é característico de episódios de hiperfagia, ou seja, ingestão de uma grande quantidade de alimentos em pequenos intervalos de tempo, claramente maior do que uma pessoa saudável iria ingerir (PAIM, 2016). O paciente é dominado pelo desejo ao ponto de perder o controle e gerar uma compulsão alimentar. A partir disso, ele se utiliza de um meio compensatório para tentar se sentir melhor, que é forçar a eliminação desses alimentos como meio de não engordar. Também são constatados estados de excitação maníaca, como em casos de demência mental grave, esquizofrenia e outros quadros neuróticos (SADOCK *et al.*, 2015).

Os métodos mais comuns utilizados são vômitos autoinduzidos, prática de exercícios vigorosos, períodos de inanição, purgação autoinduzida, uso de drogas como anorexígenos, medicamentos específicos como tireoidianos ou diuréticos. A CID-10 ainda esclarece sobre quadros em pacientes diabéticos, em que eles podem negligenciar o tratamento insulínico. Esses episódios compensatórios podem acontecer, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses. A bulimia também é dividida em dois tipos pelo DSM-V, mas nesse caso em purgativo e sem purgação. O purgativo é devido à autoindução de vômitos, uso indevido de diuréticos e laxantes. Já o sem purgação é pela prática de jejum prolongado e intensos exercícios físicos.

A bulimia nervosa deve ser diferenciada de transtornos gastrointestinais superiores que se encaminham para vômitos repetidos. Nesse caso, como diagnóstico diferencial, deve-se observar que não há quadro de psicopatologia. Pacientes com características de distúrbios de personalidade mais geral podem ser influenciados por fatores como o uso de álcool. Além disso, pacientes bulímicos também podem ser confundidos ou mascarados por características depressivas (CID-10, 1993).

Diferenças clínicas entre anorexia e bulimia

Em alguns casos, o diagnóstico de anorexia e bulimia pode ser equivocado, uma vez que, apesar de ambas apresentarem significativas diferenças clínicas, pode haver confusão em relação ao subtipo de anorexia nervosa do tipo purgativo, em que, como explicado anteriormente, o paciente apresenta episódios bulímicos. Um dos aspectos que auxiliam no diagnóstico correto é que, no caso desse subtipo, o paciente apresenta o peso abaixo do esperado, enquanto que em pacientes bulímicos o peso se encontra normal ou acima do esperado (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004 *apud* BORGES *et al.*, 2006). A tabela 1, a seguir, apresenta as principais diferenças desses transtornos alimentares.

Tabela 1 - Diferenças clínicas entre anorexia e bulimia	
Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Vômitos autoinduzidos no subtipo purgativo ou bulímicos	Vômitos autoinduzidos no subtipo purgativo ou bulímicos
Abuso de diuréticos ou laxantes no subtipo purgativo ou bulímicos	Abuso de diuréticos ou laxantes no subtipo purgativo
Perda de peso grave	Perda de peso grave
Grave distorção da imagem corporal	Quando existe distorção da imagem corporal é menos acentuada
Maior incidência aos 16 anos	Maior incidência aos 20 anos
Mais introvertidas	Mais extrovertidas
Negam fome	Referem fome
O comportamento alimentar é considerado normal pelo paciente e o desejo de controle de peso é justo e adequado	O comportamento é motivo de vergonha, culpa, e há desejo de ocultá-lo
Sexualmente inativas	Mais ativas sexualmente
Amenorreia	Menstruação variando de irregular à normalidade
Traços obsessivos de personalidade podem estar presentes	Traços histriônicos e borderline podem estar presentes
Comorbidade com doenças afetivas	Comorbidade com doenças afetivas e abuso de álcool e drogas
Transtornos ansiosos	Impulsividade
Impulsividade no subtipo purgativo	
Fonte: Adaptado de Philippi e Alvarenga (2004) <i>apud</i> Borges <i>et al.</i> (2006).	

Etiologia

A etiologia dos Transtornos Alimentares (TA) depende de diversos fatores que atuam entre si de modo complexo, isto é, é do tipo multifatorial, uma vez

que, como afirma o antropólogo Silvia (2016 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019), o ser humano é formado pelo biológico, psicológico, social e espiritual, logo, esses aspectos devem ser levados em consideração nos TA.

Os fatores podem ser divididos em três categorias: fatores predisponentes que aumentam a possibilidade do aparecimento do transtorno sem torná-lo inevitável; fatores precipitantes, que marcam o surgimento dos sintomas; e, por fim, fatores mantenedores, que determinam sua perpetuação ou não (COOPER, 1995 *apud* MORGAN *et al.*, 2002).

Os primeiros sinais ocorrem durante a infância e a adolescência. No primeiro caso, comum antes dos 6 anos, o TA é caracterizado pela dificuldade de se alimentar e pela desproporção do peso, ou seja, perda ou ganho excessivo de peso. Já durante a adolescência, é caracterizada pela restrição alimentar (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019).

1. Fatores predisponentes: Os fatores predisponente dos TA são organizados em três grupos: fatores individuais, familiares e socioculturais.

1.1. Fatores individuais: envolvem traços de personalidade, histórico de transtornos psiquiátricos, tendência à obesidade, alterações na neurotransmissão e eventos adversos.

Em indivíduos com anorexia nervosa (AN), é comum a obsessividade, o perfeccionismo, a passividade e a introversão (RASTAM, 1992 *apud* MORGAN *et al.*, 2002), ou seja, a AN está relacionada à personalidade obsessiva-compulsiva. Já em indivíduos com bulimia nervosa (BN), é mais usual a sociabilidade, comportamento gregário, comportamentos de risco e impulsividade, instabilidade afetiva, esses dois últimos principalmente em dependentes químicos (LASK, 2000 *apud* MORGAN *et al.*, 2002). Além disso, baixa autoestima e autoavaliação negativa podem ser fatores de riscos para ambos os casos (PAPALIA *et al.*, 2016 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019).

Ademais, é comum ao histórico de pacientes com AN o transtorno de ansiedade e a depressão, sendo estes fatores de risco (RASTAM, 1992 *apud* MORGAN *et al.*, 2002). Quanto à BN, são fatores de risco: depressão e dependência de substâncias químicas (LILENFELD 1998 *apud* MORGAN *et al.*, 2002). Além disso, crianças obesas com compulsão alimentar apresentam maior índice de ansiedade e depressão em comparação a crianças obesas sem compulsão alimentar (MORGAN *et al.*, 2002).

Além disso, a tendência à obesidade está relacionada aos TA em geral. Rouzitalab *et al.* (2015 *apud* BOLOGNESE *et al.*, 2018) afirmam que a presença de transtornos alimentares em indivíduos obesos é maior do que em indivíduos não obesos. Inclusive, segundo Micali (2015 *apud* BOLOGNESE *et al.*, 2018), fatores genéticos relacionados à obesidade estão associados à compulsão alimentar. Na sociedade atual, há uma pressão social para que indivíduos com sobrepeso emagreçam e, conseqüentemente, isso pode gerar alterações psicossociais como efeitos negativos na autoestima e na satisfação corporal, além de maior insegurança, ansiedade e dificuldade de se adaptar-se ao ambiente (ALMEIDA *et al.*, 2002 *apud* BOLOGNESE *et al.*, 2018).

Assim, também, há alterações no Sistema Nervoso Central relacionadas com as vias noradrenérgicas (NA) e serotoninérgicas (5-HT) que podem influenciar no aparecimento de TA devido ao seu papel exercido referente a alterações de humores, controle do impulso, obsessividade e regulação de fome e saciedade (SPOONT, 1992 *apud* MORGAN *et al.*, 2002). Ainda não há um consenso sobre a exata influência da NA e do 5HT na AN. Contudo, sabe-se que altas taxas de 5HT aumentam a saciedade e, conseqüentemente, diminuem a ingestão de nutrientes, principalmente carboidratos. Uma vez que é comum a preferência de alimentos altamente calóricos, ou seja, carboidratos na compulsão alimentar, acredita-se que há uma deficiência da via serotoninérgica em pacientes com BN. Isso pode ser explicado, por exemplo, pela diminuição da atuação de receptores pós-sinápticos de serotonina (WELTZIN *et al.*, 1994 *apud* MORGAN *et al.*, 2002).

E, por fim, considera-se que o traumatismo sexual aumenta a incidência de transtornos psiquiátricos em geral, inclusive para TA como a BN e AN sendo que apresentam maior incidência os pacientes que apresentam BN (SILVA; GONÇALVES, 2019).

1.2. Fatores familiares: envolvem agregação familiar, hereditariedade e padrões de interação familiar.

Estudos indicam que há maior frequência de quadros de TA em pacientes em que possuem parentesco de primeiro grau com indivíduos que apresentam TA, sendo essa ocorrência 11 vezes maior em pacientes com AN e 4 vezes maior em pacientes com BN, ambos em relação a parentesco de primeiro grau com esses indivíduos. Ou seja, há uma transmissão desse transtorno dentre os familiares (STROBER *et al.*, s.d., *apud* MORGAN *et al.*, 2002).

Segundo Bulik *et al.* (2000 *apud* MORGAN *et al.*, 2002), há uma contribuição entre 31% a 83% da genética no surgimento do transtorno da BN, enquanto que essa variância está entre 0% a 80% nos casos de NA. Além dos fatores genéticos, deve-se levar em consideração também os fatores ambientais que influenciam diretamente na genética do indivíduo. Segundo a Revista Portuguesa de Psicanálise (SPP), a imagem corporal e a alimentação são desenvolvidas desde o nascimento, pois estão diretamente relacionadas com os cuidados e influências corporais praticados pelos pais, principalmente pela mãe (FERNANDES, 2017 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019).

Já Bechara e Khatsu (2014 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019) afirmam que há uma conexão da ocorrência do transtorno com a dinâmica familiar. De um modo geral, pacientes com AN são esquadrihadas como perfeccionistas, sendo mais rígidas e intrusivas, com repressão de emoções e evitação de conflitos, além de possuírem uma preocupação com a imagem corporal. Já as famílias de pacientes com BN são enquadradas como famílias de caráter desorganizado, com comunicação problemática, dificuldade de demonstração de afeto, não estabelecimento de limites e normas, além de haver antecedentes psicopatológicos nessas famílias.

1.3. Fatores socioculturais: O ideal de beleza hoje propagado, principalmente, pelos meios de comunicação, é caracterizado como o corpo perfeito, em que impera a magreza. Contudo, como o ideal de magreza é uma impossibilidade biológica para muito indivíduos, há a culminância da insatisfação com a imagem do corpo, sendo esse pensamento um dos fatores principais da psicopatologia dos TA (SILVA; SILVA, 2019). Essa insatisfação, principalmente no tocante aos jovens, leva os indivíduos a adotarem atitudes inadequadas de controle de peso, como dietas sem orientações médicas, uso de substâncias como diuréticos e laxantes, como também o uso de autoindução de vômitos, além da prática de atividade física extenuante e drogas anorexígenas (VOLPI, 2009 *apud* RIBEIRO *et al.*, 2015). Isso pode ser relacionado diretamente ao aparecimento de sintomas dos TA, principalmente em adolescentes e adultas jovens (STICE, 1998 *apud* MORGAN *et al.*, 2002). Segundo Carreiro (2005 *apud* BARBOSA *et al.*, 2019), a população, principalmente a feminina, que está mais suscetível à essas críticas, é pressionada a aderir ao corpo ideal pregado pela sociedade.

2. Fatores precipitantes: Os fatores precipitantes dos TA estão relacionados à dieta e a eventos estressantes.

Um dos fatores mais frequentes nos TA é a adesão de dietas para emagrecer. Segundo estudos, indivíduos que faziam dieta tinham a chance de apresentar TA aumentada em 18 vezes se comparados a indivíduos que deixavam de fazer dieta após um ano (PATTON *et al.*, 1999 *apud* SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006). Nem todo indivíduo que inicia uma dieta desenvolve um TA como a AN, contudo, segundo estudos feitos por Ilbaca (1996 *apud* SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006), em todos os casos de TA presentes em seu estudo houve uso de uma dieta restritiva severa. De acordo com Souto (2002 *apud* SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006), a insatisfação com o peso leva à prática de dietas restritivas e depois essa rígida restrição leva aos TA, podendo causar, por exemplo, drástica restrição alimentar, episódios compulsivos e práticas compensatório-purgativas. Segundo Gowers *et al.* (2001, *apud* MORGAN *et al.*, 2002), uma probabilidade é que a restrição alimentar propicie compulsões alimentares comuns na BN; outra probabilidade é que, em vez de causar compulsões, instale-se uma desnutrição, culminando numa distorção da imagem corporal comum à AN. Vale ressaltar que a dieta unicamente não influencia no aparecimento dos TA, ela deve estar associada a outros fatores (SILVA; CHEMIN, 2016).

A influência que esses eventos podem ter sobre o indivíduo com TA varia de acordo com cada um e até mesmo em relação a qual transtorno o indivíduo apresenta. Episódios dos TA ocorrem com mais frequência frente a eventos estressores se comparados a acontecimentos normais, sendo eles referentes principalmente à desorganização da vida ou à ameaça à integridade física, ocorrendo principalmente nos casos de BN (WELCH *et al.*, 1997 *apud* MORGAN *et al.*, 2002). As mudanças na alimentação influenciam diretamente na regulação metabólica do organismo, podendo ainda estar associadas a ritmos circadianos, hormônios, apetite, assim como ao estresse, e esses fatores podem alterar o controle do processo alimentar (BERNARDI *et al.*, 2009).

3. Fatores mantenedores: Os fatores mantenedores dos TA são organizados em três grupos: fisiológicos, em que a privação alimentar propicia a compulsão alimentar e esta influencia no metabolismo de glicose e insulina; psicológicos, em que a privação alimentar provoca pensamentos obsessivos sobre comida e necessidade de controle; e, por fim, culturais, em que, majoritariamente, a magreza é vista como um atributo de sucesso (MORGAN *et al.*, 2002). Esses fatores estão relacionados às alterações que ocorrem devido à desnutrição e pelos episódios de compulsão alimentar. Ou seja, a privação

alimentar provoca alterações físicas e psicológicas, sendo normalmente um resultado de um ciclo vicioso iniciado pela desnutrição, devido à restrição alimentar, que leva à compulsão alimentar (CUPPARI, 2014).

Em pacientes com TA, o estado de desnutrição leva a alterações neuroendócrinas como, por exemplo, o aumento das taxas de cortisol a partir do aumento das taxas de liberação do hormônio liberador de corticotropina (CRH), sendo essas alterações estado-dependentes. O hormônio corticosteroide (cortisol), que é produzido pela glândula suprarrenal, está diretamente relacionado com a resposta ao estresse, tendo papel fundamental no comportamento alimentar, uma vez que está relacionado com o aumento de ingestão energética (LAPOSKY *et al.*, 2008 *apud* BERNARDI *et al.*, 2009).

Além disso, alterações dos níveis plasmáticos de leptina também influenciam nesse quadro, uma vez que ela está relacionada com a saciedade. A leptina tem ação de reduzir a ingestão de alimentos, aumentar o gasto energético, regular a função neuroendócrina, assim como o metabolismo da glicose e gorduras (STUNKARD; ALLISON, 2003 *apud* BERNARDI *et al.*, 2009). Segundo pesquisas, há ainda um aumento das taxas de glicemia de jejum após um episódio bulímico, e aumento de insulina durante um episódio. Ou seja, episódios bulímicos influenciam diretamente no metabolismo de glicose e de insulina em pacientes com BN (TAYLOR *et al.*, 1999 *apud* MORGAN *et al.*, 2002).

Considerações finais

A apresentação conceitual, etiológica e o diagnóstico diferencial dos transtornos alimentares possibilita a compreensão de transtornos como AN e BN, que têm aumentado expressivamente na contemporaneidade, levando em conta, obviamente, os aspectos culturais que os acompanham ou determinam. As diferenças clínicas elencadas facilitam a compreensão, o diagnóstico e principalmente o tratamento de tais transtornos. Côncios de que este capítulo contribui com o avanço da ciência, ressalta-se a importância dos fatores predisponentes nos transtornos alimentares e destaca-se o sociocultural como aquele que pode ser alterado a favor da saúde e do bem comum, sendo necessário que o estudo ora realizado alcance setores responsáveis, que o propaguem e promovam campanhas sociais.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARBOSA, A. L. P.; MIRANDA, H. S. L. de; ROLINDO, J. M. R.; ENETÉRIO, N. G. P. **Psicologia e Transtornos Alimentares: Produção Científica sobre Anorexia e Bulimia Nervosa**. Centro Universitário De Anápolis – Unievangélica, Curso de Graduação em Psicologia. 2019.
- BARLOW, D. H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BERNARDI, F.; HARB, A. B. C.; LEVANDOVSKI, R. M.; HIDALGO, M. P. L. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, pp. 170-176, 2009.
- BOLOGNESE, M.; SILVA, D.; BIANCHINI, J.; NARDO, C.; BENNEMANN, R. M.; JUNIOR, N. Transtorno de compulsão alimentar periódica: fatores associados em adolescentes sobreponderados e obesos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, Dec. 2018.
- BORGES, N. J.; SICCHIERI, J. M.; RIBEIRO, R. P.; MARCHINI, J. S.; SANTOS, J. E. **Transtornos Alimentares - Quadro Clínico**. Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 2006.
- CID-10. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- CORDAS, T. A.; CLAUDINO, A. de M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Brasília, v. 24, suppl. 3, pp. 03-06, 2002.
- CUPPARI, L. **Nutrição: nutrição clínica no adulto**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24, suppl. 3, Dec. 2002.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-11. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**, 2018.
- PAIM, I. **Curso de Psicopatologia**. 11. ed. São Paulo: EPU, 2016.
- RIBEIRO, K.; SILVA, J.; SANTOS, M. S.; ALBUQUERQUE, J. R.; PICHELLI, A. **Vulnerabilidade aos Transtornos Alimentares em Adolescentes: fatores que afetam a satisfação com o corpo**. CIAIQ2015, Aracajú, v. 1, set. 2015.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; KAPLAN, Harold I. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2015.
- SILVA, N. G.; SILVA, J. Aspectos psicossociais relacionados à imagem corporal de pessoas com excesso de peso. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 19, 2019.
- SILVA, R. S.; GONÇALVES, M. A Ocorrência de Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Abusados Sexualmente. **Uniciências**. Cuiabá, vol. 23, 2019.

SILVA, S. M.; CHEMIN, S. da. **Tratamento de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 3. ed. São Paulo: Payá, 2016.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J. S. N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 19, n. 6, nov./dez. 2006.

8

Transtornos do Estresse Pós-Traumático

Thalia Figueiredo Borges
Nicole Fulgencio Cerqueira
Denise Tinoco Novaes Bedim

“Não se desespere diante das dificuldades. Colhemos aquilo que plantamos. Somos escravos do ontem, mas somos donos de nosso amanhã. Se construiu um presente doloroso, fique alerta, para construir um futuro alegre, saudável, no qual possamos colher os frutos do amor e de felicidade sem limites.

Faça o bem de todas as formas, para preparar um futuro melhor”.
(Carlos Torres Pastorino)

Considerações iniciais

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma manifestação psicossomática decorrente de gatilhos estressores que remetem a eventos traumáticos, direta ou indiretamente, vividos em determinado momento da vida da vítima. Os

fatores determinantes para causar tal afecção, por exemplo, podem surgir de experiências relacionadas à guerra, acidentes graves automobilísticos e abusos sexuais (BORGES; DELL'AGLIO, 2008).

É necessário compreender que o TEPT se enquadra como um transtorno da ansiedade determinado por uma agregação de sintomas e sinais físicos, psíquicos e emocionais que ocorrem após a pessoa ter presenciado algum acontecimento violento ou traumático que ameace sua própria vida ou a vida de terceiros. Quando esse é recordado novamente, o indivíduo interpreta como se estivesse revivendo o episódio. Essa recordação é conhecida como revivescência e é responsável por gerar alterações mentais e neurofisiológicas (EMYGDIO *et al.*, 2017).

Muitos estudos apontam que pessoas que suportam situações delicadas na infância se tornam mais suscetíveis a desenvolverem transtorno do estresse pós-traumático, situações como *bullying* infantil, dificuldade de sociabilização ou Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) escolar, vivenciamento de episódios de violência doméstica, violência urbana e exposição a desastres naturais (terremotos, enchentes, incêndio etc.).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), existem dois tipos de respostas pós-traumáticas: a aguda ao estresse, sendo a mais comum, ocorrida horas ou dias após determinado acidente, na qual a pessoa apresenta sintomas de ansiedade, dificuldade para dormir e batimentos cardíacos acelerados e, subsequentemente, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (HENRIQUES, 2015).

Somado a isso, não há dúvida de que o TEPT é um transtorno que frequentemente é associado a déficits cognitivos, porém ainda existem divergências com relação às funções cognitivas afetadas. Entre essas funções, a memória é uma das mais relevantes, visto que, em condições de um elevado estresse emocional, pode possibilitar a construção de memórias fortes e intrusas, características desse transtorno psíquico (VIZZOTTO *et al.*, 2018).

Dessa forma, a memória é prejudicada quando a pessoa apresenta a permanência do evento traumático, a ideia profunda, a dificuldade de esquecer o ocorrido, recordações angustiantes, dores de cabeça, bloqueio em selecionar sentimentos relevantes do evento estressante, sentimentos associados ao trauma, dificuldade de registrar conteúdos, em compreender coisas novas, além da diminuição do interesse em diversas atividades.

É complexo citar formas de prevenção quando se trata do tema exposto, pois não se pode evitar situações e eventos traumáticos ocorrentes no dia a dia. Entretanto, é possível conviver e ter um bom prognóstico por meio de algumas medidas e ações. Para diminuir o trauma que foi deixado na vida da pessoa e buscar uma melhora na qualidade de vida, é necessário desenvolver hábitos como a prática de exercícios físicos diários, prática de esportes, religiosidade e meditação – para estímulo do cérebro sensitivo –, psicoterapia, técnicas de relaxamento para diminuir a tensão, arte-terapia, dieta saudável, desenvolver um bom ambiente familiar, fazer do ambiente de trabalho também um local com convivência saudável e evitar maus hábitos como o uso de drogas, álcool e tabaco (GALLEGOS *et al.*, 2018).

Na trilha das reflexões discorridas, o presente capítulo, fundamentado na pesquisa bibliográfica de cunho narrativo, tem por objetivo elucidar e apontar as relações entre os principais fatores de risco para o TEPT, interligando a importância do diagnóstico diferencial ao tratamento.

A escrita do capítulo justifica-se pela constância de eventos traumáticos no cotidiano dos indivíduos na sociedade contemporânea e pelo fato de haver poucos estudos teóricos sobre TEPT no Brasil. Portanto, a perspectiva é contribuir de alguma forma para a reflexão que permeia a referida problemática (SADOCK; SADOCK; KAPLAN, 2015).

Principais fatores de risco para TEPT

Como principal fator desencadeante do desenvolvimento do transtorno do estresse pós-traumático, tem-se o estressor, que, isoladamente, não é suficiente para causar o transtorno e nem todos o experimentam após uma perturbação. Para definição de um TEPT, é necessário uma avaliação de eventos ocorridos antes e após o trauma, fatores psicossociais e biológicos preexistentes. Além disso, a resposta ao evento traumático deve envolver um nível elevado de pavor e medo (SADOCK; SADOCK; KAPLAN, 2015).

Mesmo após um trauma significativo e devastador, a maioria das pessoas não apresenta sintomas de transtorno do estresse pós-traumático. O *National Comorbidity Study* averiguou que 60% dos homens e 50% das mulheres haviam passado por algum trauma expressivo, enquanto a prevalência de TEPT durante a vida foi somente de 8%. No entanto, alguns acontecimentos

considerados, por diversas vezes, menos calamitosos podem gerar TEPT em algumas pessoas. Considera-se uma relação de dose-resposta entre o grau do trauma e a viabilidade dos sintomas (HENRIQUES, 2015).

Podemos subdividir os fatores de risco em fatores psicodinâmicos, biológicos e os cognitivos-comportamentais:

O primeiro tem como base quando um trauma reativa um conflito psicológico que estava omitido no interior da pessoa, porém não resolvido. Por exemplo, a revivescência do trauma de infância ocasiona regressão e aplicação dos modos de defesa de repressão, negação, formação reativa e anulação. Já os fatores biológicos foram teorias desenvolvidas através de aspectos neuroendocrinológicos das reações do organismo a agressões ambientais. Modelos pré-clínicos de impotência aprendida, *kindling* e afetação em animais produziram teorias sobre norepinefrina, dopamina, opioides endógenos e receptores benzodiazepínicos e o eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal (HHS). Através dos dados, surgiram hipóteses de que os sistemas opioide endógeno, noradrenérgico e o eixo HHS em alguns pacientes com TEPT são hiperativos. O sistema nervoso autônomo também tem sua atividade aumentada, pois observa-se elevado ritmo cardíaco, arquitetura anormal do sono e elevação da pressão arterial (REIS, 2016).

Os fatores cognitivos-comportamentais do TEPT postulam que as pessoas afetadas não conseguem processar ou racionalizar o trauma que antecedeu o transtorno. Elas permanecem vivenciando o estresse, porém realizam práticas de evitação. Conforme a sua ação parcial de efetuar cognitivamente a situação, as pessoas testam períodos alternados de reconhecimento e bloqueio do evento. Pressupõe-se que o esforço do cérebro de processar a grande quantidade de informação decorrente do trauma produza esses períodos alternados. Certas pessoas também adquirem ganhos secundários do mundo externo, geralmente compensação financeira, atenção mais perceptível ou simpatia e o contentamento das necessidades de dependência. Tais ganhos fortificam o transtorno e sua persistência (HSB, 2018).

Diagnóstico

Existem poucos estudos teóricos sobre TEPT no Brasil, mesmo sendo um país consideravelmente exposto a eventos traumáticos, que são situações

essencialmente violentas, como acidentes naturais (por exemplo, enchentes, incêndios, soterramentos), assaltos, acidentes automobilísticos, estupros, sequestros, entre outros. Somente recentemente, a Psiquiatria Brasileira reconheceu a imensa importância de aprofundar pesquisas e estudos sobre transtorno de estresse pós-traumático, principalmente quanto ao seu diagnóstico (COSTA, 2017).

A síndrome do estresse pós-traumático é altamente presente em cenários onde houve alguma guerra, como na Guerra Civil, na Primeira Guerra Mundial, na Segunda Guerra Mundial, na guerra do Vietnã e nos atentados do dia 11 de setembro de 2001 ao *World Trade Center* e ao Pentágono (COSTA, 2017).

O Brasil é o terceiro no *ranking* mundial de mortes por arma de fogo entre jovens de 15 a 24 anos, perdendo apenas para a Colômbia e o Porto Rico, ultrapassando as estatísticas de conflitos como o da Palestina. Esse grande predomínio de eventos traumáticos levanta a alta necessidade de que sejam produzidas revisões e estudos empíricos nacionais sobre o TEPT, que é o transtorno psiquiátrico principal associado às violências e aos acidentes (DE OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Como já citado no presente capítulo, o TEPT é um transtorno precedido por um trauma. Sua característica principal é o sofrimento de um evento traumático de natureza extrema. Grande parte das pessoas que passaram por algum trauma desenvolve sintomas do TEPT, que podem ser divididos em três classes: revivência do trauma, esquiva/entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica. O diagnóstico desse transtorno é identificado caso esses sintomas persistam durante quatro semanas após o acontecimento do evento traumático e se ocasionarem um comprometimento social e ocupacional expressivos. Para pacientes cujos sintomas estiveram presentes por menos de um mês, o diagnóstico apropriado pode ser transtorno de estresse agudo (HENRIQUES *et al.*, 2015).

As características clínicas são bem diferenciadas. Os indivíduos que sofrem com esse transtorno têm sintomas intrusivos após o sofrimento do trauma, eles agem como se o fato estivesse acontecendo novamente, além de apresentarem lembranças ou sonhos com sofrimento e reações de estresse fisiológicas ou psicológicas à exposição a estímulos que apresentem ligação com o trauma. Para o diagnóstico de TEPT, o indivíduo deve exibir, no mínimo, um sintoma intrusivo (LIMA, 2012).

Além dos sintomas intrusivos, os indivíduos com TEPT apresentam sintomas de esquiva e excitação. Nos de esquiva, eles tentam desviar pensamentos ou realização de atividades relacionadas ao trauma, têm capacidade reduzida de lembrar-se de circunstâncias interligadas ao trauma, afeto embotado, sentimentos de distanciamento e desrealização, uma sensação de futuro abreviado e anedonia. Entre os sintomas de excitação, estão presentes a irritabilidade, a insônia, o sobressalto exagerado e a hipervigilância (GARCIA; BOLSONI-SILVA, 2015).

Há a existência de estudos com exames de neuroimagem que mostram que a experiência traumática pode gerar uma redução do hipocampo, o que causa uma diminuição dos fenômenos bioquímicos. Pode causar também uma diminuição da atividade pré-frontal, que é um local relevante para os circuitos da formação das memórias e prejuízos na área de Broca (área responsável pela expressão da linguagem). Essas modificações encontradas no cérebro que estão associadas ao estresse pós-traumático podem estar interligadas ao não enfrentamento do sentimento de medo e à instabilidade ou desregulação emocional (EMYGDIO *et al.*, 2017).

Tratamento

O tratamento do TEPT é pautado numa abordagem holística, multidisciplinar, ancorado sob a ótica humanizada do paciente, isto é, além da psicofarmacoterapia, é imprescindível o suporte externo através da mudança do estilo de vida e terapia cognitivo-comportamental para garantir a eficácia do tratamento (BERNIK *et al.*, 2003).

A terapia farmacológica de transtornos psiquiátricos começou a ganhar notoriedade a partir da década de 80, advindo, principalmente, do desenvolvimento de estudos abertos, longitudinais, empíricos, analíticos e comparativos. No entanto, o estigma subjacente à ignorância acerca do tema impediu, de certa forma, a progressão do conhecimento na área (LOCH *et al.*, 2011).

O protocolo para tratamento farmacológico do TEPT é embasado no uso de substâncias que atenuem, por meio da manutenção neuroquímica encefálica, os efeitos deletérios ocasionados pela doença. Dentre esses fármacos, os principais são da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) (BARBOSA *et al.*, 2018).

Após o início da terapia, é necessário reavaliar a cada 4 a 8 semanas visando obter informações acerca de resposta (classificá-la em parcial, ausente ou com intolerância aos efeitos colaterais). Tendo necessidade de aumentar a dose, aguardar de 4 a 12 semanas. Se a resposta for satisfatória, deve-se manter a medicação por tempo suficiente para remissão completa dos sintomas, orientando o paciente para uma eventual recaída e necessidade do desmame da medicação (BIANCO; CANTO-DE-SOUZA, 2018).

Em caso de ausência de resposta ou resposta parcial, pondera-se a terapia adjuvante com medicamentos de segundo escalão no tratamento ou aqueles de terceira linha, como os antipsicóticos (BARBOSA *et al.*, 2018).

Tratamento Adjuvante:

Primeira linha

Trazodona (uso na insônia) 50-100 mg
Prazozina (uso na insônia e pesadelos) 6-10 md/d

Segunda linha

Risperidona 1-4 mg/d
Olanzapina 5-20 mg/d

Terceira linha

Aripirazol 5-30mg/d
Quetiapina 25-400 mg/d
Topiramato 200-400mg/d
Lamotrigina 100-200mg/d
Carbamazepina 400-1600 mg/d

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina:

Primeira linha

Fluoxetina 20-60 mg/d
Paroxetina 20-60 mg/d
Sertralina 50-200 mg/d
Venlafaxina XR 150-375 mg/d

É interessante ressaltar a realização, também, além do tratamento farmacológico, da psicoterapia, principalmente a técnica de exposição. Nesta, o terapeuta estimula o paciente a reviver o trauma, induz as pessoas a imaginarem estar no local da situação, em contato com indivíduos que se encontravam presentes, ou que induz o relembramento do momento. Por exemplo, o terapeuta pode pedir para que o paciente imagine uma ida ao banco onde foi assaltado. Devido à ansiedade intensa e algumas memórias traumáticas, a psicoterapia é de suma importância para um tratamento efetivo (BACH *et al.*, 2018).

Além disso, o terapeuta deve compreender os sentimentos do próximo, procurar sempre demonstrar que entende os motivos de seus comportamentos, mas, ao mesmo tempo, deve encorajá-lo a vencer as lembranças que produzem esse transtorno. São implantadas técnicas de controle de ansiedade, pois controlando-a é possível que haja mudança em diversos comportamentos que, muitas vezes, não são específicos da personalidade pessoal.

A psicoterapia ajuda no controle de pensamentos negativos e distorcidos (BARBOSA *et al.*, 2018).

A forma como o indivíduo consegue lidar com situações de estresse é fundamental para o seu bem-estar. Logo, não é somente a experiência traumática que importa, mas também a forma como é interpretada, além de estratégias para regulá-la. Nessa perspectiva, ressalta-se a habilidade de regular as emoções e mantê-las a nível “controlado” com a finalidade de gerar respostas adequadas e positivas às exigências ambientais, mesmo diante de acentuadas experiências emocionais. Dessa forma, o desempenho de regulação emocional consiste em uma tentativa controlada ou automática para lidar com as emoções (MENDLOWIC *et al.*, 2019).

Em relação a respostas emocionais, são geradas várias quando o indivíduo é exposto a eventos traumáticos. Conjuntamente a isso, é de suma importância compreender a regulação emocional em relação aos desfechos dessa exposição. Percebe-se, por exemplo, que indivíduos com TEPT desenvolvem um entorpecimento emocional, não conseguindo expressar sentimentos e emoções positivas e negativas, que diversas pessoas têm facilidade de demonstrar, como amor, alegria, medo, raiva e tristeza. Por outro lado, podem desenvolver a capacidade de demonstrar de forma intensa emoções secundárias, como vergonha e culpa. Conclui-se que, além de todas as repercussões expostas em decorrência da exposição a um evento traumático, outra consequência alentada é o prejuízo na capacidade de regulação emocional, que deve ser controlada através do tratamento terapêutico, por exemplo (CARDOSO *et al.*, 2018).

Considerações finais

O presente capítulo buscou apontar as relações entre os principais fatores de risco para o transtorno de estresse pós-traumático, conjuntamente com a importância do seu diagnóstico diferencial correlacionado ao seu tratamento. Contudo, fica evidente a extrema importância da interação entre o diagnóstico prévio da TEPT com o recurso terapêutico, tanto farmacológico quanto psicológico, tendo em vista que as chances do quadro do transtorno do estresse pós-traumático se estabilizar são altas.

Diante do exposto, pode-se concluir que o TEPT é um transtorno de difícil prevenção, visto que não é possível evitar certas situações traumáticas que

podem acontecer durante a vida. Entretanto, uma análise precoce e um tratamento imediato são capazes de favorecer a saúde dessas pessoas que sofrem com esse determinado transtorno.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BACH, Suelen de Lima *et al.* **Risco de suicídio e trauma na infância em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático**. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas/ RS, Brasil, 2018.
- BARBOSA, Marllon *et al.* **Does CBT have lasting effects in the treatment of PTSD after one year of follow-up? A systematic review of randomized controlled trials**. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2018.
- BERNIK, Márcio; LARANJEIRAS, Marcionilo; CORREGIARI, Fábio. **Tratamento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 46-50, jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462003000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500011>.
- BIANCO, M. B.; CANTO-DE-SOUZA, A. L. M. **Ansiedade, memória e o transtorno de estresse pós-traumático**. Rev. CES Psico, 11(2), 53-65. 2018.
- BORGES, Jeane Lessinger; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos**. Psicol. estud. Maringá, v. 13, n. 2, p. 371-379, jun.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200020>.
- CARDOSO, Ana Filipa *et al.* **Desfechos psicológicos em longo prazo após alta da terapia intensiva**. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto – Porto/Portugal. 2018.
- COSTA, Rafael Heitor Nunes de Rubim. **Análise comparativa de marcadores biológicos entre homens saudáveis e com diagnóstico clínico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)**. 2017. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) - Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal, 2017.
- DE OLIVEIRA, Maria Cristina *et al.* **Transtorno de estresse pós-traumático em veteranos de guerra: uma revisão integrativa**. Universidade Veiga de Almeida, 20271-020, Rio de Janeiro, Brasil, 2018.
- EMYGDIO, Nathalia Balloni *et al.* **Efeitos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático na Memória**. Universidade Presbiteriana Mackenzie, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.
- GALLEGOS, Yasmin Bulnes *et al.* **Rumiación, crecimiento y sintomatología postraumática en personas que han vivido experiencias altamente estresantes**. Universidad Santo Tomás, Concepción/Chile, 2018.

- GARCIA, Vagner Angelo; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. **Transtorno de estresse pós-traumático e terapia comportamental: um estudo de caso**. Acta Comportamental, v. 23, n. 2, p. 166-183, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/135803>. Acesso em: 30 jul. 2019.
- HENRIQUES, Tatiana *et al.* **Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 31, p. 2523-2534, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2523.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.
- HSB, Oliveira. **Sex and spouse conditions influence symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in both patients admitted to intensive care units and their spouses**. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Sírio-Libanês - São Paulo (SP), Brasil, 2018.
- LIMA, Adriano Resende. **O impacto das vinculações parentais saudáveis como fator de proteção ao desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na vida adulta**. São Paulo, 2012.
- LOCH, A.; HENGARTNER, M.; GUARNIERO, F.; LAWSON, F.; WANG, Y. P.; GATTAZ, W.; RÖSSLER, W. **O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia**. Archives of Clinical Psychiatry, v. 38, n. 5, p. 173-177, 01 jan. 2011.
- MENDLOWIC, M. V. *et al.* **Can horror movies induce PTSD-like syndrome? Can horror movies induce PTSD-like syndrome?** Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil), 2019.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-11 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**, 2018.
- REIS, Ana Maria. **Produção científica sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático no contexto de desastres**. Universidade São Francisco, Itatiba-SP, Brasil, 2016.
- SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia Alcott; KAPLAN, Harold I. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2015.
- VIZZOTTO, Marília Martins *et al.* **Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático**. Universidade Metodista de São Paulo, Escola de Ciências Médicas e da Saúde, São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil, 2018.

9

Ansiedade: um olhar sobre a aflição psíquica na contemporaneidade

Gabriela Santana Pimentel

Lívia Borges Marques

Margarete Zacarias Tostes de Almeida

*“Se alguém lhe bloquear a porta, não gaste energia com o confronto,
procure as janelas”.*

(Augusto Cury)

Considerações iniciais

A ansiedade é um sentimento que está presente em grande parte da população mundial, sendo destacada por alguns estudiosos como o mal do século. Aproximando a lente de investigação, pode-se compreender que a ansiedade apresenta características como angústia, aflição e medo, muitas vezes um incômodo de uma

antecipação de perigo que ainda não ocorreu, mas que o organismo entende como situação de ameaça e se prepara para ações que possam prevenir, bem como diminuir os riscos e prejuízos.

Neste capítulo, objetiva-se fazer uma abordagem sobre a reação psíquica do ser humano nos dias atuais, diante de tantos desafios do mundo contemporâneo, como, por exemplo, o modo de vida que as pessoas estão adotando para atender às demandas a elas impostas no intuito de alcançarem a “felicidade”.

Nesse contexto, a ansiedade aparece como motor de aceleração do sofrimento psíquico, mediante tais desafios cotidianos, podendo causar um desequilíbrio emocional e levar o indivíduo ao sofrimento psíquico, assim como a comportamentos indesejáveis, podendo comprometê-lo, inclusive, em suas funções sociais.

Neste intento, utiliza-se uma metodologia qualitativa empregando de modo específico artigos científicos disponíveis em bancos de dados como Scielo, pesquisas bibliográficas em estudos e obras de psicologia e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5.

Partindo de tais pressupostos, a relevância do estudo está na reflexão sobre a ansiedade numa abordagem dos tempos hodiernos, tendo em vista a preparação não somente dos profissionais da área de saúde, no que concerne ao aprofundamento de conhecimentos que os levarão ao desenvolvimento de competências e habilidades mais específicas para melhor acolhimento da parcela da sociedade, especialmente a brasileira, que cresce ano a ano, mas também dos leitores que se propuserem a conhecer um pouco mais sobre um sentimento tão presente em tempos desafiadores da vida atual.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o país com o maior número de pessoas com transtornos de ansiedade do mundo (FERNANDES *et al.*, 2018). À luz desse conhecimento, crianças, adolescentes e adultos têm prejuízos de ordem diversa por conta desse transtorno. Contudo, nota-se que o padrão de vida infligido pela sociedade e a velocidade com que se vinculam as informações contribuem significativamente para que a preocupação, o medo e a insegurança dissimulem diretamente o cotidiano de cada indivíduo, podendo ser o maior causador de sofrimentos psíquicos na contemporaneidade.

Entendendo a ansiedade

A ansiedade, segundo Rosamilha (1971), recebeu de Freud um olhar especial e de destaque científico. Até então, a ansiedade era estudada no campo da Filosofia, sem evidência científica. Freud postulou sobre a ansiedade em sua obra e a atribuiu valor clássico, com papel fulcral na compreensão dos distúrbios emocionais e psicológicos. Na visão freudiana, o sentimento de ansiedade está presente no sofrimento psíquico mediante um conflito interno.

Freud (1936) distinguiu três tipos de ansiedade: real ou objetiva, neurótica e moral, baseando-se nas fontes de onde nascem as ansiedades e não em aspectos qualitativos. Partindo de tais pressupostos, a ansiedade como medo do mundo externo seria a ansiedade objetiva; a ansiedade neurótica traria como fonte o medo do id, e a moral, o medo do superego. A ansiedade tem uma notória relação com a probabilidade, expectativa de alguma coisa. Se o real perigo é um perigo experimentado, tem-se a ansiedade realística; e a ansiedade neurótica é a ansiedade por um perigo não experimentado, desconhecido, ainda a ser desvelado.

Elucida-se, também, que, em alguns casos, as características da ansiedade realística e da ansiedade neurótica se encontram misturadas, pois a ameaça pode ser conhecida, mas se o nível de ansiedade concernente a ela for grande, maior do que parece naturalmente, o excesso caracterizaria a presença de um elemento neurótico (BATISTA; OLIVEIRA, 2005).

Considera-se normal a presença de fatores estressores na vida humana, afinal, desde o início da vida do homem na terra, desafios lhe são impostos diariamente para que garanta sua sobrevivência. Contudo, na contemporaneidade, observa-se um descompasso maior entre as demandas e as satisfações das necessidades pessoais, sobremaneira no que concerne ao contexto socioeconômico e à manutenção do bem-estar pessoal.

Nesse sentido, Freud (1930), em seu texto “O mal-estar na civilização”, faz referência à cultura como um dos elementos fulcrais na geração de um mal-estar nos seres humanos, partindo da premissa de que há uma incompatibilidade entre as exigências da pulsão e as da civilização. Nessa esteira, a reflexão freudiana remete ao entendimento de que para que haja uma prosperidade da sociedade, o indivíduo precisa ser imolado através de sua renúncia pulsional. Nem tudo que se necessita poderá encontrar liberdade social para

sua realização. Assim sendo, entre o homem e a civilização se estabelece um duelo de forças que o conduz, isolando-o em sua liberdade, trocando o poder individual pelo da sociedade. À luz do entendimento freudiano, mesmo diante da cultura, das leis e padrões sociais, o indivíduo resguarda seus sentimentos incólumes, sua origem permanece inalterável em sua mente, o instinto humano é preservado.

Entretanto, para que o ser humano atenda às exigências padronizadas pela sociedade, reprime seus instintos através da satisfação do amor pelo objeto do mundo externo, favorecendo a constituição do ego. O referido amor ao objeto externo torna-se a essência de tudo para o contentamento interno. Nesse sentido, Soares (2017, p. 7) ressalta que

[...] em sua busca, deparar-se-á com a frustração, punição, compulsão, neurose obsessiva, transtornos, sintomas esses que são manifestações do desejo externo na insatisfação de seu ideal, não realizado ou realizado insatisfatoriamente, na maneira em que é buscado.

Face ao exposto, de acordo com as teorias das emoções, o medo é considerado como uma emoção básica fundamental discreta, enquanto a ansiedade é uma mistura de emoções na qual predomina o medo.

Elucida-se que a ansiedade é uma emoção percebida no corpo e na mente, observada por alterações de um padrão normal, caracterizada por alguns sinais como tremores, arritmias cardíacas, cefaleias e sudoreses. Todavia, não é unicamente um efeito mental ou emocional com capacidade de produzir o prazer ou a tristeza.

Sendo assim, a ansiedade é uma característica ontológica do homem fixado em sua realidade, podendo ser determinada por um anseio comum ou patológico, diferenciados por uma avaliação ansiosa de longa ou curta duração, com a possibilidade de estar associada ao estímulo do momento ou não. Portanto, conclui-se que a ansiedade é um sentimento crescente na sociedade contemporânea, face ao aumento de situações desafiadoras para a sobrevivência do indivíduo no mundo contemporâneo e às exigências internas do sujeito, aumentando o conflito interno a partir dos confrontos e mistos de sentimentos.

A verdadeira felicidade! Real ou ideal?

O capitalismo do século XVIII foi submetido a uma transformação radical no que tange ao comportamento econômico - valores éticos e humanos foram separados numa cultura em que o objetivo supremo é o TER, e ter cada vez mais até parece uma função normal da vida, em que, para viver, necessita-se estar em constante busca por algo que não se tem, mesmo quando não se pode obter. Tal desafio, muitas vezes frustrante, por vezes resulta em sentimentos aos quais não se sabe como conduzi-los, servindo de ponte para transtornos de ansiedade, depressão, suicídio, como consequência do excessivo rigor com que se impõe o êxito de uma cultura que não deixa espaço para atos falhos (NEPOMUCENO, 2019). Ou seja, indivíduos estão priorizando o ter e não o SER, para se chegar às satisfações, isto é, à “verdadeira felicidade” (FROMM, 2018).

Mas, o que, de fato, é a felicidade? No dicionário Houaiss (2009), felicidade é o estado de um bem-estar, consciência satisfeita, ter sucesso e bom êxito. Enveredando pela observação dos seres humanos em tempos atuais, observa-se que muitos indivíduos estão em busca dessa felicidade, porém de forma equivocada, querem ter prazeres intensos, como o padrão de beleza a ser seguido, uma vez que o paradigma é imposto pela sociedade, mas não alimentam o pensamento psíquico com sensações reais de satisfação interna. Com isso, afundam-se em um abismo, no qual, muitas vezes, o medo de não alcançar tal objetivo abre portas para consequências como o transtorno de ansiedade.

Para Freud (1930), o que se chama felicidade num ponto de vista mais estrito resulta da satisfação de necessidades intensamente postas em deslumbramento e, por sua natureza, é possível somente como um fenômeno episódico. Os homens, na medida em que esquadrinham a felicidade intuída da forma positiva, não percebem que estão à procura de algo impossível, pelo fato de toda a estruturação do aparelho psíquico estar voltada para atingir um outro fim. Partindo dessa premissa, Freud faz referência à felicidade, tal como é concebida comumente pelos homens, como significado de vivência de prazer. Nesse sentido, entende-se que Freud caracterize a felicidade como um estado de inexcitabilidade, na medida em que a instrução da felicidade é determinada pelo princípio de prazer, que nada mais é do que a saída de energia pulsional do organismo. Assim, a felicidade, em Freud, é um alvo inatingível na vida do

ser humano devido não só aos limites impostos pela cultura, mas, especialmente, por aqueles constituídos pela própria constituição psíquica.

Nesse viés, a beleza na sociedade contemporânea é apontada como algo imprescindível à felicidade, fala-se de beleza exterior e não interior, isto se deve à busca contínua por um corpo perfeito, padronizado pela sociedade contemporânea como ideal e incentivado pela mídia, em se tratando da construção da imagem corporal. Com isso, pressupõe-se uma leitura, por parte dos indivíduos, sobre a sua relação com o mundo a partir das dimensões física, psíquica e social do corpo. Nesse contexto, a imagem corporal é uma construção que integra as abrangências do indivíduo sobre si mesmo e sobre a relação que ele mantém com os outros, ou seja, muitos indivíduos querem se assemelhar a artistas ou modelos e, por conta disso, se submetem a diversos procedimentos estéticos, cirúrgicos e, quando não satisfeitos, procuram outros caminhos em busca da perfeição, desafiando a si mesmos em conflitos constantes (SARDA; BERNARDI, 2017).

Em sociedades capitalistas, a pressão sobre o sujeito é maior. Os consumidores não conseguem perceber a diferença entre o bonito e o feio, e acreditam que só serão reconhecidos e aceitos pela sociedade se estiverem adequados ao ideal apresentado e veiculado pela mídia. Desse modo, é relevante ressaltar que, para o indivíduo construir a imagem de um corpo ideal, inconscientemente ele se posiciona frente às demandas do mundo, ou seja, o seu eu no mundo, construído a partir de suas experiências desde o nascimento, posiciona-se de maneira a minimizar suas frustrações (DOLTO, 1984).

Considerações finais

Numa possibilidade de reflexão sobre a ansiedade como aflição psíquica na contemporaneidade, indubitavelmente rememora-se Freud (1908), quando postulou que ao ser humano são passíveis dois tipos de doenças psíquicas: as que advêm dos conflitos originários das mudanças no mundo externo, podendo desencadear adoecimento por uma experiência, e as que são provenientes de uma mudança interna, a partir de um processo de preparo e organização do ego para suportar as forças do id, as exigências do superego e as demandas da realidade. Nesse prisma, a sociedade contemporânea se predispõe a enveredar pela busca de explicações biológicas, fisiológicas

e comportamentais que possam esclarecer os sofrimentos psíquicos, sejam eles o estresse, a ansiedade, a euforia, a síndrome do pânico, fobias, entre outros, na tentativa de conseguir respostas para o mal que aflige grande parte da população mundial, a ansiedade.

De certo modo, pode-se evidenciar que a ansiedade é um sentimento normal, que acomete todo ser humano, com exceção do psicopata, justamente por manifestar-se no sofrimento psíquico frente às angústias e agruras enfrentadas no cotidiano. O medo do desconhecido, a angústia diante de conflitos e frustrações, o não saber lidar com os desafios imprevistos, que, muitas vezes exigem tomadas de decisões, são componentes que espontaneamente colocam o indivíduo em situações de estresse emocional.

Vale ressaltar que o medo e a ansiedade apresentam-se simultaneamente em quaisquer situações de perigo, ligada à sobrevivência do sujeito, fazendo com que o cérebro receba uma mensagem que ativará o sistema nervoso simpático, colocando o indivíduo em estado de alerta essencial para sua proteção. Onde está o risco? A permanência por longo prazo desse estado de alerta! Entende-se que tudo na medida certa traz benefício, entretanto, a exposição diária a estressores poderá levar o cérebro a uma percepção de que o sujeito está em perigo constante, fazendo com que o sistema nervoso parassimpático não devolva ao indivíduo a homeostase. Nesse viés, o estresse é uma reação bioquímica no corpo, encaminhando-o para uma exaustão diante de uma constância do estado de alerta.

Importante elucidar que o medo é uma reação de alerta a uma situação real, a um objeto concreto de um perigo iminente, diferenciando-se da ansiedade por ser um medo subjetivo, ou seja, não está face a face com um risco concreto de morte. O medo e a ansiedade não são sentimentos ruins, entretanto, o excesso de ambos faz com que deixem de ser elementos de proteção à vida para serem ameaça, desencadeando fobias, pânicos, entre outros transtornos.

Amadurecer nada mais é do que aprender a lidar com as coisas que não são boas, começar a aceitar as coisas que chegam sem avisar e aprender com naturalidade que viver é estar constantemente diante do imprevisto. Meditar, equalizar as emoções, respirar lentamente, buscar novos caminhos e objetivos também ajudará a atravessar momentos desafiadores e ancorar-se em novas oportunidades.

Nesse sentido, conclui-se que é condição *sine qua non* à saúde emocional o resgate do valor humano, assim como seu amor próprio, originário de sua essência. Superar desequilíbrios que promovem ansiedade, de certa forma, é o maior desafio contemporâneo imposto ao ser humano, cuja efetividade será o caminho de volta ao propósito inicial de vida para a espécie humana na terra: ser um humano melhor!

Referências

- BATISTA, Marco Antônio; OLIVEIRA, Sandra M. da S. Sales. Sintomas de Ansiedade mais comuns em adolescentes. **Pepsic – Periódicos Eletrônicos em Psicologia**. V. 6, n. 2 São Paulo, dez. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200006. Acesso em: 07 ago. 2019.
- DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1984.
- FERNANDES, Márcia Astrés *et al.* Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Revista brasileira de Enfermagem**. V. 71, supl. 5. Brasília, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- FREUD, Sigmund. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna (1908). *In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, v. 9, 1976.
- _____. Mal-estar na civilização (1930-1936). *In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, v. 1, 1976.
- FROMM, Erich. Ser resiliente é ser feliz! *In: STANCOLOVICH, Éricka. Resiliência: vença o stress e controle a pressão antes que eles dominem você*. São Paulo: **Literare books Internacional**, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2lCVyLX>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- LÓPEZ-PEDRAZA, Rafael. **Ansiedade cultural**. Tradução de Roberto Cirani. São Paulo: Paulus, 1997.
- MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. **American Psychiatric Association**. Tradução de Maria Inês Correa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2MZcp7B>. Acesso em: 05 ago. 2019.
- NEPOMUCENO, Gianni Lopes. **O Ser e o Ter: a sua importância na formação da moral do Direito**. 2019. Disponível em: <https://domtotal.com/direito/pagina/detalhe/24655/o-ser-e-o-ter-a-sua-importancia-na-formacao-da-moral-do-direito>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- ROSAMILHA, N. **Psicologia da ansiedade infantil**. São Paulo: Edusp, 1971.
- SARDA, Aline Cristine Vaz; BERNARDI, Ariani de Castro. **Brasil tem maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo, diz OMS**. 2017. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-do-mundo-diz-oms,70001677247>. Acesso em, 06 ago. 2019.

SOARES, Berenice Pretto. **Mal-estar na contemporaneidade**: ansiedade e medicalização. Trabalho de Conclusão de Curso. UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. DHE – Departamento de Humanidades de Educação. Curso de Psicologia, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2k5lks4>. Acesso em: 08 ago. 2019.

Hipnose clínica e neuroplasticidade na ressignificação da psicossomática

Arthur Victor de Faria Rodrigues

Fabio Luiz Fully Teixeira

“A prática leva à perfeição, ideal ou adaptada”.

(Arthur Victor de Faria Rodrigues)

Considerações iniciais

A apresentação deste capítulo visa à introdução do leitor ao universo funcional da hipnoterapia, de uma forma clara e desmistificada, no tratamento de transtornos e sintomatologias psíquicas. O transe hipnótico é uma ferramenta terapêutica poderosa com vasta gama de utilidade no meio clínico, podendo se expandir até o cirúrgico. Agindo em conjunto com o paciente num estado alterado de concentração, esse modelo de terapia permite que o sujeito tenha novas percepções a nível psíquico

e somático. A potência neuroplástica na hipnose clínica dá à mente condições adaptativas para superação, e maior qualidade de vida sobre vários transtornos psíquicos do mundo contemporâneo, possibilitando reaver a homeostase mental.

As relações complementares

A versatilidade das diversas aplicações é uma qualidade que acompanha a hipnose desde a antiguidade até a contemporaneidade (CARVALHO *et al.*, 2006). Seu uso não é isolado, pois tangencia pontos que fazem total diferença na utilização (NEUBERN, 2004). Com aplicação e ação de forma progressiva, a neuroplastia é a principal base para que o campo cognitivo dê um novo valor à sua psicossomática. Isso implica num caráter construtivista, já que os contos, metáforas e narrativas desenvolvidos pelo terapeuta permitem que o paciente caminhe com seus próprios recursos projetados ao próprio favor, inserido num contexto pessoal em que as significações serão reconhecidas e incorporadas (NEUBERN, 2004). Dessa forma, a hipnose mostra eficácia no tratamento de ansiedade, fobias, traumas, depressão, vícios, anestesia e controle da dor, distúrbios alimentares, hipersensibilidade, problemas endócrinos e imunológicos, dentre outros. Observa-se que, em sua maior parte, esses quadros clínicos apresentam disfunções bio-físico-químicas como expressão das emoções e do campo mental (FEIJOO; MATTAR, 2015), reconhecendo-se que, ao reestabelecer o equilíbrio emocional e consequentemente comportamental, os sintomas desenvolvidos na somatização do psíquico e seu ciclo vicioso são anulados (CAMPOS; RODRIGUES, 2005).

Os conflitos intrapsíquicos podem ser encarados quando há ideais contrários internalizados, dividindo emocionalmente o ser (CAMPOS; RODRIGUES, 2005). Caso não haja resolução satisfatória, o sujeito terá um alicerce emocional favorável como âncora para sentimentos e estresse negativos acumulados, tendo na mente um trabalho contínuo da formação imaginativa do corpo (SANTOS; PEIXOTO JUNIOR, 2019). Por sua comunicação intrínseca a nível inconsciente, o sistema hipnótico detém um contato valioso com o sistema nervoso e com a fisiologia do corpo humano. Ponto decisivo, já que a relação entre soma e psíquico funciona como uma via de mão dupla, podendo a gênese do transtorno vir do corpo (orgânico), ou da psique, tendo elaboração nas duas instâncias, em que uma pode interferir na outra (FEIJOO; MATTAR, 2015). Logo, a técnica hipnótica remaneja a semiótica da natureza psíquica, personalizando-a favoravelmente no fluxo imaginativo, apresentando-se positivamente no corpo.

O fator “X” a nível sináptico

Mas como a “mágica” através de estímulos (verbais e não verbais) acontece e porque a hipnose se apresenta tão eficaz, sendo aplicada corretamente? Elementar: Neurosensorial, caro Watson! A interpretação de mundo e a da realidade são dadas pelos canais (sistemas) sensoriais, onde as informações recebidas externamente irão consolidar as experiências e vivenciações. Compreende-se que essas estimulações, bem direcionadas, criam uma relação própria com o sistema nervoso, caracterizando sua efetividade ao ultrapassar a barreira de fator crítico da mente, aumentando a sugestibilidade.

O estado de transe, ao contrário do que muitos pensam, é, na verdade, um estado cognitivo de alta atenção, controle de seletividade e ação, podendo permear várias alterações de consciência e redução da vigilância do meio externo. É um estado natural do corpo que pode ser reproduzido e conduzido em meio clínico (MUÑOZ, 2015). Dotado de hipertenacidade, o transe potencializa as funções de alerta, orientação e controle executivo. Qualquer foco de atenção direcionado, como na leitura de um livro; ao assistir um filme; ouvir música, é considerado hipnose (CORTEZ; SILVA, 2013). Tão natural que a catarse provocada nessas situações passa por despercebida ou sem ser feita tal referência (CALVERT, 2014). Essa ferramenta de internalização integra o processamento de uma grande rede neuronal, a níveis corticais e subcorticais, mostrando grandes variações das atividades e sincronicidade eletrofisiológicas cerebrais, de forma não invasiva e com indivíduos (de alta, moderada e baixa susceptibilidade hipnótica) conscientes, de tal maneira que as mudanças sugeridas e instauradas podem ser observadas de forma duradoura (CORTEZ; SILVA, 2013). As mudanças e evoluções são adquiridas ao longo de sessões aplicadas, amplificando a consciência, para que se experimentem diferenças nas sensações, percepções, pensamentos, emoções e comportamentos (CORTEZ; SILVA, 2013).

O processo de indução (relaxamento hipnótico) amplia a atividade parassimpática, que, por sua vez, reduz as chances de estímulos desagradáveis serem enfatizados (CORTEZ; SILVA, 2013). Ocorre a padronização de ondas do ritmo alfa, teta (repouso vigil e sono de transição) e delta (sono profundo e repouso regenerativo). Mesmo com diminuição da frequência cardiorrespiratória, imobilidade tônica de grau variado e baixo *feedback* em atos reflexos, esse estado se diferencia do sono pela presença de alta capacidade cognitiva,

estimulando a memória de trabalho e integração do processo *top-down* (envolvimento cortical que reflete na percepção visual, interpretação e reconhecimento de signos das experiências passadas), em uma reedição perceptual na elaboração de comportamentos, decisões, criatividade e função imaginativa (CORTEZ; SILVA, 2013). Tal atividade cerebral apresenta variações na perfusão sanguínea nos dois hemisférios, evidenciando o aumento do hemometabolismo cerebral, decorrente do alto desempenho das áreas envolvidas na execução das sugestões. Essas mudanças de atividade e interação entre a rede neural de modo padrão (RMP), rede de controle executivo (RCE) e rede de saliência (RS) dizem respeito à atenção focalizada e aos controles somático e emocional melhorados.

Em exames de ressonância magnética funcional, foram identificados, durante a hipnose, atividade reduzida no córtex cingulado anterior dorsal (CCAd), aumento da conectividade funcional entre o córtex pré-frontal dorsolateral (CPF DL; RCE) e a ínsula na RS, e conectividade reduzida entre a RCE (CPF DL) e a RMP (CCP) (JIANG *et al.*, 2017). O CCAd pertencente à RS foi apontado como fundamental para o controle de atenção e avaliação de contextos, como na apreensão sobre o que devemos fazer e o que podemos desconsiderar. A hipnose provoca uma suspensão do julgamento crítico, trazendo o poder de foco específico em uma tarefa, reduzindo a consciência das alternativas. A estimulação do CCAd também está associada a uma perseverança autopreservativa, contribuindo alta e positivamente para a sugestibilidade, dando a capacidade de se desassociar do sofrimento e da dor. Tanto a ínsula quanto o CCAd fazem parte da RS, mas apresentam diferenças vitais em suas funções que servem de base para o tratamento clínico hipnótico (JIANG *et al.*, 2017). A ínsula está mais relacionada à função somática, diligência das tarefas, laboração do controle e experiência do corpo, emoção, empatia, aspectos espaciais e temporais do processamento da dor, através de extensas conexões que percorrem o córtex, subcortex e o sistema límbico. Autorreflexão, automonitoramento e autorregulação estão envolvidos na construção de identidade, memória e consciência, associados à experiência somática e dissociação de traumas (JIANG *et al.*, 2017). Já o CCAd está para o humor e a atenção externa, refletindo em menores comparações de contexto e rebaixamento da vigilância externa. Os componentes da RMP são envoltos no processamento autorreferencial e na memória episódica, quadro específico e referencial da memória, associando tempo, lugar, emoções associadas, como: quem, o que, quando, onde e as fontes de conhecimento (JIANG *et al.*, 2017).

Por sua vez, a RCE está envolvida no controle cognitivo. A dissociação entre RCE e RMP causada pela indução hipnótica se relaciona com a prostração de processos mentais internos, como divagar mentalmente, autorreflexão e autoconsciência. A desconexão entre o CPFDL e a RMP faz jus à perda hipnótica de autoconsciência e amnésia (JIANG *et al.*, 2017).

O encontro e a unificação dos temas

A neuroplasticidade, capacidade processual de reestruturação (estrutural e funcional) no cérebro a partir de novas exigências internas e externas, apresenta a neurolinguística e a psicoterapia como modelos de aprendizagem e “musculação sináptica”, onde as crenças (comportamentos e emoções) e percepções do sujeito se dão como uma rica manobra neuropsicológica, desde que sua complexidade seja mais que uma simples repetição (HAASE; LACERDA, 2004). Um grande ganho reabilitacional que pode abranger desde lesões traumáticas destrutivas até pequenos processos de aprendizagem de memória, e sua estimulação pode se dar por treinamento repetitivo de práticas específicas, sensoriais e mentais (BORELLA; SACCHELLI, 2008). A forma com que são traduzidas as informações, até o manejo de novas habilidades ou funções, está em um ajuste cortical ininterrupto, podendo criar novos caminhos nervosos (BASTOS *et al.*, 2017). Subentende-se que um ambiente que apresenta amplos estímulos neurossensoriais (tato, visão, audição, gustação e olfato) tem grande influência positiva no processo plástico, onde o sistema nervoso, ao receber essas informações (iluminação, clima, cor, som, formas e objetos, e relações interpessoais) em determinada ordem e frequência, num ambiente ou fundo terapêutico, as processa e torna funcionais, tornando possível aprender e reaprender (BASTOS *et al.*, 2017).

As psicoterapias e toda atividade artística, esportiva, lúdica ou pedagógica, trazem uma luz à medicina em sua prática clínica, em função de tratamentos alternativos e não alopáticos, reconhecendo estímulos ambientais e mentais como moduladores estruturais e funcionais no sistema nervoso (CALVERT, 2014). Para cada emoção reproduzida em nosso corpo, é expressa uma reação de linguagem corporal e fisiológica que a identifica, podendo ser reconhecida na comunicação entre os seres vivos em diversas situações e variados fins (CALVERT, 2014). A linguagem hipnótica utiliza, então, processos coletivos da cultura, da biologia, intercâmbios sociais e institucionais, e pontos simbólicos particulares

de cada ser. Uma linguagem adaptada em sons, pausas, tons de voz, emparelhamento e espelhamento de gestos, metáforas, diagramas, que permitem com que o paciente se identifique com o modelo apresentado, sem a resistência crítica, compondo um novo simbolismo e realidade (NEUBERN, 2016).

Considerações finais

A hipnose clínica traz consigo ferramentas extremamente poderosas, com fatores que permitem o processo plástico e a atribuição de um novo valor sobre as experiências vivificadas, como a associação de cores ou aromas a memórias e emoções, ressignificando sua semântica. Tomando notas de que há uma dissociação entre a mente consciente e a inconsciente, esta última é uma parte inteligente do ser, e que pode ser treinado, se tratado de forma correta (que é peculiar a cada indivíduo) (MUÑOZ, 2015). Trazendo o entendimento de que as abordagens indiretas nas relações interpessoais trazem engajamento, a hipnose e suas aplicações dão maior empoderamento ao paciente (sem a necessidade de uma abordagem autoritária e sem perder a autoridade terapêutica). Nesse caso, a autoridade funciona como um recurso disponível para a criação de um cenário onde o paciente poderá utilizar seus potenciais de resolução. A estrada é oferecida, mas quem caminha é o sujeito (NEUBERN, 2004). Estrada que sempre esteve presente no cotidiano (desde o histórico até o atual), podendo ser acessada sem intermédio (auto-hipnose), trazendo novos *insights* e contribuindo para o equilíbrio mental, numa contemporaneidade vastamente prejudicada pelo desequilíbrio psíquico, característico dos transtornos mentais.

Referências

- BASTOS, J. O. F.; OLIVEIRA, M. C. B.; SILVA, D. R. C.; SILVA, J. M. Relação ambiente terapêutico e neuroplasticidade: uma revisão de literatura. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, 4(1), 1-10, 2017.
- BORELLA, M. P.; SACHELLI, T. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. **Rev. Neurocienc.** 2008;17:161-9.
- CALVERT, Dorys Faria. Teatro e Neurociência: o despertar de um novo diálogo entre arte e ciência. **Rev. Bras. Estud. Presença**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 223-248, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-26602014000200223&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-266043298>.

- CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, 13(2), 271-308, 2005.
- CARVALHO, Cláudia *et al.* Apresentação da versão portuguesa de uma escala de avaliação da susceptibilidade hipnótica. **Psic. Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 7, n. 1, p. 3-11, 2006. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-008-62006000100001&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 07 ago. 2019.
- CORTEZ, C. M.; SILVA, D. Hypnosis, tonic immobility and electroencephalogram. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 62(4), 285-296, 2013.
- FEIJOO, A. M. L. C.; MATTAR, C. M. A desconstrução da psicossomática na análise existencial de Heidegger e Boss. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 18(4), 651-662, 2015.
- HAASE, V. G.; LACERDA, S. S. Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. **Temas em Psicologia**, 12(1), 28-42, 2004.
- JIANG, Heidi *et al.* Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. **Cerebral Cortex**, v. 27, n. 8, ago. 2017, pp. 4083-4093. DOI: <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw220>.
- MUÑOZ, Oliver Rolando Peñafiel. **Hipnosis aplicada al dolor crónico en la migraña**. Ajayu, La Paz, v. 13, n. 2, pp. 235-260, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2019.
- NEUBERN, Maurício. Histórias que (não) curam: sobre narrativas em hipnose clínica. **Psicol. Cienc. Prof.** Brasília, v. 24, n. 3, pp. 58-65, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300008>.
- _____. Iconicidade e Complexidade na Comunicação Hipnótica. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 32, n. spe. e32ne217, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500216&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne217>.
- SANTOS, Lucas Nápoli dos; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. O Adoecimento Somático em Ferenczi, Groddeck e Winnicott: uma Nova Matriz Teórica. **Psicol.: Cienc. e Prof.**, Brasília, v. 39, e182306, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100116&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003182306>.

Depressão Pós-Parto: um estudo sobre causas e consequências

Gabriela Fróes Padilha Demétrio

Pétra Queiroz da Silva Passos

Juçara Gonçalves Lima Bedim

A depressão, enquanto sofrimento psíquico, nem sempre expressa um estado patológico, pois encontra origem na própria existência humana, na sua inquietação diante da condição de ser temporal, finito e incompleto. O sofrimento e a dor são sentimentos subjetivos manifestados tanto na esfera afetiva, na dor mental, como na esfera física, nas condições fisiológicas em geral [...] (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Considerações iniciais

A gravidez é concebida e estudada como um período de mudanças em que a mulher passa por um estado transitório de instabilidade emocional, que deve ser analisado de modo especial devido a essas significativas transformações.

Nesse contexto, há de se considerar que o processo de se tornar mãe origina diversas transformações físicas e psicoemocionais para a mulher, que se acentuam ao longo da gestação e também após o parto, incluindo-se no panorama do puerpério mudanças de cunho familiar e social, as quais requerem adaptações psicológicas e biológicas, acrescidas de alterações metabólicas e hormonais. Tal conjuntura constitui-se numa fase de maior risco para o surgimento e a evolução de um transtorno mental (GOMES *et al.*, 2019).

Por conseguinte, permeando essa problemática, o tema “Tristeza Pós-Parto” ou “Depressão Pós-Parto” (DPP) tem logrado atenção especial de vários estudiosos, voltados para o tratamento dessa alteração de humor contemporânea que decorre do processo de adaptação à maternagem, em que muitas mães são acometidas por esse transtorno, apesar de a ciência ter evoluído no tratamento da DPP. Tal pressuposto aponta a necessidade de se desenvolverem estudos que levem ao aprimoramento do diagnóstico precoce e à busca por recursos alternativos que relevem a atenção do binômio mãe/filho, almejando-se uma relação saudável entre o bebê e seu cuidador (FEITOSA *et al.*, 2019).

Quanto à metodologia para construção do presente capítulo, classifica-se como abordagem qualitativa, por se tratar da busca de aprofundamento sobre o fenômeno Depressão Pós-Parto, definindo-se como uma pesquisa básica, fundamentada na revisão de literatura narrativa, descritiva, que se deu a partir da seleção e análise de periódicos eletrônicos sobre assuntos referentes à Depressão Pós-Parto. Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão norteadora: que fatores desencadeiam a DPP, quais as prováveis consequências e os impactos?

A busca pelo referencial teórico foi realizada por meio da biblioteca virtual em saúde (BVS), em publicações indexadas nas bases de dados Pepsic e *Scientific Electronic Library* (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores: “Depressão Pós-Parto”; “fatores de risco”; “consequências”; “prevenção”; “assistência”; “Depressão Pós-Parto e Saúde da Família”.

Justifica-se a realização deste estudo e aponta-se sua relevância pela possibilidade de prover informações que propiciem aos profissionais da saúde – que atuam no cenário em que a DPP assola famílias que passam por tal sofrimento – competência na identificação da enfermidade e segurança no seu manejo.

Em conformidade com o exposto, o presente capítulo tem por objetivo geral compreender uma das vertentes da depressão, denominada Depressão

Pós-Parto, como fenômeno capaz de afetar mulheres após o nascimento de seus filhos. Ainda, como objetivos específicos: 1) entender fatores de risco, possíveis causas e os impactos dessa patologia na vida da mulher e da família, em quesitos físicos, emocionais e mentais, coincidindo com a chegada de um novo membro no lar e a preocupação sobre o desenvolvimento desse membro; 2) apontar a importância da prevenção.

Depressão Pós-Parto: apontamentos teóricos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é um transtorno mental caracterizado por tristeza persistente e pela perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, acompanhadas da incapacidade de realizar atividades diárias, durante pelo menos duas semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), e foi caracterizada por Freud, em sua obra “Luto e Melancolia”, como um estado semelhante ao luto, denominado melancolia pelo autor.

Em relação à epidemiologia, foi constatado que a população feminina possui maior prevalência de depressão, logo também é possível dizer que essa patologia possui diversas vertentes e uma delas está relacionada, em grande prevalência, às mulheres, qual seja a Depressão Pós-Parto. No Brasil, cerca de 25% das parturientes manifestam essa expressão clínica da depressão (FIOCRUZ, 2016), que pode acometer ambos os sexos, mas afeta com mais abrangência as mães.

Conforme elucidam Campos e Rodrigues (2015), é importante configurar um diagnóstico preciso e saber diferir a DPP de outras patologias que manifestam fatores sintomáticos bem semelhantes, podendo ser confundidas com a mesma, tais como: o *baby blues*, ou “tristeza materna”, que mantém sintomas parecidos, de grande desequilíbrio emocional, em que os sintomas começam a aparecer no período de dois a três dias após o parto e podem durar até 10 dias, sendo um acometimento a curto prazo e, assim, não configurando como transtorno; a “psicose pós-parto” é considerada mais grave e começa a demonstrar sintomas nas primeiras duas semanas após o nascimento do bebê, com manifestação de alucinações e ansiedade muito intensificada.

Em tais circunstâncias, não é recomendado o aleitamento materno, e as necessidades emocionais do bebê devem ficar sob os cuidados de outra pessoa que não seja a mãe e/ou o pai acometidos.

Dentre os sintomas apresentados, estão: desânimo, irritabilidade, choro frequente, sentimento de tristeza, desesperança, diminuição da energia, falta de motivação, desinteresse sexual e, possivelmente, transtornos de sono e alimentares, sensação de incapacidade para lidar com novas situações (CARDILLO *et al.*, 2016). Segundo esses estudiosos, tal sintomatologia causa uma turbulência de sentimentos que acarretam uma instabilidade no quadro emocional da puérpera, os quais se manifestam através de reações diversas em cada paciente. Sintomas esses que podem ser desencadeados devido a diversos fatores de risco, que serão abordados mais adiante.

De fato, os sinais e sintomas do estado depressivo variam no que tange ao modo e à intensidade com que se manifestam, pois dependem do tipo de personalidade da puérpera e da sua história de vida, além das mudanças bioquímicas que se processam no organismo após o parto.

Nesse sentido, como assinalam Guedes-Silva *et al.* (2003), é complexo estabelecer o limite entre Depressão Pós-Parto normal e patológica, chamada psicose puerperal, já citada anteriormente, cuja característica é a rejeição ao bebê; em que a mãe se sente completamente amedrontada e ameaçada por ele, como se fosse um inimigo iminente. Em tais casos, a mulher mostra-se apática, inapetente, abandona hábitos de higiene, atesta ideias de perseguição, temendo que alguém possa roubar o bebê ou fazer-lhe algum mal.

Nesse quadro em que a puérpera não consegue oferecer a seu filho o acolhimento necessário e fundamental, a própria criança também pode entrar em depressão, demonstrando sinais como “falta de brilho no olhar, dificuldade de sorrir, diminuição do apetite, vômito, diarreia e dificuldade de manifestar interesse pelo que está ao seu redor” (GUEDES-SILVA *et al.*, 2003, p. 443). A literatura confirma tal assertiva apontando efeitos no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e na adolescência (BRASIL, 2019).

A DPP se configura como um subtipo de depressão maior, sendo assim, corrobora-se a importância de um diagnóstico cuidadoso e rápido, preferencialmente feito por profissional de saúde especializado na área da Psiquiatria. Nesse sentido, foi criado, na Grã-Bretanha, um questionário para avaliação e pesquisa de pacientes acarretados por essa patologia, sendo denominado *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Também validado no Brasil, o conjunto de perguntas auxilia em grande escala a anamnese necessária para

o fechamento de diagnóstico da DPP, propiciando respostas que avaliam os graus de intensidade, relacionados aos sintomas de insônia, tristeza, inseguranças do pós-natal, culpa, dentre outros (FIGUEIRA *et al.* 2009).

Fatores associados, implicações e consequências

Os fatores associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto são diversos e podem ser oriundos de vários fatores na vida de uma mulher ou do homem. Variam desde causas obstétricas, psicológicas e sociais, além do caráter conflituoso que implica a experiência de se tornar mãe ou pai, ou, até mesmo, alterações hormonais.

A chegada de um filho no ambiente familiar pode se tornar um desafio diante do qual a mulher, eventualmente, enfrenta frustrações originadas de uma expectativa criada por ela mesma, da sua própria visão sobre o que é ser mãe, e do estresse da mudança de rotina, como, por exemplo, a amamentação, o despertar várias vezes à noite e outros diversos aprendizados sobre a maternidade. Além de poder alterar todo um âmbito familiar, interferindo na relação da mãe com o parceiro ou na relação entre outros membros da família (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Logo, esse fator de risco citado acima também pode ser desencadeador da Depressão Pós-Parto paterna (DPP-p), já que, com a chegada de um novo membro no âmbito familiar, o pai também pode ter um receio dos desafios e das novas rotinas que a paternidade traz, junto com a responsabilidade social e física que também pode vir a ser uma preocupação, além da mudança de rotina brusca que pode ocorrer com a chegada do primogênito.

As alterações dos hormônios ocorrem somente em casos de Depressão Pós-Parto materna (DPP-m), sendo diretamente ligadas ao estrogênio. O hormônio citado tem função vasodilatadora no sistema circulatório, e de dilatação e crescimento das glândulas mamárias, assim também tendo relação direta com a libido feminina. Na gravidez, seus níveis aumentam significativamente (BULCÃO *et al.*, 2004).

Outro fator significativo refere-se à comunicação entre mãe e filho, que se constitui como mecanismo fundamental para o desenvolvimento saudável do bebê. Os cuidados, toques e a própria fala e entonação da mãe servem de guia

para a formação da linguagem e comunicações afetivas do bebê. Todo esse progresso é de suma importância, até mesmo no que tange às necessidades da criança, já que seu desenvolvimento e crescimento permitem à mãe compreendê-lo até que a linguagem esteja completamente instaurada (OLIVEIRA; BRAGA, 2016).

O vínculo entre a mãe e seu filho começa no período gestacional e se faz primordial até os períodos pós-puerperais, destacando-se a função materna como primordial, pois tal conexão envolve diversos fatores que afetam a mulher positivamente e/ou negativamente, relacionados a questões físicas e psicológicas.

Nesse sentido, a DPP-m agirá diretamente na relação mãe-filho, já que a carga sintomática que a doença traz leva a mulher a ter uma infelicidade com a maternidade, prejudicando, assim, o desenvolvimento do bebê em quesitos comunicativos, afetivos, físicos e outros.

Como apontam Oliveira e Braga (2016), as consequências em torno disso mostram-se com uma visibilidade na criança em seus aspectos comportamentais em questões como: afeto, certa agressividade com seus pais, dificuldade de comunicação clara e, possivelmente, distúrbios emocionais. Portanto, também é visto o surgimento de déficits de desenvolvimento em algumas crianças em que algum dos pais possuem DPP, trazendo distúrbios psicológicas que afetam principalmente a linguagem e a comunicação. Os efeitos disso podem ser tão abrangentes ao ponto de desregular suas funções em níveis hormonais e baixa habilidade cognitiva, principalmente da criança menor de quatro anos de idade.

Portanto, no âmbito dessa discussão, novamente, conclama-se a importância do diagnóstico precoce, para que não somente a mãe não seja acometida com tal patologia, mas também para que o bebê não sofra diretamente as consequências e implicações que tal enfermidade causa ao seu desenvolvimento, logo nos primeiros meses de vida, bem como todo o âmbito familiar seja preservado.

Rumo à prevenção: buscando caminhos

A DPP tem importantes consequências sociais e familiares, sobretudo para a díade mãe-feto, e intenso sofrimento psíquico para a mãe, inclusive com risco elevado para o suicídio, como evidenciam Arrais e Araújo (2017), com base em estudos realizados por autores dedicados à área, os quais igualmente

enunciam, em uma de suas pesquisas, que o Brasil inclui-se no rol de países que têm reconhecido e tratado a DPP como problema de saúde que atinge a população feminina (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Considerando-se que a gravidez seja percebida como uma experiência positiva e realizadora da mulher, ansiedade e depressão deveriam ser pouco frequentes durante a gravidez. No entanto, a literatura especializada evidencia que uma em cada quatro gestantes vivencia esses transtornos, sendo que 48% dentre aquelas que apresentam ansiedade e 70% das que manifestam depressão pré-natal se mantêm em sofrimento psíquico no período pós-parto e, também, nos primeiros anos de vida de seus filhos, caso não recebam orientações e apoio especializados (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2019).

Cumprе ressaltar que a ansiedade durante o período de gestação identifica-se como um significativo fator de risco para a Depressão Pós-Parto (DPP). Ansiedade essa que perpassa toda a gestação, podendo se estender até o parto, definindo-se por um estado de insatisfação, instabilidade, medo, angústia, incapacidade, alterações do sono e, até mesmo, tensão muscular. Já no tocante à depressão, trata-se de uma doença que abala especialmente as mulheres em idade fértil, sendo a principal causa de invalidez em mulheres adultas, segundo apontam estudos dos autores supramencionados.

Nesse contexto, contudo, há de se sublinhar o fato de que a percepção e o manejo dos sintomas psiquiátricos na gestação não recebem os devidos cuidados e atenção de ginecologistas e obstetras; donde emerge a instância de se dar especial atenção ao problema, devido às consequências agravantes, não apenas para a mãe, mas também para o bebê.

Pressupõe-se que o puerpério seja um período de profundas mudanças não somente nos aspectos biológicos, mas igualmente psicológicos e sociais, em que a função materna é vinculada a outras circunstâncias associadas à subjetividade, precipuamente no que concerne à percepção da vulnerabilidade humana. De acordo com dados da *American Psychiatric Association* (APA, 2014), as estimativas indicavam, em 2013, que 50% dos casos diagnosticados foram desencadeados durante a gravidez (APA, 2013 *apud* ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2019).

Por conseguinte, mostra-se indispensável refletir, analisar, avaliar e propor serviços e programas de acompanhamento em Saúde da Mulher e em Saúde Materna e Infantil.

Conforme apontam Arrais e Araújo (2016), já existem programas nessa perspectiva, como, por exemplo, a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, que foi um marco significativo, o qual provia ações voltadas para os períodos pré-natal, parto e puerpério. Todavia, devido aos seus limites, foi criado, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando oferecer atendimento e acompanhamento mais voltados para as necessidades das gestantes. Finalmente, foi instituída a Rede Cegonha, oficializada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com relevo para os direitos humanos e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. Diretrizes essas que são atualmente ampliadas nas unidades de saúde.

Entretanto, os mesmos estudiosos (supramencionados) argumentam que muitas ações desenvolvidas nesse cenário ainda privilegiam, sobremaneira, a dimensão biológica, perpetuando o modelo tradicional de atendimento no qual os aspectos psicossociais ainda não são efetivamente considerados e tratados.

Depreende-se, diante dos dados elucidados, que urge um olhar mais acurado para os cuidados pré-natais, que visem diagnosticar e tratar dificuldades de Saúde Mental como meta entre as ações de saúde voltadas para a atenção integral. Nesse panorama, a intervenção psicológica faz-se premente, pois as mulheres que apresentam sintomas depressivos e ansiosos durante a gravidez têm mais chances de manifestar sintomas de DPP, o que leva a se inferir que o pré-natal psicológico pode se revelar como um fator preventivo e de proteção, que minimiza os riscos que a ansiedade e a depressão gestacional podem causar.

A utilização de fármacos, nesses casos, é recomendada, já que os medicamentos agem como inibidores seletivos da receptação da serotonina, sendo também usados os antidepressivos tricíclicos. Contudo, a utilização de tais fármacos implica uma maior preocupação quanto à amamentação, devendo as mulheres serem orientadas por profissionais da área da saúde quanto aos riscos que esses remédios podem causar ao bebê por serem secretados no leite em concentrações variadas (MORAES *et al.*, 2019).

Outrossim, de acordo com os autores acima, cabe destacar o tratamento psicoterápico, que se trata de uma intervenção altamente relevante, pelo fato de atender às necessidades emocionais e psicológicas da paciente durante o período de puerpério, evidenciando-se que a substancialidade do tratamento não é pertinente apenas à saúde da mãe, mas igualmente do bebê, prevenindo

distúrbios no desenvolvimento da criança e evitando possíveis divergências familiares futuras.

A identificação dos sintomas iniciais que levam ao quadro patológico no período pós-parto é extremamente relevante, pois, quanto antes forem identificados os fatores de risco de depressão e ansiedade gestacional, melhor amparo poderá ser disponibilizado à puérpera. “O acompanhamento cuidadoso de mães, por meio de ação integrada que considere as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP” (GALVÃO *et al.*, 2015 *apud* ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2019, p. 29-30).

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família, através do programa de pré-natal, constitui-se o principal órgão responsável, no âmbito da Atenção Primária, pela função de desenvolver ações preventivas e diagnósticas para os casos de depressão puerperal.

Outro aspecto importante a ser ressaltado como fator que contribui para a ressignificação desse quadro refere-se à ajuda de alguém que se responsabilize por cuidar do bebê, uma vez que há um bloqueio materno em amar o próprio filho. Segundo apontam Moraes *et al.* (2019), alguém deve encarregar-se da tarefa de cuidar da criança para que esta não deixe de se sentir amada e amparada, pois, na verdade, em meio a tal fragilidade emocional, esse acolhimento pode contribuir para minimizar os sintomas da mãe e, até mesmo, transformar esse sentimento de rejeição em amor e carinho para com o bebê.

Considerações finais

A Depressão Pós-Parto caracteriza-se como um sério problema de saúde pública que requer atenção especial em nível de políticas públicas voltadas para prevenção, diagnóstico precoce, aumento de assistência e tratamento, visando-se minimizar seu impacto e consequências. Constitui-se uma doença velada e, portanto, um campo aberto a ser investigado como uma realidade cada vez mais frequente no cotidiano das atividades dos profissionais da saúde, primordialmente, aqueles que atuam na Atenção Básica.

Desse modo, assume-se que o tema em tela tem grande importância clínica, com repercussões para a saúde pública, tanto no que tange à repercussão mental e social para a mãe, quanto desenvolvimental para o bebê.

Nessa conjuntura, evidencia-se a importância de ações e estratégias preventivas e a identificação precoce para a efetivação do tratamento, com a finalidade de evitar as implicações violentas da doença para a mãe, o filho e sua família, e propiciar um diagnóstico mais preciso e precoce da sintomatologia da DPP.

Por conseguinte, é preciso reconhecer a importância dos profissionais de serviços médicos, da equipe multidisciplinar, que, atuando preventivamente, podem propiciar direcionamentos e apoio à mãe que enfrenta as contingências dos episódios de depressão.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde maternal no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/sciel.php?script=sci_arttext&pid=08582016000100007. Acesso em: 29 jul. 2019.
- _____; _____. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 3, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt>. Acesso em: 03 ago. 2019.
- _____; _____. SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Depressão e ansiedade pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 23-34, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão pós-parto**: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. 2019. Disponível em: <http://ww.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao-pos-parto>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- BULCÃO, Carolina Berrêdo *et al.* Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 54-75, mar. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2019.
- CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2019.
- CARDILLO, V. A. *et al.* Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32728/21060>. Acesso em: 25 jul. 2019.

- COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 28, n. 2, p. 244-259, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11414-989320080003&Ing=pt6nrm=isso. Acesso em: 05 ago. 2019.
- FEITOSA, Douglas Vinícius dos Santos *et al.* Manifestações clínicas características da depressão pós-parto. **Journal of Health Connections**, Alagoas, v. 7, n. 1, 2019. Disponível em: www.periodicosbh.estacio.br. Acesso em: 31 jul. 2019.
- FIGUEIRA, Patrícia *et al.* Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 79-84, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2019.
- FUNDAÇÃO FIOCRUZ. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- GUEDES-SILVA, D. *et al.* Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Universidade de Fortaleza, v. III, n. 2, p. 439-450, set. 2003. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130210>. Acesso em: 30 jul. 2019.
- GOMES, Bruna Kajeline Assis *et al.* Assistência de enfermagem e atenção à mulher com depressão pós-parto. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Alagoas, v. 5, n. 2, p. 121-136, mai. 2019. Disponível em: www.periodicos.set.edu.br. Disponível em: 29 jul. 2019.
- MORAES, Julia Esteves de *et al.* Depressão pós-parto: atuação da Estratégia Saúde da Família. In: IV SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FACIG, 2018, Manhauçu. **Anais...** Manhauçu: Centro Superior de Estudos, 2019. Disponível em: www.pensaracademico.facig.edu.br. Acesso em: 30 jul. 2019.
- OLIVEIRA, Ariane Pereira; BRAGA, Tatiane de Lima. Depressão pós-parto: consequências para a mãe e o recém-nascido: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 5, n.1, p. 131-144, 2016. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saude-santacatarina/index>. Acesso em: 31 jul. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. 2017. Disponível em: <http://www.apps.who.int>. Acesso em: 31 jul. 2019.

Suicídio: a epidemia da personalização da dor. Uma proposta de reflexão em saúde mental

Denise Tinoco Novaes Bedim
Mariana Fernandes Ramos dos Santos

*Nenhuma verdade me machuca, nenhum motivo me corrói
Até se eu ficar só na vontade, já não dói, nenhuma doutrina
me convence, nenhuma resposta me satisfaz,
nem mesmo o tédio me surpreende mais,
mas eu sinto que eu 'tô viva
A cada banho de chuva que chega molhando meu corpo nu".
(PITTY, 2002)*

Considerações iniciais

O ato de suicidar-se, ou até mesmo a ideação suicida, desde sempre fez parte do desenvolvimento humano, independentemente de classe, região, contex-

to econômico cultural ou faixa etária. Porém, considera-se que esse índice tem crescido significativamente nos últimos anos, de modo que elementos que eram compreendidos somente no âmbito singular passaram a ser entendidos e apresentados no âmbito coletivo. Diante disso, considera-se o comportamento suicida como uma alternativa de solução dos problemas presentes frequentemente em nossa sociedade, o que nos faz considerar que estamos diante de uma epidemia, uma vez que várias pessoas de singularidades diversas têm praticado esse ato de maneira significativa.

Em contextos atuais, há a reflexão dos fatores causadores do índice significativo que vem se alarmando, sobretudo na população mais jovem. Nesse sentido, este capítulo tem a proposta de analisar dados referentes ao suicídio, sobretudo no que se refere aos contextos mundiais e brasileiros, trazendo paralelos de dados referentes a diferentes públicos e seus respectivos métodos de tentativa desse ato, trazendo a personalização como uma forma de compreendermos a autodestruição implicada na idealização e no ato suicida, propondo uma reflexão no espaço da Saúde Mental e trazendo luz às formas de atuação que priorizem o conhecimento do sujeito e como ele percebe e faz sua leitura de mundo.

Contextualizando em números

Considerando o suicídio como um ato presente no desenvolvimento da humanidade, em vários contextos diferenciados no que se refere ao tempo e ao espaço, faz-se de suma importância a compreensão de dados sociais atribuídos a esse ato, de maneira a nos direcionarmos para a compreensão desse fenômeno que deixa de ser atribuído ao individual e se torna um fenômeno coletivo, recorrente e frequente, uma epidemia que se utiliza desse ato humano de “decisão” pela morte.

Bertolote (2012) descreve que dados da OMS estimam que, dentre a população mundial, uma pessoa se mata a cada 40 segundos e o território brasileiro ganha destaque entre os dez países do mundo onde há mais mortes por suicídio.

Who (2014) aponta que o suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte em todo o mundo, destacando-se em jovens com idade entre 15 e 34 anos e representando uma morte a cada 40 segundos. Já Varnik (2012) denota que cerca de 1.920 pessoas põem fim à vida diariamente superando, atualmente, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transportes,

guerras e conflitos civis. Thompson *et al.* (2012) afirmam que, a cada 2 horas, 25 pessoas cometem suicídio nos Estados Unidos.

Botega (2014) se refere ao panorama brasileiro, retratando que as taxas de mortalidade por suicídio oscilam entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100 mil habitantes. Um número relativamente alto, levando em consideração as políticas de Saúde e programas de promoção de Saúde em território brasileiro, o que chama nossa atenção na compreensão desses dados, considerando o aumento das taxas nos últimos vinte anos, enfatizando mais uma vez a população jovem brasileira (MELEIRO; TENG; WANG, 2004).

Botega (2009) atribui aos últimos 45 anos os maiores coeficientes de suicídio, havendo mudança da faixa mais idosa da população para as faixas mais jovens. O autor ainda relata ser o suicídio uma das causas de morte mais frequentes nessa faixa etária da população. Dados também apontados nos estudos relatados por Toro *et al.* (2009) se referindo à Finlândia e ao Canadá descrevem a identificação de taxas altas de suicídio no público adolescente. Seguindo a mesma análise, suas pesquisas indicaram que os habitantes de zonas urbanas e os jovens de 15 a 24 anos possuem o maior risco de suicídio em continente americano.

No contexto europeu, Hintikka *et al.* (2001) afirmam que cerca de 14,7% da população geral que nunca tentou suicídio apresentou ideias suicidas, destacando o aumento desse índice a cada ano, com taxas de incidência de 4,6%, corroborando, mais uma vez, com a atribuição do comportamento suicida na escala do desenvolvimento adolescente, em que estimou-se que de 7 a 12% da população de crianças e adolescentes americanos já tiveram ideias suicidas.

O estudo realizado no Brasil por Araújo, Vieira e Coutinho (2010) cita que cerca de 22% de sua amostra, adolescentes do ensino médio, apresentaram ideação suicida, o que pode ser considerado uma exibição de dados alarmantes, pelo perfil e desenvolvimento do público-alvo, onde as crenças desses sujeitos em relação ao suicídio eram atribuídas a características positivas do suicida, como sinal de coragem e bravura. Nesse sentido percebemos uma distorção importante no que se refere à leitura de realidade e de si mesmo realizada pelo público alvo, atribuindo conotações positivas a atos de autodestruição, o que contribui de forma significativa para que concepções distorcidas em relação ao ato se disseminem, tornando-se um comportamento coletivo.

Quando atribuímos os métodos do suicídio consumado mais utilizados no contexto brasileiro, o enforcamento é o mais encontrado, seguido da morte por projétil de arma de fogo. Enquanto são atribuídas às tentativas de suicídio com sobrevivência as intoxicações exógenas, entre elas, a ingestão de inseticidas, a superdosagem de medicamentos, a ingestão de produtos para limpeza doméstica, dentre outros (VIANA *et al.*, 2008).

No Brasil, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) aponta que dos 107.958 casos de intoxicação humana registrados no ano de 2006, 23.089 foram atribuídos à tentativa de suicídio e, dos 488 óbitos registrados no mesmo ano, 63,1% foram por suicídio.

No que se refere à maneira utilizada para atentar contra a própria vida, no contexto brasileiro, Lovisi et al. (2009) relatam, em sua pesquisa, que a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%), destacando como meios: o enforcamento (47%), as armas de fogo (19%) e o envenenamento (14%). No gênero masculino, predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%); já no gênero feminino, predomina o enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%).

Figura 1 – Dados epidemiológicos sobre autolesão provocada de 2011 a 2016

Características dos casos	Feminino (N=116.113)		Masculino (N=60.098)	
	n	%	n	%
Raça/cor				
Branca	57.586	49,6	29.436	49,0
Negra (preta + parda)	41.478	35,7	22.382	37,2
Amarela	735	0,6	409	0,7
Indígena	555	0,5	577	1,0
Ignorado	15.759	13,6	7.294	12,1
Escolaridade				
Analfabeto	967	0,8	814	1,4
Ensino fundamental incompleto	27.539	23,7	15.486	25,8
Ensino fundamental completo	7.838	6,8	3.910	6,5
Ensino médio incompleto	12.025	10,4	5.022	8,4
Ensino médio completo	15.218	13,1	6.709	11,2
Ensino superior incompleto	2.844	2,4	1.130	1,9
Ensino superior completo	2.815	2,4	1.085	1,8
Ignorado	45.872	39,5	25.083	41,7
Não se aplica	995	0,9	859	1,4
Faixa etária (em anos)				
0-9	1.146	1,0	998	1,7
10-19	30.075	25,9	11.789	19,6
20-29	30.099	25,9	17.243	28,7
30-39	26.207	22,6	13.130	21,8
40-49	17.060	14,7	8.114	13,5
50-59	7.806	6,7	4.774	7,9
60 e mais	3.716	3,2	4.049	6,7
Presença de deficiência/transtorno				
Sim	22.751	19,6	12.048	20,0
Não	67.440	58,1	33.726	56,1
Não se aplica	35	0,0	20	0,0
Ignorado	25.887	22,3	14.304	23,8
Zona de residência				
Urbana	103.853	89,4	51.786	86,2
Rural	8.497	7,3	6.101	10,2
Periurbana	859	0,7	473	0,8
Ignorado	2.904	2,5	1.738	2,9

Fonte: Brasil. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 48. nº 30 - 2017.

Seja o suicídio consumado, bem como a tentativa de suicídio, a preocupação é significativa, uma vez que a quantidade de tentativas de suicídio é cerca de 10 a 20 vezes maior que o suicídio consumado (JUNIOR, 2016).

Destacando-se que a tentativa acontece em quantidade significativa anteriormente ao ato consumado, é importante a compreensão dos fatores que levam a essa forma de tentativa como maneira de resolução de problemas, o que nos faz pensar na concepção do entendimento do ato suicida, ou seja, do comportamento suicida.

Comportamento suicida

Wenzel, Brown e Beck (2010) definem o comportamento suicida como a morte causada por danos autoinflingidos diante da presença de qualquer grau de intenção de morte. Ou seja, o comportamento suicida é aquele onde o sujeito tem a intenção de se ferir ou se eliminar.

Botega (2014) faz uma análise crítica apontando que, na atualidade, o comportamento suicida ainda encontra limitações para sua exploração, o que é constatado pelas dificuldades em seus registros. Essas limitações também se direcionam às tentativas de suicídio e ideação suicida, o que também evidencia o preconceito ainda existente na procura por serviços de saúde, fator dificultador de qualquer processo de levantamento de dados e de possibilidade de compreensão desse comportamento, uma vez que há dificuldade de fidedignidade desses elementos.

Dentro dessa compreensão, Tait *et al.* (2016) reafirmam que as tentativas de suicídio e ideação suicida são elementos do comportamento suicida, onde se está implícita a intencionalidade do indivíduo na agressão autoinfligida. Diante disso, podemos entender que a ideação antecede ao ato, o que contribui de forma significativa para a compreensão das situações-gatilho que levam a culminar no ato suicida.

Chehil e Kutcher (2012) também pontuam que a tentativa de suicídio consiste em um comportamento intencional e autoinfligido, diferenciando-se do suicídio consumado por não haver sucesso no ato, entendendo como sucesso o ato de dar fim à própria vida. Compreendemos que há a ideação e o ato, culminando no comportamento suicida.

Os estudos de Dalgarrondo *et al.* (2006) e Souza *et al.* (2010) comparam os pensamentos (ideação) suicidas ao risco de tentativas de suicídio, pontuando que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideação

suicida, evidenciando mais uma vez o pensamento e o ato no contexto dos comportamentos suicidas.

Crosby *et al.* (2007), definem a ideação suicida como pensamentos ou ideias de morte, em que podem ser englobados desejos, atitudes, planos ou demais elementos cognitivos como imagens, vozes, que apresentem ou mantenham a ideia de morte intencional. Porém, não necessariamente a ideação suicida precisa estar associada ao ato ou tentativa suicida, uma vez que o sujeito pode emitir essa crença, porém não ir ao ato ao encontro dela.

Com isso, percebemos que a ideação antecede a tentativa (ato), que é precedida pelo suicídio em si (suicídio consumado). Referente a esse processo, Botega *et al.* (2006) afirmam que, para cada suicídio, existem dez tentativas suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica, e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas. Enfatiza-se mais uma vez a importância dos dados para nossa compreensão, e sobretudo, a responsabilidade de fidedignidade dos profissionais com a manejo dos dados.

Como a ideação suicida é um elemento importante para estudo, a vulnerabilidade ao suicídio é associada à vulnerabilidade cognitiva e aos pensamentos relacionados ao suicídio como forma de compreendermos os elementos que antecedem ao comportamento suicida, importante fator de compreensão e intervenção neste fenômeno. Torna-se importante salientar a significação dos estudos que envolvem formas disfuncionais e não adaptativas de compreender o contexto e as vivências, entre elas, os erros cognitivos.

O erro cognitivo da personalização

As distorções cognitivas são erros de raciocínio que comprometem o conteúdo do pensamento, havendo a presença de pensamentos automáticos distorcidos oriundos da percepção de um indivíduo sobre os aspectos importantes de si mesmos, dos outros, e do mundo (DOZOIS; BECK, 2008). Salienta-se a Tríade Cognitiva de Beck: crenças sobre o eu, o outro e o mundo. Quando há a presença de interpretações distorcidas, estas inferem em pensamentos automáticos e conseqüentemente produzem crenças distorcidas e esquemas (crenças nucleares).

Miranda *et al.* (2014) encontram, em seus estudos, a importância da ideia suicida como fator de vulnerabilidade ao suicídio, sendo a ideia, ou seja, o que o sujeito pensa sobre determinado contexto, um fator preponderante para o ato suicida. Ainda sobre padrões de pensamento, Gabbard, Beck e Holmes (2007) afirmam que estes afetam diretamente as emoções, que por sua vez relacionam-se ao estado de saúde, já que as distorções interferem na avaliação de realidade, que culminam nas posturas tomadas pelo sujeito no mundo, podendo culminar numa postura de vulnerabilidade. Vulnerabilidade esta que compromete diretamente as crenças direcionadas ao eu, o que de certa forma o torna vulnerável, o que o faz culpabilizar-se pelo contexto vivido, o que maximiza a sua vulnerabilidade, emitindo o erro cognitivo da personalização de forma significativa, pois compromete a leitura de realidade e, sobretudo, a concepção que o sujeito tem de si mesmo.

Os erros cognitivos, ou crenças disfuncionais, são assim nomeados uma vez que comprometem o desenvolvimento do sujeito. A personalização, erro cognitivo frisado nesse capítulo, traz consigo comprometimentos associados às crenças do eu e, por conta disso, leva o indivíduo a associar o estado emocional à sua maneira de se ver, e de avaliar sua postura perante a situação vivida, o que culmina na ideia de autoeliminar-se (ideia suicida). A personalização é definida, por Wright *et al.* (2008), como reação perceptiva a fatos externos, como se houvesse relação destes com o próprio indivíduo, mesmo quando não há evidências para tal, assumindo-se uma responsabilidade excessiva ou culpa por tais fatos, o que nos faz compreender melhor a premissa cotidiana de o suicida não querer se matar, mas querer matar a sua dor. Pelo erro cognitivo da personalização, a percepção do sujeito faz com que ele compreenda a dor como causada por ele mesmo e associada a ele, levando-o à ideia de eliminar a dor (ele mesmo), uma vez que há a leitura de que o problema seria ele mesmo.

As crenças estão mais uma vez envolvidas não somente com a compreensão das cognições, mas também como forma de tratar e intervir nas ideias e no comportamento suicida. Wright *et al.* (2008) aponta algumas técnicas que podem ser utilizadas nesse processo: foco voltado para o problema; conceitualização de caso individualizada; relacionamento terapêutico empírico colaborativo; questionamento socrático; uso de estruturação, psicoeducação e ensaio para melhorar a aprendizagem; evocação e modificação de pensamentos automáticos; descoberta e modificação de esquemas. Os autores ainda

salientam que métodos comportamentais podem ser utilizados como forma de reverter padrões de desamparo; comportamento autodestrutivo e evitação e desenvolvimento de habilidades para evitar a recaída, o que faz necessária a acessibilidade da escuta e intervenção no quadro de suicídio diante de vários contextos, sobretudo nos dispositivos de saúde, e a percepção, o pensamento e as emoções do sujeito.

A avaliação do comportamento suicida pela cognição é relevante para todos os profissionais de Saúde Mental. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), deve fazer parte da prática clínica rotineira de qualquer médico, visto que o suicídio tornou-se uma grande questão de saúde pública, tornando o suicídio uma urgência médica, daí a necessidade de se detectar componentes que sugerem comportamento suicida. O Conselho Federal de Medicina, juntamente com a Associação Brasileira de Psiquiatria, publicou uma cartilha direcionada aos médicos indicando seis perguntas consideradas chaves para detectar indícios significativos para o quadro depressivo. Abaixo, estão as 6 perguntas fundamentais para cada consulta, propostas na cartilha, sendo as três primeiras para todos os pacientes e as três últimas serão realizadas dependendo das respostas anteriores. É necessário informar que a cartilha orienta para que os médicos da Atenção Básica encaminhem os pacientes para tratamentos especializados caso constatem o risco suicida.

1. Você tem planos para o futuro?

A resposta do paciente com risco de suicídio é não.

2. A vida vale a pena ser vivida?

A resposta do paciente com risco de suicídio novamente é não.

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?

Dessa vez, a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

Se o paciente respondeu como foi referido acima, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

4. Você está pensando em se machucar/se ferir/fazer mal a você/em morrer?
5. Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?

6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?

Sabe-se que conhecer e se informar a respeito de um assunto na área da saúde aumenta a possibilidade de intervenção e propostas terapêuticas, por conseguinte, para tanto, a pesquisa faz-se necessária, bem como a divulgação dos resultados encontrados.

Ressalta-se que o conhecimento e a escuta são o diferencial para a detecção dos elementos indicativos e para as conduções do caso, o que nos convida a pensar em propostas direcionadas ao sujeito, e não ao suicídio, salientando a relevância desses dados ao se tornarem públicos.

Considerações finais

Atualmente, vivenciamos uma epidemia de comportamentos suicidas, o quantitativo de casos aumenta cada vez mais, os dados são alarmantes, sobretudo na população jovem, com os índices do Brasil e do mundo crescendo significativamente. Assim como os jovens, outros públicos também têm tentado, o que nos faz refletir sobre os elementos que compõem o comportamento suicida.

O suicídio como forma de resolução de problemas tem ganhado destaque, em que o sujeito atenta contra a própria vida como forma de eliminar o sofrimento vivenciado. Na proposta de reflexão da Saúde Mental em casos de suicídio, observou-se que as crenças disfuncionais têm sido produzidas por uma percepção distorcida da realidade, o que culmina num processo de erro cognitivo, entre eles, destaca a personalização, em que o sujeito atribui a ele mesmo todos os eventos negativos externos, por conta das associações perceptivas que ele realiza na sua leitura de realidade.

Mediante esse processo, chama-se a atenção, para dentre as propostas de atuação, focar-se nas crenças do sujeito, uma vez que foi pontuada em uma pesquisa brasileira a associação de crenças positivas ao ato suicida, o que o reforça e aumenta a chance deste se repetir, saindo de um contexto singular e vindo para um espaço no coletivo.

Na tentativa de intervenção, o Conselho de Medicina lança uma cartilha com seis perguntas chaves para poder conduzir a escuta e o atendimento do

paciente com um perfil suicida em todos os espaços, com destaque para as UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Contudo, fomentam-se novas pesquisas, para que esses dados possam ser analisados e transformados em intervenção, desenvolvam o caráter cada vez mais fidedigno, e que os profissionais saibam a importância de se computar os dados de suicídio no território, uma vez que esses dados são analisados e computados para futuras pesquisas e intervenções.

Referências

- ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.** *Psico-USF*. v. 15, n.1, p. 47-57, 2010.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo, SP: Ed. Unesp, 2012.
- _____; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: Uma perspectiva global. *In: WERLANG, B.; BOTEGA, N. J. Comportamento suicida.* Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BOTEGA, N. J.; WERLANG, B.; CAIS, C.; MACEDO, M. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.
- _____; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 12, p. 2632- 2638, 2009.
- BOTEGA, N. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. v. 2, n. 3, p. 231- 236, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Ano II, n. 4, 2007.
- _____, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Volume 48. N ° 30, 2017.
- CHEHIL, S.; KUTCHER, S. **Suicide risk management: a manual for health professionals.** 2. Ed. 2012.
- CROSBY, A.; VAJANI, M.; ANNEST, J.; ALEXANDER, J.; MILLET, L. Nonfatal and Fatal Self-Harm Injuries Among Children Aged 10-14 Years — United States and Oregon, 2001- 2003. **Suicide and life threatening behaviour.** v. 37, n. 5, p. 493-506, 2007.
- DALGALARRONDO, P.; BARROS, M.; MARÍN-LEÓN, L.; BOTEGA, N.; OLIVEIRA, H.; SILVA, V. Fatores de risco associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.
- DOZOIS, D. J. A.; BECK, A. T. **Cognitive schemas, beliefs and assumptions.** Oxford, England: Elsevier/Academic Press, 2008.

- GABBARD, G.; BECK, A.; HOLMES, J. **Compêndio de psicoterapia de Oxford**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- HINTINKKA, J.; PESONEN, T.; SAARINEN, A.; LEHTONEN, J.; VIINAMAKI. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. **Psychiatry epidemiol.**, v. 36, p. 590-594, 2001.
- JUNIOR, C. A. Suicidal behaviour in adolescents: characteristics and prevalence. **Journal of human growth and development**, v. 26, n. 1, p. 88-94, 2016.
- LOVISI, G. M.; SANTOS, A. S.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31 (suppl), 86-93, 2009.
- MEDICINA, Conselho Federal de. **Cartilha – Suicídio: informando para prevenir**, 2014.
- MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.
- MIRANDA, R.; ORTIN, A.; SCOTT, M.; SHAFFER, D. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. **Journal of child psychology and psychiatry**, v. 55, n. 11, p. 1288-1296, 2014.
- SOUZA, L. M.; ORES, L.; OLIVEIRA, G. T.; CRUZEIRO, A. L.; SILVA, R.; PINHEIRO, R. T.; BERNARDO, L. H. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. V. 59, n. 4, p. 286-292, 2010.
- SOUZA, L.; SILVA, R.; JANSEN, K.; KUHN, R.; HORTA, B.; PINHEIRO, R. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. **Revista brasileira de psiquiatria**. V. 32, n. 1, p. 37-41, 2010.
- TAIT, Gordon; CARPENTER, Belinda. The continuing implications of the 'crime' of suicide: a brief history of the present. **International journal of law in context**. v. 12, n 2, p. 210-224, 2016.
- THOMPSON, R.; PROCTOR, L.; ENGLISH, D.; DUBOWITZ, H.; NARASIMHAN, S.; EVERSON, M. Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. **Journal of Adolescence**. V. 35, p. 175-186, 2012.
- TORO, D. C.; PANIAGUA, R. E.; GONZÁLEZ, C. M.; MONTOYA, B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín. **Revista da Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 27, n. 3, p. 302-308, 2009.
- VÄRNIK, P. Suicide in the world. **International Journal of Environmental. Research and Public Health**, v. 9, p. 760-771, 2012.
- VIANA, G. N.; ZENKNER, F. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, B. T. Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.
- WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A. T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country reports and charts available**. Disponível em: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html. Acesso em: 22 jan. 2014.
- WRIGHT, Jesse H.; BROWN, Gregory K.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Tradução de Mônica Giglio Armando. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Um olhar clínico e esclarecedor sobre a Síndrome do Pânico

Ana Carolina Branco de Farias

Beatriz Carrara Marinho

Dulce Helena Pontes-Ribeiro

“Nutra sua mente com grandes pensamentos, pois você nunca irá mais alto do que o que você pensa”.

(Benjamin Disraeli)

Considerações iniciais

A síndrome do pânico é abordada no presente capítulo para certos esclarecimentos de um transtorno que aflige a contemporaneidade, atingindo principalmente aqueles portadores de uma grave ansiedade, sem, contudo, descurar-se daqueles que um dia sofreram um trauma.

O termo *síndrome* ou *transtorno do pânico* (SP ou TP) é uma categoria psiquiátrica criada em 1980 (APA, 1990), inserida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1994).

Define-se síndrome como “conjunto de sinais ou de características que, em associação com uma condição crítica, são passíveis de despertar insegurança e medo” (SÍNDROME, 2019, p. 1). Sendo assim, a SP atua no sistema nervoso central deixando o paciente em modo alerta, causando sensações físicas de desconforto. Não são sintomas gradativos; eles causam um ataque na pessoa, quase sempre de curta duração, com palpitações, dores, sensação de morte, descontrole de si próprio – abalos esses que levam o paciente a procurar ajuda médica (de profissionais às vezes não especializados no assunto), como pronto atendimento em hospitais, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento da doença.

Em face das dificuldades evidentes de profissionais da área da saúde em lidar com o TP, o presente capítulo tem como objetivo esclarecer conceitos sobre tal doença, discorrer sobre sua recorrência na atualidade, sua abordagem e diagnóstico clínico e, também, sobre o tratamento específico. É óbvio que não se pretende, aqui, discutir essa temática à exaustão, mas sim tocar em pontos cruciais para uma compreensão basilar necessária a tomadas de atitude, quando mediante a um quadro característico da doença. Afinal, a SP “afeta aproximadamente entre 2% a 4% da população mundial e tem um pico entre os 20 e 24 anos” (MASCI, 2017, p. 14).

Como fontes de estudo para a elaboração desta reflexão, foi realizada uma revisão da literatura sobre a TP/SP nas principais bases de dados existentes (Google Acadêmico, Medline e Scielo) e em materiais afins.

Definição científica do surgimento da Síndrome do Pânico e como ela ocorre

O pânico não é um problema tão recente como a globalização; pelo contrário, é um mecanismo desenvolvido pelo nosso corpo desde nossos ancestrais, que nos permitiu sobreviver em situações de risco iminente à vida. A primeira vez que foi devidamente notado data da década de 1960, por Donald Klein, um psiquiatra americano que resolveu testar várias medicações lançadas até então na “neurose de ansiedade” com o antidepressivo imipramina. O resultado não foi imediato, mas, após algum tempo, os pacientes começaram a relatar melhora. Estudos clínicos definiram a doença como um quadro nosológico com suas próprias características, acompanhado de graves danos psíquicos e funcionais. Trata-se de um caso raro em que a patologia foi diagnosticada pelo tratamento (VIANA, 2018).

Voltando-se no tempo, mais precisamente ao ano de 1840, iniciava-se, nos Estados Unidos, um processo de censo acerca dos embarços psíquicos do homem, distribuindo-os em duas classes: *idiotia* e *loucura* – ainda em face das primeiras concepções sobre o comportamento humano. Já em 1880, falava-se, de algum modo, em Transtornos Mentais, embora numa segmentação simplista, porém mais discriminada do que a anterior, pois o censo passa a ser dividido em sete categorias, tais como: “mania, melancolia, monomania, parresia, demência, dipsomania e epilepsia” (BLASI, 2018, p. 1). Esses dois censos se baseavam em objetivos estatísticos.

No século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, incorporou na Classificação Internacional de Doenças, 6ª edição (CID-6), uma sessão de Transtornos Mentais, para melhor atendimento dos veteranos de guerra do exército norte-americano, que desenvolveu uma complexa categorização. Cinco anos depois (1953), a Associação Americana de Psiquiatria (APA) lançou a primeira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DMS), que é até hoje (a despeito de uma gama de revisões/atualizações importantes) o principal dispositivo aplicado na atuação clínica, pois, apesar de simples, “descreve as características mais comuns, ou seja, os principais sintomas de diversos Transtornos Mentais, sendo dividido de forma prática e simples, mas completa” (BLASI, 2018, p. 1).

Retornando ao século XIX, mais precisamente ao ano de 1871, houve relatos de médicos descrevendo ataques em soldados, durante guerras, como uma patologia funcional, que, dessa vez, recebeu o nome de *coração irritável*. No mesmo ano, Karl Friedrich Otto Westphal fez o relato de três casos com o quadro, cunhando o termo de *agorafobia*, medo de Ágoras – praças públicas onde os sábios da Grécia antiga discutiam questões relativas à *polis* e outras; lugar aberto). Conforme Andressa da Silva Behenck,

O transtorno de pânico (TP) caracteriza-se pela presença de ataques súbitos de ansiedade e sensação de medo intenso. [...] A sensibilidade à ansiedade (SA) é um constructo multidimensional relacionado a medos somáticos, de situações sociais e de aspectos cognitivos da ansiedade que tem sido relacionada à gênese e à manutenção dos sintomas do TP (BEHENCK *et al.*, 2018).

No século XX, em torno de 1980, a doença foi classificada pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III) como TP ou SP – tema que se expandiu para além do âmbito profissional, tendo também repercussão na mídia escrita e falada. Entende-se que há um estilo de sociedade que gera condições e possibilidades para a produção de determinadas psicopatologias como típicas de sua época e isso não quer dizer que, necessariamente, são psicopatologias inéditas, mas sim formas de expressar sentimentos que podem ser por meio da ansiedade, SP, psicossomatizações, dentre outras (MENEZES, 2005).

A noção freudiana do entendimento do pânico é como uma manifestação clínica do desamparo, ausência de ajuda ou a não inclusão no meio em que vive, fazendo parte de diferentes formas de angústia. Outro ponto decorre de uma infância privada de processos como decepções; no futuro, essa pessoa, já adulta, pode encontrar um mundo que não corresponde àquele que ela imaginava (onipotência narcísica). Assim, ao entrar em contato com a realidade, pode sentir um desamparo ou achar essa fase uma experiência intolerável, um desmoronamento do seu mundo interior em comparação ao campo social. Freud afirma que “os ideais orientam os laços sociais sustentados pelo desejo e pelas identificações e, nesse sentido, a construção dos laços sociais é um efeito da problemática do indivíduo em relação aos ideais e às identificações” (MENEZES, 2005, p. 199). O autor chamou de “mal-estar na civilização” as psicopatologias contemporâneas.

Durkheim diz que a sociedade é um organismo vivo e Rousseau defende a criação de um contrato social como forma de proteção do indivíduo e suas particularidades; sendo assim, ao caminhar do estado natural para o estado civil, a fim de uma vivência comunitária, o ser humano tem que abrir mão de uma parte de sua liberdade; porém, essas regras e limitações podem ser frustrantes e excessivamente estressantes para algumas pessoas, ocasionando a situação de períodos com intenso sofrimento de ansiedade (SP) (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2002).

Há diversas teorias que explicam a SP; dentre elas, a mais aceita atualmente é que, principalmente no período da adolescência, “ocorre uma poda maciça de sinapses excitatórias e a formação de sinapses inibitórias no córtex pré-frontal”. Há evidências com estudos de neuroimagem que mostram que “o córtex pré-frontal (ventromedial) é hipotivo em distúrbios de ansiedade”, podendo desencadear “um tônus inibitório diminuído sobre estruturas subcorticais, que têm ligação com o transtorno do pânico, tais como a

amígdala, o hipotálamo, ínsula e a substância cinzenta periaquedutal” (VIANA, 2018, p. 59).

A estimulação direta dessas áreas produz ataques de pânico. Muitos estudos mostram que uma série de procedimentos experimentais controlados de laboratório são eficazes para desencadear os sintomas de um ataque de pânico em pacientes que já têm o transtorno com inalação de CO₂, hipo- ou hiperventilação, infusão de lactato, cafeína, isoproterenol, yohimbina, entre outros, sugerindo que eles provoquem uma alteração nas sensações corporais, mais do que as propriedades inerentes a cada estímulo. Apoiando-se nessa hipótese, percebe-se, ao comparar um paciente com o grupo controle, um aumento na ansiedade, quando ambos foram submetidos a uma situação de *bio-feedback*, quando deveriam controlar a frequência cardíaca. Mas, no decorrer do experimento, o som dos batimentos cardíacos foi alterado de forma a simular um falso incremento dessa frequência. Infere-se daí que até a simulação de uma alteração corporal com a impossibilidade de controle é fator importante para os pacientes desencadarem os sintomas (ZUARDI, 2017).

A ínsula é outra área cerebral que é alterada em pacientes com esse transtorno. Estudos de neuroimagem funcional feitos durante um ataque de pânico mostram aumento de atividade associada com sensações de desconforto, imediatamente antes dos sintomas típicos do ataque de pânico; logo, percebe-se que essa área pode funcionar como um alarme interno para estímulos interoceptivos, que, dependendo do estado emocional, podem ser interpretados como ameaçadores (ZUARDI, 2017).

Em nível de neurotransmissão envolvida no TP, as atenções voltam-se ao sistema serotoninérgico em função da resposta terapêutica, dada a latência para a produção do efeito e o aumento inicial de ansiedade (ZUARDI, 2017) (ver neste capítulo a seção sobre Tratamento). Um conjunto extenso de estudos em modelos animais de ansiedade e pânico associa a repetição da redução do córtex ventomedial e a hipersensibilidade da ínsula, que altera o funcionamento do circuito córtex-hipotálamo-amígdala, aumentando a vulnerabilidade aos ataques de pânico, desencadeado por diversas ocasiões, como associações com o ambiente e a agorafobia (ZUARDI, 2017).

Resumindo, as amígdalas cerebrais, localizadas no sistema límbico, são as responsáveis por deixar o ser humano em alerta quando se depara com determinadas situações. A SP está associada ao mau funcionamento dessa área

do cérebro; sendo assim, a pessoa acometida pela doença se sente ameaçada e com medo mesmo em situações que não apresentam perigo real para ela.

Síndrome do pânico: sintomas e diagnóstico

Após saber o que é a SP fica mais fácil entender que uma das formas de sua manifestação é a desregulação funcional decorrente do excesso de estímulo. Crianças que vivem/viveram em situações muito estressantes ou traumáticas, em geral de uma forma perturbadora da qual elas não têm/tinham controle, têm mais probabilidade de desenvolver a síndrome. Exemplo disso é a convivência com uma pessoa instável, um progenitor alcoólatra ou agressivo, sem saber quando e se vai melhorar a situação; então elas permanecem em estado de alerta, seu “alarme de perigo” fica constantemente ligado (MASCI, 2017).

Na adolescência (fase em que ocorrem alterações biológicas, “hormonais e na estrutura cortical”), há um aumento gradual de incidência da SP (VIANA, 2018, p. 59). Todavia, a etiologia específica do TP é desconhecida, “mas deve envolver uma interação de fatores genéticos, de desenvolvimento e ambientais que resultam em alterações no funcionamento de algumas áreas cerebrais” (VIANA, 2018, p. 56). De fato, há uma predisposição biologicamente determinada muito provável: a hereditariedade, contribuindo para a instauração da doença, apesar de não se saber ainda qual gene especificamente é relacionado, o que impede de separá-lo para estudar e poder gerar a cura. É o que corrobora Varella (2019, p. 1):

Ainda não foram perfeitamente esclarecidas as causas do transtorno do pânico, mas acredita-se que fatores genéticos e ambientais, estresse acentuado, uso abusivo de certos medicamentos (as anfetaminas, por exemplo), drogas e álcool, possam estar envolvidos.

A SP tem potencial de ser acompanhada de outras síndromes, como depressão ou fobias. Entre as comorbidades, as mais frequentes são a depressão e o transtorno de ansiedade generalizada. Além disso, a pessoa portadora pode ter algum vício químico, como álcool, para tentar aliviar os sintomas. A SP compromete a vida em todos os estágios (pessoal, social e profissional), afetando, assim, a qualidade de vida, pois a pessoa perde a autoconfiança de

lidar com certas situações, além do medo de desencadear o transtorno em um momento inoportuno. Sem tratamento adequado, há pouca probabilidade de melhora e as chances de cura são baixas, o lado positivo é que já há abordagens bem eficazes para lidar com essas patologias. Além do tratamento específico, há formas que podem amenizar ou piorar sua ocorrência. Acerca do tratamento farmacológico, logo de início deve-se ministrar “o uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, os quais apresentam uma latência de 20 a 30 dias para o início do efeito” (ZUARDI, 2017).

Abaixo, estão arrolados estímulos que pioram a situação do pânico, segundo Masci (2017, p. 63).

- 1 - Ficar muito tempo sem comer. A falta de alimento em pessoas saudáveis causa irritabilidade; já as pessoas com a síndrome pensam que vão morrer; por resposta à memória primitiva, pode desencadear crise. O tempo máximo de crise é de 10 minutos, que pode ocorrer de 3 em 3 horas, mas também pode ocorrer aleatoriamente.
- 2 - Descontrole do sono. Ao ser dificultado, pode sobrecarregar o sistema funcional, alterando-o; portanto, ao sentir sono é preciso procurar a cama, manter um horário regular para dormir, usar 20 minutos antes se preparando para o sono, efetuando ações leves e monótonas. Uma noite mal dormida não deve ser compensada com uma dormida à tarde, pois assim o organismo inverterá a noite com o dia.
- 3 - Uso de estimulante e excitantes como cafeína, refrigerantes à base de cola e alguns chás, principalmente após as 17h.
- 4 - Sobrecarga de catástrofes, seja por meio de notícias de jornais, seja por pessoas contando, seja por meio de filmes muito violentos. Quando possível, é conveniente evitá-las. Inversamente, há trabalhos afirmando que pessoas com doenças crônicas melhoram ao assistir filmes bem-humorados, já que rir anula a situação de perigo.
- 5 - Desorganização do tempo. Isso estressa, pois provoca esquecimento de pequenos atos cotidianos, que aborrece o doente, dando-lhe a sensação de impotência.
- 6 - Aversão a si próprio. Chamar a si mesmo de incompetente (ou demais adjetivos negativos) em tom áspero ativa o sistema de alarme. O importante é tratar a si com suavidade e carinho.

A seguir, estão listados estímulos que melhoram a situação, conforme também Masci (2017, p. 83).

- 1 - Respiração controlada. Ao se fazer uma inspiração mais profunda, o diafragma se distende ativando o sistema parassimpático que age acalmando. Há vários métodos. Um deles é “2-1-4-” : inspira-se pelo nariz lentamente por 2 segundos, segura-se o ar dentro do pulmão por um segundo, depois, lentamente ele é expirado pelo nariz por 4 segundos. A expiração deve ser sempre o dobro de tempo da inspiração. Já a respiração não controlada faz o sangue ficar mais alcalino, facilitando novas crises, desregulando ainda mais o cérebro.
- 2 - Junto com a respiração, a associação a imagens mentais. O cérebro não é muito bom em distinguir o que é imaginário do que realmente está acontecendo; por isso, quando sonhamos com alguém, temos uma sensação meio estranha. Convém, portanto, imaginar um cenário agradável, ou uma lembrança que acalma. Quando se tem a sensação de segurança, a crise de pânico tem mais dificuldade de se instalar. Logo, deve-se treinar antes da instauração da crise, fazer desse treino algo mais automático.
- 3 - Informação sobre a SP. Sendo bem informado, torna-se mais fácil o controle da crise. Afinal, saber que a SP não é causa de morte é mais reconfortante.
- 4 - Discernimento entre estar com um problema e ser permanentemente problemático. Quando se demarca o problema, fica mais fácil solucioná-lo.
- 5 - Interrupção da tensão acumulada e enfrentamento de qualquer novidade, devagar e progressivamente.

Essas listas não são exaustivas, mas têm a sua utilidade. Delas se deduz que a primeira atitude é o descarte de ações que podem provocar crises eventuais e que possivelmente tenham alguma semelhança com a doença SP, tais como doenças hormonais, hipoglicemia, alguma alteração cardíaca, pulmonar, além de uso de substâncias químicas que podem desencadear ou favorecer o surgimento de crises. Cerca de 90% das pessoas que têm a SP acreditam ter uma doença física; e isso é tão intenso que, ao receber um diagnóstico negativo, o

paciente procura outro especialista em busca de um diagnóstico diferenciado, afinal, nossa sociedade atual procura sempre um rótulo específico. Além do mais, a parte mental é socialmente muito negligenciada. O tema é tratado como se houvesse uma separação entre corpo e mente. Verdade é que, quando um adocece, o outro sente as consequências, pois somos um organismo completo, uno. Quando houver esse entendimento e se deixar de resumir tudo à pragmática, a medicina tomará um rumo bem melhor. Enquanto isso, a falta de um diagnóstico precoce atrasa o início do tratamento, o que pode resultar em frustração para o paciente, o qual, muitas vezes, “consulta-se” no Google ou com um conhecido que, para ele, apresenta um diagnóstico de sintomas parecidos. Portanto, o primeiro passo é buscar um médico para esclarecimento e diagnóstico, em especial um psiquiatra, que é o especialista em transtornos emocionais (MASCI, 2017).

Para um tratamento efetivo, lembra-se que cada ser humano é diferente; logo, cada tratamento deve ser personalizado para cada paciente, conforme os sintomas desencadeados. Aliás, é de bom tom assinalar que o diagnóstico não consiste apenas em exclusão de doenças, mas também em observação dos sintomas, se eles são característicos e se encaixam na descrição das síndromes. Acerca dos sintomas da doença, Drauzio Varella (2019) assim os apresenta:

- Pavor imenso;
- Medo de morrer, perder o controle e ficar louco;
- Sensação de falta de ar, asfixia;
- Tontura ou vertigem;
- Palpitação, taquicardia e dor no peito;
- Tremor muscular;
- Enjoo;
- Diarreia;
- Transpiração excessiva, sensação de calor ou suor frio, calafrios;
- Sensação de que vai desmaiar e perder os sentidos;
- Formigamento ou agulhadas na pele;
- Boca seca;

- Sensação de perda de controle do próprio corpo, emoções e pensamentos;
- Sensação de irrealidade;
- Sensação de afastar-se do próprio corpo.

Como se constata, para a pessoa o perigo é real e o corpo sofre com isso. *A priori*, é um medo intenso, inesperado – diferente da ansiedade (quando primeiro vem o pensamento e depois desencadeiam-se efeitos físicos). A SP já começa com sintomas físicos associados a um pavor paralisante, como se a morte fosse acontecer a qualquer momento; distingue-se de outros transtornos por ocorrer com maior frequência. Não raro, os sintomas surgem de reações específicas; outras vezes, aparecem do nada, até mesmo com o paciente dormindo, ou então bem diferente disso, quando a pessoa está encurralada sem alternativa fácil para se livrar da situação em que se encontra, como quando está no trânsito, no teatro, na boate, no avião, no cinema. Há ocorrências em que o transtorno se instaura pelo simples fato de se estar fora de casa e achar que não vai conseguir ajuda, se vier a precisar. Por certo, esses sintomas variam de pessoa para pessoa (VARELLA, 2019).

Quando o paciente entende os sintomas e sabe o que acontece durante a crise, o especialista consegue dar um diagnóstico mais eficiente. Na SP, há uma sequência de reações do corpo, que é a mesma de uma pessoa saudável quando se encontra em uma situação de perigo: liberação do hormônio adrenalina de forma automática e rápida; aumento do batimento cardíaco (taquicardia/palpitação); sudorese; tremores e abalos musculares que possibilitam uma fuga mais eficiente. Em algumas pessoas, uma parte maior de sangue vai para alguns órgãos, como o intestino, e elas podem ficar sem ação e desenvolver enjoos/desconforto e diarreia; com o nível de oxigênio alterado, a pessoa sente tontura. “Cada crise de pânico atinge seu máximo rapidamente, digamos em 2 ou 3 minutos, e dura, no máximo, entre 15 e 20 minutos, não mais que isso” (MASCI, 2017, p. 14).

Há sintomas – como o de se estar em um sonho (desrealização) ou se afastando de si mesmo (despersonalização) – que geram o medo de enlouquecer. Isso costuma ser tão forte que o cérebro pode interpretar como realidade, desencadeando uma sensação de perigo. A recorrência desse quadro pode se tornar crescente, entrar em um círculo vicioso: alarme, pânico, sintomas, reações, alarme, e assim por diante (SANTA CATARINA, 2015).

O auge da SP pode levar o paciente a uma sensação de pavor absoluto acompanhado de sintomas bem desagradáveis, como os já citados neste capítulo. Com isso, quem sofre essa síndrome tende a se autolimitar, evita situações que sabe terem maior risco de desencadeá-la, sente-se cada vez mais vulnerável, ansioso e sem controle. Tal conjuntura é nomeada como *evitação fóbica*, isto é: faz com que o doente evite locais/situações onde já lhe ocorrera ataque de pânico e que lhe fora difícil escapar ou obter ajuda, geralmente em lugares onde há multidões (VIANA, 2018). A evitação fóbica pode aumentar a fobia para lugares outros, onde sequer o paciente tenha vivenciado a crise. Por um tempo, pode até aliviar o paciente, mas enquanto a origem do problema não for solucionada, o perigo está sempre iminente, e a pessoa passa a não confiar em si, apelando constantemente pela companhia de alguém.

Outro aspecto recorrente de quem tem SP é a *ansiedade antecipatória*, que é o “medo de ter um novo ataque” (APRS, 2016). Nesse caso, a pessoa fica em constante tensão, estimulando ainda mais o sistema de alerta. Isso pode estar relacionado “ao significado dos ataques ao invés de ter um ataque de pânico”. Há, pois, uma “considerável ansiedade acerca de ter um ataque mesmo se a aflição durante o ataque não for intensa”. Inclusive, o paciente pode até mesmo não se preocupar em relação a quando ocorrerá o próximo ataque, mas sim se preocupar com “o significado dos TP para a sua saúde física e mental” (VIANA, 2018, p. 104).

A fim de ilustração, segue um relato de um paciente com 26 anos, do sexo masculino, descrevendo seu primeiro ataque de pânico:

Comecei a ter problemas há nove meses, quando passava férias, com amigos no litoral. Numa tarde, depois de vários passeios, retornávamos ao nosso alojamento, no carro de um amigo, quando repentinamente e sem nenhum motivo, comecei a sentir uma enorme insegurança. Meu coração disparou e o sentia martelando em meu peito. Sentia minha cabeça formigando, estava com muito calor e comecei a suar abundantemente. Ao mesmo tempo, minhas mãos e pés estavam frios. Deixei de ouvir o que meus amigos falavam e só conseguia prestar atenção ao que estava sentindo. Respirava mais profundamente, sentia-me sufocado e pedi para abrirem as janelas do carro. Meu medo só aumentava e não sabia exatamente do que tinha medo. Pensei que fosse desmaiar

ou que estivesse tendo um ataque de alguma coisa e que pudesse morrer. Não queria que meus amigos soubessem o que se passava comigo, mas finalmente e com muito esforço disse-lhes que não estava bem. Fomos a um Pronto Socorro e enquanto esperávamos pelo atendimento comecei a sentir-me melhor, apenas um pouco tenso. O médico concluiu que meus sintomas se deviam a um excesso de sol (ZUARDI, 2017, p. 57).

É bom destacar a riqueza de detalhes na descrição do primeiro ataque de pânico, o que é muito comum entre os pacientes e demonstra o quanto o evento é dramático para eles, a ponto de conservar uma memória tão viva. Além disso, é característico o caráter súbito do sintoma, aparentemente sem relação com o ambiente, bem como são características a rápida progressão e a curta duração dos sintomas, como pode ser observado.

A medicina integrativa no tratamento para a Síndrome do Pânico

O tratamento da SP é único e exclusivo dos profissionais da área da saúde responsáveis pelo sistema nervoso do paciente, tanto o tratamento físico quanto o relacionado à psiquê. Não se deve fazer um tratamento sozinho ou com um não especialista na área. Nesse sentido, este capítulo não instiga o leitor a um autotratamento, mas sim a se informar mais sobre esse transtorno que assola a população mundial. Ocorre que, “Apesar de tratamento efetivo com medicações e terapia cognitivo-comportamental (TCC), muitos pacientes apresentam resposta parcial e tendem à cronicidade” (BEHENCK *et al.*, 2018).

O transtorno deve ser investigado de maneira primária, com uma anamnese bem feita. Caso exclua todas as doenças geradoras das crises e, consequentemente, da síndrome, não significa que o paciente não tenha a SP, mas sim que possivelmente ela não se origina de doenças físicas. Aliás, um dos mitos que envolve o transtorno é quando o paciente não tem doenças físicas e se crê que ele não possa ter a SP. Assim crendo, criou-se uma dificuldade de pacientes procurarem ajuda médica especializada no assunto. Em vez disso, o paciente se consulta com vários especialistas para tentar achar a causa do desconforto, e as tentativas não são bem-sucedidas (MASCI, 2017).

A partir de uma medicina integrativa, o paciente tem o que há de melhor na medicina atual, pois, desde que tenha uma comprovação científica da sua eficácia, o médico pode utilizar a medicina não convencional e a medicina convencional, fortalecendo, assim, corpo e mente do paciente. Dessa maneira, se uma doença psíquica se manifestar, haverá uma maior dificuldade de ali permanecer, já que não há brechas para a instalação da enfermidade na psiquê humana com um sistema fortalecido (MASCI, 2017).

O objetivo do tratamento da SP equivale aos objetivos da medicina propriamente dita: “curar quando possível e aliviar sempre”. O médico psiquiatra, quem geralmente lida com a síndrome, vai procurar restabelecer o sistema de alarme do paciente, em decorrência da síndrome que o descontrola; e, se não for possível, vai procurar diminuir a intensidade das crises e aumentar o espaçamento de tempo de ocorrência delas (MASCI, 2017).

Em linhas gerais, sobre o tratamento convencional, Masci (2017) distingue dois grupos de medicamentos alopáticos e ambos tratam a SP com uma ação diferente no corpo humano, a saber:

1) os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina: os medicamentos mais usados dentre a classe dos Inibidores de Recaptação da Serotonina são paroxetina, a sertralina, o citalopram e o escitalopram. O seu mecanismo de ação é não permitir a recaptação do neurotransmissor serotonina da fenda sináptica, permitindo que permaneça ligado mais tempo no seu receptor, compensando a sua baixa concentração no corpo. A serotonina é conhecida como o “hormônio da felicidade”, dessa forma, em situações ameaçadoras à vida humana, esse neurotransmissor está em baixa quantidade. É importante ressaltar que o tratamento que reestabelece o bom funcionamento dos neurotransmissores varia com um prazo de, no mínimo, 8 meses. Enquanto acontece o tratamento, o paciente não deve mexer na sua dose, pois isso comprometeria a eficácia do tratamento.

2) os Benzodiazepínicos. Os benzodiazepínicos ou diazepínicos são administrados em geral para a SP em associação com o IRSS (inibidores de recaptação de serotonina), mas também são usados isoladamente. Os mais utilizados para tratar a Síndrome são: Alprazolam e Clonazepam. O mecanismo de ação dos benzodiazepínicos é muito diferente do IRSS. Eles atuam aumentando a afinidade do neurotransmissor Gaba-amino-butírico (GABA) com o seu receptor. Por ser um neurotransmissor inibitório, vai atuar no cérebro em locais

que desencadeiam a informação de pânico, sendo assim o medo e a ansiedade vão diminuir no paciente com transtorno. Por ter uma ação quase que imediata, muitas vezes precisa aumentar a sua dose ao longo do tratamento para que possa ter uma resposta satisfatória. É importante ressaltar que os benzodiazepínicos atuam somente nos sintomas da SP. Por isso, deve haver o acompanhamento de um bom tratamento psíquico associando a outra droga e a tratamento psicológico.

Ao contrário dos inibidores de recaptação de serotonina, os diazepínicos podem ter um manejo maior na sua dose ao longo do tratamento, atuando de uma forma mais imediata. Por conta dessa característica, caso um paciente esteja apresentando situações de pânico, mesmo com a utilização do medicamento, o psiquiatra pode aumentar a dose fornecida ao paciente para reestabelecer sua ação. Porém, como todo medicamento disponível no mercado atualmente, eles provocam efeitos colaterais no organismo. Conforme Manfro e Blaya (2005, p. 351), “Embora vários estudos tenham demonstrado a eficácia do tratamento farmacológico para esse transtorno, uma proporção significativa dos pacientes permanece sintomática após o tratamento agudo”.

Outro segmento, o da medicina integrativa, é a questão do tratamento não convencional, com o uso de medicamentos não alopáticos, dentre os quais há os fitoterápicos, que são tratamentos com ervas medicinais, que estão presentes desde os primórdios para tratamentos de várias doenças. Porém, esse tipo de abordagem, sozinho, nem sempre vai ter uma eficácia satisfatória, por isso deve ser usado em associação aos medicamentos alopáticos. Dentre as classes de fitoterápicos, está a erva-de-são-joão, a *Hypericum perforatum*. Ela é metabolizada no fígado, auxiliando a diminuição de casos de pavor na SP. Mas há ainda medicamentos como os IRSS que também são metabolizados no mesmo local. Entretanto, mesmo que haja a disponibilidade de compra sem prescrição médica de fitoterápicos, deve-se falar com o psiquiatra para que ele prescreva a melhor dosagem desses medicamentos não alopáticos e a associação mais eficaz entre medicamentos. “Há evidências de que o *Hypericum* possa interagir com alguns medicamentos prescritos (por exemplo, pode diminuir os níveis sanguíneos dos ATCs (amitriptilina e clomipramina) e de antirretrovirais usados no tratamento da infecção pelo HIV)”. Com efeito, há, pois, que se considerar, por parte dos agentes da saúde, “esse fato quando seus pacientes tomam *Hypericum* ou outras ervas. De igual modo, há preocupações sobre a pureza e a potência variável das ervas medicinais” (BAUER, 2009, p. 38).

Há outros tratamentos que devem ser associados quando a questão é uma doença psíquica como, por exemplo, o tratamento da inflamação generalizada. Essa inflamação pode ocorrer de várias formas, dentre elas através da má alimentação. Quando essa situação está presente no corpo, ela tem a capacidade de atrapalhar o bom funcionamento de todos os outros sistemas, como o digestório, por exemplo. A alteração do bom funcionamento do sistema digestório leva à desregulamentação das bactérias do intestino, fazendo com que não haja a produção eficaz de metabólitos no órgão conhecido como “segundo cérebro”. Dessa maneira, a utilização de ômega 3, por exemplo, se faz muito eficaz agindo contra a inflamação. Também é preciso alertar para o não consumo de alimentos aos quais a pessoa possa ter alguma intolerância, pois eles colaboram para a inflamação generalizada no paciente (MASCI, 2017).

Após tratar a questão física, o médico deve estar atento à questão mental, pois o pensamento influencia muito no bom ou mau funcionamento do corpo humano. Por isso se afirma que um bom tratamento mental é o que recomenda (quando possível) evitar qualquer situação de estresse em que o corpo pode sofrer. Dentre essas situações, deve-se evitar o jejum prolongado, o estresse em decorrência de uma noite mal dormida, o uso de estimulantes (como cafeína, por exemplo), o estresse de uma vida problemática (sejam dificuldades financeiras e/ou matrimoniais, sejam relativas ao tempo corrido no dia a dia, por exemplo). Consoante Valente (2012, p. 43), “Há fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais que modificam os sintomas, a experiência de adoecer e seu desfecho, assim como a busca por auxílio”.

Em contrapartida, há ações/situações que devem ser estimuladas para a pessoa que sofre de SP, quais sejam: aprender a controlar a respiração de forma que facilite o controle das emoções, o que pode ser feito com a prática da Yoga, por exemplo; manter-se informado sobre o que está acontecendo com o próprio copo, pois o fato de saber que o sistema alarme está desregulado se faz muito importante para que no momento da crise a pessoa perceba mais facilmente que está tudo bem com ela e que deve criar imagens de tranquilidade na cabeça, procurando ver o lado positivo da vida, o que pode ser desfrutado de melhor em cada acontecimento. Consequentemente, em diversas situações, tais medidas podem fazer com que ocorra a interrupção de tensão para com o cotidiano (MASCI, 2017).

Medidas eficazes medicamentosas e psíquicas, alterando a sua forma de organização dos pensamentos, facultam ao paciente desfrutar de uma vida

mais tranquila e com menos pavor. Dessa forma, é muito importante que haja um bom acompanhamento profissional para com aqueles que sofrem a SP, pois é um transtorno cujo resultado será bem-sucedido quanto mais cedo for tratado.

Considerações finais

Como se discorreu aqui, o pânico sempre esteve presente na história da espécie humana atual, para a conservação de si próprio quando em contextos de risco mortal; ainda assim, verificou-se que esse fenômeno passou a ser um problema quando, em determinadas situações, pessoas começaram a desenvolver medos repentinos e sem uma causa ameaçadora à sua vida. Um tipo muito comum, comentado neste capítulo, é a agorafobia (fobia que pode acompanhar ou não a SP).

Conforme observado, os primeiros relatos de crises/ataques repentinos e sem aviso prévio só mais tarde se chamariam de SP pelo DSM III, quando também se intensifica o questionamento da doença e se observa que a maioria das pessoas que sofrem a SP vivenciou fortes traumas, momentos/situações estranhos à sua realidade, concebendo essas experiências negativas e ameaçadoras à própria vida. Entretanto, verificou-se com o estudo que, apesar de muitos casos de SP serem em decorrência de traumas, há outros em que o desencadeamento do transtorno é uma grave ansiedade. O trauma e a ansiedade tiram a pessoa do presente, levando-a a imaginar situações que podem acontecer, mas que, na verdade, jamais aconteceriam.

A investigação evidenciou que os sintomas variam de pessoa para pessoa, mas entre eles os principais são: pavor, dores psicossomáticas, tonturas, sudorese, desespero momentâneo, palpitações e tremor muscular. A pessoa vitimada por esse ataque, no primeiro instante, entra em um ciclo vicioso com medo de sentir o próprio medo novamente, e assim se desenvolve uma ansiedade interna que a faz ter medo a todo instante, por receio de não querer sentir a situação angustiante de pavor. E, assim, com o “medo de sentir o medo”, instaura-se um círculo vicioso.

Frisou-se que o diagnóstico para a SP deve ser efetivado pelo especialista da saúde (principalmente o psiquiatra), baseando-se numa anamnese em torno da vida do paciente, analisando o ataque e suas ocorrências. Mas os

estudos mostraram que nem sempre o paciente procura aprioristicamente esse especialista, procura o caminho mais fácil: um médico de sua confiança, mas não especialista na SP. Afinal, há, por grande parte da população, um enorme preconceito de se buscar ajuda psíquica com um psiquiatra. E assim o tratamento da SP se torna dificultoso e ineficaz.

Diferentemente, é quando a pessoa vai direto em busca da ajuda especializada para tratar a SP, que, por certo, prescreverá os melhores tratamentos para buscar a cura ou o alívio para o paciente. E o que se relevou neste capítulo foi o tratamento pela medicina integrativa, unindo preceitos da medicina convencional (através de medicamentos alopáticos) aos da medicina não convencional (através de terapias e mudanças no padrão dos pensamentos no cotidiano).

Mesmo sabendo que o tema não fora discutido em sua exaustão – o que fora alertado desde o início do capítulo –, encerra-se por ora a discussão acreditando que o objetivo de trazer à baila esclarecimentos basilares de conceitos sobre a SP, com respectivos diagnóstico e tratamento, fora alcançado a contento.

Referências

- APA. American Psychiatric Association. **Breviários de critérios diagnósticos do DSM-III-R**. São Paulo: Manole, 1990.
- APRS. Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. **Transtorno do pânico**, 2016. Disponível em: encurtador.com.br/fkplm. Acesso em: 26 jul. 2019.
- BAUER, Michael *et al.* Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Revista Psiquiatria Clínica**, ano 36, n. 2, p. 17-57, 2009.
- BEHENCK, Andressa da Silva *et al.* Transtorno de pânico e sensibilidade à ansiedade. *Semana de Enfermagem* (29: 2018: Porto Alegre, RS). Liderança sustentável e comprometida com o direito humano à saúde: desafios da Enfermagem. **Anais...** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2018. 251p., 2018. Disponível em: encurtador.com.br/acf79. Acesso em: 12 jul. 2019.
- BLASI, Gabriela. O que é e para que serve o DSM – V?. (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). **O mundo da psicologia**. 31 mar. 2018. Disponível em: encurtador.com.br/quvG6. Acesso em: 27 jul. 2019.
- MANFRO, Gisele Gus; BLAYA, Carolina. **Psicofármacos**: Consulta Rápida; Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

- MASCI, Cyro. **Síndrome do pânico: psiquiatria com abordagem integrativa**. Biblioteca Nacional. 2017. Disponível em: encurtador.com.br/bowKS. Acesso em: 14 jul. 2019.
- MENEZES, Lucianne Sant'Anna de. **Pânico e desamparo na atualidade**. *Ágora* (Rio de Janeiro), v. VIII n. 2, p. 193-206, jul./dez. 2005. Disponível em: encurtador.com.br/kAST8. Acesso em: 12 jul. 2019.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde CID-10**. São Paulo: USP, 1994.
- QUINTANEIRO, Tania; BARBOSA, Maria Lígia de Oliveira; OLIVEIRA, Márcia Gardênia de. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- SANTA CATARINA. RAPS. **Transtorno de pânico: protocolo clínico**. Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento do transtorno de pânico. Sistema Único de Saúde, Estado de Santa Catarina, 2015. Disponível em: encurtador.com.br/abstC. Acesso em: 28 jul. 2019.
- SÍNDROME. **Dicionário Online de Português**. 16 jul. 2019. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/sindrome>. Acesso em 16 jul. 2019.
- VALENTE, Guilherme Borges. **A questão da simbolização na Psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. 201 f. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
- VIANA, Ana Cristina Wesner. **Avaliação de resposta ao acréscimo de estratégias de coping e resiliência na terapia cognitivo-comportamental em grupo para paciente com transtorno de pânico**. Tese de Doutorado em Enfermagem. 116 f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, 2018.
- ZUARDI, Antônio W. Características básicas do transtorno do pânico. *Medicina*. Ribeirão Preto, [online], n. 50 (supl. 1), jan.-fev., p. 56-63, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/fkzAJ. Acesso em: 12 jul. 2019.

Relação entre Síndrome de Burnout e exercício da medicina

Ana Clara Laclau Bacellar de Souza Lopes

Geraldo Cardilo

Mariana Fernandes Ramos dos Santos

“A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora”.

(DEJOURS, 1987)

Considerações iniciais

O trabalho sempre fez parte da vida da população, com o passar do tempo algumas mudanças ocorreram, entre elas o surgimento de novas tecnologias e a globalização, isso fez com que a competição no mercado de trabalho aumentasse, além da necessidade de se produzir mais e mais rápido para se evitar desperdícios. Esses fatores acabam gerando um desgaste físico e emocional nos trabalhadores.

Nessa nova configuração do mundo do trabalho, são necessárias novas exigências de qualificação e de competências, resultando, com essas mudanças, no surgimento de novas enfermidades (PEREIRA; RODRIGUES, 2015).

Dentre as profissões existentes hoje, a medicina é considerada uma das mais estressantes e desgastantes, mesmo assim muitos alunos passam por longos períodos de estudos com uma alta carga horária, além de várias dificuldades até chegar o dia da formatura, isso tudo para se conquistar o sonhado cargo de ser médico. Infelizmente, as coisas não se tornam mais fáceis depois dessa etapa, podendo até mesmo se tornar piores, visto que todos saem como generalistas, e grande parte almeja iniciar sua vida financeira para conseguir certa estabilidade, muitas vezes em um tempo curto, para depois se especializarem em alguma área, o que leva esses profissionais a uma exaustiva rotina de trabalho (TIRONI *et al.*, 2009).

Plantões seguidos se tornaram algo comum dentre os médicos da atualidade, fruto, muitas das vezes, da ambição por dinheiro, que pode culminar, a longo prazo, em uma qualidade de vida ruim, com noites mal dormidas, ausência de tempo para com a família e amigos, e ainda pode gerar algum tipo de transtorno nesses profissionais, como o desenvolvimento da síndrome da estafa profissional ou síndrome de Burnout, como é conhecida hoje (TIRONI *et al.*, 2009).

A palavra Burnout tem origem inglesa, onde «burn» significa queima, e «out», exterior. A definição mais aceita hoje é que essa síndrome tem caráter psicológico e é resultado de uma tensão emocional causada em profissionais que, em sua ocupação, é necessário o relacionamento frequente com pessoas que precisam de algum tipo de cuidado ou assistência (PEREIRA; RODRIGUES, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Burnout é uma síndrome que é resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi administrado com sucesso. O Decreto nº 3.048, em seu anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho cita a “Sensação de Estar Acabado” como sinônimo do Burnout, conforme demonstrado na figura 1 (PEREIRA; RODRIGUES, 2015).

Figura 1 - Item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho

XII - Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
--	---

Fonte: Decreto nº 3.048, anexo II, item XII.

O CID-10 (Classificação Internacional das Doenças) já inclui a Síndrome de Burnout, que recebe o código z73.01, com a definição de esgotamento (CID-10, 2019).

Estudos demonstram que a síndrome Burnout atinge principalmente profissionais encarregados de cuidar de outras pessoas como trabalhadores da área da saúde, educação e policiais. Esse intenso contato com as pessoas pode gerar desgaste, esgotamento e perda de empenho. Isso pode ter como consequências a baixa produtividade ou até mesmo a perda do emprego (ROCHA; SANTOS, 2014).

Este capítulo aborda a Síndrome de Burnout na população médica, chamando a atenção para as situações-gatilho, em que o profissional fica à mercê de um adoecimento significativo, reafirmando a medicina como uma profissão que lida com o ser humano de forma contínua.

Relação com os médicos

De acordo com pesquisas realizadas pela Associação Americana de Psiquiatria, dois a cada cinco médicos norte-americanos possuem a Síndrome de Burnout, e, entre as principais manifestações, podemos perceber: exaustão emocional, que se nota falta de energia e entusiasmo, foco alterado, problemas de sono, fadiga crônica, extremo cansaço e até dores de cabeça ou nas costas (ANAMT, 2019).

Outro fator que acomete indivíduos que sofrem da síndrome é a despersonalização com muita autocrítica e distanciamento e indiferença, falta de empatia, forte desilusão e sentimento de falha quando supõe que o trabalho não foi devidamente valorizado (ANAMT, 2019).

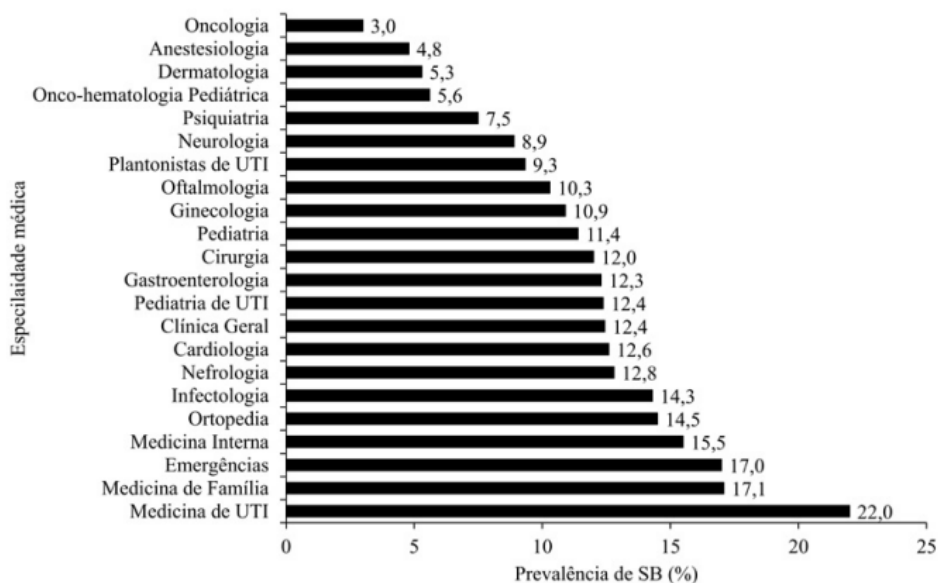
Em partes, a prevalência desses sintomas, quando de forma intensa, pode levar até mesmo ao suicídio entre os médicos. De acordo com a Fundação Americana de Prevenção ao Suicídio, essa profissão possui uma alta taxa de suicídios quando comparada a outras profissões (ANAMT, 2019).

Observa-se que os médicos apresentam alta relutância ao perceberem que algo está errado e que precisam de ajuda, ou então certa dificuldade de detectarem em si mesmos os quadros da Síndrome de Burnout. Segundo o psiquiatra Daniel Barros, do Hospital das Clínicas da USP, grande parte dos médicos continua trabalhando mesmo quando apresenta algum problema, pois acham que essa profissão proporciona uma recompensa social e possuem dificuldades de abrir mão disso (ANAMT, 2019).

Em relação à situação dos médicos brasileiros com a Síndrome de Burnout, foi realizada uma pesquisa pela Câmara Técnica de Psiquiatria, que chegou a resultados os quais demonstraram que 48,5% (quarenta e oito vírgula cinco por cento) dos médicos relatam sintomas da Síndrome de Burnout em algum momento de sua carreira. Segundo o I ENCM (Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina), os médicos mais afetados pela Síndrome são aqueles que convivem com pressões de pacientes e da sociedade, além da carência de infraestrutura e de materiais (CÂMARA, 2012).

A respeito da prevalência da Síndrome de Burnout com relação à especialidade médica, tem-se a medicina de UTI com a maior porcentagem, seguindo-se a medicina da família, emergências e medicina interna, como demonstrado na figura 2 (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2017).

Figura 2 – Prevalência da Síndrome de Burnout nas especialidades médicas



Fonte: Moreira, Souza e Yamaguchi (2018).

Como visto no gráfico, os médicos da terapia intensiva (UTI) são os líderes na ocorrência da Síndrome de Burnout, uma vez que o tempo de profissão juntamente com a idade avançada são importantes fatores desencadeadores da síndrome, caracterizando exaustão emocional e os conflitos éticos que ocorrem, muitas vezes, acarretando, assim, grande estresse. O fato de o médico não ter um contrato fixo, assistir a situações graves de doentes e participar de decisões relativas a estados terminais de pacientes faz com que seja de suma importância um preparo psicológico específico, para melhorar todo esse estresse e tensão predominante (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2017).

Os médicos de família encontram-se logo na segunda posição do gráfico, ficando os médicos que atuam na emergência logo na terceira. Estudos mostram que em ambos os casos foi relacionado o uso de tabaco, álcool ou medicação psicotrópica, manifestando características de baixa autoestima.

Os desencadeadores, entretanto, foram o estresse contínuo, como na UTI, e a inadequada comunicação burocrática multidisciplinar, bem como também a falta de apoio dos cargos superiores associada à insatisfação da carreira e salário (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2017).

Agora, por outro lado, os anestesistas e dermatologistas foram encontrados na segunda e terceira posição de menor frequência da Síndrome de Burnout, só perdendo para os oncologistas, constatando-se a influência dos países onde residem e observando-se menor prevalência nos países menos desenvolvidos, o que torna esses profissionais menos exigentes e esperançosos, levando a um menor estresse (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2017).

Já em relação aos oncologistas, conclui-se a prática de exercícios físicos pelos mesmos, com atividades recreativas e o trabalho exclusivamente em instituições públicas, com menor grau de exaustão emocional, sendo o estudo realizado com um número bem maior de homens do que de mulheres (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2017).

A Síndrome de Burnout, de fato, é um distúrbio multifatorial, advinda de um estresse emocional persistente, podendo ser a causa desses fatores: a grande responsabilidade, que circunda todos os médicos, visto que estes tratam da vida de pessoas; o cenário médico atual, repleto de condutas novas para melhor aperfeiçoamento da produtividade médica, o que gera uma enorme pressão; a desvalorização perante a sociedade atual, com casos de hostilidade de pacientes, o que, infelizmente, faz parte do cotidiano médico; sofrimentos gerais expressos pelos pacientes, que levam a influência do cotidiano do médico em questão; a sensação de impotência quando determinado quadro evolui negativamente e o médico não se vê com a resolução do problema; queixas do trabalho, como a extrema carga horária, exposições a risco como o biológico, o químico e o físico, dentre outros fatores negativos (CENBRAP, 2019).

Ainda não existem dados, em diversos países, sobre a prevalência da Síndrome de Burnout, além disso muitos profissionais não conhecem a doença ou simplesmente a ignoram. Devido a isso, há necessidade de novos estudos e pesquisas que consigam mensurar essas taxas entre os profissionais médicos para que medidas sejam tomadas. A divulgação é essencial e imprescindível para que seja possível o reconhecimento dos sintomas e a conscientização das pessoas sobre essa Síndrome (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2017).

Diagnóstico/diagnóstico diferencial e tratamento

O diagnóstico da síndrome de Burnout deve ser feito por um profissional da área da saúde mental, seja ele psiquiatra ou psicólogo. No entanto, muitos trabalhadores acabam negligenciando a situação por não conhecerem ou não conseguirem identificar que aqueles sintomas são de uma síndrome e necessitam de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em relação ao SUS (Sistema Único de Saúde), existe a Rede de Atenção Psicossocial (RASP), que oferece gratuitamente todo o tratamento para essa síndrome, desde o diagnóstico até os medicamentos, se necessário. Os locais mais indicados para quem está passando por isso e precisa de ajuda são os Centros de Atenção Psicossocial, que fazem parte da RASP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No quadro clínico, o paciente pode apresentar diversos sintomas, como cansaço excessivo, físico e mental, dor de cabeça frequente, alterações no apetite, insônia, dificuldades de concentração, sentimentos de fracasso e insegurança, negatividade constante, sentimentos de derrota e desesperança, sentimentos de incompetência, alterações repentinas de humor, isolamento, fadiga, pressão alta, dores musculares, problemas gastrointestinais e até mesmo alteração nos batimentos cardíacos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Como diagnóstico diferencial dessa síndrome, tem-se a depressão, a ansiedade ou o estresse, que podem ser facilmente confundidos por apresentarem sintomas parecidos, devido a isso torna-se de extrema importância uma boa avaliação da história do paciente, principalmente no que se refere ao seu trabalho e ao seu comportamento nele (CÂMARA, 2012).

O tratamento indicado para essa síndrome é basicamente a psicoterapia, porém em alguns casos medicamentos como antidepressivos e ansiolíticos também podem ser utilizados. O tempo desse tratamento irá variar de acordo com o paciente e sua necessidade, mas, normalmente, é entre um e três meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

De acordo com o Dicionário Michaelis (2019), psicoterapia é um conjunto de técnicas que tem como objetivo o tratamento de doenças e problemas psíquicos e/ou outros problemas de natureza emocional. O tipo de psicoterapia que será aplicada pode variar de acordo com o problema do paciente, seu diagnóstico, sua idade, entre outros pontos importantes. Além disso, a

psicoterapia pode ser dividida em três formas gerais, que são a individual, a coletiva e a institucional (BERNI, 2015).

Algumas maneiras de aliviar e controlar os sintomas da Síndrome de Burnout são mudanças nas condições de trabalho nos hábitos de vida. A prática de exercícios físicos é um exemplo de mudança que pode ajudar a aliviar o estresse. Além disso, atividades de lazer, como viajar ou sair com familiares e amigos, também contribui para a melhora do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No conceber da síndrome, as crenças, as percepções e a concepção de realidade se tornam disfuncionais, ou seja, compromete a saúde profissional ocasionando comportamentos não funcionais para o sujeito e atingindo sua saúde. Por esse motivo, faz-se necessária a atenção aos fatores descritos anteriormente, bem como às formas de lidar com síndrome, já que o índice de adoecimento vem aumentando cada vez mais no ambiente de trabalho.

Diante disso, há a necessidade da criação de estratégias de intervenção, não somente para o público que está adoecido, mas com uma atuação voltada para a prevenção e informação a respeito desse quadro, contribuindo para melhor compreensão de fatores causais e indícios comportamentais, e visando maximizar a compreensão do quadro.

Prevenção

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), a melhor forma de prevenir a Síndrome de Burnout é através de estratégias que possuem o intuito de diminuir a pressão e o estresse no trabalho. As principais formas de prevenção são: definir objetivos, praticar atividades de lazer, não se prender a uma rotina diária, evitar pessoas negativas, conversar sobre seus sentimentos, fazer atividades físicas, evitar bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas, e não fazer uso de remédios sem a prescrição médica. Outra forma de prevenção indicada é ter boas noites de sono, com pelo menos 8 horas diárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

É de extrema importância também para a prevenção dessa síndrome a sua divulgação. Estudos demonstraram que boa parte dos profissionais de saúde não conhece a Síndrome de Burnout e, devido a isso, não procuram ajuda

quando necessário (PEREIRA; RODRIGUES, 2015). A atenção aos sintomas também é de suma relevância, pois o reconhecimento dos sintomas auxilia no manejo do quadro em benefício do paciente.

Considerações finais

Conclui-se que é de grande importância ficar sempre atento a modificações de humor e de emoções, quando em exagero no ambiente de trabalho. Como explícito acima, a Síndrome de Burnout pode causar vários efeitos negativos tanto para o indivíduo quanto para a sua profissão. Essa doença pode ser considerada uma questão de saúde pública e é um agravo ocupacional que merece atenção.

Essa Síndrome tem certa prevalência nos profissionais de saúde, entre eles médicos, devido a essa profissão ter como objetivo o cuidado do outro, e o profissional estar sempre em contato com aqueles que precisam de assistência. Entre as situações-gatilho, podemos citar a rotina de trabalho, o atendimento a uma demanda financeira que foi objetivada durante a faculdade, a sobrecarga de trabalho e de responsabilidade com que o profissional médico se depara, e um ambiente crítico bem como de grande exigência, trazendo para o dia a dia de quem lida com humanos em situações ansiogênicas de relevante significação a instalação de um quadro dessa patologia.

A falta de divulgação dessa doença é um fator alarmante e que deve ser modificado, o conhecimento dos fatores que levam a síndrome precisa ser divulgado para que as pessoas tenham acesso e identifiquem-nos em seu local de trabalho. A Síndrome de Burnout pode ser evitada desde que medidas preventivas sejam colocadas em prática, e, para que seja efetivada essa questão, profissionais de Saúde Mental se fazem importantes junto ao ambiente de trabalho no enfoque à saúde do trabalhador.

Certamente, sempre haverá momentos que envolvam a presença de elementos que culminam no quadro de estresse, pois isso faz parte da vida. O sujeito vivencia o seu dia a dia com a presença de altos e baixos; na sua relação com o trabalho, não é diferente, no entanto, devemos focar principalmente em estratégias de prevenção e cuidado, priorizando uma carga horária de trabalho sadia, o que enfatiza a importância das horas de lazer dentro da promoção de Saúde Mental do indivíduo.

Enfatiza-se, contudo, a priorização da qualidade de vida, da conscientização sobre a síndrome e, sobretudo, a atenção a pesquisas que levantem os fatores estressantes no trabalho, de forma a estabelecer estratégias de cuidado e fomentar políticas públicas que atendam à necessidade de promoção da saúde do trabalhador.

Referências

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. ANAMT. **Jornadas extenuantes: médicos devem estar atentos à Síndrome de Burnout.** 2019. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2019/02/21/medicos-devem-estar-atentos-a-sindrome-de-burnout>. Acesso em: 02 ago. 2019.
- BERNI, Luiz. **Psicoterapia como clínica psicológica: um campo em permanente construção.** 2015. Disponível em: http://www.crsp.org.br/psicoterapia/pdfs/A_CLINICA_PSILOGICA_UM_CAMPO_EM_CONSTRUCAO.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019.
- BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.** Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm. Acesso em: 28 jul. 2019.
- CÂMARA, Fernando Portela. Burnout revisitado. Coluna Psiquiatria Contemporânea. **Psichiatry on line Brasil**, v. 17, n. 12, dez. 2012. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano12/cpc1212.php>. Acesso em: 30 jul. 2019.
- CENBRAP. **Síndrome de Burnout na medicina, quando o médico se torna paciente.** 2019. Disponível em: <https://www.cenbrap.com.br/Blog/o-burnout-na-medicina-quando-o-medico-se-torna-paciente>. Acesso em: 02 ago. 2019.
- CID-10. Código z73.01. 2019. Disponível em: <https://www.cid10.com.br>. Acesso em: 02 ago. 2019.
- MENDES, Ana Magnólia Bezerra. **Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours.** 1995. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009. Acesso em: 27 jul. 2019.
- MICHAELIS. **Psicoterapia.** Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/psicoterapia>. Acesso em: 01 ago. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Síndrome de Burnout: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- MOREIRA, Hyan; SOUZA, Karen; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. **Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática.** 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v43/2317-6369-rbso-43-e3.pdf>. Acesso em: 01 agosto 2019.
- TIRONI, Márcia Oliveira Staffa *et al.* Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2009; 55(6): 656-62. Disponível em: <https://bit.ly/2jWZirg>. Acesso em: 25 jul. 2019.

PEREIRA, Francinara; RODRIGUES, Delcir. **Síndrome de Burnout**. 2015. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0sY89Lyp3qgJ:www.rbmt.org.br/export-pdf/46/v14n2a15.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 30 jul. 2019.

ROCHA, Fábio; SANTOS, Gisele. **Síndrome de Burnout em profissionais da saúde**. 2014. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/1174580/Sindrome+de+Burnout.pdf/05f52eb2-5a57-f512-2e7c-571ae9a1da99?version=1.0&t=1491571345646>. Acesso em: 26 jul. 2019.

Síndrome de Burnout na educação: como estão os professores?

Cristielle Corrêa Mosqueira
Dulce Helena Pontes-Ribeiro
Victoria Esposti Pillar Silveira

“Aos professores, fica o convite para que não descuidem de sua missão de cuidar, nem desanimem diante dos desafios, nem deixem de educar as pessoas para serem “águias” e não apenas “galinhas”. Pois, se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela, tampouco, a sociedade muda”.

(Paulo Freire)

Considerações iniciais

O presente capítulo tem como objetivo, por meio de revisão bibliográfica, discorrer sobre a Síndrome de Burnout, sobretudo acerca da sua relação com os docentes, a fim de explicitar aspectos de suma importância que demonstram a razão pela qual esse grupo é gravemente acometido. A Síndrome de Burnout é

um distúrbio psíquico caracterizado por intensa exaustão física e emocional. Na maioria dos casos, sua causa está intimamente ligada à vida profissional. Essa patologia atinge atuantes de diversas áreas; no entanto, há profissões que exigem um grande envolvimento profissional ao qual o sujeito muitas vezes não está preparado emocional e psicologicamente em razão de se encontrar em um quadro drástico de despersonalização, o que acarreta, por conseguinte, o desgaste físico e emocional de maneira excessiva e tem como corolário a Síndrome de Burnout.

Nesse empenho, *a priori*, é preciso contextualizar a profissão dos docentes que atuam nos vários níveis da Educação na sociedade brasileira contemporânea (em especial os da rede pública) para, na sequência, trazer à baila esclarecimentos da Síndrome de Burnout e, finalmente, articulando essas duas partes, focar a convivência do profissional com essa doença decorrente de seu cotidiano de trabalho.

Por que sofrem os docentes?

O trabalho diário do docente não termina ao sair da escola; pelo contrário, é necessário refletir se o objetivo de sua aula foi alcançado a contento e dar continuidade à aula subsequente, o que demanda uma preparação extraescolar que pode durar horas ou mesmo dias, dependendo de sua prática com a disciplina, do material de consulta que tem à mão, ou seja, é um tempo de pesquisa não computado como hora-aula para receber no final do mês como hora(s) trabalhada(s). Ademais, é uma profissão que, para ser bem-sucedida, requer dedicação constante aos alunos e respectivas famílias, à instituição de ensino ao qual está vinculado e à sociedade. Como humano que é, o professor também tem expectativas em relação a seus projetos pessoais e profissionais. Ocorre que todos esses propósitos o expõem mais que muitos outros profissionais. Sua figura está em constante evidência, mesmo quando fora da escola. Tal situação, para muitos, gera estresse a ponto de repercutir em sua saúde física e mental, desestabilizando o seu desenvolvimento profissional (MASLACH; SCHALFETLI; LEITER, 2001).

Diante das inúmeras cobranças às quais os profissionais professores são submetidos, na mesma medida seria justo haver condições por parte das escolas/ambiente escolar para sustentarem o bom desempenho desse sujeito.

No entanto, nem mesmo a matéria básica para mantê-lo na ativa (sua remuneração) é o suficiente para viver com dignidade. Viver com dignidade significa, pelo menos, ter o razoável para se alimentar, vestir-se, crescer profissionalmente, desfrutar de lazer, cuidar da família, locomover-se, residir em ambiente decente e demais recursos. Como muito disso não é possível, já que uma grande parcela conta apenas com o seu salário, essa conjuntura já é o bastante para explicitar o sofrimento dos docentes, enclacrado entre o que precisa fazer e o que efetivamente consegue fazer, entre o céu de possibilidades que o mundo global oferece e o inferno dos limites estruturais em que vive, entre a vitória do progresso em várias esferas e a frustração de estar aquém. Corporiza-se, assim, a síndrome de um trabalho que nada mais é que uma mercadoria barata (CODO *apud* KUENZER, 2004, p. 115).

Afinal, quando não se tem um reconhecimento justo do próprio trabalho e esforço, é preciso buscar novos e outros meios de renda, o que faz emergir um quadro de exaustão nesse âmbito pelo acúmulo de responsabilidades, sem o reconhecimento na mesma proporção. Com as várias funções laborais que procura exercer para manutenção de suas despesas, o conhecimento do docente fica negligenciado, configurando-se uma reles mercadoria cuja maior importância não é a qualidade.

Sem estímulo, o docente perde a energia de continuar na batalha profissional diária e sofre ao olhar a deterioração de seu semblante. Cai a sua produção. Os alunos são afetados. A educação declina-se. A insatisfação é social. Com sua figura desgastada – quer seja pela má remuneração, quer seja pela desvalorização social de seu papel, que chega à beira do desrespeito –, instaura-se uma situação propícia para a ocorrência cada vez mais frequente de síndromes como a de Burnout. A propósito, como afirma o Portal do Professor (2008), as demandas emocionais,

[...] no caso do docente, são inerentes a sua profissão, podendo ser agravadas, por exemplo, por políticas educacionais que aumentam a sobrecarga de trabalho sem a devida contrapartida, ou por condições inadequadas de trabalho, ou pela presença de alunos particularmente difíceis (alunos violentos, com grande déficit de aprendizagem) ou ainda pelo sentimento de injustiça, de não reconhecimento do seu esforço e da importância do seu papel na sociedade.

Há docentes que procuram tratamento para tentar voltar à ciranda armada das máquinas de produção; há os que abandonam o ideal profissional. E há ainda os que se ajustam ao cenário capitalista que a todo momento estimula as pessoas a terem atitudes que visem à recompensa financeira a fim de suprir todas as suas expectativas, inclusive as que o dinheiro não é capaz de comprar, como momentos em família, vida social e relação intrapessoal, que são diminuídas ou excluídas de suas rotinas, a partir do momento em que a sua prioridade se torna o trabalho. Mas, em algum momento, “O distanciamento afetivo provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes muitas vezes desagradável e não desejada (CHERNISS, 1980; WHO, 1998).

Seja como for, o ambiente de ensino (escolas, universidades) se tornou um dos maiores causadores da Síndrome de Burnout, a partir do momento em que pressiona sensações de instabilidade ao docente que, juntamente às dificuldades ora apresentadas, engendram uma patologia robusta e de alta incidência. Afinal, ter uma responsabilidade que está intimamente ligada ao desenvolvimento pessoal e intelectual de outro ser humano já é um fator, por si só, de estresse e extrema preocupação, por ser uma incumbência laboriosa orientar quem está especificamente sob sua tutela para receber ensinamentos; caso o docente falhe, inconscientemente se culpa, se frustra pela incompetência de gerar frutos com o seu ofício.

O esgotamento emocional abrange sentimentos negativos como os de “desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia”; abrange sensações maléficas como: “baixa energia, fraqueza, preocupação”; aumento da suscetibilidade para doenças como: “cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono”. Nesse sentido, “a baixa realização profissional ou baixa satisfação com o trabalho pode ser descrita como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor” (CHERNISS, 1980, p. 1; WHO, 1998, p. 1).

Como reconhecer a Síndrome de Burnout?

A Síndrome de Burnout é entendida como a síndrome de esgotamento profissional; foi reconhecida no Brasil, em 1999, como um transtorno mental relacionado ao trabalho. Está classificada sob o código Z 73.0 na Classificação

Internacional de Doenças – CID-10 (BRASIL, 2012). Seus sintomas mais recorrentes são o esgotamento físico e o emocional, que acarretam irritabilidade elevada, alternância brusca de humor, agressividade e ocasionam atos indesejáveis; além de afetar a pessoa de maneira holística, implicam também o âmbito profissional e o social, tendo como consequência a ausência de foco no trabalho realizado, comprometimento do rendimento, ansiedade, perda momentânea da memória. Em quadros agravados, há ainda sinais de depressão como isolamento social, baixa autoestima e, em casos extremos, até mesmo suicídio.

A patologia em questão é constituída por vários estágios do esgotamento. Dentre eles, a compulsão em demonstrar ao outro o seu próprio valor, ou seja, necessidade de mostrar a sua competência e capacidade de produzir. Devido a essa necessidade de ser sempre suficiente, o profissional se torna incapaz de se desligar do trabalho, o conhecido “levar trabalho para casa” (SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2018, p. 10). Assim, abstendo-se de suas indispensáveis atividades vitais, como o cuidado com a saúde, um bom sono, o bem-estar e uma alimentação saudável. É inevitável que, com o tempo, ocorram mudanças psicológicas e, até mesmo físicas; mas, no momento em que se comporta dessa forma, a pessoa pode não tomar ciência desses danos e ignorar a realidade. E a vida vai tomando novo rumo: quesitos que antes eram prioritários se tornam secundários e o trabalho passa a ser fonte de todas as realizações desse indivíduo.

Na busca pela perfeição, o outro se torna irrelevante, insuficiente e incompetente, mesmo que esteja realizando um bom e produtivo trabalho. Muitos portadores da Síndrome de Burnout não se afastam do âmbito social para relaxar e se desligar dos problemas, quando o fazem é por questão de etilismo e/ou por dependência química. Como consequência de todas as situações a que o sujeito se submete, ele se torna alguém diferente de quem era, com características predominantes como apatia, solidão e medo. Nesse estágio, o sujeito acometido pela patologia passa a não enxergar valor no próximo e nem em si mesmo, o que traz um quadro de despersonalização. Para compensar todo esse vazio interno, além do abuso de álcool e de drogas, a pessoa pode desenvolver uma compulsão sexual e alimentar, gerando, assim, outros distúrbios. Às vezes, demora muito para o sujeito enxergar que vive uma realidade totalmente diferente da que estava acostumado a ter antes do surgimento desses sintomas; realidade que conduz o indivíduo a um quadro depressivo, em que nada parece fazer mais sentido, isto é, a um colapso mental e físico.

Convivendo com a síndrome

É de suma importância que o tratamento de qualquer doença seja iniciado logo após o diagnóstico, o que não é diferente quando se trata da Síndrome de Burnout, que pode acarretar consequências de extrema gravidade, como o suicídio. Cuidados médicos são cruciais para que o tratamento flua da melhor forma, como o acompanhamento do especialista psiquiatra e o do psicólogo. Muitas vezes, os papéis desses profissionais são confundidos, porém a verdade é que nenhum substitui o outro, ambos são necessários para a eficácia do tratamento.

Por um lado, o psiquiatra, com medicação que inclui os antidepressivos e/ou ansiolíticos, que têm como objetivo superar a sensação de incapacidade, a qual é um dos principais sintomas da Síndrome de Burnout; por outro lado, o psicólogo, ponto-chave nas sessões de análise do paciente como um todo, observando, além dos sintomas, todo o histórico de vida do enfermo, buscando compreender as razões que foram as causas da instauração da síndrome, objetivando criar alguma estratégia para lidar com a realidade instaurada. Afinal, a psicoterapia é importante para identificar, lidar e reduzir os fatores estressores no indivíduo.

Contudo, para que o prognóstico seja positivo e atenda às expectativas, é primordial que o paciente o siga fielmente, pois só assim os resultados começam a aparecer, o indivíduo volta a ter um bom desempenho no trabalho e, como consequência, há o aumento do seu bem-estar. Do contrário, a piora do paciente é inevitável: seus sintomas agravam-se ainda mais, levando-o a um quadro depressivo muito avançado, sendo necessário redobrar o acompanhamento médico.

É de conhecimento geral que os exercícios físicos são de extrema importância para a saúde do ser humano, porém muitas vezes as pessoas restringem seus benefícios apenas à saúde física, sendo que, na realidade, a atividade física é de suma relevância para a qualidade da saúde mental. Segundo o Dr. Drauzio Varella (*apud* SILVA; SALLES, 2016, p. 243), “O exercício físico diário feito por pelo menos trinta minutos ajuda o corpo na produção de ‘beta endorfina’, liberando uma sensação de tranquilidade e bem-estar [...]”.

A atividade física ou qualquer outra forma de lazer é um fator muito importante para um bom prognóstico, visto que, ao encontrar uma forma

de relaxar a mente, o paciente estará estimulando o próprio corpo a produzir substâncias naturais em seu organismo, que o auxiliarão no avanço do tratamento.

Considerações finais

Considerando a Síndrome de Burnout um distúrbio psicossocial que implica diversos âmbitos da vida humana, existem motivos mais do que evidentes para que possa ser dado o justo foco ao tema. Sendo assim, devido ao cenário onde os docentes estão inseridos, ficam evidentes as razões que justificam o porquê dessa categoria de profissionais ser altamente afetada por tal patologia. Infere-se, pois, da pesquisa, a suma importância da devida atenção à síndrome.

Como muitos profissionais do magistério passam a maior parte de seu tempo no trabalho, não se pode negligenciar seu bem-estar e sua saúde. A qualidade de vida se articula com as necessidades e expectativas humanas e com a respectiva satisfação em seu cotidiano, o que inclui seu ambiente de trabalho, que deve ser envolvimento de relações saudáveis e harmônicas entre seus pares, seus superiores e seus alunos. Constata-se, portanto, que esse tema precisa ser mais investigado, pois a sua incidência tem sido um agravante no aumento do número de docentes saindo das salas de aula.

A despeito de se verificar que a Síndrome de Burnout não é novidade, já que ocorre há muito tempo entre os professores, seu reconhecimento como problema sério, com importantes implicações psicossociais, tem sido mais explícito nos últimos 20 ou 30 anos. Talvez a novidade seja o desafio dessa categoria profissional em se manifestar e procurar tratamento.

É, pois, essencial que a categoria docente esteja alerta acerca de sintomas característicos de tal síndrome e busque, o quanto antes, ajuda. Afinal, a vida profissional, em vez de sofrimento, deve gerar satisfação, ainda que existam muitos desafios comezinhos.

Dessa forma, conclui-se que, antes de qualquer estratégia mais complexa, é primordial que as universidades e centros acadêmicos se informem de maneira mais extensa e expressiva sobre tal síndrome, buscando mais conhecimento acerca do tema, no intuito de atenuar o número de tragédias advindas da falta

de informação, para que possam assim proporcionar a esses profissionais melhor qualidade de vida, o que inclui bem-estar e salário justo para usufruírem uma vida digna, em prol de uma educação de melhor qualidade.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID-10. 2012. Disponível em: <http://twixar.me/NKw1>. Acesso em: 24 jul. 2019.
- CHERNISS, C. Professional burnout in human service organizations. **Praeger**, New York, 1980.
- KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 107-119, Rio de Janeiro, mar. 2004.
- MASLACH, C.; SCHALFETLI W. B.; LEITER M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology Palo Alto**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.
- PORTAL DO PROFESSOR. **Edição 3**. Saúde do professor. 2008. Disponível em: <http://twixar.me/bTw1>. Acesso em: 25 jul. 2019.
- SILVA, L. C.; SALLES, T. L. A. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. **Recape**. Revista de Carreira e pessoas, v. VI, n. 2, 2016.
- SOUZA, H. W. O.; SILVA, P. F. da; OLIVEIRA, A. L. de. **Estresse emocional**: implicações do profissional docente de ensino superior. 16p. 2018. Disponível em: <http://twixar.me/t1w1>. Acesso em: 25 jul. 2019.
- WHO. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. *In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization*, p. 91-110, 1998. Disponível em: <http://twixar.me/NKw1>. Acesso em: 24 jul. 2019.

Enfrentamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Lais Bastos Guerra Boechat
Louise Santos de Souza Carvalho
Fábio Machado de Oliveira

“Muitos homens devem a grandeza da sua vida aos obstáculos que tiveram que vencer”.
(C. H. Spurgeon)

Considerações iniciais

A saúde mental é parte integrante da saúde e do bem-estar, como refletido na definição dada pela Constituição da Organização Mundial da Saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” A saúde mental, como outros aspectos da saúde, pode ser afetada por uma série de fatores sociais, econômicos e culturais. Além disso, os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais incluem atributos individuais, como a capacidade de gerenciar pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros.

Nos anos 1980, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) era considerado raro e de difícil tratamento (COUTO *et al.*, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde, admite-se que atualmente se trata de um transtorno comum, sendo o quarto transtorno psiquiátrico, precedido somente pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias. Esse transtorno acomete cerca de 2 a 3% da população mundial, sendo mais prevalente que a esquizofrenia e o Transtorno de Humor Bipolar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; KESSLER *et al.*, 2005).

O TOC é um distúrbio psiquiátrico crônico caracterizado por pensamentos impulsivos, intrusivos, persistentes, indesejados e recorrentes ou por imagens que podem causar ansiedade ou angústia; e também por comportamentos repetitivos ou rituais mentais, geralmente realizados para reduzir a ansiedade ou para prevenir eventos temidos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Além disso, o TOC pode levar a um alto desconforto pessoal, estando entre as condições médicas mais incapacitantes em todo o mundo (BOBES *et al.*, 2001).

Sintomas como preocupar-se excessivamente com limpeza, germes e contaminações, verificar diversas vezes portas, janelas ou o gás antes de sair ou deitar, aflição exagerada com ordem, simetria e exatidão, colecionismo e outros, estão associados ao quadro de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Indivíduos com TOC geralmente restringem o trabalho ocupacional, o lazer e o convívio social para evitar atividades e situações que possam trazer desconforto ou desencadear seus sintomas, que geralmente consomem muito do seu tempo.

Os sintomas do transtorno influenciam negativamente nas atividades diárias e sociais, causando uma redução da qualidade de vida relacionada à saúde mental. A maioria dos indivíduos com TOC (até 92%) tem tendência a desenvolver transtornos psiquiátricos (DE LA CRUZ *et al.*, 2017; TORRES *et al.*, 2016), como depressão (BRAKOULIAS *et al.*, 2017; TORRES *et al.*, 2016), por exemplo. Por se tratar de um transtorno incapacitante e angustiante, o TOC é uma condição associada a um alto risco de comportamento suicida (FERREIRA *et al.*, 2018).

Enfrentamento pessoal frente à sociedade

Pacientes com TOC, como em qualquer outra doença crônica, têm sua qualidade de vida afetada, tanto relacionada ao desempenho na sociedade, quanto ao trabalho e às relações interpessoais.

Esses pacientes geralmente têm medo de contaminações, lavagens excessivas de mãos, talheres, dentre outros objetos de seu uso, e evitações. É comum, por exemplo, que tomem banho e troquem de roupa várias vezes ao dia; que, antes de dormir, troquem a roupa de cama; lavem novamente as louças antes de se por a mesa; abram portas de banheiro público com cotovelo; levantem a tampa do vaso sanitário com os pés. Também evitam lugares que são considerados contaminados, como hospitais, cemitérios; nas ruas, desviam-se de lixeiros e mendigos. Evitam objetos que são tocados por muitas pessoas, como, por exemplo, maçanetas, elevador, corrimão de escada, sabonete em barra e até mesmo objetos pessoais, como dinheiro, carteira, chaves etc, possuindo comportamentos exagerados por medo de haver risco de contaminação com bactérias, vírus, radiações ou qualquer outro meio que tenha possibilidade de causar algum tipo de doença (CORDIOLI, 2014).

De modo geral, os pacientes que têm TOC são muito prejudicados porque em suas mentes não conseguem se desligar, ficam sempre cheios de dúvidas, pensando que estão em “risco” de se contaminar, ou que estão colocando sua vida em risco.

O comportamento da pessoa com TOC é limitado ao seu transtorno no que se refere a necessidade constante de realizar as tarefas que o trazem alívio, como se tais atividades não pudessem deixar de ser executadas.

Conforme nos ensina Dalgarrondo (2008), transtornos obsessivos compulsivos são marcados por ideias, fantasias, imagens obsessivas e por atos, rituais ou comportamentos compulsivos. Esses transtornos ocorrem no indivíduo por uma pressão a que ele se submete. Em alguns casos, é difícil diferenciar o limite entre a obsessão por limpeza ou a fobia de sujeira ou contaminação.

O indivíduo, ao conviver com a síndrome obsessiva, experimenta o sentimento de angústia como algo que o domina, invadindo seu pensamento, tendo um caráter irracional e descontrolado. Pessoas que convivem com as síndromes compulsivas enfrentam mais os rituais repetitivos, como lavar as mãos

várias vezes, trocar muitas vezes de roupas, verificar várias vezes se trancou a porta etc. Agem dessa mesma maneira com os atos mentais, como repetir várias vezes mentalmente as palavras, fazer determinadas contas, rezar etc. (DALGALARRONDO, 2008).

Segundo Dalgalarrondo (2008), em uma citação ao poema de Drummond, pode-se observar a angústia presente por sentir-se sujo e contaminado, como veremos abaixo:

Minha mão está suja.

Preciso cortá-la.

Não adianta lavar.

A água está podre.

Nem ensaboar.

O sabão é ruim.

A mão está suja,

Suja há muitos anos.

(DALGALARRONDO, 2008, p. 322).

Família do paciente enfrenta o TOC

Familiares dos pacientes com TOC estão intimamente ligados à doença, pois a família vive em condicionamento dos comportamentos do paciente com TOC (GUEDES, 2001). Essa ligação direta pode variar desde ajudas em tarefas simples, como limpar uma casa, falar repetidas vezes o mesmo assunto, fechar a porta por não poder estar meio aberta, deixando sempre aberta ou fechada, pelo fato de haver um incômodo, causando irritação e desconforto aos que convivem diariamente com pacientes nessa condição.

Dessa forma, os familiares dos pacientes com TOC acabam prejudicando seu convívio pessoal e social por se envolverem com os rituais, ocasionando impactos diretos na sua vida íntima, como divórcios e abuso de álcool (CORDIOLI, 2014).

A maioria das crianças e adultos com o transtorno envolve seus pais ou irmãos nos seus rituais, e é por conta desses motivos que os familiares são tão impactados. Muitas vezes, quando não é feito um acompanhamento psicológico, as famílias agem da maneira que não é ideal para a eficácia do tratamento,

comportando-se de maneira natural, cuidadosa, intuitiva e emocional. Assim, os dois lados são prejudicados, os familiares e os pacientes (GUEDES, 2001).

Enfrentando os obstáculos

Muitas pessoas acometidas pelo TOC nunca foram diagnosticadas e menos ainda tratadas, apesar de existirem tratamentos efetivos há mais de 20 anos (CORDIOLI, 2004). Talvez a maioria desconheça que tenha o transtorno, confundindo com simples manias ou superstições. Boa parte desconhece a natureza de seus rituais, mesmo quando implicam em consequências para a saúde física, apesar de terem consciência sobre seus atos serem prejudiciais à sua vida social e pessoal (CORDIOLI, 2014).

É importante haver um diagnóstico preciso de Transtornos Obsessivos Compulsivos, pois somente um grupo específico de medicamentos, que exercem um efeito específico sobre a atividade da serotonina no cérebro, pode modificar consideravelmente a situação. Vale ressaltar que o tratamento não é apenas medicamentoso, faz-se necessário o acompanhamento com terapia cognitivo-comportamental para se obter melhores resultados (SADOCK, 2001).

Apesar de nem sempre ser possível a cura completa dos transtornos obsessivos compulsivos, os medicamentos, em conjunto com o desenvolvimento da terapia complementar, podem oferecer aos pacientes uma maneira de diminuir os sintomas, que são muito debilitantes e podem perturbar consideravelmente a vida do paciente.

A família pode se transformar em um suporte importante para o diagnóstico e tratamento do TOC, auxiliando e identificando rituais não percebidos pelo próprio paciente, na elaboração das listas de rituais e de evitações (essencial para a terapia cognitivo-comportamental). É fundamental o apoio às tentativas de exposição e prevenção de rituais e à adesão ao tratamento, além da paciência e tolerância para eventuais aumentos de ansiedade ou retrocessos do paciente (CORDIOLI, 2004). Se houver um familiar com o qual o paciente tenha uma melhor relação, este poderá ser escolhido, em acordo com o terapeuta, para apoiar na realização das tarefas. É importante saber que, em princípio, o paciente deve se esforçar para evitar fazer tudo o que lhe dá algum alívio, e tentar fazer ao contrário do que ele se sente impulsinado a

fazer, como, por exemplo, tocar em algo que usualmente ele não tocaria por considerar contaminante.

A terapia cognitivo-comportamental é composta de passos que requerem participação ativa e um grau de compreensão dos sintomas, acredita-se que a terapia proporcione um melhor aproveitamento por parte dos adultos devido à capacidade de compreensão que, em princípio, estes devem possuir.

A desvantagem da terapia cognitivo-comportamental é que, quando há depressão associada, ela pode acabar não sendo efetiva, pois o paciente não está motivado e acaba não aderindo aos exercícios.

Os transtornos obsessivos compulsivos geralmente são acompanhados por sentimentos de culpa no paciente e de irritação nos familiares. Como esses transtornos são considerados de origem bioquímica, ninguém pode ser acusado; ao contrário, todos os esforços deverão visar à instauração de um tratamento adequado e eficaz (CORDIOLI, 2004).

Para ajudar uma pessoa que sofre de Transtornos Obsessivos Compulsivos, primeiramente não se deve culpá-la pelo seu transtorno, pois este não está relacionado à falta de força de vontade (MERLO, 2006). Além disso, deve-se incentivar ativamente a pessoa sofredora de TOC a procurar a ajuda de um profissional, oferecendo apoio aos seus esforços em querer se tratar. Deve-se evitar a reação de implicância com as obsessões e as compulsões da pessoa, pois isso nada mais fará que reforçar esses comportamentos. Existem outras maneiras de mostrar preocupação pela problema sofrido por essa pessoa.

O ideal é tentar reduzir a influência dos comportamentos compulsivos adotando relações normais com a pessoa que sofre de TOC e elogiar os sucessos, ainda que limitados, obtidos por essa pessoa em sua luta contra os sintomas (MERLO, 2006).

Considerações finais

Com base na discussão obtida através desta revisão bibliográfica, observou-se que, assim como em outras doenças crônicas, os pacientes com TOC têm seu sofrimento decorrente de mais do que apenas seus sintomas, pois sua qualidade de vida é afetada e o indivíduo passa, muitas vezes, a viver isoladamente.

Pode-se entender que a chave para a compreensão do indivíduo com TOC é buscar alcançar que a mente dessa pessoa funciona de uma forma excessivamente observatória, buscando sempre os erros cometidos e tentando incessantemente consertá-los, o que os leva à sensação constante de que algo está errado.

Destaca-se a necessidade de discutir como e o que fazer para sensibilizar pais, familiares e profissionais de saúde sobre as dificuldades do dia a dia e as formas de enfrentamento possíveis para cada caso, uma vez que, em razão das incapacitações sociais e pessoais, esses indivíduos representam uma grande carga para a sociedade, para os serviços de saúde, para a família, da qual se tornam inteiramente dependentes.

O problema se agrava porque muitos indivíduos não são diagnosticados e, portanto, não fazem qualquer tipo de tratamento ou acompanhamento com profissionais de saúde, mesmo tendo suas vidas comprometidas pelo seu transtorno, talvez por desconhecer que exista tratamento para sua condição.

Por fim, por ser tão difícil lidar com os transtornos causados pelo TOC, a família tem um papel fundamental no tratamento. Os familiares devem estar atentos, estimulando e ajudando o paciente a procurar ajuda. Além disso, como muitas pessoas passam a vida aprisionadas pela doença, a libertação não é fácil, exige esforço do próprio indivíduo para enfrentar seus obstáculos e seguir o tratamento orientado pelos profissionais de saúde.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BOBES, J.; GONZALEZ, M. P.; BASCARAN, M. T.; ARANGO, C.; SAIZ, P. A.; BOUSONO, M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. **European Psychiatry**, 16, 239-245, 2001.
- BRAKOULIAS, V. *et al.* Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. **Comprehensive Psychiatry**, 76, 79-86, 2017.
- CORDIOLI, Aristides Volpato. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- _____. **O Transtorno Obsessivo-Compulsivo e as suas manifestações**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

- COUTO, Leticia de S. R. B; RODRIGUES, Lidiane; VIVAN, Analise de S.; KRISTENSEN, Christian H. A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura. **Contextos Clínicos**, v. 3, n. 2, jul.-dez. 2010.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DE LA CRUZ, L. F. *et al.* Suicide in obsessive compulsive disorder: A population-based study of 36788 Swedish patients. **Molecular Psychiatry**, 22, 1626-1632, 2017.
- FERREIRA, G. M. *et al.* When patients with OCD decide to seek, and not to avoid harm: The problem of suicidality in OCD. **Bulletin of the Menninger Clinic**, 82(4), 360-374, 2018.
- GUEDES, Maria Luisa. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 65-67, Oct. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600019-&lng=en&nrmiso. Acesso em: 06 ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000600019>.
- KESSLER, R. C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; MERIKANGAS, K. R.; WALTERS, E. E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**. 2005;62(6):593-602.
- MERLO, L. J. *et al.* Obsessive-compulsive disorder: tools for recognizing its many expressions. **J. Fam. Pract.** 55(3):217-22. 2006.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Pocket Handbook of Clinical Psychiatry**. Sadock and Kaplan, eds. Lippincott Williams & Wilkins. 2001.
- TORRES, A. R. *et al.* Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. **Journal of Affective Disorders**, 190, 508-516, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

Sobre os autores

Amanda Layber Miranda Marinho

Graduanda do curso de Medicina da UNIG - Universidade Iguazu - Campus V, 4º período, membro da LAAI (Liga Acadêmica de Alergia e Imunopatologia), membro da LAPSIM (Liga Acadêmica de Psicologia Médica), membro do projeto de extensão COMVIDA: Humanização na oncologia, membro do projeto de extensão LAAI (Liga Acadêmica de Alergia e Imunopatologia), membro do projeto de extensão Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade.

Ana Carolina Branco de Farias

Estudante de Medicina da UNIG - Universidade Iguazu - Campus V, 5º período. Presidente da Liga Acadêmica de Psicologia Médica (LAPSIM).

Ana Clara Laclau Bacellar de Souza Lopes

Estudante de medicina da UNIG - Universidade Iguazu - Campus V, 4º período, membro da Liga Acadêmica de Parasitologia Clínica, participante de projeto de

extensão Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade, participante do projeto de extensão Creche Pe. Tomás Maria Fusco, uma das autoras do artigo “Problemas auditivos causados por hábitos de exposição excessiva a ruídos de alta intensidade”, apresentado na Semana Acadêmica de Medicina 2018.

Arthur Victor de Faria Rodrigues

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu Campus V, 2º período, membro da IFMSA (Federação Internacional dos Estudantes de Medicina – Comitê UNIG), Hipnoterapeuta Clínico registrado – SBH ID 0079, membro da Sociedade Brasileira de Hipnose – SBH ISO 9001, Especialista em Hipnose Clínica e Regressiva, Especialista em Hipnose Neurossensorial, Especialista em Hipnose Clássica e Ericksoniana, Especializado e Certificado Internacionalmente em Hipnose Não-Verbal e Linguagem do Corpo; Possui Moção de Aplausos da Câmara Municipal de Itaperuna, Condecorado com Honra ao Mérito do Ministério da Defesa pela Instituição Exército Brasileiro.

Artur José Cabral

Estudante do Curso de Medicina. Mestre em Produção Animal pela Uenf. Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Bárbara Costa Godinho

Formada no curso Técnico Integrado ao Ensino Médio na área de Informática pelo Instituto Federal Fluminense - Campus Itaperuna. Atualmente, é aluna do curso de graduação em Medicina pela Universidade Nova Iguaçu - Campus Itaperuna, membro da Liga Acadêmica de Patologia Médica, membro da Liga Acadêmica de Parasitologia Clínica e monitora voluntária da disciplina de Bioquímica Médica da Universidade Nova Iguaçu - Campus Itaperuna. Atualmente, é membro do projeto de pesquisa de campo sobre a cartilha: “Suicídio: informando para prevenir” no município de Itaperuna - RJ.

Beatriz Carrara Marinho

Acadêmica do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu – Campus V, 5º período; membro da Liga Acadêmica de Fisiologia Aplicada (LAFA) e membro da Liga Acadêmica de Parasitologia Clínica (LAPC).

Carolina Reis de Souza

Graduanda do curso de Medicina da UNIG - Universidade Iguazu - Campus V, 4º período, Membro da LAAH (Liga Acadêmica de Anatomia Humana), Membro da LAPAM (Liga Acadêmica de Patologia Médica), Membro do Projeto de Extensão: Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade.

Cristiane Gomes da Silva de Araújo

Professora do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Iguazu - UNIG - Campus V - Itaperuna; Médica Psiquiatra, membro efetivo da Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP 08360. CRM RJ: 70267-6.

Cristielle Corrêa Mosqueira

Graduanda do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu – Campus V, 4º período, membro da Diretoria da LIMAN (Liga Médico Acadêmico de Neurocirurgia), participante da LAIP (Liga Acadêmica de Inovação e Pesquisa), participante do Curso de Extensão Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade. Participou do curso “Abordagem da tentativa de suicídio: como agir diante de um suicídio iminente?” na Associação Médica de Minas Gerais, e do curso “Disforia de gênero: onde entra a saúde mental”, também na Associação Médica de Minas Gerais.

Denise Tinoco Novaes Bedim

Mestre em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, CES/JF (2005). Especialista em Psicologia Escolar/Educacional pelo Conselho Regional de Psicologia, Registro nº 1460/01 em 24/04/02 (CRP/05). Especialista em

Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia, Registro nº 1461/01 em 24/04/02 (CRP/05). Especialista em Psicanálise Clínica pela Universidade Federal Fluminense, UFF/RJ (1999). Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação - IBMR/RJ (1992). Graduada em Psicologia Clínica, Licenciatura, Bacharelado em Psicologia pela Faculdade Maria Thereza - FAMATH/RJ (1990). Psicóloga em Consultório Particular em Itaperuna/RJ. Professora no Curso de Graduação de Psicologia do Centro Universitário São José de Itaperuna - UNIFSJ (2015-2018). Coordenadora do Grupo de Estudos Psicanalíticos: Transmissão em Psicanálise - UNIFSJ (2016). Coordenadora do Grupo Operativo da Terceira Idade - UNIFSJ (2016). Professora de Psicologia Prática no curso de graduação de Medicina na Universidade Iguazu, Campus V, UNIG, desde 2016.

Dulce Helena Pontes-Ribeiro

Doutora em Letras (área de concentração: Língua Portuguesa) pela Uerj. Mestre em Educação pela UCP. Pós-graduada *lato sensu* em Língua Portuguesa pela Fafita. Graduada em Letras pela Fafita. Professora aposentada da Educação Básica (ensinos fundamental e médio). Atualmente, Professora em exercício no Ensino Superior (Curso de Letras) com as disciplinas Língua Portuguesa: origem e evolução e Língua Latina.

Fabio Luiz Fully Teixeira

Doutorando no curso de Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro; Professor das Faculdades de Medicina, Engenharia de Produção, Engenharia de Petróleo e Medicina Veterinária da Universidade Iguazu, Campus V, Itaperuna - RJ, e Professor do curso de Medicina da FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana – RJ. Coordenador de Extensão da Faculdade de Medicina e Coordenador dos Cursos de Extensão em Neurociência, Medicina Baseada em Evidências e Bioengenharia da UNIG, Itaperuna – RJ. Mestre em Bioengenharia pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), São José dos Campos - SP (2011). Pós-graduando em Neurologia pela IPEMED. Pós-graduado em Física pela Universidade Federal de Viçosa - MG; Pós-graduado em Matemática pura e aplicada pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Rio de Janeiro - RJ; Formado em Medicina pela Universidade Iguazu - Campos V (UNIG), Itaperuna - RJ.

Fábio Machado de Oliveira

Pós-doutorando em Cognição e Linguagem (Novas Tecnologias da Informação) pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - RJ (2019). Pós-graduado em Docência no Ensino Superior pelo Centro Universitário São Camilo - Espírito Santo (2011). Membro do Banco Nacional de Avaliadores - BAs/INEP/MEC. Conselheiro Editorial na Editora Brasil Multicultural e Editor Científico em Periódicos Internacionais e Nacionais com atuação no conselho editorial, comitê científico e equipe editorial, membro da Associação Brasileira de Editores Científicos (ABECBRASIL).

Gabriela Fróes Padilha Demétrio

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 4º período.

Gabriela Santana Pimentel

Estudante do curso de Medicina da UniRedentor, 2º período. Extensionista no programa de Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade e no programa de apoio à saúde mental e dependência química na UNIG – Universidade Nova Iguaçu – Campus V. Possui horas extracurriculares no programa de diabetes, realizado no primeiro semestre de 2019 em Itaperuna - RJ.

Geraldo Cardilo

Estudante de Medicina da UNIG - Universidade Iguaçu - Campus V, 4º período, membro da Liga Acadêmica de Anatomia Humana Dr. Wagner Mangiavacchi (LAAH), monitor da disciplina de Anatomia Humana 2 e estagiário no CTI Terciário HSJA (Hospital São José do Avaí).

Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Doutora e Mestre em Cognição e Linguagem pela Uenf. Doutoranda em Ciências Jurídicas pela UNLP. Membro efetivo da Associação de Bioética Jurídica da

Universidade Nacional de La Plata. Professora dos Cursos de Direito e Medicina. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Bioética e Dignidade Humana. Coordena Projetos de Iniciação Científica. Pós-graduada em Direito Público, Direito Privado e Educação. Graduada em Direito e Licenciada em Pedagogia.

Isaac Fernandes Corrêa

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu – Campus V, 6º período. Diretor de Pesquisa e Membro Fundador da Liga Acadêmica LAPAC (Liga Acadêmica de Parasitologia Clínica). Membro do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade humana.

Isabella Baiense Moreira

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu – Campus V, 5º período. Membro da Liga Acadêmica LAPAC (Liga Acadêmica de Parasitologia Clínica), participante da Extensão Universitária Creche Pe. Tomás Maria Fusco e da Extensão Universitária no projeto “Universitário Amigo do Idoso”. Estagiária na Unidade de Pronto Atendimento do município de Presidente Kennedy – ES.

José Carlos Chaguri Júnior

Possui graduação em Licenciatura em História pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP, 1996) e mestrado em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, 2002). Atualmente, faz pós-graduação em Neurociência na Universidade Iguazu (UNIG), onde exerce o cargo de docente, atuando nos cursos de Administração, Enfermagem, Engenharia de Petróleo, Farmácia, Medicina e Odontologia. No curso de Medicina, exerce o cargo de coordenador do Programa de Integração Escola, Serviço e Comunidade (PIESC), desde 2010. Foi coordenador do curso de História de 2004 a 2006 da Fundação Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Carangola - Universidade Estadual de Minas Gerais (FAFILE - UEMG).

Juçara Gonçalves Lima Bedim

Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Membro efetivo da Academia Itaperunense de Letras (ACIL). Membro do Corpo Editorial – como revisora de Língua Inglesa – da Revista Eletrônica “*Acta Biomédica Brasileira*” (ISSN: 2236-0867 – *Creative Commons* Atribuição 4,0 Internacional). Membro do Grupo de Pesquisa “Bioética & Dignidade Humana”. Professora aposentada de Ensino Médio do Estado do Rio de Janeiro. Professora-Pesquisadora e Extensionista da Universidade Iguazu (UNIG), Campus V – Itaperuna-RJ, dos cursos de Medicina e Direito. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Medicina e Cientificidade “Dr. Renam Catharina Tinoco”.

Juliana da Conceição Sampaio Lóss

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu – Campus V, 5º período, Membro da Liga Acadêmica LAIESC (Liga Acadêmica de Integração Escola, Serviço e Comunidade), Membro da IFMSA (Federação Internacional dos Estudantes de Medicina – Comitê UNIG), Vice-presidente da Liga Acadêmica de Psicologia médica, Membro do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade humana. Bolsista no projeto de iniciação científica, Monitora da disciplina de Patologia Geral, Psicóloga, Pedagoga, Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar; Especialista em Psicopedagogia Institucional, Especialista em Psicologia Cognitivo-Comportamental, Especialista em Terapia Familiar Sistêmica, possui Licenciatura Plena em Sociologia e é doutoranda em Psicologia Clínica pela UCES.

Lais Bastos Guerra Boechat

Graduanda em Medicina na Universidade Iguazu (UNIG). Estágio em serviço de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital São José do Avaí (HSJA) no ano de 2018 e estágio de Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro no ano de 2019. Membro da diretoria da Liga de Geriatria do HSJA, como diretora de publicações. Acadêmica coordenadora do projeto ComVida: o câncer, a prevenção e o diagnóstico; Humanização em Oncologia; Na sala de espera tem prevenção.

Lívia Borges Marques

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 4º período. Extensionista no programa Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade, no programa de apoio à saúde mental e dependência química, no programa de apoio aos pacientes oncológicos e possui horas extracurriculares no programa de diabetes, realizado no primeiro semestre de 2018 em Itaperuna – RJ.

Louise Santos de Souza Carvalho

Graduanda em Medicina na instituição Universidade Iguaçu (UNIG). Membro da Liga Acadêmica de Psicologia no ano de 2019. Acadêmica dos Projetos de Extensão: Humanização em Oncologia e Na sala de espera tem prevenção.

Marcelo Marianelli Lóss

Bacharel em Direito; Advogado militante na área empresarial; Pós-graduado em Direito Civil e Processo Cível; Ex-procurador municipal; Ex-chefe da Consultoria Jurídica do Tribunal de Contas do Estado do ES.

Margarete Zacarias Tostes de Almeida

Doutora em Ciências, Museologia e Patrimônio (2015) pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Mestre em Psicologia, com área de concentração em Psicanálise (2004) e Letras (2010) pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - CESJF. Professora de Psicologia Médica no Curso de Graduação em Medicina, Psicologia Jurídica no Curso de Graduação em Direito e Coordenadora Pedagógica da Universidade Iguaçu - Campus V - Itaperuna/RJ, Coordenadora da Liga Acadêmica de Psicologia e Pesquisadora na Universidade Iguaçu - Campus V.

Maria Eduarda Poubel de Oliveira

Acadêmica do curso de Medicina da UNIG - Campus V – Itaperuna - RJ. Monitora de Microbiologia e Imunologia (2019). Primeira tesoureira da Liga

Acadêmica de Alergia e Imunopatologia. Membro da Liga Acadêmica de Parasitologia Clínica. Membro da Liga Acadêmica de Psicologia Médica. Membro da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA). Pesquisadora do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade Humana. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa do curso de Medicina na UNIG - Campus V – Itaperuna - RJ.

Mariana Fernandes Ramos dos Santos

Psicóloga. Neuropsicóloga. Mestre em Psicologia. Terapeuta Cognitivo-Comportamental. Especialista em Reabilitação Neuropsicológica. Especialista em Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental. Especialista em Saúde Mental. Docente nas instituições: UNIFSJ, UNIG, Estácio, ISECENSA, Auxiliadora, UCP. Autora dos livros: *Diálogo Mente e Cérebro: Reestruturação e Reabilitação Cognitivas numa interlocução entre Terapia Cognitivo Comportamental e Neuropsicologia e Resiliência para Crianças e Adolescentes* e Membro do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade Humana.

Michel Rodrigues Fassarella

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu – Campus V, 5º período. Vice-presidente da LAAI (Liga Acadêmica de Alergia e Imunopatologia), membro da Liga Acadêmica de Psicologia Médica. Monitor da disciplina de Microbiologia e Imunologia (2019).

Nicole Fulgencio Cerqueira

Estudante do curso de Medicina da UNIG - Universidade Iguaçu Campus V, 4º período. Membro da Liga Acadêmica de Anatomia Humana Dr. Wagner Mangiavacchi. Pesquisadora no Núcleo de Pesquisa Medicina e Cientificidade Dr. Renan Catarina Tinoco. Membro do Projeto de Extensão Principais Transornos Psíquicos na Contemporaneidade e Monitora da Disciplina de Fisiologia Humana I.

Paulo Jonas Boechat da Silveira Junior

Estudante do Curso de Medicina da UNIG - Campus V – Itaperuna - RJ, com ingresso no ano de 2017 e término previsto para 2023. Representante da 41ª turma. Monitor de Histologia e Citologia prática e teórica durante todo o ano de 2018, atualmente monitor de Imunologia e Microbiologia até o final do ano de 2019 (ambos os editais de monitoria foram por processo seletivo). Presidente da Liga Acadêmica de Alergia e Imunopatologia, membro da Liga Acadêmica de Fisiologia Aplicada, membro da Liga Acadêmica de Neurointensivismo, membro da IFMSA - UNIG, com destaque no órgão SCOPE de intercâmbios nacionais e internacionais, diretor da Liga Acadêmica de Psicologia Médica. Pesquisador do grupo de pesquisa Bioética e Dignidade Humana, pesquisador do núcleo de pesquisa Medicina e Cientificidade, bolsista no projeto de iniciação científica. Formado em inglês avançado pelo curso Number One.

Pétra Queiroz da Silva Passos

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguaçu– Campus V, 4º período.

Rúbia de Oliveira Freixo

Formada no curso Técnico em Química pelo Instituto Federal Fluminense - Campus Campos Centro. Atualmente, é aluna do curso de graduação em Medicina pela Universidade Nova Iguaçu - Campus Itaperuna, membro da Liga Acadêmica de Neurocirurgia, membro da Liga Acadêmica de Neurointensivismo e monitora da disciplina de Neuroanatomia da Universidade Nova Iguaçu - Campus Itaperuna.

Thais Tostes de Almeida

Juíza Leiga no Tribunal de Justiça de Minas Gerais, em Juiz de Fora/MG, aprovada em processo seletivo (set. 2017- dez. 2018); Advogada/OAB – Graduação em Direito pela Universidade Iguaçu- Campus Itaperuna/RJ, Defensoria Pública em Itaperuna/RJ (Estagiária de 2012 a 2013). Especialista em Direito Penal e Processo

Penal - Universidade Federal de Juiz de Fora (2015). Especialista em Conciliação em Conflitos (Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes – EJEF/MG).

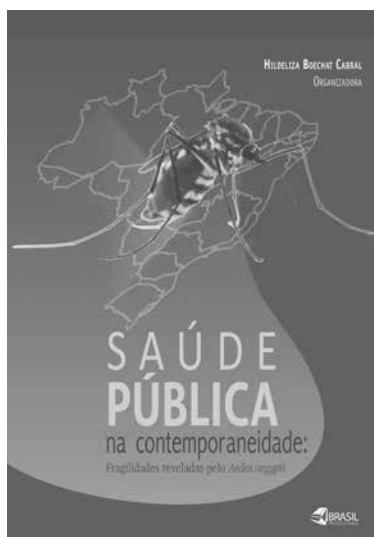
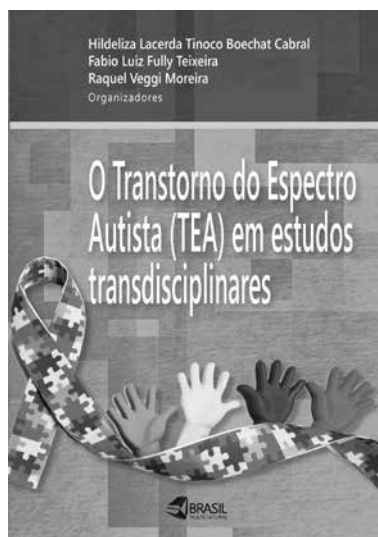
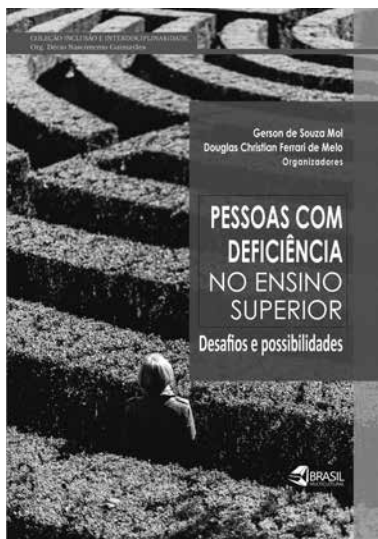
Thalia Figueiredo Borges

Estudante do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu – Campus V, 5º período. Membro da IFMSA (Federação Internacional dos Estudantes de Medicina – Comitê UNIG), membro da Liga Acadêmica de Psicologia Médica, Membro da Liga Acadêmica de Anatomia Humana Dr. Wagner Mangiavacchi, membro da Liga de Alergia e Imunopatologia, Pesquisadora no Núcleo de Pesquisa Medicina e Cientificidade Dr. Renan Catarina Tinoco, membro do Projeto de Extensão em Pediatria e membro do Projeto de Extensão em Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade.

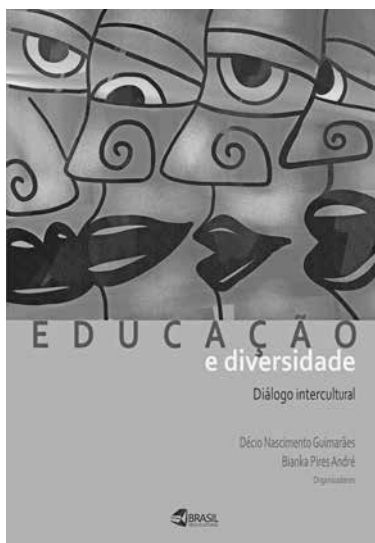
Victoria Esposti Pillar Silveira

Graduanda do curso de Medicina da UNIG – Universidade Iguazu – Campus V, 4º período. Participante do Curso de Extensão em Principais Transtornos Psíquicos na Contemporaneidade.

Outros títulos publicados



Acesse: www.editorabrasilmulticultural.com.br



Acesse: www.editorabrasilmulticultural.com.br

Esta obra foi composta nas tipologias Minion Pro/Myriad Pro e foi impressa em papel Pólen-soft® 80 grs./m², no verão de 2020.

Esta obra realiza um breve estudo dos principais transtornos mentais verificados na sociedade deste novo milênio de cotidiano globalizado.

Nela, o leitor encontra os principais transtornos analisados de modo a demonstrar a importância da intervenção nessas situações que se mostram presentes na vida contemporânea, não somente dos adultos, mas das crianças e dos adolescentes: transtornos do sono desencadeando depressão, transtorno bipolar, depressão e ansiedade, Transtorno de Personalidade Borderline, bulimia e anorexia, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, suicídio, síndrome do pânico, Bournout, TOC, TEA, depressão infantil, TDAH, Transtorno Opositivo Desafiador, e, ainda, a dependência digital – que decorre do uso excessivo das redes sociais digitais e demais possibilidades oferecidas pela internet.

Os organizadores



www.editorabrasilmulticultural.com.br
www.facebook.com/ibramep
contato@brasilmulticultural.com.br