



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 7 • n°2 • Mar/Abr 2017
ISSN 2236-918X

REVISTA

DEBATES EM

psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta

5012341562/2014-0000
ABP

Correios



CONSULTÓRIO PSIQUIÁTRICO: COMO EU FAÇO
PREVALÊNCIA E RISCO DE SUICÍDIO NO BRASIL E NA CIDADE
DE BARRA DO GARÇAS (MT): REVISÃO DE LITERATURA

PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PSIQUIATRIA:
POSSIBILIDADE OU UTOPIA?

TABAGISMO E GRAVIDEZ

ASSÉDIO MORAL, SOFRIMENTO NO TRABALHO
E SUAS CONSEQUÊNCIAS



VOCÊ JÁ CONHECE O PEC-ABP?

"O Programa de Educação Continuada (PEC) oferece uma excelente oportunidade de atualização profissional para os Associados ABP e dispõe dos mais variados temas, apresentados por grandes nomes da Psiquiatria nacional, com conteúdos que podem ser acessados a qualquer hora e em qualquer lugar.

Não perca tempo e aproveite um mundo de conhecimento com apenas um clique!

WWW.PEC-ABP.ORG.BR





////////// APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Prezado leitor e colega,

Você está recebendo mais um número da Revista Debates em Psiquiatria.

Abrimos este número com um artigo especial de autoria de Uriel Heckert, que discorre sobre a prática da psiquiatria (sua própria e em geral) no consultório. “O consultório é a casa do médico, por excelência” – assim começa o artigo. Segue uma descrição detalhada e inspiradora que, temos certeza, será apreciada por nossos leitores.

A seguir, Rayssa Gabriele Vieira et al. apresentam uma revisão sobre prevalência e risco de suicídio no Brasil e na cidade de Barra do Garças (MT). O artigo traz dados importantes sobre este problema de saúde pública que atualmente é a terceira maior causa de morte no país. Os autores avaliam fatores de risco para suicídio, como região geográfica, sexo, desigualdade social, entre outros, e concluem que a cidade Barra do Garças tem perfil semelhante ao perfil nacional. Os autores também propõem a realização de pesquisa epidemiológica sobre o assunto no estado do Mato Grosso, dada a ausência de publicação com tal objetivo.

A seguir, dois artigos de atualização. No primeiro deles, Leonardo Machado et al. nos brindam com um assunto bastante novo: prevenção primária em psiquiatria. E provocam: seria a prevenção primária uma possibilidade ou utopia? Os autores apresentam um panorama atual sobre este recente campo de estudo (início apenas na década de 1970) e ponderam sobre impossibilidades, inviabilidades e limitações da prevenção em saúde mental. Também descrevem alguns estudos bem desenhados, que mensuraram a diminuição da incidência de transtornos mentais como principal desfecho de intervenções preventivas. Como dizem os autores no final do artigo: mais estudos merecem ser realizados, mas os dados apresentados nesse artigo podem ajudar a modificar nossa mentalidade desde já.

O segundo artigo de atualização está inserido na nossa já tradicional pauta sobre saúde da mulher. Juliana Pires Cavalsan et al. falam sobre tabagismo na gravidez, abordando fatores de risco, associações com depressão e ansiedade, intervenções comportamentais, tratamento medicamentoso e tratamentos alternativos. Os autores trazem dados atualizados sobre este hábito que tem malefícios comprovados na população em geral e, especialmente, em gestantes e seus bebês.

Por fim, Ana Lea Santos da Silva et al. trazem um caso clínico e discutem assédio moral, sofrimento no trabalho e suas consequências. Segundo os autores, situações envolvendo assédio moral nas empresas podem causar sofrimento psíquico e, por vezes, ocasionar transtornos mentais que podem repercutir no afastamento do trabalho. O relato é rico em materiais suplementares, tornando o artigo ainda mais atraente.

Esperamos que você aprecie a leitura!

Antônio Geraldo da Silva e João Romildo Bueno
Editores Seniores, Revista Debates em Psiquiatria



DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Vice-Presidente: Alfredo José Minervino - PB
Diretor secretário: Claudio Meneghello Martins - RS
Diretor secretário adjunto: Maria de Fátima Viana de Vasconcellos - RJ
Diretor tesoureiro: Antônio Geraldo da Silva - DF
Diretor tesoureiro adjunto: Maurício Leão de Rezende - MG

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Cleber Naief Moreira - AM
Diretor Regional Adjunto Norte: Kleber Roberto da Silva Gonçalves de Oliveira - PA
Diretor Regional Nordeste: André Luis Simões Brasil Ribeiro - BA
Diretor Regional Adjunto Nordeste: Everton Botelho Sougey - PE
Diretor Regional Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire - MT
Diretor Regional Sudeste: Érico de Castro e Costa - MG
Diretor Regional Adjunto Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Diretor Regional Sul: Eduardo Mylius Pimentel - SC
Diretor Regional Adjunto Sul: Carla Hervê Moran Bicca - RS

CONSELHO FISCAL

Titulares:
Itiro Shirakawa - SP
Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro - SP
Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

Suplentes:
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP
Marcelo Feijó de Mello - SP
Sérgio Tamai - SP

ABP - Rio de Janeiro
Rua Buenos Aires, 48 - 3º Andar - Centro
CEP: 20070-022 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abpbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abpbrasil.org.br

EXPEDIENTE

EDITORES SENIORES

Antônio Geraldo da Silva - DF
João Romildo Bueno - RJ

EDITORES-CHEFES

Marcelo Feijó de Mello - SP
Breno Sattler Diniz - TX, USA
José Carlos Appolinário - RJ
Valeria Barreto Novais - CE

EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Paim Diaz - SC
Antonio Peregrino - PE
Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Érico de Castro e Costa - MG
Itiro Shirakawa - SP
Marcelo Liborio Schwarzbald - SC

EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan - SC
Antonio Leandro Nascimento - RJ
Camila Tanabe Matsuzaka - SP
Emerson Arcoverde Numes - RN
Izabela Guimarães Barbosa - MG
Larissa Junkes - RJ

CONSELHO EDITORIAL

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG
Ana Gabriela Hounie - SP
Analice de Paula Gigliotti - RJ
César de Moraes - SP
Elias Abdalla Filho - DF
Eugenio Horácio Grevet - RS
Fausto Amarante - ES
Flávio Roithmann - RS
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP
Helena Maria Calil - SP
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG
Irismar Reis de Oliveira - BA
Jair Segal - RS
João Luciano de Quevedo - SC
José Cássio do Nascimento Pitta - SP
Marco Antonio Marcolin - SP
Marco Aurélio Romano Silva - MG
Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Maria Alice de Vilhena Toledo - DF
Maria Dilma Alves Teodoro - DF
Maria Tavares Cavalcanti - RJ
Mário Francisco Pereira Jurueña - SP
Paulo Belmonte de Abreu - RS
Paulo Cesar Geraldês - RJ
Ricardo Barcelos - MG
Sergio Tamai - SP
Valentim Gentil Filho - SP
Valéria Barreto Novais e Souza - CE
William Azevedo Dunningham - BA

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

Antonio Pacheco Palha (Portugal), Marcos Teixeira (Portugal), José Manuel Jara (Portugal), Pedro Varandas (Portugal), Pio de Abreu (Portugal), Maria Luiza Figueira (Portugal), Julio Bobes Garcia (Espanha), Jerónimo Sáiz Ruiz (Espanha), Celso Arango López (Espanha), Manuel Martins (Espanha), Giorgio Racagni (Italia), Dinesh Bhugra (Londres), Edgard Belfort (Venezuela)

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal
Revisão de Textos e Editoração Eletrônica: Scientific Linguagem
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Gerente Geral: Simone Paes
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO

MAR/ABR 2017

6/ especial

Consultório psiquiátrico: como eu faço
URIEL HECKERT

10/ revisão

Prevalência e risco de suicídio no Brasil e na cidade de Barra do Garças (MT): revisão de literatura
RAYSSA GABRIELE VIEIRA,
CRISTIANE FERREIRA RALLO DE ALMEIDA,
GABRIELA RODRIGUES,
SAMARA DOS SANTOS GONÇALVES,
ADRIELI DOS SANTOS FRANÇA,
MATHEUS BERTHOUD OLIVEIRA

16/ atualização

Prevenção primária em psiquiatria: possibilidade ou utopia?
LEONARDO MACHADO,
CAMILA TWANY NUNES DE SOUZA,
AMAURY CANTILINO

27/ atualização

Tabagismo e gravidez
JULIANA PIRES CAVALSAN, JOEL RENNÓ JR.,
RENAN ROCHA, AMAURY CANTILINO,
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO,
GISLENE VALADARES,
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

34/ relato

Assédio moral, sofrimento no trabalho e suas consequências
ANA LEA SANTOS DA SILVA,
CARLA FEIJÓ, INAIARA KERSTING,
PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA

* As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

CONSULTÓRIO PSIQUIÁTRICO: COMO EU FAÇO

PSYCHIATRIC OFFICE: HOW I DO IT

INTRODUÇÃO

O consultório é a casa do médico, por excelência. Ali está o espaço privilegiado para o encontro entre o profissional e aqueles que buscam a sua ajuda. Ambulatórios públicos, ambientes compartilhados, clínicas coletivas e outras propostas contemporâneas também podem ser bem aproveitados, desde que ofereçam alguma personalidade àqueles que os utilizam.

O psiquiatra, em particular, exerce a maior parte do seu trabalho em tal contexto. Em grande medida, as questões clínicas terão o seu encaminhamento definido entre quatro paredes. Necessário se faz, portanto, que o espaço, a ambientação e todos os arranjos contribuam para a configuração de um *setting* adequado ao diagnóstico e às intervenções terapêuticas. Acima de tudo, sobressaem a disposição íntima e as atitudes do profissional.

FUNDAMENTOS

Exerço a clínica psiquiátrica há 45 anos, procurando manter o mesmo entusiasmo inicial. A formação fenomenológica fornece-me instrumentos valiosos: atitude empática, escuta despida de preconceções, sempre em busca da essência dos sinais e sintomas, percebidos nas vivências e na significação subjetiva, focada naquele que apresenta suas queixas. O diagnóstico pode então ser firmado em bases pluridimensionais, num clima de acolhimento e compreensão que já é terapêutico desde o primeiro momento^{1,2}. Não me atenho somente à categorização nosológica, mas busco um enfoque compreensivo-dinâmico e existencial³⁻⁵.

Tenho também forte aproximação com o movimento da chamada medicina da pessoa, que conheci através dos escritos de Paul Tournier. Entendendo o valor e a dignidade intrínsecos à pessoa humana, sou impulsionado a perquirir pela *imago Dei*, mesmo que acobertada pela doença e pelas misérias humanas. Da mesma forma, sei que é revelando a mim mesmo como pessoa que propicio

estímulos para o crescimento e a mudança desejados⁶⁻⁹. Tal movimento ganhou ressonância também no Brasil, mesmo que por outra via¹⁰.

Na verdade, a prática psiquiátrica é moldada pela visão do ser humano esposada pelo profissional. A antropologia médica, disciplina que ajudei a implantar na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, fornece as referências necessárias para a abordagem integral do ser humano enfermo psíquico^{11,12}.

PRÁTICAS

Descrevo a seguir como atendo em consultório, especialmente na primeira consulta. Nos encontros subsequentes, a flexibilidade e a liberdade são maiores, considerando o grau de relacionamento e conhecimento mútuo.

Recebo o cliente à porta, já informado do seu nome. Posso chegar à sala de espera para ser melhor identificado, especialmente quando sinto que há uma expectativa grande, com a presença de acompanhantes. Tratar pelo nome e apertar a mão acolhedoramente são práticas rotineiras.

O cliente entra sozinho na sala de atendimento, sempre. Isso parece-me indispensável, pois contribui para a valorização da sua fala, para a formação do vínculo terapêutico, além de oferecer liberdade na abordagem das questões pessoais. Quando um familiar se insinua, eu explico com gentileza que preciso ouvir primeiro quem vem à consulta, garantindo que logo em seguida admitirei também os acompanhantes.

Ofereço duas opções de assento: a cadeira fixa com braços ou o sofá com dois lugares. Eu me assento ao lado, numa cadeira giratória que me permite olhar o entrevistado de frente. Assim, temos proximidade respeitosa que permite percepção dos movimentos e expressões de ambos os envolvidos. A mesa, mesmo sendo de estrutura leve, com vidro transparente, fica de lado enquanto ouço o relato. Entendo que, sendo

Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG. Residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre em Filosofia pela UFJF, Juiz de Fora, MG. Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Professor de Psiquiatria e de Antropologia Médica (aposentado), Faculdade de Medicina, UFJF, Juiz de Fora, MG. Sócio da ABP. Membro Pleno, Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos.

usada de rotina, ela se afigura como uma barreira entre o cliente e o profissional.

Digo de início que estou à disposição para ouvir o que se passa, o que motiva a consulta. Estimulo que a exposição transcorra com liberdade. Recorro a assertivas sonoras e/ou gestuais, mostrando que acompanho o relato com atenção. Pergunto sempre pela vivência: “Como sente...?”, “Como é isso para você?”, “A que ponto lhe incomoda...?”. Se há pausas, insisto: “O que mais...?”, “Quando acontece...?”, “Que situações interferem...?”. Quando o relato é pobre, recorro a uma sequência: “Como está o sistema nervoso (‘os nervos’)?”, “E os sentimentos, como andam?”, “Sobre o pensamento, nota alguma alteração nas ideias (alguma que incomoda)?”, “E a memória, como vai?”.

Evito emitir julgamentos, mostrar espanto ou dar opiniões apressadas. No máximo, frases assertivas ou empáticas: “Você está explicando bem, eu consigo acompanhar com facilidade”. Ou: “Seus sintomas são bem característicos, o quadro está ficando claro para mim”. Ou ainda: “Situações assim geram muito desgaste, você deve estar sofrendo”.

Reservo 45 minutos para cada atendimento. Controlo o tempo pelo meu relógio de pulso, que consulto discretamente. Também desenvolvi a prática de observar o relógio do próprio paciente, quando possível.

Cumpridos aproximadamente 30 minutos, vou tentando fechar o relato, buscando uma síntese. Deixo os minutos restantes para ouvir o(s) acompanhante(s). Convoco-o(s) através da chamada de secretária, recebendo-o(s) também à porta, perguntando pelo nome e indicando o assento. Em seguida, faço um resumo daquilo que já apurei (evitando detalhes confidenciais) e digo que quero ouvir a percepção que trazem.

Se os dados coletados convergem para o diagnóstico(s) já esboçado, exponho meu entendimento e a primeira visão do prognóstico, sempre apontando possibilidades terapêuticas. São raros os casos em que, ainda não havendo clareza, proponho que a consulta seja retomada em dia próximo. Obviamente, considero como um desdobramento da entrevista anterior e não cobro honorário pelo segundo horário.

Ao final, dirijo-me à mesa. Posso então solicitar algum exame (bem poucas vezes), anotar referência a algum profissional (neurologista, psicólogo, etc.), se for o caso,

e prescrever os medicamentos e demais orientações. A maioria dos clientes que atendo recebe alguma prescrição de psicofármacos. Nesse caso, empenho-me em escolher um único produto que atenda aos sintomas-alvo, avaliando inclusive benefícios de eventuais efeitos colaterais. Pacientes que exigem polifarmácia recebem um roteiro indicando horários, nomes e doses das substâncias a serem ingeridas (“Para afixar na geladeira e não confundir”).

Entrego as prescrições e encaminhamentos sempre na mão do próprio cliente. Afinal, ele deve assumir papel ativo no tratamento. Peço aos seus próximos que procurem ajudá-lo no que for necessário. Deixo meus telefones à disposição, incentivando que sejam usados diante de qualquer dúvida. Além dos dados impressos no receituário, posso entregar um cartão em que eu mesmo escrevo o número do aparelho celular. Faço isso como uma distinção àquele cliente e vejo que isso reforça o vínculo e a pessoalidade, além de transmitir segurança. Desnecessário acrescentar que tenho o cuidado de atender às chamadas (que, na verdade, são esparsas).

O pagamento da consulta é feito à secretária, que também agenda a próxima visita. Atualmente, não atendo por convênios; mas não me nego a fazer concessões financeiras. Nesses casos, prefiro discutir o assunto pessoalmente, na presença do cliente e de seus familiares. O trato com o dinheiro tem valor simbólico, e assim, ganha conotações terapêuticas. Existem ainda aqueles que não me pagam pelos atendimentos, por situações diversas. Mesmo assim, os procedimentos de trabalho seguem a mesma sequência.

Procuro marcar o primeiro retorno dentro de 15 a 20 dias. Se há riscos maiores, que seja logo na semana seguinte. Normalmente, não cobro honorários por esse segundo atendimento.

Não faço nenhuma anotação durante a consulta, a não ser em situações muito especiais, diante de relatos complexos. Peço então licença para registrar as principais datas e ocorrências, “para eu ter tudo mais claro”. Preencho o prontuário em particular no intervalo entre as consultas ou no final de todos os atendimentos. O acompanhamento atento e interessado permite memorizar e preencher uma folha ofício com as informações colhidas. Nesses registros, emprego frases sucintas e diretas, seguindo os tópicos de uma

anamnese. Grifo e dou destaque às informações que não podem passar despercebidas. De propósito, incluo nas anotações fatos curiosos, vinculações, gostos, coisas que poderei usar nas vezes seguintes como pontos de contato e demonstração de interesse.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Tenho no consultório os seguintes instrumentos médicos: estetoscópio, aparelho para aferição de pressão arterial e martelo neurológico, que são usados em situações específicas, bem como alguns medicamentos clínicos de ação rápida (anti-hipertensivo, antianginoso, antitérmico, analgésico). O sofá pode receber alguém deitado, para exame ou alguma emergência, o que raramente acontece. Já fiz encaminhamentos, diretamente a cardiologista, pneumologista ou neurologista, após constatar situações críticas (infecções respiratórias, crises hipertensivas, insuficiência cardíaca, sintomas anginosos, sinais de hidrocefalia, etc.).

Nunca tive o caso de uma crise de agitação psicomotora ou agressividade mais intensa. Preventivamente, porém, não deixo expostos objetos de possível utilização em tais situações. Síndromes maniformes não são raras, sendo alguns clientes logo medicados por mim mesmo [Clopixol-Acuphase intramuscular (IM), Haldol + Fenergan IM, Zyprexa Zydis]. Também psicóticos sem consciência de doença e recusando-se a tratamento podem ser medicados antes de saírem do consultório [Haldol Decanoato, Clopixol Depot; Penfluridol (SEMAP) era ótima opção, agora indisponível].

Crises de ansiedade, ataques de pânico, dores psicossomáticas agudas eventualmente ali ocorrem, assim como crises histeroconvulsivas, hoje mais raras. Nessas situações, atuo com medidas tranquilizadoras, indicando melhor postura corporal e respiração pausada, e com ansiolíticos de ação rápida (Alprazolam, Clonazepam sublingual).

Encaminhamentos para internação psiquiátrica são raríssimos. Poucos casos que indicavam risco iminente de suicídio foram assim direcionados. Mesmo nesses casos, já optei por indicar sessões de eletroconvulsoterapia (quando encontro quem disponibilize o procedimento), orientando a família e mantendo atendimentos mais próximos.

CONCLUSÃO

Alguns dirão que as práticas acima não se aplicam aos atendimentos por planos de saúde e muito menos ao serviço público. Minha observação, porém, conduz a raciocínio inverso. Vejo com frequência colegas que atendem mal em tais condições, sempre apressados, desatentos e, sejamos sinceros, com certa raiva mal disfarçada. Ao chegarem aos seus consultórios, eles tendem a reproduzir o mesmo padrão de comportamento. Assim, onde poderiam criar espaços de bem-estar e bom atendimento, tais profissionais replicam o modelo a que se acostumaram.

As referências que tive para desenvolver a prática sistemática de atendimento vieram dos poucos escritos dedicados ao tema¹³⁻¹⁵. Outra fonte interessante de sugestões são as publicações da chamada psicologia médica, especialmente quando abordam a relação médico/paciente^{16,17}.

As características e preferências pessoais de cada profissional moldam em muito suas posturas e práticas. Entretanto, podemos inferir que pesquisas mais específicas e maior troca de informações ajudarão a melhorar a qualidade do atendimento e a satisfação de todos os envolvidos. Os clientes e usuários agradecerão, e a nossa própria saúde física e psíquica será beneficiada.

Artigo submetido em 01/11/2016, aceito em 29/11/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Uriel Heckert, Rua Rei Alberto, 103, apto. 1000, CEP 36016-300, Juiz de Fora, MG. Tel.: (32) 3215.7546. E-mail: urielheck@gmail.com

Referências

1. Jaspers K. Psicopatologia geral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1979.
2. Lopes JL. Diagnóstico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1980.
3. Gabbard G. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 1992.
4. May R, Angel E, Ellenberger HF. Existencia, nueva dimension en psiquiatria y psicología. Madrid: Gredos; 1958.

Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG. Residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Mestre em Filosofia pela UFJF, Juiz de Fora, MG. Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Professor de Psiquiatria e de Antropologia Médica (aposentado), Faculdade de Medicina, UFJF, Juiz de Fora, MG. Sócio da ABP. Membro Pleno, Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos.

5. Straus EW. *Psicología fenomenológica*. Buenos Aires: Paidós; 1966.
6. Tournier P. *Médecine de la personne*. 11ª ed. Neuchatel, Suisse: Delachaux; 1963.
7. Cox J, Campbell AV, Fulford B. *Medicine of the person*. London: Jessica Kingsley Publ.; 2007.
8. Collins GR. *The Christian psychology of Paul Tournier*. Grand Rapids: Baker Book House; 1973.
9. Heckert U. *A obra de Paul Tournier e a medicina da pessoa [dissertação]*. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 1988.
10. Perestrello D. *A medicina da pessoa*. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
11. Gebattel VEF von. *Antropologia medica*. Madrid: Rialp; 1966.
12. Entralgo PL. *El médico y el enfermo*. Madrid: Guadarrama; 1969.
13. Bird B. *Conversando com o paciente*. São Paulo: Manole; 1975.
14. Mackinnon RA, Michels R. *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Porto Alegre: Artmed; 1981.
15. Mackinnon RA, Yudofsky SC. *A avaliação psiquiátrica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 1988.
16. Moreira Filho AA. *Relação médico-paciente, teoria e prática*. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
17. Martins C. *Perspectivas da relação médico-paciente*. Porto Alegre: Artmed; 1981.

PROPSIQ

é o programa de atualização desenvolvido pelo Secad em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e profissionais consagrados. É dirigido a você, psiquiatra, médico-residente, mestrando, doutorando ou profissional da área.



12x de R\$ 105,00
1.260,00

6x de R\$ 190,00
1.140,00

à vista com
15% de desconto
R\$ 1.069,00

VOCÊ EM **CONSTANTE ATUALIZAÇÃO**
COM OS ESTUDOS EM PSQUIATRIA.

São ciclos de atualização de 12 meses e ao final
você recebe o certificado de atualização profissional!

RAYSSA GABRIELE VIEIRA
CRISTIANE FERREIRA RALLO DE ALMEIDA
GABRIELA RODRIGUES
SAMARA DOS SANTOS GONÇALVES
ADRIELI DOS SANTOS FRANÇA
MATHEUS BERTHOUD OLIVEIRA

PREVALÊNCIA E RISCO DE SUICÍDIO NO BRASIL E NA CIDADE DE BARRA DO GARÇAS (MT): REVISÃO DE LITERATURA

PREVALENCE AND RISK OF SUICIDE IN BRAZIL AND IN THE MUNICIPALITY OF BARRA DO GARÇAS, STATE OF MATO GROSSO: LITERATURE REVIEW

Resumo

O suicídio é um problema de saúde pública que gera impactos econômicos, financeiros e sociais. É a causa de morte de aproximadamente 1 milhão de pessoas por ano no mundo. Os objetivos deste trabalho são analisar e comparar o perfil epidemiológico dos casos de suicídio no Brasil com a cidade de Barra do Garças (MT) e propor a realização de um estudo epidemiológico mais abrangente sobre o seu risco no estado de Mato Grosso, centro-oeste do Brasil. A metodologia utilizada foi a revisão da literatura, com base nos dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os trabalhos selecionados da BVS foram artigos originais e de revisão. O suicídio, atualmente, é a terceira maior causa de morte no país. Houve um aumento no número de eventos entre 2000 e 2012 em todas as faixas etárias. A maior incidência ocorre na Região Sul do Brasil. Em relação ao gênero, o sexo masculino tem maior prevalência. A desigualdade social é associada positivamente com o suicídio. A análise dos dados da cidade Barra do Garças foi condizente com o perfil nacional, ao indicar maior número de suicídios em pessoas com menor tempo de estudo e com doenças psiquiátricas e, na população feminina, preferência pelo uso de medicamentos.

Palavras-chave: Suicídio, envenenamento, tentativa de suicídio.

Abstract

Suicide is a public health problem that has economic, financial, and social impacts. It is the cause of death of approximately 1 million people per year in the world.

The objectives of this study were to analyze and compare the epidemiological profile of suicide cases in Brazil vs. in the municipality of Barra do Garças, state of Mato Grosso, central-western Brazil, and to propose a more comprehensive epidemiological study of suicide risk in the state. The methodology employed was a literature review based on data from the Virtual Health Library (VHL). Original articles and review articles were selected. Suicide is currently the third leading cause of death in the country. There was an increase in the number of events between 2000 and 2012 in all age groups. The highest incidence occurs in the South Region of Brazil. In relation to gender, males show a higher prevalence of suicide. Social inequality is positively associated with suicide. The analysis of data from the municipality of Barra do Garças (MT) was consistent with the national profile, indicating a higher number of suicides among people with fewer years of schooling and with psychiatric illnesses, and, among females, a preference for the use of drugs.

Keywords: Suicide, poisoning, suicide attempt.

INTRODUÇÃO

Suicídio é definido como o ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção, mesmo que de forma ambivalente, seja a morte. Representa muitas vezes o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, resultado de uma psicodinâmica complexa, na qual há influência de fatores psicológicos, biológicos, inclusive genéticos, culturais



**RAYSSA GABRIELE VIEIRA¹, CRISTIANE FERREIRA RALLO DE ALMEIDA¹,
GABRIELA RODRIGUES¹, SAMARA DOS SANTOS GONÇALVES¹, ADRIELI
DOS SANTOS FRANÇA¹, MATHEUS BERTHOUD OLIVEIRA²**

¹ Acadêmica de Medicina (8º semestre), Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Cáceres, MT. ² Professor, Curso de Medicina, UNEMAT, Cáceres, MT.

e socioambientais. O sentimento de ter de lidar com algo intolerável, inescapável e interminável domina o funcionamento mental daquele que atenta contra a própria vida.

Esse evento ocorre em todas as idades e acomete ambos os sexos. Entre os fatores de risco para a tentativa de suicídio estão: uso de drogas, doenças mentais e tentativa prévia¹, sendo estes dois últimos os principais. Estima-se que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente e possuem cinco a seis vezes mais chance de tentar suicídio novamente. Entre as comorbidades, a doença mental é a mais comum, porém nem sempre ela foi diagnosticada ou tratada de forma adequada.

O estudo dessa questão e suas associações é importante, pois sua ocorrência teve aumento global nas últimas décadas², e no Brasil, entre 1996 e 2010, houve um aumento de 6,4 vezes por 100 mil habitantes³. A cidade de Barra do Garças (MT) acompanha o país nessa epidemiologia, sendo a única cidade do Mato Grosso que possui trabalhos estatísticos sobre o tema, com análises sobre prevalência e incidência nos diversos grupos sociais⁴.

A morte relacionada a esse ato deliberado é um problema de saúde pública que gera impactos econômicos, financeiros e sociais e é a causa de morte de aproximadamente 1 milhão de pessoas por ano no mundo¹. Ainda há muita deficiência na detecção e prevenção precoce do suicídio, porém ressalta-se que ele pode ser prevenido a partir do reconhecimento de seus fatores de risco, principalmente pelos profissionais de saúde, e da intervenção precoce e adequada.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com base nas seguintes etapas: definição da questão norteadora e objetivos da pesquisa; delimitação dos critérios de inclusão e exclusão; busca na literatura; análise dos estudos e dos resultados. A questão norteadora foi: quais são os dados epidemiológicos de suicídios no Brasil e como se relacionam com os dados da cidade de Barra do Garças?

A revisão da literatura foi dividida em duas buscas, com base nos dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A primeira busca foi realizada com o descritor suicídio, e os filtros foram: anos 2014, 2015 e 2016; Brasil como país/

região como assunto. Na segunda busca, os descritores utilizados foram suicídio e Barra do Garças, e nenhum filtro foi utilizado. Foram analisados objetivo, tema, local e metodologia dos estudos encontrados.

Dos 58 trabalhos encontrados na primeira busca, foram selecionados 12 que possuíam tema e local interessantes a esta revisão. Na segunda busca, foram encontradas e selecionadas duas publicações. Os trabalhos selecionados foram artigos originais e de revisão.

RESULTADOS

Brasil

Entre 1980 e 2006, a taxa de suicídio subiu 30%¹, e o número de jovens que o cometeram chegou a 3.590 em 2010⁵. Houve um aumento total entre 2000 e 2012 em todas as faixas etárias, sendo 22,7% entre pessoas de 25 a 59 anos, 21,8% entre jovens de 10 a 24 anos e 16,2% em maiores de 60 anos (Figura 1). A maior incidência ocorreu na Região Sul, com valor de 9,8/100 mil habitantes, e o maior crescimento ocorreu nas regiões norte e nordeste¹. Houve aumento crescente de ideação suicida entre os homens, pessoas casadas e maiores de 60 anos^{6,7}.

O sexo masculino teve maior prevalência de suicídio⁸, com uma razão que variou entre 3:1 e 7,5:1^{3,9}. No sexo feminino, ocorreu maior taxa de tentativas, correspondendo a 66,65% do total^{5,7}. Porém, a morte como resultado foi mais frequente no sexo masculino (76,5%) do que no feminino (23,5%). Os homens tiveram um risco 6,98 vezes maior de morte durante uma tentativa do que as mulheres⁷. Além disso, a maioria das mulheres que o fizeram eram mais jovens que os homens. A taxa de suicídio para homens e mulheres no Brasil foi de 5,8 e 2,3 por 100.000 habitantes, respectivamente¹⁰.

Em relação aos fatores socioambientais, 63% dos indivíduos que se suicidaram possuíam até 7 anos de estudo, enquanto apenas 10,5% frequentaram a escola por 12 anos ou mais. No quesito raça/cor, os indígenas foram os que apresentaram maior taxa de mortalidade, 8,6/100.000 habitantes, seguidos pelos amarelos, 6,4/100.000, e pelos brancos, 5,4/100.000^{1,2}. A desigualdade teve associação positiva com o suicídio; a renda *per capita* e o desemprego foram associados negativamente; e a taxa de indivíduos que se divorciaram teve associação negativa apenas para as mulheres^{2,10}. Em

ARTIGO DE REVISÃO

RAYSSA GABRIELE VIEIRA
CRISTIANE FERREIRA RALLO DE ALMEIDA
GABRIELA RODRIGUES
SAMARA DOS SANTOS GONÇALVES
ADRIELI DOS SANTOS FRANÇA
MATHEUS BERTHOUD OLIVEIRA

ARTIGO

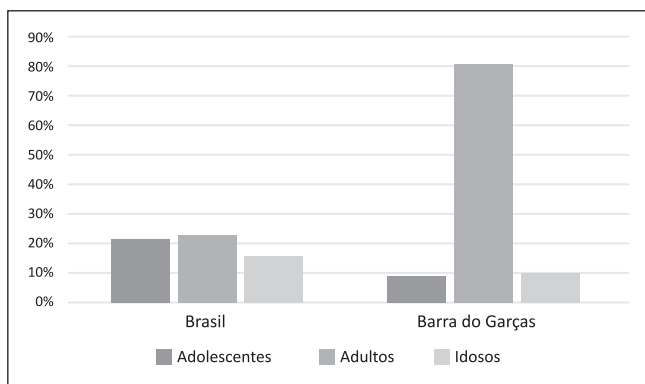


Figura 1 - Proporção de casos de suicídio no Brasil e na cidade de Barra do Garças (MT).

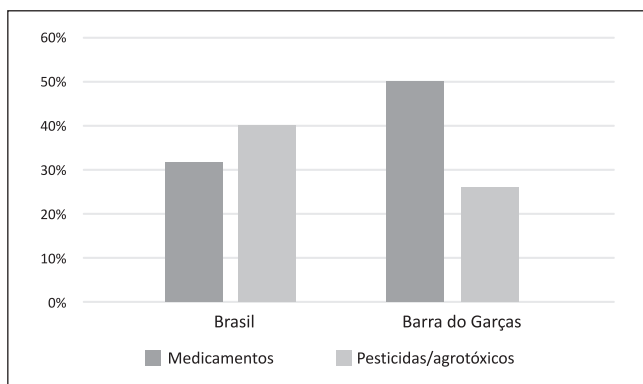


Figura 2 - Métodos de suicídio utilizados no Brasil e na cidade de Barra do Garças (MT).

idosos, a depressão foi o fator de risco mais relevante⁹. A frequência do uso de álcool foi maior entre homens (55,8%) do que entre mulheres (44,2%). Dos indivíduos em tratamento psiquiátrico, 31,4% dos que estavam em abstinência de drogas (exceto tabaco) já tentaram tirar a própria vida, assim como 41,7% dos que estavam em uso de álcool e 46,2% em uso de outras drogas, totalizando 40% do grupo¹¹.

Os métodos para o suicídio foram lesões autoprovocadas em 86,9% das vezes e autointoxicação em 13,1%. Entre os primeiros, 75% foram por enforcamento, 11% por armas de fogo, 5% por precipitação de lugar elevado e 3% por lesão com objetos cortantes ou contundentes. Referente às intoxicações, os pesticidas predominaram, com 40% das causas de óbitos, seguidos por medicamentos diversos, com 32%^{1,3} (Figura 2). A ingestão de medicamentos e venenos foi identificada como método mais frequente nas tentativas entre os dois sexos⁵ e como método efetivo de suicídio pelas mulheres em 71,2% das vezes. Os métodos mais violentos, como enforcamento e armas de fogo, foram mais utilizados por homens⁷. A frequência do uso de álcool foi maior entre homens (55,8%) do que entre mulheres (44,2%), e 9,3% das tentativas registradas em pronto-socorro ocorreram sob a influência de álcool⁷.

A decisão de se suicidar tem relação com a organização e as interações sociais. A sua taxa diminuiu com o aumento da população, o que sugere que contatos e

interações sociais podem funcionar como um antídoto para o ato¹². Além disso, a diminuição da desigualdade de renda na Região Sul e na Região Centro-Oeste do Brasil teve relação com a tendência de diminuição das suas taxas nas mesmas regiões¹.

O suicídio também tem se revelado um importante problema financeiro de saúde pública. As médias de custos por tentativa de suicídio em um hospital universitário público do Brasil se assemelham às dos custos por atendimento da síndrome coronariana aguda¹³.

Barra do Garças (MT)

No município de Barra do Garças, foram analisados os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2008 a 2013. Dos casos avaliados, foram situações de tentativa de suicídio: 4,7% das pessoas entre 5 e 9 anos de idade; 33,3% entre 10 e 14 anos de idade; e 61,9% entre 15 e 19 anos de idade¹⁴; 70,1% pertenciam ao gênero feminino e 29,1% ao gênero masculino. A faixa etária mais prevalente foi de adultos entre 20 e 59 anos, com 81% dos casos, seguida pelos idosos, com 10,4% (Figura 1). Em relação à raça, a mais frequente foi a raça branca, com 46,3% dos casos. A maior prevalência foi encontrada em indivíduos com estudo até o ensino fundamental (42,7%), seguida pelo ensino médio (37,8%), e apenas 9,7% com ensino superior⁴. Em relação aos métodos utilizados, na faixa etária com maior índice de tentativas, entre 15



**RAYSSA GABRIELE VIEIRA¹, CRISTIANE FERREIRA RALLO DE ALMEIDA¹,
GABRIELA RODRIGUES¹, SAMARA DOS SANTOS GONÇALVES¹, ADRIELI
DOS SANTOS FRANÇA¹, MATHEUS BERTHOUD OLIVEIRA²**

¹ Acadêmica de Medicina (8º semestre), Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Cáceres, MT. ² Professor, Curso de Medicina, UNEMAT, Cáceres, MT.

e 19 anos, os agentes tóxicos mais prevalentes foram medicamentos (33,3%) e raticida (30%)¹⁴. Considerando o agente tóxico utilizado em todas as faixas etárias, os medicamentos foram os mais frequentes, em 46,7% dos adultos e 72,7% dos adolescentes, e os agrotóxicos no grupo dos idosos, com 43,7%. No total, 50% foram por medicamentos e 26,2% por agrotóxicos⁴ (Figura 2).

DISCUSSÃO

A proposta inicial deste trabalho foi comparar a epidemiologia do suicídio no Brasil com a do estado de Mato Grosso. Entretanto, na busca literária, não foi encontrada nenhuma publicação sobre o assunto. Isso impossibilitou a revisão em nível estadual.

Com a definição do novo objetivo de pesquisa, foi possível demonstrar o perfil epidemiológico do suicídio no Brasil e também dados sobre a mortalidade advinda de autoagressão na cidade de Barra do Garças.

Em relação ao Brasil, o número de eventos aumentou nos últimos 30 anos. Esse aumento ocorreu em todas as faixas etárias. Nos estudos realizados em Barra do Garças, não há essa análise¹.

No país, o sexo masculino tem maior prevalência de suicídio⁸, porém no sexo feminino há maior taxa de tentativas, correspondendo a 66,65% do total^{5,7}. Em Barra do Garças, os dados referentes às tentativas condizem, pois as mulheres somam 70,1% do total⁴, o que demonstra que, tanto em nível nacional quanto na região analisada, as mulheres são responsáveis pelo maior número de atentados à própria vida.

Em relação aos fatores socioambientais, o menor número de anos na escola foi mais associado com o suicídio, sendo que, no país, 63% dos indivíduos que o cometeram possuem até 7 anos de estudo, enquanto apenas 10,5% frequentaram a escola por 12 anos ou mais. Em Barra do Garças, a epidemiologia se assemelha, com maior prevalência encontrada em indivíduos com estudo até o ensino fundamental (42,7%), seguida pelo ensino médio (37,8%), e apenas 9,7% com ensino superior⁴.

Entretanto, no quesito raça/cor, os dados de Barra do Garças e do Brasil diferem. No primeiro, a raça mais frequente foi a branca, com 46,3% dos casos; no segundo, os indígenas foram os que apresentaram maior taxa de mortalidade, 8,6/100.000 habitantes, e os brancos ficaram em terceiro, com taxa de 5,4/100.000 habitantes^{1,2}.

Os resultados também demonstraram que os métodos mais utilizados diferem entre o suicídio e as suas tentativas. No primeiro, predominam as lesões autoprovocadas, que correspondem a 86,9% do total. Nas autointoxicações (13,1%), os mais frequentes são os pesticidas (40%) e os medicamentos (32%)³, estes mais utilizados pelas mulheres (71,2%)⁷. Já na segunda situação, a ingestão de medicamentos e venenos foi identificada como método prevalente entre os dois sexos⁵. Em sincronia, na análise dos agentes tóxicos, em Barra do Garças foram mais prevalentes os medicamentos (50%) e raticidas (26,2%)^{4,14}.

CONCLUSÃO

A análise dos dados da cidade Barra do Garças (MT) foi condizente com o perfil nacional em relação ao grau de instrução, presença de comorbidades psiquiátricas e preferência pelo uso de medicamentos como método de tentativa no sexo feminino. Os estudos epidemiológicos dos grupos de risco, bem como os meios utilizados nas tentativas de suicídio, são importantes para definir estratégias de ação na prevenção, intervenção em grupos de risco e mobilização social. Propõe-se a realização de uma pesquisa sobre o perfil epidemiológico das ocorrências de suicídio no estado de Mato Grosso, pois não há nenhuma publicação com tal objetivo.

Artigosubmetido em 06/12/2016, aceito em 15/02/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Rayssa Gabriele Vieira, Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Rua Padre Cassemiro, 1621, CEP 78200-000, Cáceres, MT. Tel.: (65) 99639.9494. E-mail: rayssagv.96@hotmail.com

Referências

1. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64:45-54.
2. Machado DB, Rasella D, Santos DN. Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *J Plos One.* 2015;10:e124934.
3. Faria NMX, Fassa AG, Meucci RD. Association between pesticide exposure and suicide rates in Brazil. *Neurotoxicology.* 2014;45:355-62.

ARTIGO DE REVISÃO

RAYSSA GABRIELE VIEIRA
CRISTIANE FERREIRA RALLO DE ALMEIDA
GABRIELA RODRIGUES
SAMARA DOS SANTOS GONÇALVES
ADRIELI DOS SANTOS FRANÇA
MATHEUS BERTHOUD OLIVEIRA

ARTIGO

- Vieira LP, Santana VTP, Suchara EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. Cad Saude Colet. 2015;23:118-23.
- Silva LLT, Alvim CGG, Costa CC, Ramos TM, Costa EE. O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. R Enferm Cent O Min. 2015;5:1871-84.
- Pinto LW, Assis SG. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000-2014. Cienc Saude Coletiva. 2015;20:1681-92.
- Alves Vde M, Silva AM, Magalhães AP, Andrade TG, Faro ACM, Nardi AE. Suicide attempts in a emergency hospital. Arq Neuropsiquiatr. 2014;72:123-8.
- Ceccon RF, Meneghel SN, Tavares JP, Lautert L. [Suicide and work in Brazilian metropolises: an ecological study]. Cienc Saude Colet. 2014;19:2225-34.
- Cavalcante FG, Minayo MCS. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas em 60 pessoas idosas brasileiras. Cienc Saude Colet. 2015;20:1655-66.
- Bando DH, Lester D. An ecological study on suicide and homicide in Brazil. Cienc Saude Colet. 2014;19:1179-89.
- Formiga MB, Vasconcelos SC, Galdino MKC, Lima MDC. Presence of dual diagnosis between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil. J Bras Psiquiatr. 2015;64(4):288-95.
- Melo HP, Moreira AA, Batista E, Makse HA, Andrade JS. Statistical signs of social influence on suicides. Sci Rep. 2014;4:6239.
- Sgobin SM, Traballi AL, Botega NJ, Coelho OR. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study. Sao Paulo Med J. 2015;133:218-26.
- Oliveira FF, Suchara EA. [Epidemiological profile of exogenous poisoning in children and adolescents from a municipality in the state of Mato Grosso]. Rev Paul Pediatr. 2014;32:299-305.



PSICOFOBIA
SEU PRECONCEITO CAUSA SOFRIMENTO

O que é a Psicofobia?
É o preconceito contra os
pacientes de transtornos e
deficiências mentais.

Todos os anos, a ABP promove ações de combate ao estigma.

12 de abril é o Dia Nacional de Enfrentamento à Psicofobia, data escolhida em homenagem à Chico Anysio. Mas você deve combater o preconceito o ano inteiro. Faça parte dessa campanha.

Saiba como ajudar a ABP nesta campanha
Acesse o site: www.abp.org.br



XXXV CBP
CONGRESSO
BRASILEIRO DE
PSIQUIATRIA

— O futuro da Psiquiatria dentro da neurociência —

INSCREVA-SE EM
WWW.CBPABP.ORG.BR

25 A 28 DE OUTUBRO DE 2017

Transamérica Expo Center • São Paulo



**DIRETOR DO MAIOR INSTITUTO
DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL
DOS ESTADOS UNIDOS CONFIRMA
SUA CONFERÊNCIA**

Dr. Joshua A. Gordon:

"O futuro da neurociência psiquiátrica
The future of psychiatric neuroscience".

PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PSIQUIATRIA: POSSIBILIDADE OU UTOPIA?

PRIMARY PREVENTION IN PSYCHIATRY: POSSIBILITY OR UTOPIA?

Resumo

A psiquiatria é o ramo da medicina que se dedica ao estudo dos transtornos mentais, com o objetivo de diagnosticar, classificar, tratar e prevenir. Entretanto, diferentemente das outras áreas médicas, pensar em uma abordagem preventiva na psiquiatria é algo relativamente novo. Somente na década de 1970 é que começaram a ser implementadas as primeiras iniciativas de prevenção em saúde mental. Os primeiros esforços tiveram como foco indivíduos em risco para psicose. Nas últimas décadas, os principais avanços no campo preventivo dentro da psiquiatria se deram nas prevenções secundária e terciária. Entretanto, seria possível fazer prevenção primária em psiquiatria? As publicações parecem dizer que sim. Cerca de 1.000 estudos controlados já foram publicados sobre prevenção primária em psiquiatria, sendo a maior parte em crianças e adolescentes. Em geral, esses estudos mostraram a capacidade da prevenção de reduzir fatores de riscos para adoecimento psíquico, de fortalecer fatores protetores e de gerar um impacto econômico positivo. Além disso, embora em um número muito menor, esses trabalhos conseguiram demonstrar que estratégias preventivas também são capazes de diminuir a incidência de transtornos mentais comuns, como depressão e transtornos de ansiedade.

Palavras-chave: Prevenção primária, psiquiatria preventiva.

Abstract

Psychiatry is the branch of medicine that deals with the study of mental disorders with the aim of diagnosing, classifying, treating, and preventing such disorders. However, unlike other medical areas, thinking of preventive approaches in psychiatry is relatively new.

Only in the 1970s did the first initiatives of prevention in mental health begin to be implemented. Early efforts focused on individuals at risk for psychosis. Over the past decades, major advances have been achieved in the field of secondary and tertiary prevention. However, would primary prevention be possible in psychiatry? Publications seem to say yes. About 1,000 controlled studies have been published on primary prevention in psychiatry, mostly involving children and adolescents. In general, these studies have demonstrated the ability of prevention approaches to reduce risk factors for mental illness, strengthen protective factors and generate a positive economic impact. Furthermore, although at a much lower scale, these studies have shown that preventive strategies are also able to decrease the incidence of common mental disorders, such as depression and anxiety disorders.

Keywords: Primary prevention, preventive psychiatry.

INTRODUÇÃO

Em sua obra seminal de psicopatologia, Jaspers escreveu que a prática da profissão psiquiátrica se ocupa sempre do indivíduo humano como um todo. Seus limites consistem em jamais poder reduzir inteiramente o indivíduo a conceitos psicopatológicos¹. De qualquer modo, os psiquiatras lidam com esse duplo desafio: estudar o adoecimento psíquico sem reduzir o sistema complexo chamado humano e entender o ser humano para aprimorar a prática clínica. Assim, é importante relembrar alguns conceitos basilares.

Como explica o Prof. Othon Bastos, a psiquiatria é o ramo da medicina que se dedica ao estudo dos transtornos mentais, com os objetivos de diagnosticar, classificar, tratar e *prevenir*. No entanto, há algo na psiquiatria que

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

lhe confere certa originalidade ou peculiaridade: ela se encontra exatamente na interface das ciências biológicas e do comportamento humano².

Para a geração de novos psiquiatras, parece óbvio pensar na psiquiatria como uma especialidade médica e, dessa maneira, herdeira do modelo da medicina. No entanto, essa conceituação percorreu um longo caminho, sobretudo porque a psiquiatria é o ramo da medicina que mais se apresenta no cruzamento de vários saberes humanos. Isso porque o comportamento humano é portador de uma complexidade dificilmente entendida através de uma simplificação do pensamento. Essa simplificação é necessária para se construir um corpo de conhecimento, mas, ao mesmo tempo, é arriscada pela possibilidade de se produzir uma visão muito parcial de um fenômeno quando se considera um lado sem se levar em conta as outras faces. (Além disso, a própria loucura nem sempre foi vista com o olhar médico, já tendo sido entendida como uma manifestação do humano e até como um poder especial dos deuses³³.) Igualmente, por estar mais próxima da encruzilhada do saber, a psiquiatria viu nascer várias movimentações em seu bojo, às vezes contraditórias, extremadas ou divergentes.

Reafirmando a psiquiatria como uma especialidade médica, procurou-se, neste artigo, responder se a prevenção primária em saúde mental já seria uma realidade. Para isso, procurou-se formular um panorama atual acerca da prevenção primária em psiquiatria. Partindo-se de ponderações em torno de impossibilidades, inviabilidades e limitações da prevenção em saúde mental, enfatizaram-se aspectos teóricos sobre a prevenção primária. Posteriormente, foram descritos alguns estudos bem desenhados, que mensuraram a diminuição da incidência de transtornos mentais como principal desfecho de intervenções preventivas.

PREVENÇÃO EM PSIQUIATRIA

Assim como a medicina em geral, a psiquiatria passou por diversas etapas, tanto no campo teórico quanto no aspecto assistencial. Na realidade, os avanços nessas duas frentes acabaram se entrelaçando e levando a mudanças de paradigmas na psiquiatria.

Diferentemente das outras áreas médicas, pensar em uma abordagem preventiva na psiquiatria é algo relativamente novo. Somente na década de 1970 é que

começaram a ser implementadas as primeiras iniciativas de prevenção em saúde mental. Os primeiros esforços tiveram como foco indivíduos em risco para psicose³. Na década seguinte, começou-se a falar da urgência em se pensar também na prevenção primária em psiquiatria⁴. No entanto, dos 934 artigos publicados entre 2001 e 2012 nos três maiores jornais de psiquiatria e ciências sociais de Israel, somente 7,2% abordaram a temática de prevenção primária em saúde mental⁵.

Se hoje é totalmente possível e desejável falar em medicina preventiva, e se a psiquiatria é um ramo da medicina, por qual motivo não se poderia falar de prevenção em psiquiatria?

Uma das respostas que se costuma dar é que não se saberia a etiologia dos transtornos mentais. Contudo, com exceção da maioria das doenças estudadas pela infectologia, grande parte das condições tratadas pela medicina não tem suas etiologias totalmente conhecidas, e os respectivos tratamentos se baseiam em controle de sintomas. Com a quantidade de estudos das neurociências, da genética do comportamento e da psicofarmacologia, a psiquiatria já possui grande arsenal de conhecimentos sobre mecanismos fisiopatológicos e etiológicos dos principais diagnósticos que se propõe a tratar. Não é que se saiba pouco sobre as bases etiológicas e fisiopatológicas dos transtornos psiquiátricos; não se sabe a causa exata de maneira individualizada. Grande parte disso se deve aos escassos métodos diagnósticos complementares disponíveis na prática clínica para o diagnóstico de transtornos mentais primários. Dessa maneira, não parece razoável deixar o estudo da prevenção em psiquiatria por uma suposta falta de conhecimento.

Além disso, muitos estudos têm surgido com o objetivo de fazer diagnóstico e intervenção precoces^{6,7}, diminuição de recaídas^{8,9} (prevenção secundária) e reabilitação¹⁰⁻¹² (prevenção terciária). Pelo menos em parte, a prevenção dentro da psiquiatria vem sendo estudada e aplicada.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PSIQUIATRIA

Fala-se em prevenção primária quando se faz interceptação dos fatores pré-patogênicos através de promoção da saúde e de proteção específica; em prevenção secundária quando se tomam medidas no indivíduo já sob ação do agente patogênico, por meio de diagnóstico e tratamento

precoces, medidas estas que visam diminuir a incapacidade; e em prevenção terciária quando se adotam medidas que tentam impedir a incapacidade total¹³.

Nas últimas décadas, os principais avanços no campo preventivo dentro da psiquiatria se deram nas prevenções

secundária e terciária¹⁴. Entretanto, seria possível fazer prevenção primária em psiquiatria? As publicações parecem dizer que sim¹⁵.

Pode-se classificar a prevenção primária em psiquiatria em três subtipos (Figura 1).

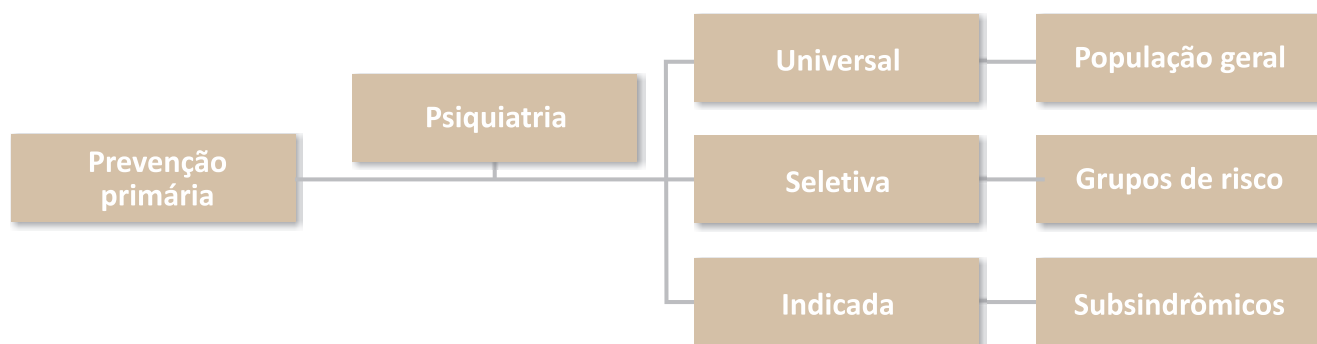


Figura 1 - Prevenção primária em psiquiatria.

Fala-se em prevenção universal quando as estratégias são voltadas para a população em geral, independentemente dos fatores de risco; em prevenção seletiva quando o foco são grupos que possuem alguns riscos; e em prevenção indicada quando as estratégias atingem pessoas com alguns sintomas psiquiátricos, mas que ainda não fecham critério para nenhum diagnóstico (aqui chamadas de subsindrômicas)¹⁶.

Cerca de 1.000 estudos controlados já foram publicados sobre prevenção primária em psiquiatria¹⁷, sendo a maior parte em crianças e adolescentes¹⁸. Em geral, esses estudos mostraram a capacidade da prevenção de reduzir fatores de riscos para adoecimento psíquico, de fortalecer fatores protetores e de gerar um impacto econômico positivo. Contudo, um número muito menor conseguiu responder se as estratégias preventivas são capazes de diminuir realmente a incidência de transtornos mentais¹⁷.

As estratégias de prevenção universal (Figura 2), que visam atingir a população em geral, são difíceis de gerar diferenças estatisticamente significativas em relação à incidência¹⁹. É verdade que a administração de ácido fólico antes da gestação, para evitar má-formação no

tubo neural e prevenir problemas neuropsiquiátricos, está bem estabelecida²⁰; contudo, outras ações, como a utilização da mídia para educação em saúde mental, são mais difíceis de serem estudadas em termos de eficácia. Apesar disso, é improvável que alguém negue a sua utilidade.

O grande problema da realização de estudos sobre prevenção universal é a necessidade de se ter uma amostra de pelo menos dezenas de milhares de pessoas para conseguir alcançar resultados estatisticamente significativos em relação à diminuição da incidência de transtornos mentais (doenças menos prevalentes precisam de números ainda maiores)^{17,19,21}. Além disso, pode-se entrar no problema ético de impor intervenções a uma população inteira enquanto apenas uma fração irá desenvolver transtornos psiquiátricos¹⁷. Igualmente, alguns fatores de risco, como idade e sexo, não são mutáveis; e outros dependem muito mais de ações políticas e sociais^{17,19}.

Gerar estatísticas sobre diminuição de incidência com estudos de prevenção seletiva (Figura 3) também é tarefa árdua, pois são necessárias amostras com mil a milhares de pessoas¹⁷.

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

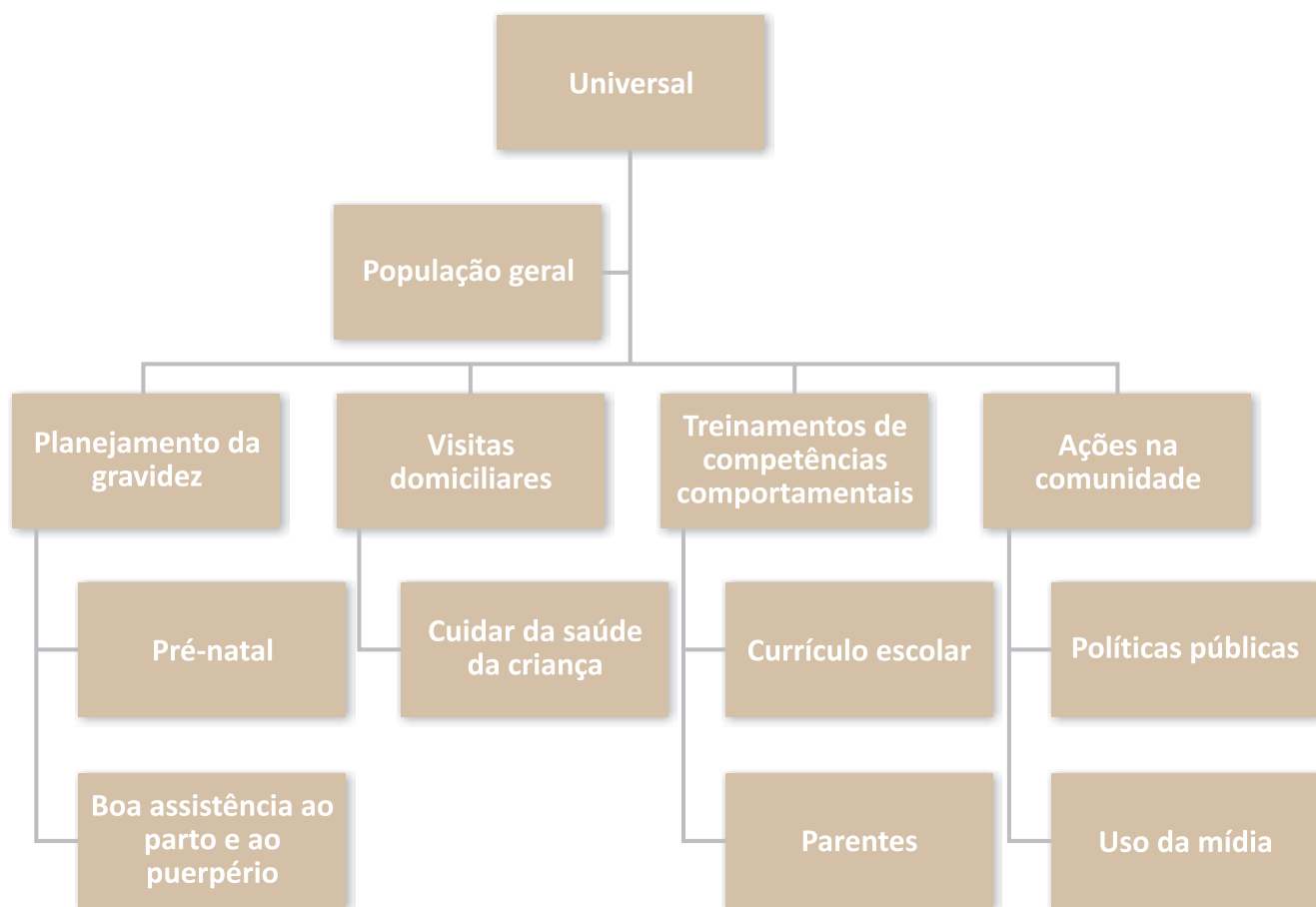


Figura 2 - Algumas possibilidades de prevenção primária universal em psiquiatria.

Essas amostras com tamanhos quase inviáveis para a maior parte dos estudos científicos se devem, em grande parte, à questão da multifatorialidade etiológica dos transtornos mentais. Transtornos psiquiátricos não são causados apenas por um único fator de risco²², sendo que um único fator de risco para adoecimento psíquico não consegue explicar mais do que 15% do aparecimento do transtorno¹⁷. De fato, indivíduos com poucos fatores de risco podem desenvolver diagnósticos psiquiátricos e indivíduos com muitos fatores de risco podem nunca desenvolver transtornos. Não sabemos ao

certo qual a combinação de fatores para um indivíduo específico em um determinado momento gera um diagnóstico²³. Em algumas situações, achados em parâmetros neurocientíficos não conseguem traduzir-se em resultados similares em termos de diagnóstico clínico. Por exemplo, betabloqueador se mostrou eficaz para diminuir a consolidação de memórias traumáticas, mas não conseguiu demonstrar o mesmo efeito para prevenir o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático²⁴. Certamente, isso também passa pelo fato de lidarmos com um sistema altamente complexo responsável pelo

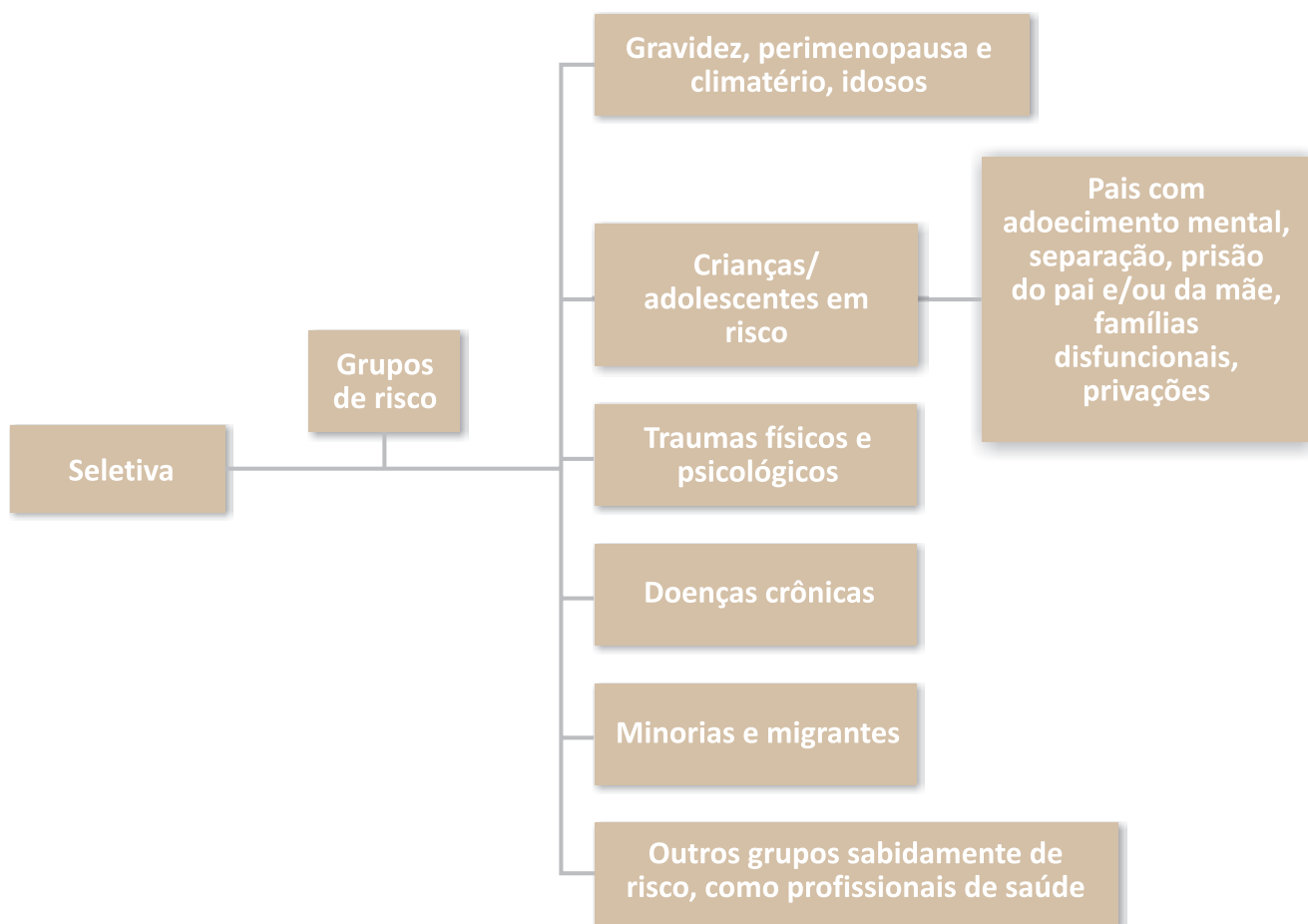


Figura 3 - Algumas possibilidades de prevenção seletiva em psiquiatria.

comportamento e pelas emoções humanas, que não pode ser explicado em termos lineares de uma causa gerando um efeito.

Para se poder avançar nos dados científicos sobre diminuição de incidência de transtornos mentais com estratégias de prevenções universal ou seletiva (principal desfecho almejado), seriam necessários grandes estudos multicêntricos envolvendo um tamanho amostral muito grande. Outra possibilidade é a realização de estudos com amostras menores, mas com métodos semelhantes, que possibilitem a realização posterior de metanálises¹⁷.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA INDICADA

A prevenção indicada (Figura 4) envolve intervenções em grupos que possuem alguns sintomas psiquiátricos, mas que não fecham critério diagnóstico. O risco de incidência nesses indivíduos é bem maior, por isso, são necessárias amostras bem menores, possibilitando pesquisas mais viáveis^{17,19,20}. Com a quantidade de escalas de autoaplicação disponíveis, fica relativamente fácil fazer triagem de pessoas com presença de sintomas psiquiátricos e posterior avaliação clínica pormenorizada antes de aplicar e avaliar a eficácia de uma intervenção.

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

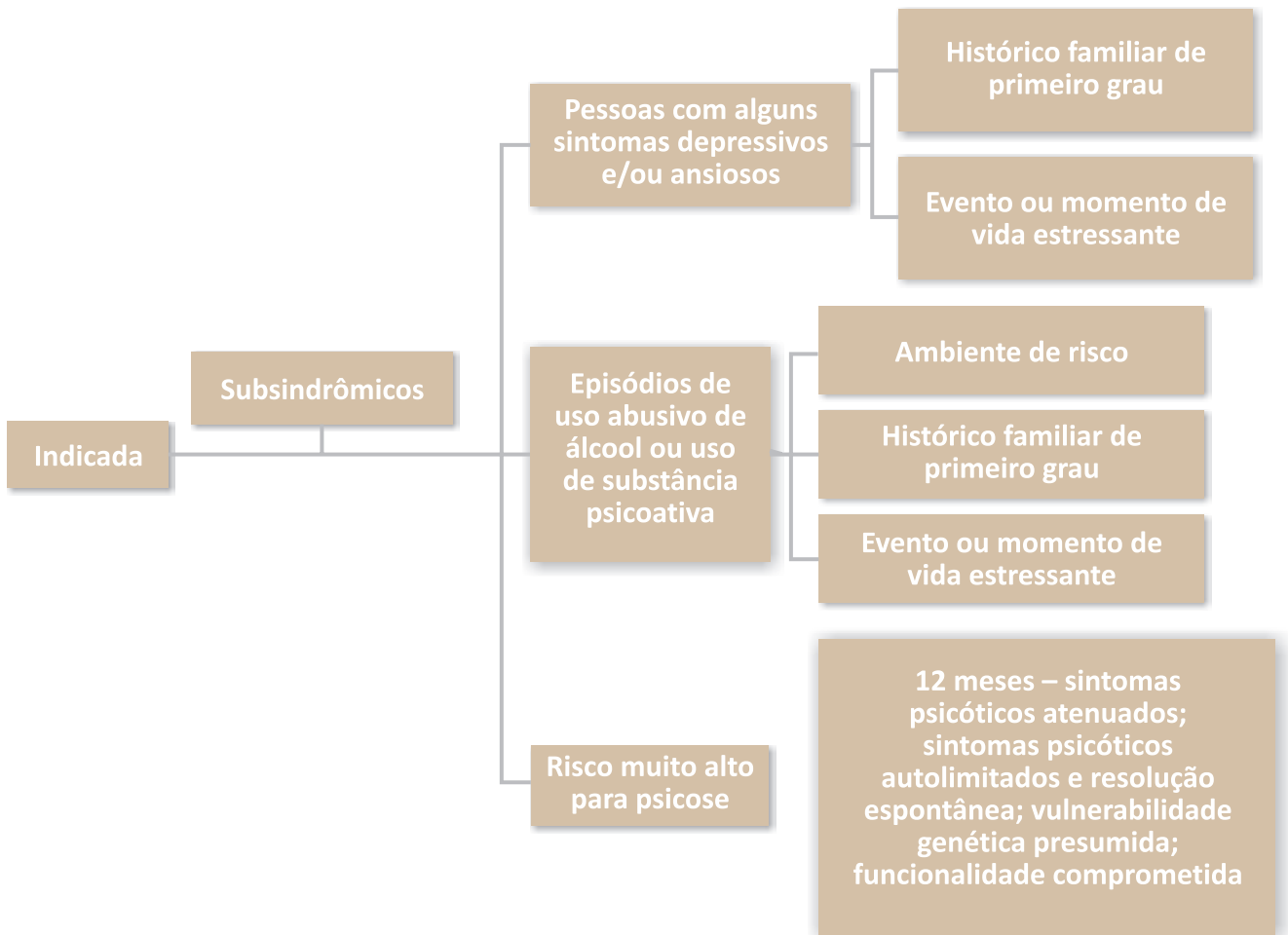


Figura 4 - Algumas possibilidades de prevenção indicada em psiquiatria.

É verdade que há o debate se a prevenção indicada seria realmente primária ou se seria diagnóstico e tratamento precoces, portanto secundária¹⁷. Apesar disso, bons estudos com esse tipo de abordagem têm sido publicados e têm demonstrado a eficácia em diminuir a incidência de transtornos mentais comuns, como depressão e transtornos de ansiedade. Abaixo, alguns trabalhos bem representativos e bem realizados são descritos.

Pesquisando de modo não sistematizado na base de dados PubMed, os autores não encontraram artigos descrevendo estudos brasileiros de prevenção primária

com diminuição de incidência de transtornos mentais como desfecho. No momento em que escrevem este artigo, os autores terminaram de conduzir um estudo com intervenção baseada em psicologia positiva em estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Entre as variáveis estudadas, foram utilizadas escalas para avaliar bem-estar subjetivo e escala de triagem para transtornos mentais comuns. Antes da intervenção, um estudo transversal avaliando bem-estar subjetivo e preocupações foi realizado na mesma população. Os artigos estão sendo escritos.

Um dos primeiros estudos bem conduzidos foi realizado em 1995 em uma amostra de adolescentes do ensino médio norte-americano com elevados sintomas depressivos. Uma escala (Center for Epidemiological Studies Depression Scale – CES-D) foi aplicada em 1.652 estudantes. Adolescentes com escores elevados do CES-D (n = 471) foram entrevistados com o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (n = 222). Os jovens que apresentaram diagnóstico de transtorno afetivo foram referenciados para serviços de psiquiatria (n = 46); 172 adolescentes, que foram identificados como tendo muitos sintomas depressivos mas sem o diagnóstico clínico, foram randomizados para a intervenção (n = 76) ou para cuidados usuais (grupo controle) (n = 74). A intervenção preventiva foi realizada através de 15 sessões de grupo de terapia cognitiva (TC). No seguimento de 12 meses, a incidência de depressão no grupo que recebeu a intervenção de TC foi de 14,5% e no grupo controle foi de 25,7%²⁵. Anos depois, um ensaio clínico controlado e randomizado foi liderado pelo mesmo pesquisador em adolescentes (13 a 18 anos) descendentes de pais que estavam em tratamento para depressão em um serviço de saúde. Os jovens que participaram do estudo tinham no momento da intervenção sintomas depressivos que não fechavam diagnóstico clínico e/ou um passado de episódio depressivo; 49 adolescentes receberam cuidados usuais no serviço de saúde, e 45, além desses cuidados, receberam 15 sessões de grupo de TC. No seguimento de 15 meses, o grupo que recebeu a intervenção teve incidência de 9,3% de depressão, enquanto o grupo controle teve incidência de 28,8%²⁶.

Um estudo com amostra maior reportou um ensaio clínico multicêntrico controlado e randomizado, conduzido em quatro cidades da América do Norte, que avaliou o efeito da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em adolescentes (13-17 anos) descendentes de pais que tinham depressão durante o período da intervenção ou que tiveram o diagnóstico no passado. Os jovens tinham sintomas depressivos subsindrômicos durante a intervenção ou histórico de depressão ou ambas situações. O grupo intervenção (n = 159) recebeu oito sessões semanais de TCC (fase aguda) de grupo (3 a 10 adolescentes) de 90 minutos, seguidas de seis sessões mensais de TCC (fase de continuação). Além disso, foram

realizados encontros com os parentes nas sessões 1 e 8 da fase aguda. O grupo controle (n = 157) recebeu o cuidado convencional de saúde nas instituições (cuidados em saúde mental ou em outras áreas clínicas). Além do autorrelato (CES-D), foram realizadas entrevistas clínicas com psiquiatra. O programa de intervenção de TCC teve um efeito significativo de prevenir episódios de depressão no seguimento de 9 meses (11,7 versus 40,5%; IC95% 0,11-0,50), mas esse efeito só foi evidente nos adolescentes cujos pais não estavam passando por depressão no momento do programa²⁷. Os resultados se mantiveram em um seguimento de 3 anos²⁸.

Uma metanálise recente, incluindo 32 ensaios clínicos controlados e randomizados, examinou o efeito das intervenções propostas para prevenção primária de depressão. A maior parte das intervenções foram sessões de grupo baseadas na TCC e, em segundo lugar, na psicoterapia interpessoal (PI). O grupo-alvo das intervenções foi, em sua maioria, crianças e adolescentes e, em segundo lugar, mulheres grávidas. Não foi feita limitação em relação aos tipos de prevenção primária para a inclusão dos artigos. O risco relativo para o desenvolvimento de depressão nos grupos das intervenções em relação aos grupos controles foi de 0,79 (IC95% 0,69-0,91), indicando uma diminuição de 21% na incidência de depressão nos referidos grupos que receberam as intervenções preventivas. O número necessário para tratar (NTT) para prevenir um caso de depressão foi 20. Como os tratamentos atuais não conseguem reduzir todas as consequências dos transtornos depressivos, estratégias preventivas devem ser consideradas²⁹.

Uma recente revisão sistemática da Cochrane investigou a eficácia de intervenções baseadas na TCC, na PI e na terceira onda da TCC para a prevenção primária de depressão em crianças e adolescentes (5 a 19 anos). Foram incluídos 83 ensaios clínicos, e não houve limitação em relação aos tipos de prevenção primária para a inclusão dos estudos. As intervenções destinadas às populações de risco tiveram efeitos estatisticamente significativos na redução da incidência de depressão (embora pequenos), tanto na pós-intervenção quanto 12 meses depois, o mesmo não acontecendo com a intervenção universal. O NTT foi 11 quando comparado com outras intervenções de saúde pública³⁰.

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

Estudos bem desenhados sobre a diminuição de incidência de transtornos de ansiedade com intervenções preventivas também foram realizados. Um deles foi publicado em 1997 como consequência de um projeto feito na Austrália (The Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project). Um total de 1.786 crianças (7 a 14 anos) foram triadas para problemas de ansiedade a partir da observação de seus professores e também de autorrelatos (Revised Children's Manifest Anxiety Scale - RCMAS). Após o recrutamento e a entrevista diagnóstica (utilizando protocolos estruturados: Child Behavior Checklist e Anxiety Disorders Interview Schedule for Children - Parent Version), 128 crianças/adolescentes foram selecionados e divididos para o grupo intervenção (10 semanas de sessões de grupo escolares baseadas na TCC para as crianças e para os parentes) ou para o grupo controle (apenas monitoramento). Aqueles que tinham transtornos primários de comportamento externalizantes foram excluídos. Nenhum parente tinha abuso de substância ou esquizofrenia. No seguimento de 6 meses, as crianças que já tinham diagnóstico de transtorno de ansiedade e receberam a intervenção diminuíram as taxas de transtornos e de sintomas de ansiedade, quando comparadas com aquelas que apenas foram monitoradas. Além disso, dentro desse grupo controle, que apenas foi monitorado, 33 crianças tinham sintomas de ansiedade, mas não fechavam critério diagnóstico. Destas crianças, 54% progrediram ao longo dos 6 meses para um diagnóstico de transtorno de ansiedade, enquanto apenas 16% de crianças semelhantes ("subsindrômicas") do grupo intervenção progrediram para um diagnóstico³¹.

Pensando na alta comorbidade entre transtornos depressivos e ansiosos, bem como na utilidade de se programar intervenções que possam ser úteis para mais de uma condição patológica, um estudo chamado Screening and Training: Enhancing Resilience in Kids (STERK-study) tem sido conduzido. A proposta é realizar um ensaio clínico controlado randomizado que combina dois tipos de prevenção primária (seletiva e indicada), com o objetivo de atingir dois tipos de grupos de risco: aqueles sem sintomas e aqueles outros com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa elevada, mas sem fechar critério clínico. O critério para risco de adoecimento foi dado pela

presença de dois dos três seguintes parâmetros: sexo feminino, os dois pais com diagnóstico de depressão e/ou transtornos de ansiedade, história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio. O protocolo deste ensaio está muito bem desenhado, e os resultados são aguardados com certa expectativa³².

PENSANDO PREVENTIVAMENTE

"Doutor, essas técnicas e informações deveriam ser transmitidas em escolas e em universidades! Se eu soubesse disso, minha vida certamente teria sido menos sofrida!", exclamou certa paciente durante uma sessão de psicoterapia.

Com vários dados disponíveis na literatura da psiquiatria e da psicologia, já é possível começar a mudar a maneira de se encarar os transtornos mentais. Uma das formas para se fazer isso é começando a implementar mais esforços na disseminação de conceitos e de técnicas que têm se mostrado eficazes na prevenção de transtornos psiquiátricos. Igualmente, pode-se começar a pensar preventivamente. Para isso, alguns princípios parecem ser fundamentais²⁰:

- Saúde mental e saúde física são inseparáveis;
- A prevenção é inerentemente interdisciplinar;
- Para prevenir, é preciso ter uma perspectiva de desenvolvimento.

Do mesmo modo, para além de debates intermináveis, algumas atitudes na intimidade da clínica e do ambiente de trabalho podem ser estimuladas²⁰:

- Aproveitar as oportunidades, dando especial atenção para os parentes de nossos pacientes e para crianças/adolescentes em risco;
- Promover estratégias de prevenção no próprio local de trabalho (para si e para os outros);
- Informar sobre riscos baseados nos dados científicos disponíveis.

CONCLUSÃO

A prevenção primária parece ser uma realidade parcialmente possível no presente, ao mesmo tempo em que pode ser uma utopia totalmente alcançada no futuro. Para isso, pensando com o que se tem em termos de dados científicos, o foco de pesquisas e de intervenções deve ser em prevenção indicada, em grupos com mais de

um fator de risco e visando atingir desfechos que sejam benéficos para vários transtornos.

Além disso, a prevenção primária também é papel da psiquiatria e do(a) psiquiatra, embora não seja exclusiva deles. É verdade que mais estudos merecem ser realizados. Entretanto, a nossa mentalidade pode ser modificada desde já.

Artigo submetido em 01/11/2016, aceito em 17/01/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Leonardo Machado, Rua Frei Matias Teves, 280, sala 114, CEP 50070-450, Ilha do Leite, Recife, PE. E-mail: leonardo.machadoT@ufpe.br

Referências

1. Jaspers K. *Psicopatologia Geral*. 8th ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Bastos O. *Psiquiatria: conceito, objeto, objetivos, panorama atual e perspectivas*. In: Bastos O. *A história da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias*. Recife: EDUPE; 2010. p. 63-76.
3. Moriyama TS, Miguel EC, Leckman J. Early interventions to prevent mental disorders - learning lessons from the field of psychosis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:s125-8.
4. Bloom BL. The logic and urgency of primary prevention. *Hosp Community Psychiatry*. 1981;32:839-43.
5. Nakash O, Razon L, Levav I. Primary mental health prevention themes in published research and academic programs in Israel. *Isr J Health Policy Res*. 2015;4:3.
6. Taylor M, Bressan RA, Neto PP, Brietzke E. Intervenção precoce no transtorno bipolar: necessidades atuais, rumos futuros. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:s197-212.
7. Wilkinson LA. Facilitating the identification of autism spectrum disorders in school-age children. *Remedial Spec Educ*. 2010;31:350-7.
8. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*. 2003;361:653-61.
9. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:565-74.
10. Bio DS. *Reabilitação vocacional e suas implicações no funcionamento cognitivo de pacientes esquizofrênicos [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
11. Favrod J, Nguyen A, Fankhauser C, Ismailaj A, Hasler J-D, Ringuet A, et al. Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*. 2015;15:231.
12. Penn DL, Roberts DL, Combs D, Sterne A. Best practices: the development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 2007;58:449-51.
13. Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EWP. *Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças*. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC, editores. *Epidemiologia e saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 11-24.
14. Madhusoodanan S. Preventive psychiatry: we are getting closer to fulfilling the promise of reducing mental illness. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22:217-8.
15. Jacka FN, Reavley NJ, Jorm AF, Toumbourou JW, Lewis AJ, Berk M. Prevention of common mental disorders: what can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:920-9.
16. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy; 1994.
17. Cuijpers P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1385-91.
18. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for adolescent

¹ Professor Assistente de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE. Mestre e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. ³ Professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, HC-UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE.

- mental health: an overview of systematic reviews. *J Adolesc Health*. 2016;59:S49-S60.
19. McGorry P. Prevention, innovation and implementation science in mental health: the next wave of reform. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;54:s3-4.
 20. Beardslee WR, Chien PL, Bell CC. Prevention of mental disorders, substance abuse, and problem behaviors: a developmental perspective. *Psychiatr Serv*. 2011;62:247-54.
 21. Read J, Bentall RP. Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *Br J Psychiatry*. 2012;200:89-91.
 22. Abed RT. Psychiatry and Darwinism. Time to consider? *Br J Psychiatry*. 2000;177:1-3.
 23. Keller MC, Miller G. Resolving the paradox of common, harmful, heritable mental disorders: which evolutionary genetic models work best? *Behav Brain Sci*. 2006;29:385-404; discussion 405-52.
 24. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, Desocio PA, Gaylord KM, Black IH. The effect of propranolol on posttraumatic stress disorder in burned service members. *J Burn Care Res*. 2009;30:92-7.
 25. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:312-21.
 26. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:1127-34.
 27. Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301:2215-24.
 28. Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR, Clarke GN, Porta G, Hollon SD, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: long-term effects. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:1161-70.
 29. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF 3rd, Beekman AT, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*. 2014;43:318-29.
 30. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD003380.
 31. Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:627-35.
 32. Nauta MH, Festen H, Reichart CG, Nolen WA, Stant AD, Bockting CL, et al. Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. *BMC Psychiatry*. 2012;12:31.
 33. Alves CFO, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG, Junior LPM, et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 2009;72:85-96.

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

TABAGISMO E GRAVIDEZ

SMOKING AND PREGNANCY

Resumo

Os dados da literatura são unânimes em confirmar os malefícios do fumo na população geral e, sobretudo, em gestantes. Fumo na gestação é preditor para resultados adversos no nascimento, como nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, bem como para maior mortalidade fetal e infantil. A abstinência do cigarro sempre deve ser estimulada em gestantes. Para maior sucesso do tratamento, devem-se considerar as vulnerabilidades sociais, as doenças associadas (principalmente depressão e ansiedade), o nível de maturidade emocional, o desejo pela gestação e as incertezas sobre o futuro. O objetivo deste artigo é identificar as gestantes que estão mais propensas a permanecer fumando durante a gestação, orientar sobre a abordagem médica, avaliando se há tratamentos seguros durante a gravidez e qual a melhor modalidade terapêutica a ser oferecida. Atualmente, a terapia comportamental, em especial a terapia cognitiva comportamental, é o melhor tratamento para a abstinência do cigarro, para pacientes gestantes ou não. Em caso de dependência grave de nicotina, é necessária a introdução de medicações. A medicação mais usada é a bupropiona, apesar de os estudos ainda não garantirem a sua segurança em relação ao feto. Na prática, não se observam complicações nas gestantes e nos fetos.

Palavras-chave: Gestação, fumo, tratamento.

Abstract

The literature is consistent in confirming the harmful effects of smoking in the general population and especially in pregnant women. Smoking during pregnancy is a predictor of adverse birth outcomes, such as preterm birth and low birth weight, as well as of increased fetal and infant mortality. Smoking cessation should always be stimulated in pregnant women. To increase treatment success, it is important to consider social vulnerabilities, associated diseases (especially depression and anxiety), emotional maturity, whether or

not the pregnancy was desired, and uncertainties about the future. The objectives of this article were to identify the pregnant women who are more vulnerable to continue smoking during pregnancy, to provide guidance on the management of these cases, evaluating the availability of treatments that can be used safely during pregnancy, and to identify the best treatment to offer to these women. Currently, behavioral therapy, especially cognitive behavioral therapy, is the best treatment available for smoking cessation, both for pregnant women and in general. Severe nicotine dependence may require pharmacotherapy. In these cases, the medication most commonly used is bupropion, despite the lack of evidence regarding its safety for the fetus. In clinical practice, no complications for the fetus or for the pregnant women have been reported.

Keywords: Pregnancy, smoking, treatment.

INTRODUÇÃO

O primeiro documento governamental que associa o tabagismo a doenças foi lançado em 1964¹, e entre as doenças mais comuns estão os cânceres (pulmão, bexiga), as doenças respiratórias, as doenças cardíacas e vasculares, entre outras.

Durante a gravidez, o cigarro causa crescimento uterino restrito, prejudicando o transporte de oxigênio e outros nutrientes para o feto. Há maior chance de prematuridade, que é uma importante causa de mortalidade neonatal, e pior desenvolvimento neuromotor². Os bebês têm risco para nascer com baixo peso (redução média de 200g)², o que tem forte associação com o desenvolvimento de doença coronariana, diabetes tipo 2 e obesidade na vida adulta².

Além disso, o fumo está associado com risco aumentado de abortamento, má formação congênita, natimorto, maior risco de placenta prévia, gestação ectópica, ruptura prematura de membranas e morte súbita do recém-nascido³⁻⁷.

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

Na infância, há maior chance de hiperatividade, transtorno de conduta e impulsividade⁸.

Isso acontece porque os componentes tóxicos do cigarro causam diretamente danos nas estruturas cerebrais e nos sistemas fisiológicos fetais. Pesquisas demonstraram que o cigarro altera as vias de neurotransmissores e atua na arquitetura cerebral em regiões associadas com o estresse e a regulação do humor, como o hipocampo⁸.

Apesar disso, cerca de uma em cada 10 gestantes (11,6%) fumou nos últimos 3 meses da gravidez, valores bem inferiores ao preconizado pelo governo americano, de 1,4%⁹.

FATORES DE RISCO

A gravidez é um período de grande motivação para a cessação do tabagismo, e, por isso, mais de 45% das mulheres param de fumar assim que descobrem a gravidez². Essas mulheres estão altamente motivadas a proteger seus bebês. Param de fumar primariamente pela saúde e bem-estar do bebê e secundariamente por sua própria saúde³. Além disso, quem tem companheiros que não fumam tende a fumar menos cigarro, e os níveis de dependência são menores. Infelizmente, somente 1/3 das mulheres que pararam de fumar espontaneamente mantém a abstinência após 1 ano².

No entanto, muitas mulheres continuam fumando. Essas mães tendem a ter mais problemas psicológicos e emocionais, menos recursos financeiros, mais problemas familiares e menor estabilidade residencial. Enquanto fumar para essas mulheres é um redutor do estresse, a gestação é mais frequentemente causadora de estresse³.

Além disso, as gestantes que sofrem de depressão, ansiedade, com menos escolaridade, vítimas de abusos físicos antes e/ou durante a gravidez, solteiras e que abusam de bebidas alcóolicas têm maior chance de fumar¹⁰.

Um artigo de revisão realizado na Inglaterra revelou que taxas de gestantes fumantes permanecem altas nos grupos que tendem a ter menos acesso aos serviços de pré-natal. Na Inglaterra, 12% das gestantes continuam fumando até o momento do parto, resultando em 83.000 crianças nascidas de mães fumantes por ano¹¹.

Além dos fatores de risco já descritos, as adolescentes apresentam seis vezes mais chances de fumar do que mulheres mais velhas, e as gestantes que são profissionais

não qualificadas são cinco vezes mais propensas a fumar do que as profissionais qualificadas¹¹.

ASSOCIAÇÃO ENTRE FUMO, DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA GESTAÇÃO

A gravidez é considerada um período de vulnerabilidade para as mulheres desenvolverem algum tipo de transtorno mental, sendo que os principais são a depressão e a ansiedade, que acometem cerca de 15 a 25% das gestantes. Durante a progressão da gravidez, a placenta produz e libera exponencialmente o hormônio liberador de corticotrofina (CRH), que altera o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e está totalmente relacionado com a resposta ao estresse¹².

A nicotina afeta vários neurotransmissores que têm influência na fisiopatologia da depressão através da ativação ou dessensibilização dos receptores nicotínicos. Esses receptores interferem no sistema neuroendócrino e estão envolvidos na depressão e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal¹².

A nicotina pode aumentar a quantidade de CRH e de hormônio adrenocorticotrófico, resultando em aumento dos níveis de cortisol e, conseqüentemente, afetando o humor, a cognição e o comportamento. Estudos sugerem que pessoas expostas ao fumo passivo têm menores níveis de dopamina e ácido gama-aminobutírico (GABA)¹².

Weng et al.¹² determinaram que gestantes expostas ao fumo passivo têm maior chance de terem depressão perinatal e ideação suicida.

Indivíduos com doenças mentais referem que o cigarro os ajuda a diminuir o estresse. No entanto, uma metanálise de 26 estudos longitudinais comprovou que parar de fumar está associado com menor ansiedade, depressão e estresse, além de melhorar o humor e a qualidade de vida¹³.

Mulheres com depressão e ansiedade são mais propensas a fumar durante a gravidez e menos propensas a interromper o fumo¹⁰.

Cerca de 50% das mulheres com depressão e ansiedade fumam¹⁰.

Idealmente, todas as gestantes (fumantes ou não) devem ser rastreadas para doenças mentais, principalmente depressão e ansiedade, que são as mais comuns. Na vigência dessas doenças e do fumo, o tratamento para ambas as condições deve ser oferecido.

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

As intervenções no início da gestação (antes de 20-24 semanas) são efetivas no abandono do tabagismo³.

Estima-se que esse tipo de intervenção aumenta a taxa de abandono do cigarro de 11 a 15%⁴.

O aconselhamento médico deve ser dado de forma clara e objetiva, com discurso positivo e sem julgamento. Deve-se falar sobre a saúde do bebê e da impossibilidade de amamentar se fumar. Para ser efetivo, os profissionais precisam de sensibilidade e tato para abordar o assunto.

Existem alguns facilitadores que ajudam o profissional a promover a cessação ao fumo. Os mais comuns são¹¹:

- Engajamento dos companheiros, que muitas vezes também são fumantes¹¹.
- Estabelecer uma relação de confiança com a gestante¹¹.
- Reconhecer o estilo de vida da paciente e o contexto no qual o cigarro está inserido. Por exemplo, mulheres que vivem em condições desfavoráveis, com muitos fatores estressores, têm mais dificuldade em parar de fumar, pois o cigarro age como suporte¹¹.
- Encorajar a gestante a pelo menos diminuir a quantidade de cigarro se não conseguir a abstinência. Apesar de não haver quantidade segura de cigarro na gravidez, existe uma relação de dose-resposta. Assim, quanto maior o consumo de cigarro pela gestante, menor será o desenvolvimento físico e mental da criança³.
- Oferecer serviços com estrutura para o tratamento do tabagismo (ter medicações, adesivo de nicotina, suporte psicológico), além de facilitar o acesso das mulheres a esses serviços, como meios de transporte até o local de tratamento e locais para cuidar das crianças enquanto as mulheres estiverem em avaliação¹¹.
- Políticas públicas para combater o tabagismo¹¹.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado uma boa aliada para o tratamento do tabagismo. O tratamento se constitui de sessões que identificam e abordam as barreiras cognitivo-comportamentais na cessação do tabagismo, levando em consideração o contexto da gravidez e da adaptação puerperal; focam nas percepções dos riscos, nos prós e contras do fumo, na angústia e nas estratégias de autocontrole. Além

disso, utilizam-se exercícios que ajudam as pacientes a perceberem suas reações cognitivas e afetivas na cessação do tabagismo¹⁴.

Essas intervenções são efetivas, mas em mulheres com alta dependência do cigarro podem não ser suficientes.

Uma barreira para se alcançar a cessação do tabagismo é a preocupação com o ganho de peso. Sabe-se que é comum que o fumante ganhe em torno de 5 kg após parar de fumar. Isso se deve a vários fatores, como a melhora do paladar ao parar de fumar; o indivíduo passa a sentir melhor o gosto dos alimentos, e isso o incentiva a comer mais. Também se deve ao consumo de alimentos quando está com vontade de fumar ou por própria ansiedade no período de abstinência. O ganho de peso é maior nos primeiros 3 meses após parar de fumar.

Ganho de peso na gestação está associado com alguns resultados adversos, tanto para a mãe quanto para o bebê. A gestante com alto peso tende a permanecer acima do peso após o parto e se tornar uma obesa mais tarde. Existe maior risco de o bebê nascer com alto peso, o que dobra o risco de obesidade infantil⁶.

Hulman et al.⁶ compararam o ganho de peso em gestantes que nunca tinham fumado com as que pararam de fumar na gravidez e com as que continuaram fumando. O resultado foi que mulheres com sobrepeso e obesas ganharam peso acima da taxa semanal recomendada no segundo e no terceiro trimestre, independentemente do tabagismo, assim como todas as mulheres que pararam de fumar. As gestantes fumantes ganharam mais peso no primeiro trimestre, e as que pararam de fumar, no segundo e no terceiro trimestre.

Em relação ao peso do bebê, temos que mulheres que pararam de fumar no primeiro trimestre têm crianças com peso ao nascer equivalente àquelas cujas mães nunca fumaram³.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E REPOSIÇÃO DE NICOTINA

Quando as intervenções comportamentais não são suficientes para o tratamento do tabagismo, é necessária a utilização de medicações e a terapia de reposição de nicotina.

Os tratamentos mais usados são a reposição de nicotina (adesivo, goma, spray), a bupropiona e a vareniclina.

O objetivo da reposição de nicotina é diminuir gradualmente a dose até que o fumante possa parar de

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

usar sem se sentir mal com os sintomas de abstinência. Além disso, o usuário deixa de receber cerca de outras 4.000 substâncias tóxicas que existem no cigarro².

A bupropiona é um antidepressivo que tem ação dopaminérgica e adrenérgica e atua como antagonista do receptor nicotínico².

A vareniclina é um agonista parcial do receptor nicotínico, que se liga mais facilmente a esses receptores do que a nicotina. Assim, se o usuário dessa medicação fumar, não sentirá o prazer que o cigarro causa, pois todos os receptores já estarão ocupados pela medicação².

Mas podemos utilizar esses tratamentos durante a gravidez?

Os estudos ainda não são suficientes para avaliar o impacto que a bupropiona e a vareniclina podem causar no feto; portanto, não há conclusões sobre a sua segurança em gestantes².

A bupropiona é metabolizada pelo fígado, e seus metabólitos farmacologicamente ativos são a hidroxibupropiona (OHBUP, forma mais potente), a tri-hidroxibupropiona (TB) e a eritro-hidroxibupropiona (EB). Durante a gravidez, a bupropiona também é metabolizada pela placenta, sendo o TB o principal metabólito formado. Sabe-se que a bupropiona, a OHBUP e a TB estão presentes no líquido amniótico, mas em concentrações baixas. No entanto, os estudos ainda não são conclusivos para determinar se essa medicação é realmente segura durante a gestação¹⁵.

Haddad et al.⁴ avaliaram o uso dessas modalidades de tratamento, e os resultados foram que a terapia de reposição de nicotina é efetiva e que a associação de duas formas de reposição é ainda mais efetiva.

Além disso, a associação de reposição de nicotina com a bupropiona é mais efetiva do que a bupropiona em monoterapia⁴.

A vareniclina mostrou taxa de abstenção de cigarro em torno de 28%, seguida pela bupropiona, com 19%, e pela reposição de nicotina, com 17%⁴.

Todas essas modalidades apresentam efeitos colaterais. O principal efeito da bupropiona é a maior chance de convulsões. Os efeitos da vareniclina são eventos cardiovasculares, convulsões, depressão e agitação. Em relação à terapia de reposição de nicotina, podem causar taquicardias e outras arritmias, além de alergia cutânea ao adesivo⁴.

No entanto, em gestantes, Haddad et al.⁴ concluem que a terapia de reposição de nicotina apresenta riscos potenciais, como maior taxa de cesárea e aumento da pressão diastólica, mas ainda não se sabe se os riscos desse tipo de tratamento superam os riscos do fumo.

Outro estudo, feito por Vaz et al.¹⁶, mostrou pouca eficácia da terapia de reposição de nicotina em gestantes, aparentemente por baixa adesão. De acordo com o artigo, de 7 a 30% das gestantes aderem a essa modalidade terapêutica. Uma das possíveis explicações é que o metabolismo da nicotina está aumentado durante a gravidez, e, por isso, as gestantes precisam de doses maiores de nicotina para combater os sintomas de abstinência.

Os níveis de bupropiona e de vareniclina não são alterados durante a gravidez^{2,17}.

Em um artigo publicado por Bérard et al.⁷, compararam-se gestantes que utilizaram a bupropiona (por 87 dias) e o adesivo de reposição de nicotina (por 54 dias) com gestantes fumantes. Os resultados foram os seguintes: as fumantes tiveram gestações mais curtas, e os bebês nasceram com menor peso. Casos de prematuridade ocorreram em 26,7% das fumantes, em 7,9% das usuárias de adesivos e em 2,8% das que usaram a bupropiona. A bupropiona não aumenta o risco de prematuridade quando comparada com o adesivo e não está associada com o risco de bebês pequenos para a idade gestacional.

O uso do adesivo está associado com significante redução no risco de bebês pequenos para a idade gestacional⁷.

Tanto o adesivo quanto a bupropiona tiveram impacto positivo na prevalência da abstinência do tabagismo durante e após a gravidez, com taxas de 60% entre as usuárias de bupropiona e de 65% entre as de adesivo⁷.

Os autores afirmam que o consenso geral considera que o uso da bupropiona e do adesivo de reposição de nicotina é menos prejudicial do que o cigarro para o feto⁷.

Em outro trabalho, mostrou-se que o uso de adesivo não mostrou impacto negativo nos bebês².

Em um importante artigo de revisão², conclui-se que a terapia de reposição de nicotina associada com intervenções comportamentais aumentou a taxa de abstinência do cigarro no final da gravidez em 40%;

no entanto, esse resultado está muito próximo do resultado do grupo que utilizou placebo. Assim, os autores concluem que há fraca evidência para sugerir que o uso de terapia de reposição de nicotina associada com intervenções comportamentais seja eficaz para a cessação do tabagismo em gestantes. Não houve evidência que mostrasse algum impacto, tanto positivo quanto negativo, no desenvolvimento das crianças de mães que utilizaram a reposição.

TRATAMENTO ALTERNATIVO

O cigarro eletrônico é um dispositivo que produz aerossol de nicotina ao esquentar uma solução que normalmente contém propilenoglicol ou glicerol, nicotina, aldeídos e agentes aromatizantes. Além da nicotina, o vapor produzido contém substâncias tóxicas, como formaldeído, acetaldeído, compostos orgânicos voláteis e metais⁹.

Assim, o cigarro eletrônico tem o potencial de satisfazer o paciente com o hábito de fumar (mantém o comportamento de levar algo à boca e a ingestão de nicotina), mas com menos produção de substâncias tóxicas que um cigarro convencional¹⁸.

A percepção é de que os cigarros eletrônicos são mais seguros e menos prejudiciais do que os cigarros convencionais⁹.

As evidências sugerem que são seguros na gestação, mas ainda não se conhecem os seus efeitos no desenvolvimento fetal¹⁸.

CONCLUSÃO

Os estudos são unânimes em considerar o fumo um grande mal à saúde materna, à saúde do feto e ao desenvolvimento da criança; no entanto, não são conclusivos em determinar qual o melhor tratamento e a sua segurança durante a gestação.

Não é por isso que não se deve estimular a paciente a alcançar abstinência total do cigarro, apesar das dificuldades que isso significa.

Ao se iniciar o tratamento para o tabagismo, temos que levar em consideração as vulnerabilidades sociais, as doenças associadas (principalmente depressão e ansiedade), o nível de maturidade emocional, o desejo pela gestação e as incertezas sobre o futuro.

Para se ter esse panorama sobre os aspectos da vida das pacientes, é fundamental criar um bom vínculo terapêutico, estabelecer uma relação de confiança e, sempre que possível, levar toda a família (especialmente os companheiros) para serem parceiros do tratamento.

O tratamento medicamentoso e a reposição de nicotina sempre devem ser considerados em casos de alta dependência do cigarro.

Na prática clínica, a bupropiona é a mais utilizada por existirem mais estudos que sugerem a sua segurança durante a gravidez.

Apesar de os estudos também sugerirem que a reposição de nicotina é segura, é mais difícil precisar a quantidade de nicotina que deverá ser oferecida à paciente devido ao aumento da metabolização da nicotina durante a gestação.

Em relação à vareniclina, existem poucos dados na literatura que garantam sua segurança. Além disso, essa medicação apresenta efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, constipação, dores de cabeça, insônia, agitação e depressão, sintomas que já são difíceis de serem tolerados pela população geral e ainda mais serão em gestantes.

A intervenção comportamental é ainda a melhor ferramenta para o tratamento, e em especial a TCC, de acordo com os estudos mais recentes.

Artigosubmetidoem11/11/2016,aceitoem21/12/2016. Os autores afirmam não ter conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Joel Rennó Jr., Rua Teodoro, 352, cj. 27, CEP 05406-000, São Paulo, SP. E-mail: rennoj@terra.com.br

Referências

1. U.S. Department of Health Education and Welfare. Smoking and health: report of the advisory committee of the surgeon general of the public health service. Washington: U.S. Public Health Service; 1964.
2. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

- during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD010078.
- Haggaström FM. Diretrizes para cessação do tabaco. Abordagem de grupos especiais: gestantes. *J Bras Pneumol.* 2004;30:55-7.
 - Haddad A, Davis AM. Tobacco smoking cessation in adults and pregnant women: behavioral and pharmacotherapy interventions. *JAMA.* 2016;315:2011-2.
 - Curtin SC, Mathews TJ. Smoking prevalence and cessation before and during pregnancy: data from the birth certificate, 2014. *Nati Vital Stat Rep.* 2016;65:1-14.
 - Hulman A, Lutsiv O, Park CK, Krebs L, Beyene J, McDonald SD. Are women who quit smoking at high risk of excess weight gain throughout pregnancy? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;6:263.
 - Bérard A, Zhao JP, Sheehy O. Success of smoking cessation interventions during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:611.e1-611.e8.
 - Moylan S, Gustavson K, Overland S, Karevold EB, Jacka FN, Pasco JA, et al. The impact of maternal smoking during pregnancy on depressive and anxiety behaviors in children: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Med.* 2015;13:24.
 - Fallin A, Miller A, Assef S, Ashford K. Perceptions of electronic cigarettes among medicaid-eligible pregnant and postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2016;45:320-5.
 - Tong VT, Farr SL, Bombard J, D'Angelo D, Ko JY, England LJ. Smoking before and during pregnancy among women reporting depression or anxiety. *Obstet Gynecol.* 2016;128:562-70.
 - Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Sinclair L, Bauld L. Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health.* 2016;16:290.
 - Weng SC, Huang JP, Huang YL, Lee TS, Chen YH. Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression and anxiety. *BMC Public Health.* 2016;16:623.
 - Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g1151.
 - Lee M, Miller SM, Wen KY, Hui SK, Roussi P, Hernandez E. Cognitive-behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women. *J Behav Med.* 2015;38:932-43.
 - Fokina VM, West H, Oncken C, Clark SM, Ahmed MS, Hankins GD, et al. Bupropion therapy during pregnancy: the drug and its major metabolites in umbilical cord plasma and amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:497.
 - Vaz LR, Aveyard P, Cooper S, Leonardi-Bee J, Coleman T, SNAP Trial Team. The association between treatment adherence to nicotine patches and smoking cessation in pregnancy: a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res.* 2016;18:1952-9.
 - Fokina VM, Xu M, Rytting E, Abdel-Rahman SZ, West H, Oncken C, et al. Pharmacokinetics of bupropion and its pharmacologically active metabolites in pregnancy. *Drug Metab Dispos.* 2016;44:1832-8.
 - Wigginton B, Gartner C, Rowlands IJ. Is it safe to vape? Analyzing online forums discussing e-cigarette use during pregnancy. *Womens Health Issues.* 2017;27:93-9.



IV Jornada Nacional de
EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

21 e 22 de julho - Santa Casa de São Paulo.

INSCREVA-SE JÁ!
vagas limitadas

TEMAS ATUAIS E SUPER IMPORTANTES

*Emergências Psiquiátricas no Brasil,
Comportamento suicida, Noções de
Toxicologia, Contenção e Manejo de
Agitações Psicomotoras e
muito mais!*

**VEJA A PROGRAMAÇÃO COMPLETA
EM WWW.ABP.ORG.BR**

Organização e Realização



Patrocínio Master



ASSÉDIO MORAL, SOFRIMENTO NO TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

BULLYING, WORKPLACE SUFFERING, AND THEIR CONSEQUENCES

Resumo

Situações envolvendo assédio moral nas empresas podem ser um dos causadores de sofrimento psíquico e, por vezes, ocasionam transtornos mentais que podem repercutir no afastamento do trabalho. De acordo com a Previdência Social, a concessão de auxílios-doença por desequilíbrio mental vem crescendo e poderá ser, em breve, a principal causa de afastamento dos trabalhadores. Este estudo tem por base, principalmente, a teoria de Christophe Dejours, que diz que o trabalho pode causar sofrimento e adoecimento aos trabalhadores. O objetivo deste artigo é apresentar um breve resumo da temática do assédio moral aplicado ao contexto do trabalho, do sofrimento psíquico decorrente deste, além de mostrar o processo de adoecimento e as consequências do assédio moral. Com abordagem qualitativa, a metodologia utilizada foi o estudo de caso, através da análise de conteúdo dos relatos de uma trabalhadora vítima de assédio moral no trabalho, onde foram incluídos os pormenores da relação de trabalho e o diagnóstico dos médicos.

Palavras-chave: Assédio moral, sofrimento no trabalho, adoecimento no trabalho.

Abstract

Situations involving bullying in the workplace can be one of the causes of psychological distress and sometimes lead to mental disorders, which in turn may have impacts in terms of absence from work. According to the Brazilian social security system, the number of claims for illness benefits due to mental problems has been growing and may soon be the leading cause of absence from work. The present study was based mainly on the theory Christophe Dejours, according to which work can cause suffering and illness to workers. The objective is to present a brief summary

of moral bullying applied to the workplace, the resulting psychic suffering, in addition to a description of the illness process and the consequences of moral bullying. This study used a qualitative approach, and the methodology was the case study, through content analysis of the reports of an employee who claims to have suffered bullying at work. Details of the work relationship as well as of the diagnosis made by the medical team are included.

Keywords: Bullying, workplace suffering, illness at work.

INTRODUÇÃO

O crescente aumento de situações envolvendo assédio moral nas empresas torna urgente a presença de profissionais especializados nesses espaços para, através do acolhimento e escuta especializada, auxiliarem na redução do sofrimento psíquico tão fortemente evidenciado nos últimos anos através do elevado número de atestados e afastamentos do trabalho por doenças mentais.

De acordo com Jacques¹, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10% deles. No Brasil, segundo dados da Previdência Social², a concessão de auxílios-doença em função de transtornos mentais e comportamentais teve uma elevação de 19,6% em 2011. Esses transtornos ainda ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário, como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez, mas a estimativa é que, em breve, seja considerada a principal causa de adoecimento e de afastamento do trabalhador³.

Tendo em vista a realidade atual, faz-se necessária a problematização das relações entre trabalho e saúde



¹ Administradora. Especialista em Psicologia do Trabalho, AVM Faculdades Integradas, São Paulo, SP. Aluna Especial, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ² Contadora. Mestre em Gestão de Pessoas, Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS, Porto Alegre, RS. ³ Psicóloga. Especialista em Psicologia Organizacional, Instituto Desenvolvimento Global (IDG), Porto Alegre, RS. Mestre em Saúde Coletiva/Saúde do trabalhador, UFRGS, Porto Alegre, RS. ⁴ Médico do trabalho. Doutor em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Professor, Cursos de Graduação em Medicina e Engenharia e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado), UFRGS, Porto Alegre, RS.

mental. O trabalho exerce influência na vida do trabalhador? Entende-se que sim. Segundo a teoria de Christophe Dejours, iniciada ainda na década de 1970, o trabalho nunca será neutro; ou ele influenciará positivamente a vida dos trabalhadores, ou, de forma negativa, provocará o sofrimento e até mesmo o adoecimento.

Este artigo tem como objetivo apresentar um breve resumo da temática do assédio moral aplicado ao contexto do trabalho, do sofrimento psíquico decorrente deste, e, por fim, através do relato de uma trabalhadora, mostrar o processo de adoecimento e as consequências do assédio moral. Para isso, foi dividido em cinco partes, a saber: introdução; revisão teórica sobre o assédio moral no contexto do trabalho e o sofrimento/adoecimento psíquico decorrente deste; apresentação da metodologia utilizada; apresentação dos resultados da pesquisa; conclusão.

ASSÉDIO MORAL NO CONTEXTO DE TRABALHO

Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho, em pesquisa realizada nos anos 90, já se detectava que cerca de 12 milhões de trabalhadores na União Europeia já viveram situações humilhantes no trabalho que acarretaram distúrbios de saúde mental. No Brasil, a primeira pesquisa realizada sobre o tema foi no ano 2000, por Margarida Barreto, que constatou que 42% dos trabalhadores entrevistados foram vítimas de assédio moral nas empresas. E o número cresce.

Autores como Hirigoyen⁴ e Freitas⁵ definem essa prática como atitudes abusivas e repetidas que se manifestam por comportamentos, palavras, atos, gestos ou escritos. O assédio moral ultraja, agride a personalidade, a dignidade e a integridade física ou psíquica de uma pessoa e, muitas vezes, põe em perigo o seu emprego e a qualidade do ambiente de trabalho.

Conforme Caniato & Lima⁶, também podemos compreendê-lo como uma violência psíquica, que acomete a autonomia do indivíduo e a constituição de vínculos, retratada na tentativa de domínio e controle da ação laboral do sujeito, na medida em que as adversidades impostas aos indivíduos fazem com que eles não consigam ou não possam ser protagonistas de sua própria história.

Uma área de estudo que vem dedicando grandes esforços no combate ao sofrimento psíquico no trabalho é a saúde

do trabalhador, com visão mais favorável ao ser humano, que abrange o contexto biopsicossocial e se preocupa com a promoção e prevenção da saúde. No entanto, existe uma significativa ausência de preocupação, por grande parte de empregadores, quanto à saúde de seus funcionários.

Adotando práticas neoliberalistas, as empresas mantêm uma tensão muito forte com seus trabalhadores. Repassam grande sobrecarga de trabalho, fazendo com que estes produzam mais do que suas capacidades físicas, intelectuais e emocionais permitem. Esse retrato pode ser concebido como uma máquina de adoecimento. Muitos são os trabalhadores que adoecem em consequência da sobrecarga desumana de trabalho e, mesmo assim, mantêm-se a serviço de seus empregos. As causas que levam as pessoas a permitirem essas humilhações são os sentimentos de medo, insegurança e vergonha, o que gera o calar-se, o silêncio e a manutenção do abuso do poder pela parte mais forte.

De acordo com Costa⁷, “o assediador é alguém motivado basicamente pelo exercício do poder, pela satisfação sádica ao subjugar o outro, pelo desrespeito aos direitos alheios. É alguém que se sente tão mais valorizado quanto mais desvaloriza o outro”. Analisando o outro lado, Costa⁷ diz que o assediado é “escolhido por sua fragilidade ou, ao contrário, pelo seu brilho, que é sentido como uma ameaça potencial à carreira e ao próprio brilho do assediador”. E conclui dizendo que, com o tempo, a vítima do assédio moral tende a entrar em estado não somente de ansiedade, como foi visto acima, mas também de depressão, pois “apresenta doenças psicossomáticas, tende a faltar ao trabalho por motivos de saúde e fica desmotivada para com as atividades profissionais”.

Sob a influência do assédio moral, os trabalhadores que passam por essa triste experiência sofrem de depressão, angústia e sentimentos de menos-valia, podendo, nos casos mais graves, cometer suicídio. Sentindo-se sem forças para sair dessa situação, em muitos casos por questões financeiras, o trabalhador acometido a essas exposições adota uma postura passiva, o que acaba gerando problemas não só de saúde física e psíquica, mas também nas relações de trabalho e nas relações pessoais, envolvendo família e amigos.

Dejours & Bègue⁸ destacam que o isolamento da vítima dificulta o combate à prática do assédio moral, pois, dessa forma, o trabalhador não consegue discernir se os

**ANA LEA SANTOS DA SILVA
CARLA FEIJÓ
INAIARA KERSTING
PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA**

juízos negativos e os ataques agressivos são reais ou fantasias. Sobre isso, Dejours⁹ afirma que trabalhar significa buscar reconhecimento e que o sentido do trabalho é construído a partir dessa valorização, na busca de uma identidade social. Quando esse reconhecimento e essa identificação passam a diminuir e, com o processo de assédio, a pessoa se esvai, o indivíduo adoce e não encontra mais forças psíquicas para retomar suas atividades e o respeito dos colegas.

ADOCIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO

O trabalhador está em constante negociação com a organização. Esse processo ocorre de maneira implícita e explícita e se dá pelo fato de que existem grandes diferenças entre o trabalho que é prescrito e aquele que deve ser realizado efetivamente. Isso pode gerar certo grau de sofrimento psíquico aos trabalhadores.

Para Dejours¹⁰, “se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante. Se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante”. Para este autor, a carga do trabalho é física e também mental.

Assim, segundo Dejours¹⁰, “um trabalho intelectual pode se revelar mais patogênico que um trabalho manual”. Com um trabalho mental intenso, é gerada uma carga psíquica, que é qualitativa e não mensurável, como “o prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade”¹⁰.

Dessa forma, Dejours¹⁰ argumenta que “a carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador, contida na organização do trabalho. Em geral, a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade organizacional do trabalho diminui”. Assim, enfatiza que a carga psíquica do trabalho é o “eco ao nível do trabalhador da pressão que constitui a organização do trabalho. Quando não há mais arranjo possível da organização do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa é bloqueada. Abre-se, então, o domínio do sofrimento”.

O processo de sofrimento psíquico não é, muitas vezes, imediatamente visível. Seu desenvolvimento acontece de forma silenciosa ou invisível, embora também possa eclodir de forma aguda, por desencadeantes diretamente ocasionados pelo trabalho.

Incide em erro a empresa que, reconhecendo a sintomatologia, encare a mesma como demonstração de negligência, indisciplina, irresponsabilidade ou

falta de preparo por parte do trabalhador¹¹, pois os principais sinais e sintomas desse quadro, descritos pelo Caderno de Atenção Básica nº 5¹¹, são: modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono (falta ou excesso), ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, uso de álcool e drogas, absenteísmo. Em algumas situações, também podem vir acompanhados de sintomas físicos, como dores (de cabeça ou em partes do corpo), perda do apetite, mal-estar geral, tonturas, náuseas, sudorese, taquicardia, somatizações físicas, entre outros.

Não obstante, Brant & Minayo-Gomez¹² dizem que o sofrimento não tem uma manifestação única para todos os indivíduos. O que é sofrimento para um não o é, necessariamente, para outro, mesmo quando submetidos às mesmas condições. O sofrimento depende da significação que assume, por parte do trabalhador.

MÉTODOS

Para este artigo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. Godoy¹³ também diz que essa abordagem “não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques”.

A coleta de informações foi realizada através do relato livre de uma trabalhadora, obtido em duas entrevistas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas, após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Esta trabalhadora, identificada como L., possui 34 anos de idade e é pós-graduada.

Quanto ao tratamento dos dados, foram considerados o relato e o diagnóstico dos médicos, relacionando-os com os conceitos da teoria psicodinâmica do trabalho de Dejours¹⁰, através da análise do conteúdo de Bardin¹⁴. De acordo com esta autora, a análise de conteúdo é um método misto quantitativo/qualitativo, compreensivo e interpretativo. É considerada uma técnica de pesquisa que se destina a descrever sistemática, objetiva e quantitativamente o conteúdo pesquisado.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O relato apresenta o sofrimento da trabalhadora no ambiente de trabalho, o qual exerceu influência negativa na



¹ Administradora. Especialista em Psicologia do Trabalho, AVM Faculdades Integradas, São Paulo, SP. Aluna Especial, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ² Contadora. Mestre em Gestão de Pessoas, Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS, Porto Alegre, RS. ³ Psicóloga. Especialista em Psicologia Organizacional, Instituto Desenvolvimento Global (IDG), Porto Alegre, RS. Mestre em Saúde Coletiva/Saúde do trabalhador, UFRGS, Porto Alegre, RS. ⁴ Médico do trabalho. Doutor em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Professor, Cursos de Graduação em Medicina e Engenharia e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado), UFRGS, Porto Alegre, RS.

sua vida, levando-a ao adoecimento mental. A trabalhadora não tinha a liberdade de exercer a atividade usando sua própria criatividade e era submetida a cobranças indevidas, falta de reconhecimento e assédio moral.

Ela trabalhava na área acadêmica, em um centro universitário, e percebia que o desrespeito do novo gestor acontecia com todas as pessoas que estavam hierarquicamente abaixo do cargo dele. A insatisfação era geral, e nada podia ser feito, a não ser pedir demissão ou aguentar as situações.

A nova gestão liberava alguns funcionários para continuarem seus estudos (especialização, mestrado, doutorado) e outros não, e isso tornou-se visível a todos. Aparentemente, o critério utilizado para o dito benefício era ser parente de alguém da direção ou ter algum parentesco com alguém da mantenedora da empresa. Este não era o principal motivo que proporcionava o desenvolvimento de carreira, mas tinha, e possivelmente ainda tenha, um peso significativo.

Com a mudança da gestão, L. via constantemente colegas saírem chorando da sala do novo chefe ou emocionalmente abalados pelo tratamento que recebiam.

L. também via, com frequência, uma colega da mesma hierarquia dela chorar por questões de relacionamento com outra funcionária, “estranhamente protegida” pela gestão, problema não resolvido pela nova chefia. A maneira de solucionar o problema foi demitindo esta colega, piorando, assim, o ambiente de trabalho, uma vez que houve uma revolta entre os demais funcionários do setor e um desgaste emocional e funcional. A colega foi demitida em um período de maior acúmulo de trabalho, e os seus serviços tiveram que ser divididos entre outros colegas, sobrecarregando, assim, todo o setor.

Quanto à funcionária “estranhamente protegida”, o novo gestor, em reuniões e festas, a promovia, com muitos elogios, com lembranças periódicas de que ela era a melhor funcionária naquele cargo, melhor que todas as outras funcionárias que ele já tivera. Isso também causava uma grande insatisfação e descontentamento no ambiente de trabalho com as demais pessoas.

Com a entrada do novo gestor, os funcionários que antes tinham maior liberdade e autonomia no setor passaram a ter que solicitar autorizações para muitas ações. Nesse contexto, L., especificamente, passou pelos seguintes episódios no ambiente de trabalho:

- Certa vez, realizou uma atividade cumprindo ordens dos seus chefes diretos. O novo gestor, sem investigação prévia ou questionamento individual, enviou um e-mail para L., com cópia para vários chefes de setores, inclusive seus chefes diretos, dizendo que L. não poderia ter realizado a atividade sem a autorização dele, que tinha agido de forma irresponsável e que esperava que essa atitude não se repetisse. Acabou o texto do e-mail questionando se L. não sabia quem era o chefe ali naquele setor. Nesse dia, L. não conseguiu terminar seu horário de trabalho habitual. Saiu do setor chorando, muito nervosa, não respondeu ao e-mail, e seus chefes diretos ficaram responsáveis por resolver o ocorrido.
- Em reunião agendada pelo novo gestor com todos os funcionários, novamente, todos os presentes ouviram os elogios prestados à funcionária considerada “estranhamente protegida”. O gestor anunciou que, a partir daquele dia, a funcionária exerceria uma certa chefia; naquele momento, todas as atividades de L. estavam sendo transferidas para a “nova chefe”, sem que L. fosse previamente consultada. Nesse dia, L. se sentiu completamente constrangida diante dos demais colegas. Todos na reunião ficaram sem entender nada. A insatisfação e o sentimento de impotência, de vazio, por não saber a quem recorrer, só aumentou com isso.
- L. tinha plena liberdade de exercer suas atividades e possuía autonomia no seu ambiente de trabalho. Na nova gestão, isso se perdeu completamente, ocorrendo muitas vezes de passar o dia de trabalho sem ter atividades, sem ser convocada para reuniões e demais atividades pertinentes ao trabalho, aumentando o sentimento de impotência e sendo apontada como incompetente.

Todos esses fatos são melhor entendidos quando compreendemos a sequência de acontecimentos nos últimos meses de trabalho de L.:

- L., ao quebrar o dedo do pé, precisou de alguns dias de atestado médico para a sua recuperação, mas, diferentemente do proposto pelos médicos que a examinaram, não ficou afastada pelo INSS. Voltou ao trabalho, com uma série de dificuldades de deslocamento.

ANA LEA SANTOS DA SILVA
CARLA FEIJÓ
INAIARA KERSTING
PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA

RELATO

- O pai de L. ficou seriamente doente, indo para o hospital e ingressando na unidade de tratamento intensivo (UTI). L. ficou com o pai durante um tempo mínimo e voltou a trabalhar; logo depois, o pai veio a falecer.
- Quando L. precisou fazer uma cirurgia, comunicou a seu novo gestor a necessidade de liberação e recebeu uma resposta negativa. Ele não autorizou-a para aquele momento, pedindo para L. agendá-la para mais tarde, pois o setor estaria mais tranquilo, e ela poderia ausentar-se para realizar a cirurgia. L. acatou o pedido do novo gestor.
- L. precisava concluir um curso; solicitou a saída por algumas horas para estudar, negociou os horários em que estaria fora, propondo reposição de horário, entre outras coisas, mas, ainda assim, não foi autorizada a sair. Essa situação, de sair para estudar, já havia sido autorizada a outros funcionários, que obtinham essa facilidade sem quaisquer problemas.
- Dias antes da referida cirurgia, agendada juntamente com o gestor, este chamou L. e comunicou sua demissão. Disse a L. que ela já deveria ter sido demitida, mas como seu pai havia morrido, aquele seria o “melhor momento”. Quanto à cirurgia, o novo gestor disse que L. saberia o que fazer, caso não tivesse mais a cobertura do convênio.
- Nos últimos meses de trabalho, L. foi diagnosticada com um quadro depressivo, iniciando tratamento com antidepressivos, e passou a ser acompanhada pelos seguintes especialistas médicos: cardiologista, psicólogo, neurologista e psiquiatra.
- Dias após a demissão, L. emagreceu aproximadamente 10 quilos e passou a ter dificuldades para dormir. Relata que lembrava das palavras do gestor na hora da demissão, de todo o processo pelo qual passou e do sentimento de impotência que a acometeu. Em consulta com a neurologista, aproximadamente 7 dias após a demissão, diante de muitos exames solicitados, L., ao sair da consulta, teve o seu primeiro episódio de ansiedade. Dentro do metrô, começou a chorar compulsivamente e perdeu a força das pernas. Nesse momento, saiu do vagão e entrou em contato com a psicóloga. Esta a orientou a procurar

um hospital. L. foi sozinha, chegando em estado de surto ao hospital. Lá, foi atendida na emergência, sendo medicada e ficando em observação quase o dia inteiro. L. foi então encaminhada com urgência para um psiquiatra.

- No dia seguinte, L. realizou sua primeira consulta com o psiquiatra, ainda em crise e com o efeito da medicação do dia anterior. O psiquiatra A (Anexo A) ouviu sua queixa, e L. se sentiu acolhida. O médico receitou Sertralina e Clonazepam. L., nesse momento, apresentava fortes tonturas, sendo recomendado não sair desacompanhada. Apresentava também fortes dores de cabeça e de estômago, choro imotivado, muito nervosismo, entre outros sintomas.

Referente ao comportamento da empresa após a demissão, seguem alguns fatos pontuais:

- Não aceitaram os atestados e solicitaram que L. não falasse a verdade com relação ao seu estado de saúde no momento do exame demissional. O exame demissional foi conturbado, sendo realizado em dois momentos por médicos diferentes; foi ainda solicitado que L. assinasse um documento com data retroativa, ao que se recusou. Nesse ínterim, a cada e-mail que recebia da empresa ou em cada situação em que precisava negociar com relação à sua demissão, as crises depressivas de L. aumentavam.
- L. morava na casa dos funcionários da empresa, e os seus gestores comunicaram o caso de L. em um grupo de funcionários no aplicativo WhatsApp (Anexo B) e colocaram um segurança em frente à casa para L. não se aproximar dela, deixando todos os seus pertences na rua. Vale destacar que, naquele mesmo dia, L. estava com viagem agendada para retornar à casa da mãe e, obviamente, retiraria todos os seus pertences da casa. Quando L. estava na delegacia para fazer o boletim de ocorrência policial dos fatos, acompanhada de uma amiga, recebeu a visita de um funcionário da empresa, que lhe levava uma quantia em dinheiro em nome dos gestores. L. entendeu o recebimento do dinheiro como um suborno, pois a proposta era que L. recebesse o dinheiro e não realizasse o boletim de ocorrência.



¹ Administradora. Especialista em Psicologia do Trabalho, AVM Faculdades Integradas, São Paulo, SP. Aluna Especial, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ² Contadora. Mestre em Gestão de Pessoas, Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS, Porto Alegre, RS. ³ Psicóloga. Especialista em Psicologia Organizacional, Instituto Desenvolvimento Global (IDG), Porto Alegre, RS. Mestre em Saúde Coletiva/Saúde do trabalhador, UFRGS, Porto Alegre, RS. ⁴ Médico do trabalho. Doutor em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Professor, Cursos de Graduação em Medicina e Engenharia e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado), UFRGS, Porto Alegre, RS.

As percepções de L. nesse período foram as seguintes:

1. Depressão é uma doença invisível.
2. L., inicialmente, não percebeu que estava doente e seguiu “tocando a vida”, como se nada estivesse acontecendo.
3. L. insistiu em manter o seu emprego, mesmo diante das condições que apresentava, na esperança de que tudo pudesse melhorar.

Nos anexos, se encontram todos os relatórios médicos de L. (Anexos A, C a G), as medicações no decorrer do tratamento e os boletins de ocorrência (Anexos H e I).

CONCLUSÕES

De acordo com os relatos dos fatos ocorridos com a trabalhadora L., envolvendo situações que podem ser caracterizadas como assédio moral na empresa onde ela trabalhava, pode-se afirmar que estas foram a causa principal do seu sofrimento psíquico. Este sofrimento ocasionou transtornos mentais, que causaram o seu afastamento permanente das atividades laborais, processo que se iniciou com uma demissão irregular. Não somente a atividade laboral foi afetada, mas, principalmente, sua dignidade perante os demais, parentes, amigos e familiares, prejudicando suas relações pessoais.

Artigo submetido em 15/09/2016, aceito em 09/11/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Ana Lea Santos da Silva, Rua Ramiro Barcelos, 2777, CEP 90035-007, Porto Alegre, RS. E-mail: analea.silva81@gmail.com

Referências

1. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicol Soc.* 2003;15:97-116.
2. Brasil, Previdência Social. Dados abertos – Previdência social e INSS [Internet]. [2015 Jun 09]. <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social/>
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (Ler) - distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 20]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf
4. Hirigoyen M. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand; 2002.
5. Freitas ME. Quem paga a conta do assédio moral no trabalho? *RAE Eletrônica.* 2007;6:jan/jun.
6. Caniato AMP, Lima EC. Assédio moral nas organizações de trabalho: perversão e sofrimento. *Cad Psicol Soc Trab.* 2008;11:177-92.
7. Costa SG. Relacionamento no trabalho. In: Costa SG. Comportamento organizacional culturas e casos brasileiros. Rio de Janeiro: LTC; 2014. p. 33-6.
8. Dejours C, Bègue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? *Sobradinho: Paralelo 15;* 2010.
9. Dejours C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznclwar L, orgs. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15/ Fiocruz; 2004.
10. Dejours C. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2014. p. 22-31.
11. Brasil, Ministério da Saúde, Saúde do Trabalhador. Cadernos de atenção básica: Programa saúde da família. Caderno 5 [Internet]. 2001 [cited 2017 Feb 20]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5.pdf
12. Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Cienc Saude Coletiva.* 2004;9:213-23.
13. Godoy AS. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. *Rev Adm Empres.* 1995;35:20-9.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

ANA LEA SANTOS DA SILVA
CARLA FEIJÓ
INAIARA KERSTING
PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA

ANEXOS

ANEXO A - PSQUIATRA A

Relatório médico

03/07/2015

Declaro, para os devidos fins, que a paciente L. está em acompanhamento neste nosocômio devido ao CID-10 F32.2. Início do tratamento com Sertralina 150 mg e Clonazepam 2 mg. Comprometimento cognitivo importante (lapsos de memória e comportamental). No momento, não está em condições de exercer suas atividades laborais, devendo ficar afastada por pelo menos 120 dias.

Relatório médico

07/08/2015

Declaro, para os devidos fins, que a paciente L. está em tratamento neste ambulatório pelo CID-10 F32.2, F40, e em uso das seguintes medicações: Sertralina 100 mg e Donarem 50 mg. Vem evoluindo com melhora discreta dos sintomas depressivos, ainda mantendo tristeza, choros imotivados e anedonia. O quadro depressivo iniciou-se em 2008. No início de 2015, tomou, por pouco tempo, o remédio Velija, mas sem efeito adequado. No momento, não apresenta condições físicas e emocionais de voltar a trabalhar. Sugiro afastamento por tempo indeterminado.

ANEXO B - DIÁLOGO EM GRUPO DE FUNCIONÁRIOS NO APLICATIVO WHATSAPP

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Tenho um comunicado para fazer para vocês. Hoje aconteceu algo muito chato entre nós.

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Não entrarei muito em detalhes, porque acho que não convém, mas gostaria de avisá-las que a chave do nosso portão de entrada foi alterada.

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Meninas, boa tarde!

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Conto com a colaboração de cada uma!

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Obrigada!

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Essa alteração da chave foi feita porque uma ex-funcionária do XXXXX está proibida de entrar na nossa casa.

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Então peço também a colaboração de todas vocês para que não permitam que ela entre de forma alguma no nosso recinto.

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: A ordem foi estabelecida pelo departamento de justiça.

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Haverá um segurança em frente à nossa casa para abrir o portão para vocês até que eu entregue a todas a nova chave.

[4:36PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: A ex-funcionária é a L.

[4:46PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Ok.

[4:47PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Meninas, todas as coisas da L. já foram retiradas da casa de vocês, portanto não haverá necessidade dela entrar.

[4:48PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Qualquer coisa que acontecer, preciso que vocês me comuniquem imediatamente.

[4:58PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Meninas, peço que me procurem para pegar a chave nova.

[5:06PM 02/12/2015] +55 11 xxxxx-xxxx: Ok.

ANEXO C - PSQUIATRA B

Relatório médico

01/09/2015

Atesto, para fins periciais, que L. iniciou tratamento neste período com diagnóstico CID-10 F32.1, com uso de Escitalopram 10 g, Fluoxetina 20 g e Nortriptilina 25 g, com sintomas proeminentes depressivos, ideação suicida, distúrbio cognitivo, anedonia, medo, sem condições de manter funções laborativas no momento. Sugiro 60 dias de afastamento.

ANEXO D - PSICÓLOGO

Declaração

01/08/2015

Informo, para os devidos fins, que L. esteve sob acompanhamento psicoterapêutico no período que corresponde de 11/2012 a 04/2015. A paciente nos foi encaminhada pelo psiquiatra com hipótese de depressão grave, CID-10 F.32.2. Ao longo do período que esteve sob acompanhamento, a referida L. passou por várias crises, com agravamentos associados a problemas familiares (adoecimento e morte do pai). Em relação ao trabalho, L. relatou por várias vezes sofrer o que em suas palavras



¹ Administradora. Especialista em Psicologia do Trabalho, AVM Faculdades Integradas, São Paulo, SP. Aluna Especial, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ² Contadora. Mestre em Gestão de Pessoas, Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS, Porto Alegre, RS. ³ Psicóloga. Especialista em Psicologia Organizacional, Instituto Desenvolvimento Global (IDG), Porto Alegre, RS. Mestre em Saúde Coletiva/Saúde do trabalhador, UFRGS, Porto Alegre, RS. ⁴ Médico do trabalho. Doutor em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Professor, Cursos de Graduação em Medicina e Engenharia e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado), UFRGS, Porto Alegre, RS.

descrevia como assédio moral, dizendo sentir-se coagida em várias situações. Na última consulta, apresentou uma piora no quadro; segundo seu relato, por conta da desvinculação do trabalho. A última consulta data de 25/06/2015.

ANEXO E - NEUROLOGISTA

Relatório médico

20/08/2015

Solicito ressonância magnética de crânio. Paciente em investigação de quadro de perda de consciência. Apresentou três episódios súbitos de perda de consciência nos últimos 5 meses, associados a quadro de lapso de memória, com desorientação temporal e espacial. O exame de ressonância magnética faz-se necessário para segmento da investigação.

ANEXO F - CARDIOLOGISTA

Relatório médico

06/08/2015

Atesto, para os devidos fins, que a paciente foi ao meu consultório no dia 13 de março de 2015 com sintomas compatíveis com quadro de ansiedade, dores corporais compatíveis com fibromialgia e comportamento compatível com depressão associada a fatores familiares (morte do pai). Receitei o antidepressivo Velija para a mesma na época.

ANEXO G - TERAPEUTA DE FAMÍLIA

Atestado

07/06/2016

Atesto, para os devidos fins, que a paciente L. esteve em tratamento psicoterapêutico no período de outubro de 2015 a março de 2016.

A paciente procurou atendimento apresentando sintomas depressivos – choro excessivo e compulsivo, crises de ansiedade, dificuldades para dormir e se alimentar, dificuldades para elaborar o pensamento e expressar suas emoções adequadamente, medos exagerados (de sair de casa, de ficar sozinha, entre outros) e ideação suicida.

Já se encontrava em tratamento psiquiátrico, fazendo uso de medicações adequadas para o quadro.

Houve uma leve melhora nos sintomas, mas não o suficiente para sua alta. No entanto, a paciente parou o tratamento por falta de recursos financeiros para mantê-lo, segundo sua própria informação.

ANEXO H - BOLETIM DE OCORRÊNCIA A

Secretaria de Estado da Segurança Pública – Polícia Civil do Estado de São Paulo

Natureza(s): Espécie: Outros – Não criminal. Natureza: Outros, não criminal. Consumado.

Histórico 12/08/2015

Comparece nesta distrital a declarante, informando que trabalha na empresa XXXXX, que fora chamada à sala de seu chefe, que este lhe disse para retirar-se da instituição e que deixasse suas chaves e senhas no local, pois não teria mais acesso ao seu setor.

O chefe disse que, por ele, a declarante já estaria fora da instituição, porém seu pai havia falecido em fevereiro, e agora, em junho, seria o melhor período para desligá-la. Nada mais.

ANEXO I - BOLETIM DE OCORRÊNCIA B

Secretaria de Estado da Segurança Pública – Polícia Civil do Estado de São Paulo

Natureza(s): Espécie: Título XI – Administração pública (Art. 312 a 359-H). Natureza: Exercício arbitrário das próprias razões (Art. 345). Consumado.

Histórico 02/12/2015

Comparece a declarante noticiando que era funcionária da empresa XXXXX e residia no imóvel situado no local dos fatos, onde residem os funcionários da empresa. A declarante foi demitida, e está em andamento um processo trabalhista, sendo que foi acordado que a declarante permaneceria na casa até o término do tratamento médico ao qual está se submetendo. Ocorre que, na data de hoje, todos os seus pertences foram colocados para fora da casa, a fechadura foi trocada, e um segurança foi colocado na frente da casa para impedir sua entrada. O segurança informou que tais providências foram tomadas a mando do autor Z (cargo e nome do autor). Nada mais.



XXXV CBP CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

— O futuro da Psiquiatria dentro da neurociência —

OUTUBRO
25 A 28
DE 2017

Transamérica Expo Center
São Paulo

O MELHOR CONGRESSO
DE ESPECIALIDADE MÉDICA
NA MAIOR CIDADE
DA AMÉRICA LATINA

Inscrições e Programação
Científica, acesse
www.cbpabp.org.br



Siga nossas redes sociais



PÚBLICO ALVO

Psiquiatras

Médicos de outras especialidades

Estudantes (graduação e pós graduação)

Profissionais da área da saúde

Profissionais Relacionados