

SAÚDE MENTAL

NARRATIVAS INTERDISCIPLINARES



Organização
Maria Taís de Melo

LABORCIENCIA[®]
EDITORA

2023

Maria Taís de Melo

SAÚDE MENTAL: NARRATIVAS INTERDISCIPLINARES

São Paulo
Laborciencia
2023

Conselho Editorial:

Dr. Cassiano Zeferino de Carvalho Neto - Laborciencia

Dra. Camila Volpato Broering – UNIVALI

Dra. Andrea de Bem Machado - FMP

Dra. Rita Borges - ABT

Dra. Rosangela Martins Carrara - ALAC

Dra. Inês Staub Araldi - UNIFACVEST

Equipe técnica

Organizadora: Maria Taís de Melo

Prefácio: Prof. Carlos Magno da Silva Bernardo

Presidente do SINPROESC

Criação e design de capa: Francisco Kirchner

Diagramação: Bibliotecária Rosiane Maria

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Rosiane Maria CRB14/1588

M528s Melo, Maria Taís
 Saúde mental : narrativas interdisciplinares
 / Maria Taís de Melo (Org.). / São Paulo:
 Laborciencia, 2023.
 102 p.

ISBN - 978-65.980994-0-4

1. Saúde mental. 2. Interdisciplinaridade. 3.
Bem estar social. I. Melo, Maria Taís de. II.
Bernardo, Carlos Magno da Silva. III.
SINPROESC

362.3

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
ÍNDICES DE FELICIDADE E PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO DE ACORDO COM O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) EM 2016	6
NEUROCIÊNCIA DO AUTISMO	20
ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL E AUTISMO	30
CAPSI E A ARTICULAÇÃO DA RAPS NO MUNICÍPIO DE PALHOÇA-SC	38
FALANDO SOBRE TDAH: ORIENTAÇÃO PARA FAMÍLIA E PROFESSORES	45
AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO	55
SAÚDE MENTAL DE CUIDADORES FAMILIARES	72
QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES E A PANDEMIA COVID 19	82

APRESENTAÇÃO

Mais uma vez somos instados a prefaciar, ainda que de forma bastante modesta, os trabalhos organizados pela Professora Maria Taís de Melo que resultaram em mais uma excelente edição que ora apresentamos nesta obra.

São artigos científicos que abordam a saúde mental em vários aspectos, públicos e idades, todos de muita relevância, frutos de pesquisa, observação, vivências e questionamentos, sistematizados, redigidos e apresentados nos textos de diversos autores.

A obra resultante é mais uma excelente fonte acessível a todos: professores, trabalhadores da saúde, cuidadores, pais, acadêmicos e ampliam a instrumentalização do olhar de profissionais que atuam nas mais variadas áreas.

O papel de alunos e professores pesquisadores é fundamental para atualizações relativas aos diversos temas e campos do conhecimento, isto só é possível através de estudos e pesquisas permanentes que atualizam e aprofundam conhecimentos específicos, neste caso a Saúde Mental a partir das Narrativas Interdisciplinares.

Embora saibamos que jamais se esgotam as possibilidades, os avanços são sempre frutos de muita dedicação e cientificidade e o resultado, infalivelmente, contribui para a melhoria das condições de manejo e didáticas junto a populações distintas.

Nesta perspectiva o SINPROESC contribui, sempre que provocado, na aplicação de pesquisas relevantes a saúde dos professores por entender que esta é a base para o desenvolvimento e manutenção de tantas outras lutas, urgentes e necessárias a fim de melhorar as condições de vida e trabalho de todos os seus representados, dos professores de modo geral.

O processo educacional precisa estar preparado para reconhecer e atender a todas as pessoas nas suas singularidades. A desatenção a essas necessidades é exclusão.

Deixo aqui registrados nossos parabéns e gratidão a todos os autores e autoras que fazem deste livro, valiosa fonte de conhecimento.

Boa leitura!

Prof. Carlos Magno da Silva Bernardo
Presidente do SINPROESC

ÍNDICES DE FELICIDADE E PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO DE ACORDO COM O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) EM 2016

Caroline Yaciko de Oliveira Kanegusuku¹

RESUMO - A felicidade é um conceito que envolve componentes afetivos e cognitivos, este último relacionado a uma avaliação geral da satisfação com a vida. Uma discussão recorrente é se sociedades “mais felizes” apresentariam melhores índices relacionados a saúde mental, além do papel de fatores econômicos e sociais nessa relação. **Objetivo:** Investigar a associação entre indicadores de bem-estar e prevalência de depressão em diferentes países, assim como analisar o papel do índice de desenvolvimento humano (IDH) nessa relação. **Método:** Estudo ecológico. As prevalências de depressão foram coletadas da base de dados do *Global Burden of Disease Study* 2016. A medida de felicidade e outras variáveis relacionadas ao bem-estar foram extraídas do Relatório Mundial da Felicidade de 2016. Foi utilizada correlação de Pearson para avaliar a associação entre prevalência de depressão e as variáveis independentes. As correlações foram estratificadas de acordo com a mediana do IDH. **Resultados:** Encontramos associação estatisticamente significativa e inversa entre felicidade e prevalência de depressão, assim como entre afeto positivo e prevalência de depressão, para os países com menor IDH. Para o grupo de países com maior IDH, o resultado foi oposto. **Conclusão:** O IDH parece influenciar a relação entre medidas de bem-estar e prevalência de depressão de maneira oposta quando avaliados países com baixos e altos índices de desenvolvimento humano.

Palavras-chave: Depressão; Felicidade; Índice de desenvolvimento humano; Estudo ecológico.

1 INTRODUÇÃO

A felicidade é uma experiência subjetiva associada a fatores individuais e ambientais, como caracteriza Fergusson (FERGUSSON *et al.*, 2015), que pode envolver um componente cognitivo, relacionado a uma avaliação geral da satisfação com a vida, e um componente afetivo, que inclui uma predominância de afeto positivo em relação ao afeto negativo (LUCAS; DIENER; SUH, 1996). O afeto positivo reflete a experiência de alegria, riso e prazer, enquanto o afeto negativo diz respeito à preocupação, tristeza e raiva em um determinado momento (LUCAS; DIENER; SUH, 1996). A felicidade no sentido cognitivo analisa circunstâncias mais duradouras de diferentes âmbitos da vida, as quais podem ser correlacionadas com medidas de

¹ Psiquiatria - E-mail - carol.kanegusuku@gmail.com

progresso social (FERGUSSON *et al.*, 2015; HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2013).

Apesar da clara distinção clínica entre infelicidade e depressão, felicidade e saúde mental, uma discussão recorrente em termos populacionais é se sociedades “mais felizes” apresentariam menor prevalência de depressão. Ainda, se essa relação é influenciada por melhores indicadores econômicos, sociais e de desenvolvimento. Por exemplo, há evidências de que o índice de desigualdade de renda (índice de GINI) está positivamente associado a episódios depressivos, mas apenas entre países com índice de desenvolvimento humano (IDH) mais elevado (CIFUENTES *et al.*, 2008) e que tanto em países ocidentais quanto orientais a doença mental surge como o fator mais influente na satisfação com a vida, superando a renda, emprego ou presença de uma doença física (CLARK *et al.*, 2017). No entanto, não identificamos estudos que avaliaram a correlação entre índices de felicidade e prevalência de depressão e o papel de indicadores socioeconômicos nessa relação.

O objetivo deste estudo é investigar a associação entre índices de felicidade e prevalência de depressão considerando dados de diferentes países. Além disso, avaliar se essa correlação varia de acordo com o IDH. Iremos investigar também a associação entre prevalência de depressão e afeto positivo e negativo, além de outros marcadores populacionais de bem-estar. Nossa hipótese principal é que existe uma correlação negativa entre índices de felicidade e prevalência de depressão, correlação que se acentua entre os países com menor IDH.

2 METODOLOGIA

Estudo ecológico, em que as unidades de estudo são os países. A variável dependente é a prevalência de depressão no ano de 2016, de acordo com a base de dados do estudo Carga Global de Doença 2016 (VOS *et al.*, 2017) (*Global Burden of Disease Study 2016 – GBD*), programa de pesquisa de abrangência global sobre o impacto associado às doenças. O estudo é conduzido pelo Instituto Métricas e Avaliação em Saúde (IHME) da Universidade de Washington (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2016). Nesse banco de dados encontra-se as prevalências de depressão de 130 países. Os dados do IHME são baseados em uma combinação de fontes, incluindo registros médicos e bases de dados nacionais, dados epidemiológicos, além de dados de pesquisas. Quando os dados brutos de um determinado país são insuficientes, os dados epidemiológicos e os modelos de meta-

regressão são utilizados com base nos dados disponíveis dos países vizinhos (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2016).

A variável independente da nossa hipótese principal é a medida de felicidade. As outras variáveis independentes analisadas são aquelas relacionadas ao bem-estar da população, como afeto positivo, afeto negativo, suporte social, liberdade para fazer escolhas, generosidade e percepção de corrupção e o índice de GINI.

A partir da coleta da tabela de dados do Relatório Mundial da Felicidade de 2016 (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2016), publicado pela Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, foram extraídas as medidas de bem-estar. A felicidade, que por vezes é citada como sinônimo de bem-estar subjetivo, é mensurada por meio da avaliação da satisfação com os aspectos gerais da vida, conforme revelado pelas respostas dos indivíduos à pergunta da escada Cantril, que convida os participantes da pesquisa a imaginarem sua atual posição em uma escada com degraus numerados de 0 a 10: dez representa a melhor possível e zero a pior (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2016). O suporte social é avaliado como a média nacional das respostas binárias (0 ou 1) a uma pergunta sobre parentes ou amigos com quem se pode contar para receber ajuda quando necessário (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2016). A liberdade de fazer escolhas de vida segue o mesmo cálculo de acordo com a seguinte pergunta “Você está satisfeito ou insatisfeito com sua liberdade de escolher o que fazer com sua vida?”, assim como percepção de corrupção, avaliada de acordo com duas perguntas “A corrupção está disseminada por todo o governo ou não?” e “A corrupção está disseminada dentro das empresas ou não?”. A generosidade é o resíduo da regressão da média nacional de respostas à pergunta “Você doou dinheiro para uma instituição de caridade no mês passado?” (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2016). O afeto positivo é definido como a média de medidas de emoções, como alegria, riso e prazer e o afeto negativo como a média das medidas de emoções, como preocupação, tristeza e raiva (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2016). Os dados são coletados de 1000 pessoas, em média, em 157 países (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2016). Desses 157 países, 42 foram excluídos do nosso estudo por não constar a prevalência de depressão em 2016, totalizando 115 países.

O índice de GINI, medida da desigualdade de renda entre indivíduos ou famílias dentro de um país a partir de uma distribuição teoricamente igual, foi transcrito do banco de dados do Banco Mundial, também referente ao ano de 2016 (WORLD BANK

ESTIMATE, 2016).

As medidas do IDH foram retiradas dos dados estatísticos do Relatório de Desenvolvimento Humano e Indicadores também referente ao ano de 2016. Este índice mede o desempenho médio em três dimensões do desenvolvimento humano: expectativa de vida, anos de escolaridade e produto interno bruto (PIB) per capita (UPDATE, 2018), e foi utilizado para estratificação em grupos com maior e menor IDH, de acordo com a mediana dos países incluídos. Para avaliar a associação entre prevalência de depressão e as variáveis independentes, foi utilizado correlação de Pearson. As correlações foram analisadas para toda a amostra e posteriormente para os grupos com maior e menor IDH.

O projeto obedece aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Res. n 466/2012 (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade). Os dados utilizados para a pesquisa são da ONU, OMS, Banco Mundial e GWP, de domínio público, de acesso irrestrito e sem identificação dos indivíduos, portanto é dispensada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

3 RESULTADOS

Tabela 1 - Correlação de Pearson entre prevalência de depressão e medidas de felicidade, afeto, percepção de bem-estar social e nível de desigualdade social

Felicidade	Afeto positivo	Afeto negativo	Índice de GINI
R (valor de p)			
- 0,28 (0,76)	- 0,08 (0,35)	0,06 (0,47)	- 0,39 (0,05)
Suporte social	Liberdade para fazer escolhas	Generosidade	Percepção de corrupção
R (valor de p)			
- 0,11 (0,93)	0,14 (0,87)	0,20 (0,82)	- 0,32 (<0,001)

R: coeficiente de correlação de Pearson

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Tabela 2 - Correlação de Pearson entre prevalência de depressão e medidas de felicidade, afeto, percepção de bem-estar social e nível de desigualdade social dentre os países com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^a

Felicidade	Afeto positivo	Afeto negativo	Índice de GINI
R (valor de p)			
- 0,56 (<0,001)	- 0,49 (<0,001)	0,27 (0,03)	- 0,35 (0,20)
Suporte social	Liberdade para fazer escolhas	Generosidade	Percepção de corrupção
R (valor de p)			
0,44 (0,001)	- 0,26 (0,04)	- 0,17 (0,20)	- 0,09 (0,48)

R: coeficiente de correlação de Pearson; ^acategorizado de acordo com a mediana do IDH (0,639)

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Tabela 3 - Correlação de Pearson entre prevalência de depressão e medidas de felicidade, afeto, percepção de bem-estar social e nível de desigualdade social dentre os países com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^a

Felicidade	Afeto positivo	Afeto negativo	Índice GINI
R (valor de p)			
0,34 (0,009)	0,28 (0,02)	0,01 (0,93)	- 0,16 (0,54)
Suporte social	Liberdade para fazer escolhas	Generosidade	Percepção de corrupção
R (valor de p)			
0,20 (0,12)	0,24 (0,06)	0,32 (0,01)	- 0,42 (0,001)

R: coeficiente de correlação de Pearson; ^acategorizado de acordo com a mediana do IDH (0,639)

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Tabela 4 - Lista dos países com menor e maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^a

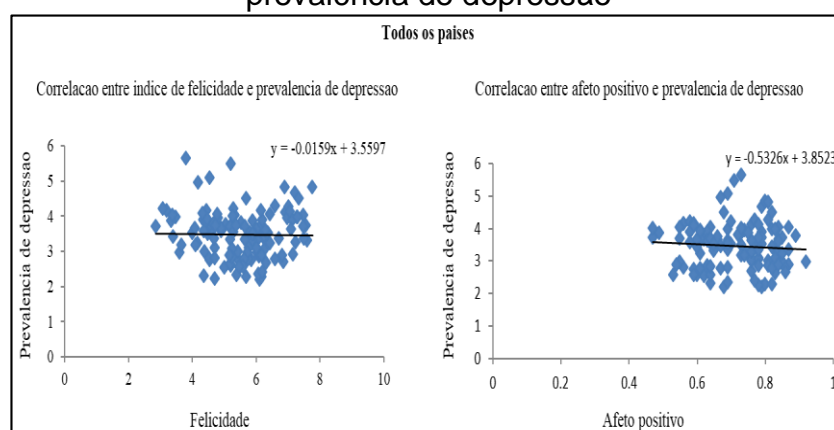
Menor IDH	Maior IDH
Afeganistão	Albânia
África do Sul	Alemanha
Argélia	Argentina
Bangladesh	Armênia
Benin	Austrália
Bolívia	Áustria
Brasil	Azerbaijão
Burquina Faso	Belarus
Camarões	Bélgica
Camboja	Bósnia e Herzegovina
Chade	Bulgária
Colômbia	Canadá
Congo	Cazaquistão
Equador	Chile
Egito	China

El Salvador	Costa Rica
Filipinas	Croácia
Gabão	Dinamarca
Guatemala	Eslováquia
Guiné	Eslovênia
Haiti	Espanha
Honduras	Estados Unidos
Iêmen	Estônia
Índia	Finlândia
Indonésia	França
Iraque	Georgia
Jordânia	Grécia
Lesoto	Hungria
Malawi	Ilhas Maurício
Mali	Irã
Mauritânia	Irlanda
México	Islândia
Mianmar	Israel
Nepal	Itália
Nicaragua	Japão
Niger	Letônia
Nigéria	Lituânia
Paquistão	Luxemburgo
Panamá	Malta
Paraguai	Mongólia
Peru	Montenegro
Quirguistão	Nova Zelândia
República Centro-Africana	Noruega
República Dominicana	Países Baixos
Ruanda	Polônia
Senegal	Portugal
Serra Leoa	Reino Unido
Sudão do Sul	República de Chipre
Tajiquistão	República Tcheca
Tailândia	Romênia
Togo	Rússia
Tunísia	Sérvia
Turcomenistão	Singapura
Uganda	Suécia
Venezuela	Suíça
Vietnã	Turquia
Zâmbia	Ucrânia
	Uruguai

^acategorizado de acordo com a mediana do IDH (0,639)

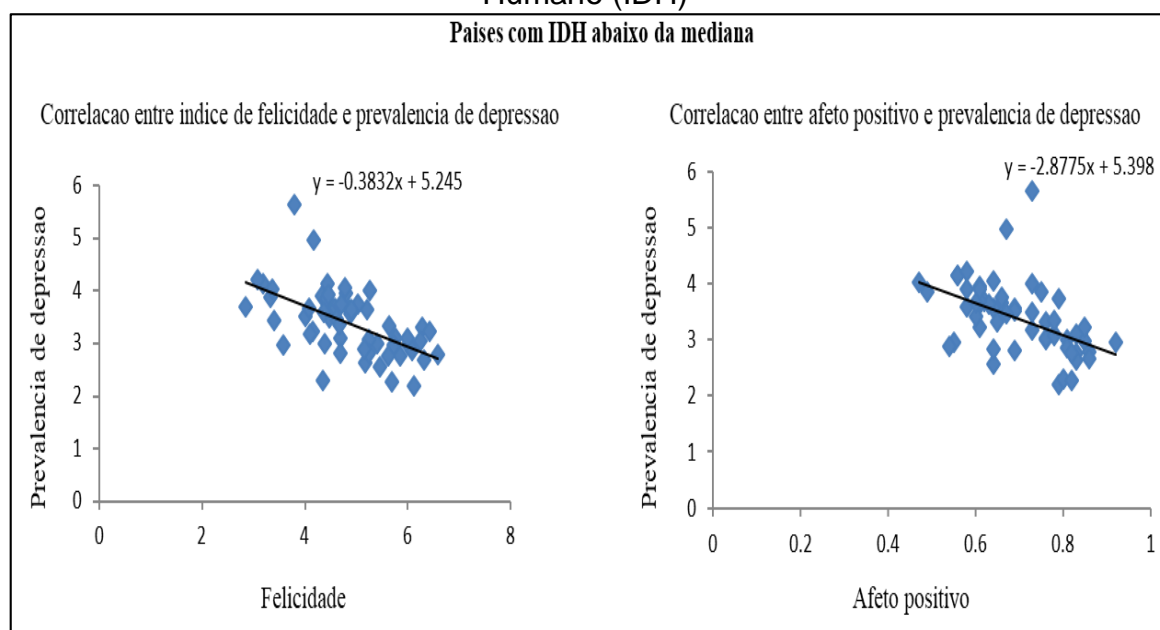
Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Figura 1 - Gráficos de dispersão com correlação entre felicidade e afeto positivo e prevalência de depressão



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

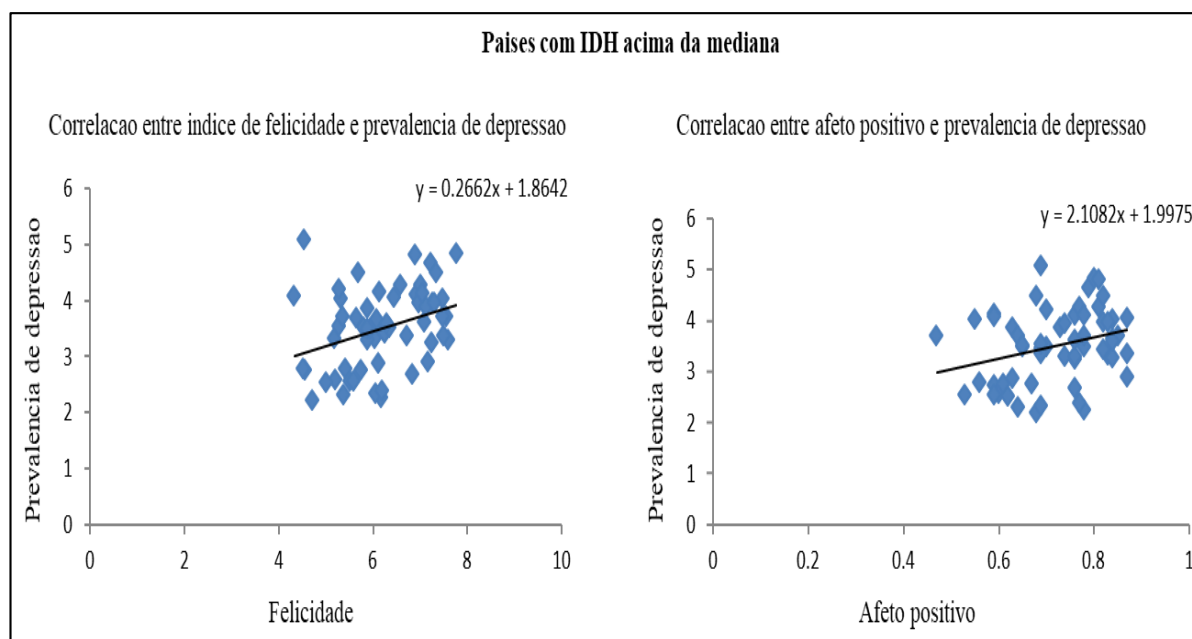
Figura 2 - Gráficos de dispersão com correlação entre felicidade e afeto positivo e prevalência de depressão dentre os países com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^a



^acategorizado de acordo com a mediana do IDH (0,639)

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Figura 3 - Gráficos de dispersão com correlação entre felicidade e afeto positivo e prevalência de depressão dentre os países com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^a



^acategorizado de acordo com a mediana do IDH (0,639)

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

A Tabela 1 mostra a correlação entre a prevalência de depressão e medidas de felicidade, afeto, percepção de bem-estar social e nível de desigualdade de renda. Não se encontrou correlação estatisticamente significativa entre o índice de felicidade e prevalência de depressão, como era a hipótese (Figura 1). Apenas a percepção de corrupção apresentou uma relação inversa estatisticamente significativa com prevalência de depressão, ou seja, quanto maior a percepção de corrupção menor a prevalência de depressão. Houve uma tendência de associação entre o índice de GINI e a prevalência de depressão.

No entanto, quando as análises foram estratificadas de acordo com o IDH, foi encontrado associação estatisticamente significativa e inversa entre felicidade e prevalência de depressão, assim como entre afeto positivo e prevalência de depressão, para os países com menor IDH, ou seja, maiores índices de felicidade e afeto positivo correspondem a menor prevalência de depressão nesses países (Tabela 2 e Figura 2). Por outro lado, para países com maior IDH o resultado foi oposto em relação à medida de felicidade: quanto maior o índice de felicidade, maior a prevalência de depressão (Tabela 3 e Figura 2). A tabela 4 mostra a classificação dos países de acordo com a mediana do IDH (0,639).

4 DISCUSSÃO

No presente estudo não foi encontrada correlação significativa entre felicidade e prevalência de depressão considerando todos os países. No entanto, quando as análises foram estratificadas de acordo com o IDH, foi encontrada associação estatisticamente significativa inversa nos países com menor IDH - quanto maior o nível felicidade, menor a prevalência de depressão. Por outro lado, dentre os países com maior IDH, a correlação também foi estatisticamente significativa, porém direta – maiores índices de felicidade se correlacionaram a maior prevalência de depressão.

Nossos resultados vão ao encontro de achados de outros estudos (CLARK; WATSON, 1991; DIENER; INGLEHART; TAY, 2013; HEMERT; VAN DE VIJVER; POORTINGA, 2002), especialmente aqueles que avaliaram dados de países com baixo IDH (CRAMM; MØLLER; NIEBOER, 2012; TEMANE; WISSING, 2006). Essas associações seriam esperadas, visto que humor triste e perda da capacidade de sentir prazer são critérios importantes para o diagnóstico de depressão, e certamente influenciam a avaliação do indivíduo quando manifesta seu grau atual de felicidade (JORM; RYAN, 2014).

No entanto, encontramos uma correlação direta em países com maiores IDH, ou seja, quanto maior a prevalência de depressão, maior a felicidade. Achado que diverge de estudos prévios em países com alto IDH, cujos resultados mostraram uma associação inversa entre prevalências de depressão e índices de felicidade e afeto positivo, por exemplo, na Nova Zelândia (FERGUSON *et al.*, 2015), Finlândia (KOIVUMAA-HONKANEN *et al.*, 2001) Alemanha (BEUTEL *et al.*, 2010), Inglaterra (BELLIS *et al.*, 2012), Grécia (KLEFTARAS; PSARRA, 2012) e China (GRAHAM; ZHOU; ZHANG, 2017; HSIEH; SIYUAN; XUEZHENG, 2017). Outro estudo, que analisou concomitantemente dados de 3 países (Polônia, Finlândia e Espanha), também mostrou uma associação inversa entre depressão, afeto positivo e felicidade (MIRET *et al.*, 2014).

De um modo geral, nações com maiores IDH costumam reportar índices mais elevados de felicidade em comparação a nações com menores IDH (INGLEHART; KLINGEMANN, 2003). Isto é, indivíduos que vivem nas regiões mais ricas do mundo (América do Norte, Austrália, Europa Ocidental e Japão) reportam escores de felicidade mais altos do que aqueles que vivem em regiões menos desenvolvidas economicamente (África e alguns países do leste asiático). No entanto, dados de

países da América Latina, cuja grande maioria dos países possuem menor IDH, apontaram nível de felicidade e de afeto positivo semelhantes aos níveis da Austrália e do Japão (STRACK; SCHWARZ, 2018), o que sugere a influência de outras variáveis contribuindo tanto para os níveis de felicidade da população e quanto para a prevalência de depressão.

O impacto da melhora dos índices de desenvolvimento humano no bem-estar e na saúde mental da população tem sido pouco explorado. Por um lado, a literatura mostra que uma melhora no IDH foi acompanhada por uma melhor saúde mental e felicidade em países com menores IDH (LUND *et al.*, 2010). Muitas dessas populações ainda estão carentes de necessidades básicas, como comida, saneamento básico e assistência em saúde de qualidade (PATEL *et al.*, 2001; PATEL; ARAYA; BOLTON, 2004), então um acréscimo na assistência em saúde pode repercutir em melhores medidas de bem-estar da população, além de menor prevalência de transtornos psiquiátricos. Por outro lado, outros autores demonstraram uma relação diferente, ou seja, um aumento na prevalência de transtornos psiquiátricos vem acompanhada do aumento do IDH (CIFUENTES *et al.*, 2008). Hipoteticamente, essa relação sugere que a melhora das variáveis que contribuem para a avaliação dos índices de desenvolvimento humano de uma população é acompanhada por uma mudança nos fatores que influenciam a percepção de bem-estar e a saúde mental dos indivíduos.

O paradoxo de Easterlin poderia explicar em parte o motivo pelo qual em países com maior IDH uma maior prevalência de depressão estaria associada a maiores índices de felicidade e afeto positivo. Easterlin observou que em algumas nações com alto PIB a sociedade não apresentou maiores índices de felicidade ao longo do tempo (EASTERLIN *et al.*, 2010) e não necessariamente teve um declínio nas taxas de depressão à medida que enriqueceu, pelo contrário, houve um aumento. Uma das razões poderia ser o aumento concomitante da desigualdade de renda⁴. Além disso, nas sociedades modernas, o desenvolvimento e a renda podem ser vistos como indicadores de valores e normas culturais essenciais para inclusão e coesão social. Tais valores compartilham de algumas das características centrais dos sistemas capitalistas, como acumulação e competição. Ou seja, um alto nível de desenvolvimento pode definir prioridades para que a população atinja um alto limiar de resultados, desta forma, maiores desigualdades de renda podem moldar atitudes para alcançar uma posição social mais elevada em comparação com outros

indivíduos, levando a uma pressão subjacente para o sucesso, o que, por sua vez, poderia explicar o impacto negativo na saúde mental e no bem-estar (BARBALAT; FRANCK, 2020). No entanto, no presente estudo não foi demonstrado significância estatística entre prevalência de depressão e o índice de desigualdade de renda (índice de GINI).

Alguns autores sugerem que é possível que a organização e as estruturas de sociedades altamente desenvolvidas tenham afetado os valores sociais, as tradições, o ritmo de vida e as redes de apoio justamente para usufruir de um alto nível de riqueza (BÖHNKE; POVERTY, 2007; LESTER, 2001). O capital social poderia ter sido enfraquecido durante o processo de transformação, levando a piores resultados na saúde mental (BÖHNKE; POVERTY, 2007; FIORILLO; LUBRANO LAVADERA; NAPPO, 2019). Da mesma forma, nações com as pontuações mais altas de felicidade em pesquisas ecológicas tendem a ter os níveis mais altos de suicídio (REZAEIAN *et al.*, 2017), e isso se acredita ser devido à natureza individualistas dessas sociedades.

Portanto, visto a complexidade e relevância do tema, mais estudos devem continuar a investigar essa associação em um nível mais refinado para melhor decifrar o efeito de medidas populacionais de desenvolvimento humano na relação entre prevalência de depressão e felicidade em países em desenvolvimento e desenvolvidos.

Embora existam pesquisas crescentes que relacionam a saúde mental à felicidade, as pesquisas nessa área estão sujeitas a uma série de limitações. Em primeiro lugar, a maioria não avalia especificamente a depressão (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2013; LAYARD *et al.*, 2021). Em segundo, a literatura disponível indica uma grande variabilidade nas taxas de prevalência devido a questões como critérios de diagnóstico de inclusão (episódio depressivo, transtorno depressivo maior e/ou distímia), validação do diagnóstico (escala autoaplicável, escala aplicada pelo entrevistador ou auto referido) e tempo (vida toda, em um ano ou em um momento). E em terceiro lugar, as definições e os instrumentos de felicidade também apresentam grande variabilidade entre os estudos (JORM; RYAN, 2014). Uma limitação importante deste e de outros estudos ecológicos é que a interpretação dos resultados se restringe a uma análise populacional. Estudos em que variáveis individuais sejam avaliadas (como variáveis sociais, demográficas e clínicas) são necessárias para melhor identificar o papel de medidas relacionadas ao bem-estar na prevalência de

transtornos psiquiátricos. Além disso, se intervenções com o intuito de melhorar tais critérios de bem-estar social, como afeto positivo e felicidade, seriam fatores protetores em relação à incidência e recorrência de depressão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a correlação entre níveis de felicidade e prevalência de depressão apresentaram direções opostas quando analisadas de acordo com o IDH dos países incluídos. Assim, o IDH parece influenciar a relação entre medidas de bem-estar e prevalência de depressão de maneiras distintas entre países com baixos e altos índices de desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

- BARBALAT, Guillaume; FRANCK, Nicolas. Ecological study of the association between mental illness with human development, income inequalities and unemployment across OECD countries. **BMJ open**, England, v. 10, n. 4, p. e035055, 2020.
- BELLIS, Mark A *et al.* Variations in risk and protective factors for life satisfaction and mental wellbeing with deprivation: a cross-sectional study. **BMC public health**, England, v. 12, p. 492, 2012.
- BEUTEL, Manfred E *et al.* Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. **The aging male: the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male**, England, v. 13, n. 1, p. 32–39, 2010.
- BÖHNKE, Petra; POVERTY. **Poverty and Social Integration in the Enlarged Europe**, Berlin, v. 40, p. 1-31, may 2007.
- CIFUENTES, Manuel *et al.* The association of major depressive episodes with income inequality and the human development index. **Social science & medicine (1982)**, England, v. 67, n. 4, p. 529–539, 2008.
- CLARK, Andrew E. *et al.* The key determinants of happiness and misery. **Centre for Economic Performance**, London, n. 1481, p. 122-142, 2017.
- CLARK, Lee A.; WATSON, David. Tripartite model of anxiety and depression psychometric evidence. **Journal of Abnormal Psychology**, [s. l.], v. 100, n. 3, p. 316–336, 1991.
- CRAMM, J M; MØLLER, V; NIEBOER, A P. Individual and Neighbourhood-Level Indicators of Subjective Well-Being in a Small and Poor Eastern Cape Township: The Effect of Health, Social Capital, Marital Status, and Income. **Social indicators**

research, United States, v. 105, n. 3, p. 581–593, 2012.

DIENER, Ed; INGLEHART, Ronald; TAY, Louis. Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. **Social Indicators Research**, [s. l.], v. 112, n. 3, p. 497–527, 2013.

EASTERLIN, Richard *et al.* The Happiness-Income Paradox Revisited. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, [s. l.], v. 107, p. 22463–22468, 2010.

FERGUSON, D M *et al.* Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). **Psychological medicine**, England, v. 45, n. 11, p. 2427–2436, 2015.

FIORILLO, Damiano; LUBRANO LAVADERA, Giuseppe; NAPPO, Nunzia. Structural social capital and mental health: a panel study. **Applied Economics**, [s. l.], v. 52, p. 1–17, 2019.

WORLD BANK ESTIMATE. **Gini Index**. 2016. Disponível em: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/gini-index-coefficient-distribution-of-family-income/country-comparison/>.

GRAHAM, Carol; ZHOU, Shaojie; ZHANG, Junyi. Happiness and Health in China: The Paradox of Progress. **World Development**, [s. l.], v. 96, p. 231-244, 2017.

HELLIWELL, John F.; LAYARD, Richard; SACHS, Jeffrey D. **World happiness report 2013**. New York, UN: Sustainable Development Solutions Network, 2013.

HELLIWELL, John F; LAYARD, Richard; SACHS, Jeffrey. **World Happiness Report 2016**. New York, UN: Sustainable Development Solutions Network, 2016.

HEMERT, Dianne; VAN DE VIJVER, Fons; POORTINGA, Ype. The Beck Depression Inventory as a Measure of Subjective Well-Being: A Cross-National Study. **Journal of Happiness Studies**, [s. l.], v. 3, p. 257–286, 2002.

HSIEH, Chee-Ruey; SIYUAN, Liu; XUEZHENG, Qin. The Hidden Costs of Mental Depression: Implications on Social Trust and Life Satisfaction. **The Manchester School**, [s. l.], v. 87, 2017.

INGLEHART, Ronald; KLINGEMANN, Hans-Dieter. **Culture And Subjective Well-Being**. [S. l.]: The MIT Press, 2003. p. 165–183.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Estudo de carga de doença global**: gerando evidências, política de orientação. Seattle, WA: IHME, 2016.

JORM, Anthony F; RYAN, Siobhan M. Cross-national and historical differences in subjective well-being. **International journal of epidemiology**, England, v. 43, n. 2, p. 330–340, 2014.

KLEFTARAS, George; PSARRA, Evangelia. Meaning in Life, Psychological Well-

Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study. **Psychology**, [s. l.], v. 03, 2012.

KOIVUMAA-HONKANEN, H *et al.* Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1- year prospective study. **Acta psychiatrica Scandinavica**, United States, v. 103, n. 1, p. 38–44, 2001.

LAYARD, Richard *et al.* Mental Illness and Unhappiness. **SSRN Electronic Journal**, [s. l.], 2021.

LESTER, Bijou Yang. Learnings from Durkheim and Beyond: The Economy and Suicide. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 15–31, 2001.

LUCAS, Richard E.; DIENER, Ed; SUH, Eunkook. Discriminant validity of well-being measures. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 71, n. 3, p. 616–628, 1996.

LUND, Crick *et al.* Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social science & medicine (1982)**, England, v. 71, n. 3, p. 517–528, 2010.

MIRET, Marta *et al.* Health and happiness: cross-sectional household surveys in Finland, Poland and Spain. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 92, n. 10, p. 716–725, 2014.

PATEL, Vikram *et al.* Education and debate Depression in developing countries : lessons from Zimbabwe. **BMJ**, [s. l.], v. 322, n. February, p. 482–484, 2001.

PATEL, Vikram; ARAYA, Ricardo; BOLTON, Paul. **Treating depression in the developing world**. England: [s. n.], 2004.

REZAEIAN, Shahab *et al.* Suicide Rate in Relation to the Human Development Index and Other Health Related Factors: A Global Ecological Study from 91 Countries. **Journal of Epidemiology and Global Health**, [s. l.], v. 7, 2017.

STRACK, Fritz; SCHWARZ, Norbert. **Subjective well-being: an interdisciplinary perspective** E-Book Universitätsbibliothek Würzburg Subjective well-being an interdisciplinary perspective. [S. l.: s. n.], 2018.

TEMANE, Q. M.; WISSING, M. P. The Role of Subjective Perception of Health in the Dynamics of Context and Psychological Well-Being. **South African Journal of Psychology**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 564–581, 2006.

UPDATE, Statistical. **Human Development Indices and Indicators 2018**. [S. l.]: United Nations, 2018.

VOS, Theo *et al.* Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, [s. l.], v. 390, n. 10100, p. 1211–1259, 2017.

NEUROCIÊNCIA DO AUTISMO

Tadeu Lemos²

Resumo – O transtorno de espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento, no qual o cérebro funciona de forma bastante particular quanto a percepção do mundo, aprendizado e comportamento social. O objetivo deste capítulo é apresentar as características do cérebro dessas pessoas para uma melhor compreensão das manifestações do transtorno. São relatados os avanços na neurociência do autismo a partir de um breve histórico até as descobertas com estudos de neuroimagem. A diversidade de manifestações clínicas do espectro autista parece estar relacionada com a ampla heterogeneidade neurobiológica encontrada nos diferentes estudos. É evidente que existem anormalidades estruturais e funcionais do desenvolvimento cerebral em crianças com TEA e que estas são muito significativas. Contudo, ainda há muito o que desvendar sobre as conectividades neuronais e funcionamento cerebral nas pessoas com TEA.

Palavras-chave: TEA; Transtorno do Espectro Autista; Autismo; Neurociência; Cérebro.

1 INTRODUÇÃO

A partir do ano de 2013, com a publicação da quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM V), pela Associação Americana de Psiquiatria, o autismo, que até então poderia ser diagnosticado como Transtorno Autista, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo Infantil ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, passa a ser chamado **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**, no grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento. Mais recentemente, em 2022, com a publicação do Código Internacional de Doenças 11^a. Revisão (CID-11), a Organização Mundial de Saúde, também adotou esta denominação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Os transtornos do neurodesenvolvimento compreendem transtornos com início no período do desenvolvimento e que frequentemente se manifestam antes da criança entrar na escola.

Caracterizam-se por déficits do desenvolvimento ou no processamento cerebral, acarretando prejuízos de ordem pessoal, social, escolar e ou ocupacional, com uma ampla gama de variações nas suas apresentações. São transtornos do

² Medicina e Neurociência - E-mail - t.lemos@ufsc.br

neurodesenvolvimento, além do TEA, os Transtornos do Desenvolvimento Intelectual, os Transtornos da Comunicação, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), os Transtornos Específicos do Aprendizado, os Transtornos Motores e outros inespecíficos ou como o associado à exposição pré-natal ao álcool. Alguns podem ocorrer simultaneamente, como TEA e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e TDAH com Transtornos Específicos de Aprendizagem. Também podem ser comórbidos a outros transtornos psiquiátricos, sendo comum a associação do TEA com Transtornos de Ansiedade (HODGES *et al.*, 2020; HOSSAIN *et al.*, 2020).

Assim, o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento, cujas características essenciais são um prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e ou atividades, presentes desde a primeira infância, que prejudicam o funcionamento diário, em um espectro com diferentes graus de intensidade (leve, moderado ou grave). O TEA não é um transtorno neurodegenerativo e a maioria das pessoas portadoras compensam os déficits de aprendizado ao longo da vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; World Health ORGANIZATION, 2019; HODGES *et al.*, 2020; HOSSAIN *et al.*, 2020).

Não sabemos as causas desse transtorno do neurodesenvolvimento. Lesões do córtex cerebral por traumatismo de parto ou paralisia cerebral podem ser causa de TEA. São casos com evidente comprometimento da substância branca do cérebro. Porém não é o que acontece na maioria dos casos. Estamos diante de um transtorno de amplo espectro e de difícil compreensão quanto aos parâmetros da neurociência.

Considerando todo o espectro de apresentações do autismo, não é difícil imaginar a existência de múltiplas alterações cerebrais nestas pessoas. De fato, o cérebro das pessoas com TEA tem características específicas e funciona de uma maneira particular.

O objetivo deste capítulo é apresentar as características do cérebro dessas pessoas para uma melhor compreensão das manifestações do transtorno, de como elas se relacionam com o mundo e como ajudá-las.

2 A NEUROCIÊNCIA DO AUTISMO/TEA

2.1 BREVE HISTÓRIA DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE O AUTISMO

O termo autismo foi criado pelo psiquiatra alemão Eugene Bleuler, em 1911, descrevendo um sintoma de casos graves esquizofrenia, um “excesso de fantasias”. Somente em 1943, o psiquiatra austro-americano Leo Kanner descreve pela primeira vez o “autismo infantil” como sendo um autismo extremo com graves déficits na comunicação social, intensos comportamentos estereotipados e ecolalia, inato, mas não esquizofrênico (Kanner, 1943). Nestes últimos 80 anos, muito se avançou na compreensão neurocientífica do TEA. A conclusão de Kanner, de que o autismo era um transtorno inato, possivelmente estimulou estudos genéticos e neurobiológicos. Contudo, foi somente em 1980 que o diagnóstico “autismo infantil” passou a constar no DSM da Associação Americana de Psiquiatria. A demora se deu porque os pacientes de Kanner eram graves e tinham ainda seus quadros confundidos como uma forma infantil de esquizofrenia (HARRIS, 2018).

Neste período, em 1978, o psiquiatra inglês Michael Rutter, a partir de pesquisas neurobiológicas com exames de imagem e análises de DNA, associadas a aspectos sociais e de neurodesenvolvimento, considerando também as influências familiares e escolares, propôs um novo paradigma para a compreensão do transtorno: “a criança autista tem uma deficiência de fantasias mais do que um excesso” (EVANS, 2013). Contemporânea de Rutter, a psiquiatra Lorna Wing, também inglesa, foi quem resgatou os estudos do alemão Hans Asperger, desenvolveu o conceito de autismo como um espectro e caracterizou a Síndrome de Asperger, a qual somente foi incluída no DSM-IV, em 1993). Definitivamente, o autismo deixa de ser o “autismo da esquizofrenia” ou mesmo o dos casos graves de distúrbio do contato afetivo de Kanner e passa a ser considerado cada vez mais um problema de interação social com déficits cognitivos (WING, 1981a).

Para Wing (1981b), até aquele momento, várias hipóteses relativas à anatomia, fisiologia, bioquímica e psicofisiologia subjacentes ao autismo foram apresentadas, mas nenhuma foi comprovada. Até aquele momento, segundo ela, apenas o modelo neurológico para o autismo infantil, proposto por Damasio e Maurer (1978) seria interessante para explicar a tríade de comprometimento social em todas as suas manifestações. O modelo se baseava na comparação entre crianças autistas e adultos

com lesões no córtex mesolímbico, neocórtex e partes do tálamo, quanto a falta de iniciativa para se comunicar e ausência de orientação através de estímulos. Os autores consideravam estímulos motores e sensoriais como anormalidades da comunicação verbal e não verbal.

Historicamente, os trabalhos de Lorna Wing e Michael Rutter tornaram-se referências importantes na definição e compreensão do TEA como um espectro, mas muitos outros estudiosos colaboraram no aprofundamento de seus conhecimentos (ROSEN *et al.*, 2021).

2.2 NEUROANATOMIA, NEUROFISIOLOGIA E NEUROQUÍMICA DO AUTISMO/TEA

Desde a década de 1980, a partir dos estudos de Lorna Wing, o autismo não é mais visto como uma deficiência focal em uma região ou sistema específico do cérebro, mas sim como uma condição decorrente da reorganização do cérebro desde o início do desenvolvimento (WING, 1981b; ROSEN *et al.*, 2021; HIROTA; KING, 2023).

Hoje, sabemos que o TEA consiste em um conjunto de alterações do neurodesenvolvimento, com variações genéticas que se manifestam como um espectro de disfunções precoces das relações sociais e prejuízo de comportamentos e interesses. Tais alterações envolvem sinapses e vias de comunicação neuronais, modificações epigenéticas, ativação imunológica materna e anormalidades de conectividade em funções cerebrais. Portanto, um transtorno de etiologia bastante complexa (HIROTA; KING, 2023).

As pesquisas têm apontado várias estruturas cerebrais que sofrem alterações no TEA: no sistema límbico, responsável pelas emoções e, através dos núcleos amigdalianos, participante da socialização; no corpo caloso, que conecta o lado direito com o esquerdo do cérebro; nos núcleos da base, responsáveis pelo controle motor, cognição, emoção e aprendizado; no tálamo, que identifica os sinais sensoriais e contribui para a regulação do estado de consciência, alerta, controle das emoções e atenção; no cerebelo, que regula o tônus muscular, o equilíbrio, os movimentos voluntários e o aprendizado do andar, correr e pular; na substância branca, responsável pela comunicação entre as partes do cérebro; na região frontotemporal, responsável pela linguagem e interação social (SILVA, 2021).

Do ponto de vista neuroquímico, estudos destacam a participação dos neurotransmissores GABA (ácido gama-aminobutírico), glutamato, serotonina, dopamina e acetilcolina:

- **GABA e glutamato**, neurotransmissores respectivamente inibitório e excitatório, seriam responsáveis pelo desbalanço inibitório/excitatório relacionado com prejuízos no processamento de informações e interação social.
- **Serotonina** é o neurotransmissor que modula uma ampla gama de eventos durante o neurodesenvolvimento, incluindo divisão celular, proliferação cortical, migração e diferenciação neuronal e sinaptogênese.
- **Dopamina**, relacionada com modulação das emoções, comportamento, motricidade voluntária e regulação hormonal. Estudos tem demonstrado que as pessoas com TEA apresentam alterações na sinalização da via dopaminérgica mesocorticolímbica (modula emoções e comportamento), com redução da liberação de dopamina no córtex pré-frontal e da resposta no núcleo *accumbens*, o que estaria relacionado com as disfunções sociais do autista. Alterações na via dopaminérgica nigroestriatal (controle da motricidade voluntária) levariam aos comportamentos estereotipados.
- **Acetilcolina** é um neurotransmissor que também modula comportamentos sociais e estereotipados. Estudos tem envolvido os receptores colinérgicos nicotínicos hipocampais no processamento sensorial, cognição, memória e atenção.
- **Outros neurotransmissores**, como aspartato, ocitocina, vasopressina, melatonina, orexina, opioides, melatonina e vitamina D, também parecem contribuir para o neurodesenvolvimento e variação na intensidade do TEA (MAROTTA *et al.*, 2020).

Estudos recentes de neuroimagem, utilizando tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), apontam diversos pontos de anormalidades anatômicas no córtex cerebral, no sistema ventricular e no cerebelo e nas suas conexões com amígdala, hipocampo, cerebelo, corpo caloso e cíngulo. Uma das descobertas mais impactantes demonstrou que crianças portadoras do TEA apresentam um padrão de supercrescimento do volume cerebral até a primeira infância, que resulta em alterações na conectividade neuronal. Diferentes estudos

mostram um padrão de subconectividade geral do cérebro com superconectividade em algumas regiões específicas, como no tronco cerebral, nos córtex pré-frontal dorsolateral, insular, temporoparietal, occipital e cerebelo. (ECKERT *et al.*, 2015; HAZLETT *et al.*, 2017; JAYASHANKAR *et al.*, 2023, KA *et al.*, 2023).

Também já foram demonstradas diferenças na sensibilidade ao ambiente e no processo de aprendizagem, que interferem na reorganização do cérebro durante o desenvolvimento. Ocorrem alterações sutis em múltiplos sistemas que servem as funções de interação social e de atenção (ELSABBAGH *et al.*, 2016; LORD *et al.*, 2018). Segundo, Lewis, *et al.* (2014) essas alterações podem permanecer estáveis na vida adulta, pois os indivíduos usam diferentes mecanismos adaptativos e compensatórios para lidar com seus desafios.

O cérebro das pessoas com TEA, quando sob demanda de tarefas, não apresenta um aumento compensatório do fluxo sanguíneo para as áreas cerebrais envolvidas. Identificou-se que a hipoperfusão cerebral em áreas do lobo temporal e das amígdalas cerebrais, podem variar com a idade da criança e está correlacionada com dificuldades nos processos de expressão facial e das emoções. A hipoperfusão do lobo temporal está também associada à intensidade dos sintomas autistas. O fluxo sanguíneo diminuído para o tálamo parece estar relacionado com os comportamentos repetitivos e autoestimulatórios, incluindo resistência a mudanças na rotina e no ambiente (BJØRKLUND *et al.*, 2018).

Por último, algumas considerações sobre a teoria da quebra dos neurônios espelho no TEA. Os neurônios espelho foram descobertos no córtex pré-frontal inferior de macacos Rhesus na década de 1980. Estes neurônios disparavam quando o macaco realizava ações específicas (pegar uvas, por exemplo) ou quando ele reproduzia a mesma ação realizada pelo pesquisador ou outro macaco (por isso “espelho”). Também encontrados em seres humanos, no giro pré-frontal e lobo parietal inferiores, teriam a mesma função. Desde então, o envolvimento dos neurônios espelhos na aquisição da linguagem e no desenvolvimento do TEA têm sido estudado (DI PELEGRINO *et al.*, 1992; RAMACHANDRAN; OBERMAN, 2006; HAMILTON, 2013; YATES; HOBSON, 2020).

Pessoas com TEA apresentariam uma redução na função dos neurônios espelho, por isso, percebendo menos o comportamento das outras pessoas, comprometendo a comunicação e a interação (RAMACHANDRAN; OBERMAN, 2006).

Contudo, estudos mais recentes concluem que as medidas utilizadas para avaliar a integridade do sistema de neurônios espelhos são difíceis de interpretar. Estudos com ressonância magnética funcional encontraram diferenças na atividade cortical de autistas apenas para estímulos emocionais (imagens e sons que despertam emoções, como raiva, angústia, medo, ternura, alegria etc.) e o mesmo não foi detectado para estímulos neutros. Assim, as evidências para uma disfunção global do sistema de neurônios espelho no TEA ainda são consideradas insuficientes, mas contribuem para o desenvolvimento de outros modelos (HAMILTON, 2013; YATES, 2020)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TEA é uma condição extremamente complexa, um amplo espectro de apresentações de natureza incerta, o que dificulta a compreensão precisa de sua fisiopatologia, apesar de toda a evolução da neurociência. O cérebro das pessoas autistas funciona de forma bastante particular quanto a percepção de mundo e de como reagir a ele. É preciso entender como ocorre essa programação cerebral tão peculiar.

É certa sua origem durante o neurodesenvolvimento. Já se mapeou grande parte das estruturas cerebrais envolvidas neste processo, se conhece um pouco do funcionamento cerebral e algo das suas conectividades. Mas, mesmo em pessoas sem TEA, ainda não sabemos tudo sobre como interagem os neurônios em seus circuitos e estruturas no processamento normal das emoções, da cognição e do controle do comportamento e aprendizado. A diversidade de manifestações clínicas do espectro autista parece estar relacionada com ampla heterogeneidade neurobiológica encontrada nos diferentes estudos por neuroimagem.

É evidente que existem anormalidades estruturais e funcionais do desenvolvimento cerebral em crianças com TEA, e que estas são muito significativas. No entanto, raramente é possível ver dois cérebros idênticos. Compreender as bases neurobiológicas nos diferentes espectros do transtorno favorecerá um melhor manejo e qualidade de vida para todas as pessoas com TEA.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**: Fifth Edition. Washington: American Psychiatric Association, 2022.
- BJØRKLUND, G. *et al.* Cerebral hypoperfusion in autism spectrum disorder. **Acta Neurobiol Exp**, Warsaw, v. 78, n. 1, p. 21-29, 2018.
- CANITANO, R.; PALUMBI R. Excitation/Inhibition Modulators in Autism Spectrum Disorder: Current Clinical Research. **Front Neurosci**, Lausanne, v. 15, e753274, 2021.
- DAMASIO, A. R.; MAURER, R. G. A neurological model for childhood autism. **Arch Neurol**, Chicago, v. 35, p. 777-786, 1978.
- DI PELLEGRINO, G. *et al.* Understanding motor events: a neurophysiological study. **Exp Brain Res**, London, v. 91, n. 1, p. 176-180, 1992. DOI: 10.1007/BF00230027.
- ECKER, C.; BOOKHEIMER, S. Y.; MURPHY, D. G. Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan. **Lancet Neurol**, New York, v. 14, p. 1121–1134, 2015. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00050-2
- ELSABBAGH, M.; JOHNSON, M. H. Autism and the social brain: The first-year puzzle. **Biol Psychiatry**, Connecticut, v. 80, p. 94–99, 2016. DOI: 10.1016/j.biopsych.2016.02.019
- EVANS, B. How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. **Hist Human Sci**, London, v. 26, n. 3, p. 3-31. DOI: 10.1177/0952695113484320.
- HAMILTON, A. F. Reflecting on the mirror neuron system in autism: a systematic review of current theories. **Dev Cogn Neurosci**, Amsterdam, v. 3, p. 91-105, 2013. DOI: 10.1016/j.dcn.2012.09.008.
- HARRIS, J. Leo Kanner and autism: a 75-year perspective, **Int Rev Psychiatry**, London, v. 30, n.1, p. 3-17, 2018. DOI: 10.1080/09540261.2018.1455646
- HAZLETT, H. C. *et al.* Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. **Nature**, London, v. 542, p. 348–351, 2017. DOI: 10.1038/nature21369
- HIROTA, T.; KING, B. H. Autism Spectrum Disorder: A Review. **JAMA**, Chicago, v. 329, n. 2, p.157-168, 2023. doi: 10.1001/jama.2022.23661.
- HODGES, H.; FEALCO, C.; SOARES, N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. **Transl Pediatr**, Hong Kong, v. 9, Suppl. 1, p. S55-S65. 2020. DOI: 10.21037/tp.2019.09.09.

HOSSAIN, M. M. *et al.* Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Psychiatry Res**, London, v. 287, e112922, 2020. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112922.

JAYASHANKAR, A. *et al.* Connectivity differences between inferior frontal gyrus and mentalizing network in autism as compared to developmental coordination disorder and non-autistic youth. **Cortex**, London, v. 167, p. 115-131, 2023. DOI: 10.1016/j.cortex.2023.06.014.

KA, S. *et al.* Alterations of Functional Connectivity in Autism and ADHD Revealed by Multi-Voxel Pattern Analysis. **Brain Connect**. New York, Jul 31. 2023. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/brain.2023.0006>. Acesso em: 20 Aug. 2023.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v. 2, p. 217–250, 1943. Disponível em: <http://www.th-hoffmann.eu/archiv/kanner/kanner.1943.pdf>. Acesso em: 20 Aug. 2023.

LORD, C. *et al.* Autism spectrum disorder. **Lancet**, London, v. 392, n. 10146, p. 508-520. 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31129-2.

MAROTTA, R. *et al.* The Neurochemistry of Autism. **Brain Sci**, Basel, v. 10, n. 3, p. 163, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/brainsci10030163>. Acesso em 19 Aug. 2023.

NEUFELD, J. *et al.* Reduced brain connectivity along the autism spectrum controlled for familial confounding by co-twin design. **Sci Rep**, London, v.13, n.1, e13124, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39876-y>. Acesso em: 19 Aug. 2023.

RAMACHANDRAN, V. S.; OBERMAN, L. M. Broken mirrors: a theory of autism. **Sci Am**, New York, v. 295, n.5, p. 62-69, 2006. DOI: 10.1038/scientificamerican1106-62.

ROSEN, N. E.; LORD, C.; VOLKMAR, F. R. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. **J Autism Dev Disord**, Berlin, v. 51, n. 12, p. 4253-4270, 2021. DOI: 10.1007/s10803-021-04904-1.

SILVA, J. L. G. *et al.* Autismo e hipoperfusão cerebral. **Braz J Health Rev**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 2153-2166, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-175.

WING, L. Asperger's syndrome: a clinical account. **Psychol Med**, Cambridge, v. 11, n. 1, p. 115-129, 1981a. DOI: 10.1017/s0033291700053332.

WING, L. Language, social, and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. **J Autism Dev Disord**, Berlin, v. 11, n. 1, p. 31-44, 1981b. DOI: 10.1007/BF01531339.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases 11th Revision**, Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acessado em 15 Aug 2023.

YATES, L.; HOBSON, H. Continuing to look in the mirror: A review of neuroscientific evidence for the broken mirror hypothesis, EP-M model and STORM model of autism spectrum conditions. **Autism**, London, v. 24, n. 8, p. 1945-1959, 2020. DOI: 10.1177/1362361320936945.

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL E AUTISMO

Maria Taís de Melo³
Julia Laydner Geiger⁴
Silvia Maria Michelin Coelho da Silva⁵
Nicole Corrêa Heinz Salm⁶
Nayara Ferreira Mariosa Duarte⁷
Caroline Yaciko de Oliveira Kanegusuku⁸

Resumo - Neste artigo fizemos um recorte de um tema que estamos utilizando como parte de nossa metodologia de atuação com adolescentes autistas que estão enfrentando de alguma forma a intensificação de seus quadros de transtornos mentais em decorrência da falta de perspectivas de vida. Estamos nos referindo às estratégias de Orientação Profissional como recurso motivador utilizado no Centro de Atenção Psicossocial Infantil do Município de Palhoça. Iniciamos o trabalho com pesquisa bibliográfica e culminamos em relato de experiência. Encontramos evidências favoráveis à contribuição da TCC em relação à regulação do estresse, redução da ansiedade, regulação emocional e reabilitação.

Palavras-chave: TCC; Orientação Profissional; Autismo.

1 INTRODUÇÃO

A prática clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) nos proporciona o contato direto com o processo complexo da saúde mental. Inúmeros são os transtornos mentais comórbidos que tem reflexos na qualidade devida destas crianças e adolescentes. Faremos aqui um recorte, dentro deste panorama, para falarmos de um projeto que estamos desenvolvendo com adolescentes Autistas que por falta de perspectivas já colocaram suas vidas em risco e foram hospitalizados.

1.1 OBJETIVO GERAL

Realizar relato de experiência do uso da metodologia da teoria Cognitivo Comportamental com adolescentes Autistas do Centro de Atenção Psicossocial Infantil do município de Palhoça.

³ Assistente Social e Neuropsicologia - E-mail - mariataism@gmail.com

⁴ Técnico de enfermagem - E-mail - julia_laydner@hotmail.com

⁵ Técnico de enfermagem - E-mail - silvia_michelin@hotmail.com

⁶ Direito - E-mail - nicolehsalm@gmail.com

⁷ Medicina - E-mail - nayaramariosa@gmail.com

⁸ Psiquiatria - E-mail - carol.kanegusuku@gmail.com

1.1.1 Objetivos específicos

- a) Conceituar a Terapia Cognitivo Comportamental, Orientação Profissional e Autismo;
- b) Correlacionar a orientação profissional com o adolescente Autista;
- c) Apresentar a experiência vivenciada no CAPSi.

2 METODOLOGIA

O presente artigo compreende-se como estudo descritivo. Trata-se de revisão de conceitos para embasar um relato de experiência.

A terapia Cognitivo Comportamental foi escolhida como referencial para nortear as ações do processo. Dentro das inúmeras alternativas que esta teoria nos proporciona listamos a orientação profissional e o desenvolvimento de habilidades. Destaca-se também a necessidade de conceituarmos o Transtorno de Espectro Autista.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL (TCC)

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada como padrão ouro no atendimento de pessoas com transtornos mentais, pois se constitui, segundo (BAHLS; NAVOLAR, 2010) em um grupo de atividades terapêuticas que auxiliam no tratamento de psicopatologias dos seres humanos, e assim, suas técnicas e finalidades conceituais provém de duas principais abordagens: a cognitiva e a comportamental, as quais serão analisadas no contexto do movimento integrador na psicologia que culminou no que atualmente denominam-se de terapias cognitivo-comportamentais.

Dentro desta perspectiva a TCC norteia-se entre a interação da cognição, condutas, sentimentos, emoções e todas as extensões da vida cotidiana do sujeito. A Terapia Cognitivo Comportamental está baseada na combinação de conceitos do Behaviorismo radical com teorias cognitivas. Esta abordagem entende a forma como

o ser humano interpreta os acontecimentos como aquilo que nos afeta, e não os acontecimentos em si.

A TCC é uma forma de psicoterapia orientada para o presente. Seu foco é nos problemas atuais e visa desenvolver habilidades para modificar pensamentos conscientes e comportamentos disfuncionais, através de uma reestruturação cognitiva. Baseia-se na noção de esquemas, construídos ao longo do processo de desenvolvimento, estes esquemas refletem um conjunto de percepções que são construídas como reais através de vivências cotidianas ou conceitos aprendidos

3.2 ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

A orientação profissional é um processo complexo que está relacionado com o contexto socioeconômico e cultural do sujeito.

A Orientação Profissional se constitui como uma forma de promover o autoconhecimento e desta forma orientar a escolha profissional e o autoconhecimento, pois deste modo o jovem terá instrumentos necessários para buscar o que se identifica com suas habilidades e necessidades. É importante ressaltar que esta escolha não é algo rígida ou imutável. Ou seja, não é uma questão de escolha certa ou errada. Trata-se de um processo e como tal a qualquer momento pode-se deparar com interrogações que levam inclusive a repensar a trajetória profissional.

Dentro desta perspectiva é importante salientar que acaba reduzindo a possibilidade de frustração na escolha profissional, pois antes da ida ao campo tem a oportunidade de ter acesso a informações sobre as habilidades necessárias para o desempenho da profissão escolhida, bem como poder avaliar outras variáveis como, mercado de trabalho, remuneração, campo de atuação, etc.

A esse respeito, Bock (2002, p. 10), afirma que: “A melhor escolha profissional é aquela que consegue dar conta do maior número de determinações para, a partir delas, construir esboços de projeto de vida profissional e pessoal”

3.3 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um conjunto de condições caracterizadas por algum grau de

dificuldade no convívio social, na comunicação verbal e não verbal e interesses específicos por algumas atividades realizadas de forma repetitiva. Essas características surgem ainda na infância, tendem a continuar na adolescência e permanecem quando o indivíduo se torna adulto.

O atendimento de sujeitos com quadro de TEA deve e precisa ser multiprofissional. O tratamento precisa ser baseado na estimulação do desenvolvimento de funcionalidades, na compreensão das limitações e na prevenção de maiores danos de suas capacidades, procurando inserir este jovem meio social.

Temos quatro pontos estratégicos básicos para qualquer tratamento:

- a) Proporcionar um ambiente que estimule o desenvolvimento social e comunicativo;
- b) Incentivar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas;
- c) Detectar e diminuir comportamentos que interferem com o aprendizado e com o acesso às oportunidades de experiência do cotidiano; e
- d) Dar apoio às famílias para saberem lidar com o autismo.

Klin (2006, p. 10) ressalta que:

Desta forma, a abordagem do tratamento depende da idade do paciente e etapa de desenvolvimento, assim: Crianças pequenas, a prioridade deveria ser a terapia da fala, da interação social/linguagem, educação especial e suporte familiar. Já com adolescentes, os alvos seriam os grupos de habilidades sociais, terapia ocupacional e sexualidade. Com adultos, questões como as opções de moradia e tutela deveriam ser focadas.

A intervenção multidisciplinar se destaca por possibilitar uma melhora significativa na qualidade de vida da criança ou adolescente, respeitando o nível de desenvolvimento e particularidades de cada um. A equipe multidisciplinar geralmente é composta por psicólogo, médico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, pedagogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem entre outros; além de uma estrutura de integração sensorial. Assim a intervenção realizada por estes profissionais torna-se significativa em virtude da pluralidade de conhecimentos técnicos.

No caso dos adolescentes TEA os mesmos necessitam de um suporte adequado na hora da escolha profissional e inserção no mercado de trabalho. Desta forma metodologias de orientação profissional embasadas na TCC tem dado resultados significados no cotidiano clínico destes pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do município de Palhoça (CAPSi).

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Na prática clínica com crianças e adolescentes no Centro de Atenção Psicossocial do município de Palhoça (CAPSi), o tema autismo e depressão tem sido uma discussão cotidiana entre alguns técnicos que trabalham neste equipamento de saúde mental.

O desafio diário de manter um clima motivador, capaz de incentivar a adesão das crianças e adolescentes às atividades terapêuticas é algo que motiva a equipe a se reinventar cotidianamente.

Temos visto o número de adolescentes autistas com quadros depressivos e tentativas de suicídio crescerem nos acolhimentos realizados neste serviço. Diante destes dados e com o respaldo da literatura que vem sinalizando para o aumento do número de suicídio entre adolescentes autistas, inferimos que uma das causas deste fenômeno é a falta de perspectiva de vida que surge com o adolecer e a falta de políticas públicas realmente inclusivas. Estes adolescentes que na sua maioria não tem comprometimento cognitivo sentem-se cada vez mais distanciados do mundo adolescente na perspectiva de relacionamentos, trabalho e inclusão em geral.

Diante deste dilema, traçamos estratégias de motivação e então veio a ideia de estruturar o Projeto de Orientação Profissional para adolescentes. Iniciamos com a estruturação de estratégias baseadas na TCC e na construção de uma rede de parcerias institucionais.

Selecionamos seis adolescentes com quadros de tentativas recentes de suicídio e até mesmo internação hospitalar. Montamos o espaço de atendimento deste grupo no consultório psicológico do CAPSi onde os mesmos já estavam habituados a passarem por psicoterapia. Vale lembrar que os sujeitos com TEA tendem a sentirem-se seguros em espaços que já conhecem.

Desta forma colocamos uma mesa no centro da sala e em cima dela um cartaz com as seguintes indagações: O que eu gosto. O que eu não gosto. O que preciso

desenvolver. Confeccionamos um caderno personalizado para cada um deles (diário de campo). Nestas sessões começamos a conversar sobre suas expectativas profissionais e as habilidades necessárias para desenvolvê-las. Embasados na TCC incentivamos a motivação para o desenvolvimento de novas habilidades. Combinamos que iríamos alternar nossos encontros semanais com saídas externas para vivências que possibilitaram conhecer as profissões que a princípio os motivaram.

Para a concretização desta ação firmamos algumas parcerias. A primeira delas foi com o Departamento de Química da Universidade Federal de Santa Catarina. Realizamos reunião prévia com o professor responsável pelo laboratório e programamos o esquema da visita, sempre respeitando as peculiaridades dos pacientes. Na semana seguinte no ambiente do CAPSi colocamos um computador no centro da mesa de atendimento e mostramos para os pacientes um laboratório semelhante ao que iriam visitar. Mostramos todo o esquema da visita para que na hora da vivência os mesmos não tivessem inseguranças. Autistas gostam de rotinas e saber o que irá acontecer.

No mesmo momento em que os adolescentes estavam tendo esta sessão de preparação, outro profissional de nossa equipe reunia os responsáveis pelos pacientes e explicava o projeto e pegava autorização de participação e visitas externas.

A primeira vivência foi cercada de motivação. Confeccionamos jalecos e fornecemos luvas e máscaras para que cada um realmente sentisse a atmosfera do laboratório e se identificassem com os cientistas que nos receberam.

A equipe Capsi, neste dia com quatro profissionais, também vestiu jalecos e levou lanche para a confraternização após a vivência.

A equipe do laboratório, assim como já combinado, esperou o grupo com muito comprometimento e afeto. Todas as vivências pactuadas foram realizadas: experiências com microscópio, manipulação de substâncias (não nocivas) e espaço para perguntas. O professor e sua equipe ressaltaram que o hiperfoco, a sensibilidade auditiva e olfativa (características de alguns dos pacientes) eram habilidades importantes para um químico.

Dando continuidade as vivências realizamos ainda visita a uma Biblioteca. Uma das adolescentes do grupo vislumbra ser bibliotecária e alega que por não gostar de barulho visualiza-se trabalhando em um lugar tranquilo, silencioso. Escolheu conhecer

o espaço e conversar com uma profissional bibliotecária. Teve a oportunidade de tirar suas dúvidas, bem como os outros componentes do grupo também realizaram esta vivência.

Seguindo o propósito de visitar e conhecer o local de trabalho de profissões elencadas pelos membros de nosso grupo terapêutico, visitamos ainda a sede do Instituto Federal de Santa Catarina, onde tiveram a oportunidade de conhecer os cursos na área de tecnologia. Dois dos adolescentes se identificam com o curso de Marketing Digital. Na ocasião da visita guiada pelo Campus conheceram todos os cursos e expandiram seu universo de possibilidades.

Outra vivência significativa foi a realização do sonho de uma das adolescentes que é violinista. Seu desejo era conhecer uma orquestra. Levamos o grupo para assistir um espetáculo da Camerata de Santa Catarina e na sequência foram ao camarim conversar com o Maestro. Na ocasião os demais colegas também tiveram acesso a algo que era muito distante de seu cotidiano.

Finalizamos as atividades deste Projeto com uma visita a Câmara Municipal de Palhoça. Um dos adolescentes deseja ser político. Levamos então o grupo para conhecer o espaço e conversar com vereadores. Foi enfatizado a importância da elaboração de políticas públicas inclusivas.

O encerramento do Projeto se deu na Câmara de vereadores, com a presença das famílias. Exibimos fotos e os adolescentes relataram suas experiências. Conseguiram identificar as habilidades que desenvolveram e as que ainda precisam desenvolver. Os responsáveis pelos adolescentes foram muito parceiros e incentivaram os filhos, inclusive fazendo a Carteira de Trabalho para os mesmos como forma de demonstração de confiança em suas potencialidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria Cognitivo Comportamental vem se constituindo em uma importante ferramenta para o atendimento de adolescentes com Autismo no CAPSi de Palhoça. Este referencial nos permite observar os comportamentos dos adolescentes e ajudá-los a entenderem seus esquemas prevalentes. Partindo do princípio de que os comportamentos e esquemas cognitivos são aprendidos e que tudo que é construído pode ser desconstruído, temos conseguido melhorar as taxas de adesão dos mesmos ao tratamento.

Quando ao Projeto aqui relatado, sentimos os reflexos no cotidiano dos jovens e no depoimento dos familiares. A autoconfiança foi sem dúvida o principal ganho dos adolescentes após a participação no Projeto. A ampliação do campo de atuação profissional fez com que os mesmos pudessem perceber que é possível alcançar seus projetos desde que se preparem bem para isto. A preparação passa pela escolha e pelo desenvolvimento de habilidades. Perceberam também que as políticas públicas inclusivas precisam ser ampliadas.

REFERÊNCIAS

BAHLS, S.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. **Temas em Psicoterapia e Psicologia**, v. 4, p. 1-11, 2010.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28. n. 1, p. S3-S11, 2006.

BOCK, S. D. **Orientação profissional**: a abordagem sociohistórica. São Paulo: Cortez, 2002.

CAPSI E A ARTICULAÇÃO DA RAPS NO MUNICÍPIO DE PALHOÇA-SC

Hellen Souto de Araújo⁹

Resumo - Este artigo tem como objetivo principal fazer um relato sobre articulação do cuidado em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Palhoça-SC, com foco na atuação do CAPSi. A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 com objetivo de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio de acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Desta forma, num primeiro momento o artigo trará apontamentos sobre a Política de Saúde Mental e a RAPS e num segundo momento um relato de experiência.

Palavras-chave: Saúde Mental; RAPS; Articulação.

1 INTRODUÇÃO

O CAPSi é um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, é uma referência para casos graves de crianças e adolescentes que precisam de cuidados mais intensivos. Faz parte do trabalho diário do CAPSi a articulação do cuidado através de encaminhamentos, contrarreferência, reuniões de equipe e matriciamento com outros serviços da RAPS. Será contextualizado neste artigo as potencialidades e dificuldades do trabalho de articulação da RAPS.

1.1 OBJETIVO GERAL

Realizar relato de experiência da integração na realização do trabalho entre o CAPSi e a Rede de Atenção Psicossocial do Município de Palhoça-SC.

1.1.1 Objetivos específicos

- a) Revisar objetivos, diretrizes e componentes da RAPS;
- b) Correlacionar as diretrizes e princípios da RAPS com o processo de trabalho do CAPSi;
- c) Apresentar a experiência vivenciada no CAPSi.

⁹ Enfermagem - E-mail - hellensouto.araujo@gmail.com

2 METODOLOGIA

O presente artigo compreende-se como estudo descritivo. Trata-se de revisão de conceitos para embasar um relato das experiências mais significativas.

Trata-se da descrição da vivência profissional com o propósito de contribuir com a discussão e a troca para melhoria do cuidado na saúde mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 OBJETIVOS, DIRETRIZES E COMPONENTES DA RAPS

Os transtornos mentais estão entre os principais desafios nas atribuições do cuidado em saúde, tanto de países desenvolvidos como de países em desenvolvimento. Em estudos internacionais, a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) tem variado de 24,6% a 45,3%³⁻⁶. Essas pesquisas indicaram a associação entre o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade ao risco de ocorrência de TMC. No cenário brasileiro, as pesquisas sobre TMC, realizadas com amostras de municípios brasileiros, apresentaram taxas de prevalência que variaram de 17% a 35% e confirmaram os fatores associados verificados nos estudos internacionais (LUDEMIR; MELLO FILHO, 2002).

No Sistema Único de Saúde (SUS), uma das estratégias da Política Nacional de Saúde Mental é consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios.

O modo manicomial tinha foco na doença, era focado em ações punitivas e isolamento do sujeito com sofrimento psíquico. Em contrapartida, o modo psicossocial, resultante da Reforma Psiquiátrica na década de 1980 busca um cuidado digno, junto a sociedade, onde o paciente tem participação ativa em seu cuidado.

A Rede de Atenção Psicossocial é destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 e revogada

pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contribui para a integração das pessoas em sofrimento mental nos territórios das cidades, proporcionando uma maior efetividade na produção de saúde mediada por pontos de atenção integrados. A RAPS tem como objetivos gerais (BRASIL, 2017):

- I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II. Promover a vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e
- III. Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS tem como diretrizes: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outros (BRASIL, 2017).

A RAPS encontra-se organizada nos seguintes componentes (BRASIL, 2017):

- a) Atenção Básica em Saúde;
- b) Unidade básica de saúde;
- c) Núcleo ampliado de saúde da família;
- d) Consultório na rua;
- e) Centros de convivência e cultura. Atenção Psicossocial Estratégica
- f) Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades);
- g) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental. Atenção de Urgência e Emergência
- h) SAMU 192;
- i) Sala de Estabilização;

- j) UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde. Atenção Residencial de Caráter Transitório
- k) Unidade de acolhimento;
- l) Serviço de atenção em regime residencial. Atenção Hospitalar
- m) Unidade Especializada em Hospital Geral;
- n) Hospitais Especializados. Estratégias de Desinstitucionalização
- o) Serviços residenciais terapêuticos;
- p) Programa “De Volta para Casa” Estratégias de Reabilitação Psicossocial
- q) Iniciativas de geração de trabalho e renda.

A RAPS pressupõe um trabalho horizontal e integrado, com troca de informações e responsabilidades entre os componentes da rede, ou seja, articuladas.

3.2 CAPSi E RAPS DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são postos estratégicos na articulação da Raps, seja na atenção multiprofissional direta, visando à promoção da saúde mental dos pacientes e de suas famílias, da vida comunitária e da autonomia dos usuários, seja na ordenação do cuidado.

O CAPSi de Palhoça foi inaugurado há 09 anos e é um serviço de referência para casos graves de crianças e adolescentes, que necessitem de cuidados mais intensivos, e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de internação na Atenção Primária à Saúde (APS).

Os responsáveis pelos pacientes buscam o serviço por demanda espontânea, ou são encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde do município de Palhoça ou dos Serviços de Urgência como as Unidades de Pronto Atendimento, hospitais da região metropolitana da Grande Florianópolis, órgãos da assistência social, Conselhos Tutelares e do Poder Judiciário da Comarca de Palhoça. As crianças ou adolescentes são acolhidas pelos técnicos da equipe multiprofissional CAPSi, são avaliadas com o uso de um instrumento de estratificação de risco recomendado pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, todos os casos são discutidos em reunião técnica semanal, e os casos que não tiverem a necessidade de acompanhamento no serviço são redirecionados para as UBS de referência através de memorando eletrônico. Os responsáveis são informados sobre a não inserção através de contato

telefônico e/ou mensagens, neste contato são orientados a buscar o encaminhamento no CAPSi (corresponsabilização do usuário) e levar até a UBS do seu bairro.

No memorando eletrônico, o técnico do acolhimento solicita o matriciamento do caso, consta a disponibilidade da equipe para Estudo de Caso e faz sugestões para o Projeto Terapêutico Singular desse paciente. Sempre que a Equipe da UBS sinaliza interesse, é agendado um Estudo de Caso, de forma presencial ou on-line.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Esta experiência tem início em setembro de 2014 com a inauguração do CAPSi de Palhoça, na época um município de 154.244 pessoas, décima (10ª) cidade mais populosa do Estado de Santa Catarina, segundo dados do IBGE.

O CAPSi funcionava em uma pequena casa alugada, com 03 salas de atendimentos individuais e uma sala para atendimentos coletivos (grupos e oficinas). A equipe tinha 05 profissionais de nível superior (01 enfermeira, 01 assistente social, 02 psicólogas e 01 psiquiatra). Só a psiquiatra já tinha trabalhado anteriormente na saúde mental, além da falta de experiência, os profissionais também não tinha especialização na área da saúde mental. Então, nos primeiros anos, a equipe estava com foco na construção de um processo de trabalho sob a ótica interdisciplinar.

No início, havia um receio da equipe em colocar limites na relação de assistência do serviço, no sentido de reduzir a frequência gradativa dos usuários no CAPSi e encaminhá-los as UBS, nos Estudos de Casos com a Atenção Básica, as Equipes relatavam aos profissionais do CAPSi sobre a alta demanda de pacientes, falta de capacitação das Equipes e assim o paciente estável continuava inserido no serviço devido ao receio da descontinuidade do atendimento em saúde mental.

Em 2016, a equipe avaliou que estavam gerando uma condição de dependência com os usuários, isto é, estava institucionalizando pacientes no CAPSi. Desinstitucionalizar implica superar a condição de dependência, ou seja, implica “libertar-se” de uma dependência subjetiva da instituição, fazendo com que o sujeito saia da posição de objeto e se torne mais atuante em seu tratamento, e não é possível romper com essa lógica sem o estabelecimento e fortalecimento de vínculo entre o CAPSi e a Atenção Básica, viabilizando a corresponsabilidade dos casos, ampliando a capacidade resolutiva da RAPS e favorecendo a atenção territorializada.

Nessa reconstrução dessa finalidade do serviço, as ações de articulação com a rede foram intensificadas através de reuniões, matriciamento com as equipes da Atenção Básica, contrarreferência dos pacientes encaminhados para avaliação no CAPSi, e estudos de caso sobre os usuários estáveis com condições de alta do CAPSi. Com isso foi possível reduzir as práticas tutelares e cronificantes do serviço, diminuindo a manutenção do paciente no serviço por períodos de tempo superior ao necessário.

A dificuldade atual da RAPS do município reside na desorganização das portas de entrada e de saída, não existem fluxos de encaminhamento definidos e reconhecidos contribuindo para a fragilidade dos processos de descentralização e de conexão entre componentes da RAPS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a implantação do CAPSi de Palhoça apesar das dificuldades inerentes ao processo de trabalho na saúde mental, a equipe técnica se esforça ao longo dos anos na busca pelo modo de cuidado psicossocial organizado em rede, se afastando da lógica manicomial. Os meios utilizados são reuniões com Equipes da Atenção Básica e outros pontos da RAPS, contatos presenciais e on-line com serviços da RAPS, encaminhamentos do usuário na RAPS e apoio matricial.

No entanto, ainda que exista esse movimento de mudança e potencialidades para a articulação da RAPS, os técnicos do CAPSi enfrentam dificuldades em um trabalho que gere uma corresponsabilização compartilhada entre toda a rede pelo processo de cuidado do usuário e seu retorno ao território, bem como, abordagens para além da doença e especialidades.

Logo essa discussão sobre o fazer e acolher em serviços de saúde mental na RAPS abre caminhos para mudanças na prática do cuidado, da escuta e do acolhimento dos sujeitos com sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 213-221, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/77pC7qXXZwzj6KgPNNx4TYG/abstract/?lang=pt>.
Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
Acesso em: 19 ago. 2023.

FALANDO SOBRE TDAH: ORIENTAÇÃO PARA FAMÍLIA E PROFESSORES

Alessandra Wolinger Machado¹⁰

Arceloni Neusa Volpato¹¹

Fabiana Soares¹²

Resumo – O presente artigo apresenta-se em forma de manual de orientação para família e professores que busca explorar a importância da conscientização, aceitação e participação da família e do uso das metodologias alternativas com profissionais qualificados no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no ensino básico. O artigo tem metodologia descritiva oriunda de escutas, pesquisa de campo e entrevistas e discute a importância do diagnóstico precoce para entender melhor o comportamento da criança, bem como as possíveis dificuldades a serem enfrentadas. O tratamento do TDAH envolve uma abordagem multidisciplinar, incluindo terapia, intervenções educacionais, modificação do estilo de vida, enfatizando a importância de uma abordagem individualizada que leva em consideração as necessidades específicas de cada criança. O artigo discute a importância de um apoio adequado tanto na escola quanto em casa, a fim de reduzir o estigma e garantir um ambiente mais inclusivo. Embora o TDAH possa ser um desafio o artigo destaca que com tratamento adequado e o suporte apropriado, as pessoas com TDAH podem levar uma vida produtiva e satisfatória.

Palavras-chave: Diagnóstico Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade; Orientações à escola; Orientações e suporte à família; Ensino-aprendizagem.

1 INTRODUÇÃO

Sabendo que cada estudante é diferente e aprende de uma forma, desenvolvendo habilidades específicas em determinados assuntos, em certos ritmos e dentro de suas capacidades, é que se propôs abordar nesse artigo as práticas pedagógicas de professores perante os estudantes com transtornos de aprendizagem nos anos iniciais do ensino fundamental e a inclusão da família no processo de aprendizagem das crianças com TDAH. É essencial que tanto familiares quanto professores estejam cientes dos desafios enfrentados por essas pessoas para fornecer o suporte adequado. Neste artigo, discutiremos algumas orientações essenciais para ajudar famílias e professores a lidar com o TDAH de forma eficaz.

¹⁰ Pedagogia - E-mail - alessandrawolinger@yahoo.com.br

¹¹ Letras - E-mail - arceloni.volpato@gmail.com

¹² Jornalismo e Letras - E-mail - fabiana.soares@univacfest.edu.br

1.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um manual de orientação para educadores, que irá oferecer conhecimento amplo e técnico sobre o TDAH. Esse manual fornecerá informações e estratégias para o envolvimento da família com o propósito de contribuir no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes que apresentam esse transtorno em sala de aula.

1.1.1 Objetivos específicos

- a) Orientar a família para que busque um diagnóstico correto e precoce;
- b) Apontar os benefícios do envolvimento da família na escola para o processo de aprendizado da criança com TDAH;
- c) Incentivar a compreensão de cada dificuldade do estudante e trabalhar reconhecendo os avanços diários dentro das suas limitações;
- d) Entrevistar multiprofissionais da área para conhecer o trabalho que desenvolvem com estudantes que apresentam TDAH e quais foram os resultados e conquistas através dos métodos utilizados.

2 METODOLOGIA

O presente artigo apresenta uma natureza metodológica dedutiva e investigativa através de entrevistas com multiprofissionais que se dedicam a diagnosticar e auxiliar o processo de ensino aprendizagem dos estudantes com TDAH, com o propósito de incluir as famílias no processo de aprendizagem destes estudantes em especial. Para atingir o objetivo proposto relativo ao desenvolvimento de um manual de orientações, para aplicabilidade, o qual contém conjuntos de recomendações do campo da educação, psicologia e saúde. Inicialmente partiu-se de uma leitura exploratória de livros, publicações e artigos para uma coleta de dados efetiva e assim poder desenvolver um artigo com aspectos relevantes sobre a temática, trazendo os principais termos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), as possíveis atividades para se trabalhar com esses estudantes, bem como a participação familiar durante o processo de desenvolvimento, ensino-aprendizagem do educando.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – UM OLHAR AMPLIFICADO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico de origem genética que afeta principalmente crianças e, em alguns casos, pode persistir até a vida adulta. Estudos neurológicos têm contribuído significativamente para a compreensão deste transtorno, fornecendo evidências sobre as diferenças estruturais e funcionais do cérebro de indivíduos com TDAH em comparação com aqueles sem o transtorno. Silvestre et al (2015) explicam que:

A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA, 2008) define o TDAH como um transtorno neurobiológico de causas genéticas que aparece, geralmente, na infância, mas pode perdurar por toda vida se não for devidamente reconhecido e tratado. É caracterizado por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade (ABDA, 2008 *apud* SILVESTRE *et al.*, 2015, p. 3).

Pesquisas mostram que crianças com TDAH geralmente apresentam alterações no córtex pré-frontal e nas áreas subcorticais do cérebro, responsáveis pelo controle cognitivo e atenção. Os sintomas de desatenção e impulsividade observados em indivíduos com TDAH estão relacionados a um déficit na regulação dessas estruturas cerebrais. Além disso, estudos de neuroimagem têm revelado redução do volume cerebral em algumas áreas à atenção e ao controle de comportamento.

Outra evidência neurológica no TDAH é a disfunção do sistema dopaminérgico. O neurotransmissor dopamina tem um papel fundamental no processamento cognitivo, memória e atenção, e sua disfunção tem sido associada ao TDAH. Estudos indicam que os níveis de dopamina podem ser reduzidos em certas regiões do cérebro em indivíduos com TDAH, o que contribui para os sintomas como falta de concentração e impulsividade. Pereira (2014) traz que:

As causas do TDAH consistem na alteração dos neurotransmissores no córtex frontal e as conexões com o restante do cérebro e em fatores ambientais. Crianças com este transtorno costumam apresentar menor volume cerebral e redução da espessura do córtex pré-frontal

e frontal, o responsável pela inibição do comportamento, pela atenção, memória, organização e planejamento (PEREIRA, 2021, p. 58).

A compreensão de aspectos neurológicos do TDAH é crucial para o desenvolvimento de estratégias de tratamento e intervenção mais eficazes. Alguns tratamentos, como a terapia medicamentosa com estimulantes, têm demonstrado melhorar a atenção e reduzir a hiperatividade em pacientes com TDAH. Esses medicamentos agem estimulando a liberação de dopamina no cérebro, ajudando a compensar a disfunção dopaminérgica observada no transtorno.

O diagnóstico do TDAH geralmente é realizado por profissionais de saúde mental, como psiquiatras, psicólogos ou pediatras, que levam em consideração a história clínica do paciente, a observação de comportamentos característicos, além de questionários e testes específicos. É importante ressaltar que um diagnóstico preciso e precoce é essencial para que se possa implementar intervenções e tratamentos eficazes.

Além disso, intervenções comportamentais, como a terapia cognitivo-comportamental, também são importantes no manejo do TDAH. Essa abordagem terapêutica auxilia os indivíduos a desenvolver habilidades de autorregulação e estratégias para lidar com os desafios relacionados à atenção e impulsividade.

Em suma, a visão neurológica do TDAH proporciona uma compreensão mais profunda sobre as alterações estruturais e funcionais do cérebro em indivíduos com esse transtorno. Essas evidências científicas são fundamentais para o desenvolvimento de intervenções e tratamentos mais eficazes, auxiliando no manejo dos sintomas e melhorando a qualidade de vida das pessoas com TDAH.

3.2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – UM OLHAR NO ÂMBITO ESCOLAR

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neurológica que afeta muitas crianças em idade escolar. Para os professores, lidar com estudantes com TDAH pode ser um desafio, mas com algumas estratégias adequadas, é possível proporcionar um ambiente educacional inclusivo e eficaz para essas crianças.

Dessa forma, a equipe pedagógica da escola deve priorizar a educação dessa criança, preparando todos para uma boa qualificação durante o processo de ensino, para que se tenha uma boa aprendizagem. O ambiente escolar, deve ser acolhedor e transformador, de modo a oferecer oportunidades que agradem e supram as necessidades das crianças. Assim, Tavares (2008 apud FERREIRA, 2019, p. 20) diz que:

[...] é o professor quem vai perceber as necessidades e dificuldades de seus estudantes, analisar as possibilidades de alterar sua metodologia, adaptar seu currículo e, até mesmo, a forma de conduzir suas aulas e as atividades avaliativas. O professor precisa criar avaliações diferenciadas ou modificar, ampliar, diversificar a aplicação da avaliação, para atender as crianças com necessidades educacionais especiais. Muitas vezes, procedimentos simples como: ler as questões de uma verificação de conteúdo (para estudantes disléxicos ou com TDAH), fazer questionamentos orais (para estudantes disléxicos), são suficientes para que os resultados sejam mais próximos da verdade.

Com isso é possível compreender que o processo de aprendizagem é uma “construção que se dá na interação permanente do sujeito com o meio que o cerca, meio esse expresso inicialmente pela família, depois pelo acréscimo da escola ambos permeados pela sociedade em que estão” (WEISS 2001, p. 26 *apud* SILVESTRE *et al.* 2015, p. 7).

Neste artigo, abordaremos algumas dicas e sugestões para que os professores possam melhor compreender e atender às necessidades dos estudantes com TDAH.

1. Reconhecer e compreender o TDAH: O primeiro passo para lidar com estudantes com TDAH é compreender adequadamente a condição. Informar-se sobre os sintomas e características do TDAH, assim como as principais dificuldades que esses estudantes podem enfrentar. Isso irá ajudá-lo a ajustar suas expectativas, permitindo que o professor seja mais compreensivo e empático em relação às dificuldades que essas crianças enfrentam.
2. Adaptar o ambiente de aprendizagem: Para estudantes com TDAH, é essencial criar um ambiente de aprendizagem adequado. Isso significa minimizar as distrações, como ruídos desnecessários ou objetos chamativos. Organizar a sala de aula de forma que o aluno com TDAH possa se sentar em uma área de menor estimulação sensorial. Além disso, manter uma rotina e um cronograma

claros, evitando mudanças abruptas que possam prejudicar a concentração desses estudantes.

3. Estabelecer expectativas claras: É importante que as expectativas sejam claras e estruturadas para os estudantes com TDAH. Isso pode envolver o uso de regras visuais ou lembretes visuais para auxiliar na recordação dos estudantes. Também é importante ensinar habilidades de organização, como o uso de agendas ou planejamento de tarefas, para ajudar os estudantes com TDAH a lidar com suas dificuldades em relação à gestão do tempo e organização pessoal.
4. Utilizar estratégias de ensino diferenciadas: Os estudantes com TDAH podem se beneficiar de estratégias de ensino mais dinâmicas e interativas. Atividades práticas, jogos educativos e outras abordagens que ajudem a manter seu engajamento e atenção durante as aulas fazem toda a diferença. Além disso, procurar fornecer instruções claras e breves, dividindo as tarefas em etapas menores, para que os estudantes com TDAH consigam seguir e concluir de forma mais eficaz.

Lidar com estudantes com TDAH pode ser um desafio, mas pode ser gratificante ver o progresso dessas crianças. Ao adotar uma abordagem inclusiva e adaptada às necessidades dos estudantes, o professor estará contribuindo para o seu sucesso escolar e desenvolvimento pessoal. Lembre-se de que cada estudante é único e pode requerer abordagens diferenciadas, por isso, ficar sempre aberto ao diálogo e buscar estratégias que atendam às necessidades individuais dos seus estudantes.

Almeida (2020) apresenta sugestões para a sala de aula:

- a) Adaptar quantidade de tarefas propostas em sala de aula à capacidade de atenção da criança.
- b) Modificar estilo de ensino e currículo (ex. incluir atividades que envolvem participação).
- c) Utilizar regras externas (ex. pôsteres, auto verbalizações).
- d) Fornecer reforçamento frequente e utilizar custo de resposta.
- e) Utilizar consequências imediatas para o comportamento.
- f) Utilizar reforços de maior magnitude (ex. sistema de fichas).
- g) Estabelecer limite de tempo para conclusão de tarefas.

- h) Estabelecer hierarquia para custo de resposta em sala de aula.
- i) Se as estratégias anteriores não forem efetivas, considerar reunião com pais e encaminhamento da criança.
- j) Coordenar as estratégias utilizadas na escola com aquelas utilizadas pelos pais em casa.
- k) Controlar o próprio estresse e frustração ao lidar com a criança. (ALMEIDA, 2020).

3.3 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – UM OLHAR NO ÂMBITO FAMILIAR

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem se tornado cada vez mais comum entre as crianças hoje em dia. É natural a família querer entender melhor essa condição e encontrar maneiras de ajudar seu filho a lidar com os desafios que o TDAH pode trazer.

Uma vez que o TDAH é diagnosticado, é importante buscar maneiras de apoiar seu filho em casa e na escola.

Belli (2008) afirma que os pais de estudantes com esse transtorno precisam saber que o seu envolvimento na vida de seu filho deverá ser redobrado. Eles devem estar sempre preparados para assumir o controle da situação e também para evitar qualquer tipo de preconceito e rejeição que a criança possa sofrer (BELLI, 2008 *apud* SILVESTRE *et al.*, 2015, p. 10).

Segundo Cunha (2007) a comunicação frequente entre a escola e a família é um fator importante para garantir esse relacionamento, para que tanto professores como pais possam trocar experiências relevantes para as horas difíceis. Estabelecer rotinas regulares pode ser particularmente benéfico, pois crianças com TDAH tendem a se beneficiar de uma estrutura consistente.

O tratamento do TDAH geralmente envolve uma combinação de abordagens, incluindo terapia comportamental, treinamento de habilidades sociais e, em alguns casos, medicação. A terapia comportamental, como a terapia cognitivo-comportamental, pode ajudar a criança a desenvolver estratégias para lidar com os desafios do TDAH, como a organização e o gerenciamento do tempo.

Enquanto família, é crucial lembrar que a criança não é definida pelo TDAH. Sua condição é apenas uma parte de quem ele é e, com o apoio adequado, ele pode desenvolver suas habilidades e alcançar seu pleno potencial. A família deve investir tempo para aprender sobre o TDAH, buscar apoio de outros pais e profissionais especializados e, acima de tudo, oferecer amor, compreensão e paciência para ajudar a criança a enfrentar os desafios do TDAH e se tornar a melhor versão de si mesmo.

Sendo assim, “os pais devem aprender a ter maior postura e incisão com referência às normas, além de assimilar as técnicas para o controle das atitudes positivas, normalmente manifestados por crianças com TDAH” (ALMEIDA, 2020, p. 32).

A família pode auxiliar a criança no desenvolvimento das tarefas diárias e nos estudos em casa, como, por exemplo:

1. Ouvir e respeitar a opinião da criança em relação à local e horário preferidos para a realização das tarefas escolares e para o estudo; se o local inicialmente escolhido for inadequado, incentivar gradualmente mudanças na direção desejada.
2. Alternar estudo e tarefas escolares com outras atividades, como assistir televisão e brincar.
3. Respeitar limites de tempo de concentração da criança, não exigindo além do que esta pode realizar.
4. Auxiliar no planejamento de tarefas que exigem maior tempo de concentração (ex. dividir livro em capítulos, lendo um ou dois de cada vez).
5. Planejar a realização de tarefas escolares de forma a não coincidir com atividades prazerosas para a criança (ex. fazer tarefa em horário diferente do horário do programa de televisão favorito).
6. Treinar sempre, repetidamente dia após dia, a criança com TDAH, deve aprender a reavaliar e mudar seu plano inicial, é uma das tarefas mais importantes que os pais podem fazer para ajudar.
7. Reforçar a criança a cada passo do planejamento executado com sucesso; aumentar gradualmente o nível de desempenho exigido para a liberação do reforço. (ALMEIDA, 2020).

4 ENTREVISTAS

Durante as entrevistas propostas neste artigo foi possível constatar que a realidade diária vem de encontro com o referencial teórico abordado.

Na entrevista com a profissional de psicologia Adriana Laurentino Pires, ela descreve o TDAH como um transtorno neurobiológico que na maioria das vezes é diagnosticado na infância, onde observa-se por parte da família ou escola comportamentos, relatos e queixas como desatenção, inquietude e agitação. Após avaliação e testes as áreas do cérebro são mapeadas e então chega-se ao laudo do transtorno.

A partir do laudo são indicadas as terapias e metodologias alternativas alinhadas com a família e escola.

Na entrevista com a especialista em educação especial Dayse Francielli Padilha e professor de apoio Giovani Maia que atua diretamente com o estudante portador de TDAH descobrimos a importância do laudo correto, pois o mesmo proporciona uma forma diferenciada de aprender a criança, onde é possível compreender e adaptar atividades e avaliações dentro de cada especificidade da criança. Não esquecendo o quanto a motivação e acompanhamento são fundamentais para o ótimo desenvolvimento da criança. As estratégias são combinadas com a família que também precisa trabalhar juntamente com a escola, oferecendo uma rotina e auxiliando nas atividades propostas.

Na entrevista com a família a mãe Tatiane de Liz Griebler Ferrarezi tivemos a oportunidade de confirmar a resistência em aceitar no primeiro momento que o transtorno não é uma doença ou motivo de vergonha e quando aceita e trabalhada de forma correta muitos são os benefícios alcançados pela criança tanto no âmbito familiar quanto escolar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, o TDAH é um transtorno neuropsiquiátrico comum que afeta indivíduos em diferentes faixas etárias. Embora a causa exata do transtorno ainda não seja bem compreendida, uma abordagem multidimensional que envolva tratamento medicamentoso, terapia comportamental e suporte emocional pode ajudar a melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes com TDAH. É fundamental a

conscientização e o entendimento sobre esse transtorno para que os indivíduos afetados possam receber o suporte necessário para lidar com seus desafios diários e alcançar seu máximo potencial.

Além do tratamento convencional, a educação e o apoio emocional são fundamentais para indivíduos com TDAH. Professores, familiares e amigos devem estar cientes das dificuldades enfrentadas pelos indivíduos com TDAH e serem flexíveis ao adaptar instruções e estratégias de ensino para suas necessidades específicas. O estabelecimento de rotinas, reforço positivo, estratégias de organização e pausas regulares também podem ser úteis no manejo dos sintomas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Flávio Rodrigues de. **Manual de orientações para pais e professores de crianças com transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade**. 2020. 39f. Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Estadual Paulista, UNESP, Botucatu, SP, 2020.

BELLI, Alexandra Amadio. **TDAH e agora?** São Paulo: STS, 2008.

FERREIRA, Carla Karina. **Implicações educacionais do tratamento com medicamentos psicoestimulantes em crianças com TDAH: uma revisão sistemática**. 2019. 60F. Trabalho de conclusão de curso. (Graduação em Pedagogia) - Faculdade Guairacá, Guarapuava, PR, 2019.

PEREIRA, Spec Patrícia Pimentel. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: reconhecer e lidar um compromisso docente. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, v. 10, n. 8, p. 49-62, out./dec. 2021.

SILVESTRE, Áurea; SILVA, Bruna Karla Miranda; SILVA, Franciele Sales da; SANTOS, Lorraine Kathleen dos; SANT'ANNA, Vera Lucia Lins. **Família e a escola na aprendizagem da criança com TDAH: a necessidade de uma parceria ativa e produtiva**. 2015, 17f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Pedagogia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, 2015.

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Mauricio Mendes de Oliveira¹³
Rejane Dutra Bergamaschi¹⁴

RESUMO - O presente trabalho foi realizado com o intuito de abordar questões sobre o processo de adoecimento de pessoas com câncer, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada aplicada junto a pacientes oncológicos de ambos os sexos, masculino e feminino, com idades entre 38 e 85 anos. Teve como objetivo avaliar como a saúde mental implica na qualidade de vida de pacientes em tratamento oncológico, e analisou o impacto do diagnóstico, suas interferências nos aspectos psicológicos e emocionais dos participantes. Como resultados, observou-se cinco categorias de respostas, sendo elas: O impacto do diagnóstico e pós diagnósticos; Relação familiar durante o processo; Saúde mental e qualidade de vida; Alterações no estilo de vida, Ajuda psicológica. Concluiu-se que um diagnóstico de neoplasia causa sofrimento psíquico, o suporte familiar é indispensável no decorrer do processo, a atuação do psicólogo faz-se de extrema necessidade para ajudar nos recursos enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Câncer; Diagnóstico; Suporte familiar; Psico-Oncologia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é visto como um dos principais males da humanidade, pois a patologia não escolhe gênero, idade ou classe social. De tal forma, ainda é considerado uma doença com alta letalidade, logo, após o diagnóstico, pessoas acometidas por esta enfermidade e seus familiares tendem a desenvolver outras comorbidades decorrentes das neoplasias. Conforme explica Beck (2018), O diagnóstico de câncer traz consigo consequências significativas para o estado psíquico e emocional tanto do paciente quanto da sua família.

Dados do Instituto Nacional do Câncer INCA (2020), mostram que no Brasil, os números esperados de câncer em pessoas do sexo masculino são de aproximadamente 310 mil novos casos por ano, já para o sexo feminino, os números são ainda maiores, cerca de 316 mil novos casos. Ainda que não haja um gênero específico para a doença ou uma causa definida, o câncer pode atingir crianças, adolescentes, adultos e idosos de todas as faixas etárias.

¹³ Psicologia - E-mail - mauricio.mendes.psicologo@gmail.com

¹⁴ Psicologia - E-mail - rejanebergamaschi@gmail.com

Dentre todos os efeitos que a doença tem na vida das pessoas e suas famílias, a saúde mental é uma das áreas mais afetadas após o diagnóstico e adesão, ou não, ao tratamento. Carvalho (2008), afirma que o estigma que existe acerca do câncer pode fazer com que familiares e pacientes se sintam fragilizados diante do medo, que os assombra pelos tratamentos agressivos e mutilantes. Tal fato está associado ao diagnóstico tardio e um retardo, no que diz respeito, à adesão ao tratamento indicado.

A estrutura sociofamiliar do paciente e seus familiares deve ser levada em consideração, uma vez que, as condições socioeconômicas, emocionais e culturais da pessoa doente e da sua família emergem a doença, fazendo com que isso seja um fator determinante em como ambos responderão durante todo o processo (CARVALHO, 2008).

A relação família X doença é antecessora ao diagnóstico, pois se estabelece desde a percepção de algum fator de risco, sintomas ou até mesmo, um encaminhamento médico para consultas. A partir disso, os mecanismos de como enfrentar tal mazela que serão utilizados pela família, dirão muito sobre como será o processo de tratamento, destacando-se que essa é uma fase de culpas e frustrações, logo o familiar se preocupa com a significação da doença para si mesmo e seu familiar (FRANCO, 2008). Isso posto, a família acaba sendo uma das principais redes de apoio do paciente durante o tratamento oncológico e, muitas vezes, oferecendo suporte emocional e financeiro para o sujeito.

A doença afeta a saúde mental do familiar, como destaca Sanchez *et al.* (2010), causando muitas vezes, depressão, ansiedade, sobrecarga, conflito de papéis, incertezas, desgaste nas relações, afetando também a saúde física do familiar, gerando cansaço e fazendo com que o estado de saúde geral entre em declínio. Esses sintomas aos quais o familiar sente, muitas vezes estão associados a grande pressão que ele sente ao longo dos acontecimentos, bem como, a falta de preparo do mesmo em lidar com as situações adversas que surgem no meio do caminho.

Sob a perspectiva do paciente em tratamento Muniz (2008), ressalta que as intervenções terapêuticas têm um efeito estressor na vida do paciente devido aos seus efeitos colaterais, mudanças que ocorrem em todos os campos da sua vida social, laboral, as complicações decorrentes da doença, dentre diversos fatores que exigem muita energia por parte do enfermo, logo, atividades que eram realizadas normalmente pela pessoa começam a ter um novo sentido por causa da complexibilidade que realizá-las implica — A perda identitária ao sujeito.

As funções cognitivas decorrentes de uma neoplasia têm interferência nas emoções e comportamentos do paciente, modificando o modo como ele se sente. De acordo com Silva, Aquino e Santos (2008), isso pode gerar transtornos psicológicos, de uma forma distorcida de se perceber os acontecimentos, o que se chamam de distorções cognitivas. Ressaltam ainda que as cognições são de suma importância, no que diz respeito a qualidade de vida e a recuperação do estado emocional da pessoa com câncer.

O tratamento oncológico causa um alto impacto pessoal na vida do sujeito, pois além do sofrimento causado, ocorrem diversas alterações em seu contexto de vida, isso acontece na maioria dos casos pela estigmatização da doença, provocando mudanças físicas, psíquicas e sociais. Isso pode ocorrer logo após o diagnóstico e se prolongar durante o tratamento, já que esse possui efeitos colaterais intensos, gerando dificuldades em aderir à terapêutica recomendada (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

Os efeitos colaterais e impactos emocionais que os pacientes são acometidos durante o tratamento oncológico podem ter um fator determinante para a desistência do mesmo, já que o sentimento de incerteza, tristeza e medo ganha força. No que diz respeito aos aspectos psicológicos dos pacientes oncológicos, Batista, Mattos e Silva (2015), apontam que o tratamento afeta além do físico, o emocional, uma vez que, os efeitos colaterais do processo podem desenvolver transtornos de humor, sentimentos de negação, depressão, ansiedade, medo da morte e tristeza.

Grande parte do sofrimento que os pacientes desenvolvem ao decorrer do tratamento, está associado ao risco iminente de morte. De acordo com Gomes, Silva e Mora (2009), o medo da morte é fator gerador de grande sofrimento psíquico no paciente e isso se estende à sua família, os grupos aos quais este é inserido e até mesmo a equipe responsável pelos atendimentos. Deste modo, o diagnóstico e tratamento do câncer podem ter um efeito devastador para as pessoas diagnosticadas e em processo de tratamento, bem como para todos os envolvidos com o sujeito.

Segundo relatos de Veit, Carvalho (2008), para atender as necessidades emocionais do paciente oncológico surgiu uma área de atuação voltada para as intervenções psíquicas, centrada aos cuidados e necessidades do enfermo, trabalhando com os aspectos psicológicos deste, seja pelas inseguranças frente ao diagnóstico e tratamento, pelas possíveis sequelas ou até mesmo a mudança de hábitos e rotinas. Portanto, é uma área que atua de forma integrada, não sendo focada

apenas para o tratamento da doença em si, mas sim, contemplando o paciente e o meio que esse está inserido — Interno e externo.

A Psico-oncologia vem ganhando espaço ao longo dos anos, tornando-se uma área de atuação indispensável na promoção de qualidade de vida aos pacientes com neoplasias. Essa subdivisão da Psicologia da Saúde atua como meio facilitador no processo de enfrentamento da doença, dos fatores estressores relacionados ao tratamento, os procedimentos farmacêuticos agressivos, os efeitos colaterais, intervenções médicas invasivas e dolorosas, alterações comportamentais do paciente, ou até mesmo, uma possível recorrência da doença, sendo necessário um prolongamento no processo de tratamento ou a inserção dos cuidados paliativos para atender esses indivíduos (JUNIOR, 2001).

Figueiredo (2008), define cuidados paliativos como um procedimento responsável pela promoção da qualidade de vida dos pacientes em tratamento oncológicos e seus familiares, no que tange às enfermidades que ameaçam a permanência da vida, através de abordagens que causam alívio ao sofrimento, no qual é necessário reconhecimento precoce, avaliação, tratamento impecável da dor e demandas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Levando-se em consideração estes aspectos, Veit (2008) destaca que as equipes multiprofissionais atuam de acordo com a sua área de competência, no qual utilizam todos os seus conhecimentos e técnicas, dedicando-se às diferentes necessidades dos pacientes. Feito assim, conforme Scannavino *et al.* (2013), os profissionais que dão assistência a estas pessoas, podem alcançar resultados satisfatórios, propiciando estratégias de enfrentamento adequadas, estabilização do humor e a amenização de todos os sintomas que o câncer traz consigo.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar como a saúde mental implica na qualidade de vida de pacientes em tratamento oncológico, como objetivo geral, e demonstrar como o tratamento oncológico influencia na saúde mental dos pacientes e suas famílias durante o processo, apontar os fatores psicológicos que acometem estes sujeitos em meio ao tratamento, apresentar de que forma a saúde mental implica na qualidade de vida de pacientes que estão em tratamento quimioterápico, discutir sobre como o psicólogo pode contribuir no tratamento de pacientes oncológicos.

2 MÉTODO

Este estudo teve como norte a pesquisa de abordagem qualitativa e de campo, que segundo Godoy (1995), é uma abordagem descritiva que faz uma análise do mundo empírico em seu ambiente natural, no qual, o pesquisador tem contato direto com o ambiente e situação que está sendo investigada. Durante o trabalho, os dados podem ser coletados por meio de vídeos, gravadores e até mesmo por anotações em blocos de papel. Neste tipo de pesquisa o pesquisador é usado como instrumento de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados

Os participantes desta pesquisa foram pessoas portadoras de câncer em tratamento, com idade entre 38 e 85 anos, frequentadores da Casa de Apoio a Pessoas com Câncer Maria Tereza, situada em Lages – SC, fundada no ano de 2010 e que acolhe cerca de 90 pessoas em tratamento de câncer atualmente. A instituição conta com mais de 10 funcionários e voluntários.

Para esta pesquisa, o pesquisador contou com a autorização do local e dos participantes, realizando agendamento antecipado com data e horário específico que se faria presente para a realização das entrevistas. Ao todo, foram apresentadas 08 pessoas em tratamento de câncer, sem limite de idade, de ambos os sexos e que apresentaram condições físicas e emocionais de participarem desta pesquisa.

Para atingir os objetivos do presente estudo, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas abertas, que foi realizado junto aos pacientes participantes da pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, anteriormente explicado pelo pesquisador e assinado pelo entrevistado. As perguntas foram:

- 1) Há quanto tempo você recebeu seu diagnóstico? Como foi o processo de diagnóstico (desde as suspeitas até a confirmação) e como se sentiu ao receber o diagnóstico definitivo?
- 2) Durante o período de diagnóstico e tratamento você percebeu alterações psicológicas e emocionais no seu estado mental?
- 3) Como foi a reação da sua família ao receber a notícia? Como foi se perceber em um processo de adoecimento?
- 4) Houve mudanças na sua forma de viver sua e da sua família a partir do diagnóstico?

- 5) Como se sente durante o tratamento oncológico?
- 6) Você tem ou teve atendimento psicológico?
- 7) Na sua opinião, como a saúde mental implica na sua qualidade de vida durante o tratamento da doença? Por quê?
- 8) Como você acha que o atendimento psicológico influencia nesse momento?
- 9) Como o psicólogo contribui para o enfrentamento da doença?

3 DISCUSSÃO

Para análise dos resultados desta pesquisa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, no qual, o pesquisador busca analisar os instrumentos coletados e observados na entrevista, de tal forma que ele compreenda características, estruturas por trás dos elementos em questão. Para tal, é importante que o pesquisador se inclua no estudo, atuando como se fosse um dos participantes da pesquisa, buscando significados para os discursos e compreendendo o sentido da comunicação (Camara, 2013).

De acordo com Silva e Fossá (2015), a técnica de análise de conteúdo é empregada tomando como base as comunicações, visando examinar o conteúdo das entrevistas ou as observações efetuadas pelo pesquisador. Durante a análise do material, o objetivo é categorizá-lo em temas ou grupos que contribuem para a compreensão dos significados subjacentes aos discursos apresentados.

Seguindo a análise dos resultados, a partir das perguntas foram encontradas as seguintes unidades temáticas:

- 1) O impacto do diagnóstico e pós diagnósticos, em todas as respostas.
- 2) Relação familiar durante o processo, com sete respostas.
- 3) Saúde mental e qualidade de vida, com cinco respostas.
- 4) Alterações no estilo de vida, em todas as respostas.
- 5) Ajuda Psicológica, com sete respostas.

Categoria 1: O impacto do diagnóstico e pós diagnósticos

Nesta categoria, todos os participantes se referiram aos impactos emocionais e psicológicos do diagnóstico e pós diagnósticos, como por exemplo, o medo da morte, a tristeza, a negação, entre outros sentimentos decorrentes da doença. Os

relatos coletados pelo pesquisador vão de encontro com a ideia Regis e Simões (2005), onde dissertam que patologias como o câncer despertam emoções capazes de fragilizar pessoas recém diagnosticadas, uma vez que, a doença é diretamente associada à morte, gerando medo e desespero aos pacientes. De tal modo, é necessário que os sujeitos tenham seu próprio tempo para elaborarem o fato de estarem doentes, lidando com toda a angustia, medo e sofrimento decorrentes desta.

O câncer continua a ser uma enfermidade amplamente temida, mesmo diante dos contínuos progressos tecnológicos na identificação e terapia, permanecendo fortemente ligado à ideia de mortalidade. Do momento do diagnóstico até o término do tratamento, o indivíduo enfrenta consequências tanto físicas quanto psicológicas, já que além de enfrentar procedimentos médicos muitas vezes intensos, sua vida passa por uma metamorfose significativa devido à presença da doença (CARDOSO, 2007).

Corroborando com essa ideia Beck (2017), o qual cita que em tempos passados, o câncer costumava ser inevitavelmente retratado como uma condenação à morte, uma vez que até meados do século XIX era encarado como uma enfermidade fatal, contagiosa e deformadora. Deste modo, tal situação fez com que surgissem crenças disfuncionais e medos acentuados na vida de pacientes, familiares e os demais grupos sociais relacionados.

Outro ponto observado foi a negação frente ao diagnóstico, ao choque causado por ele, a desesperança e estigma acerca da doença e a intensidade com que as emoções se apresentam. Deste modo, este sentimento se manifesta como um mecanismo de defesa em situações conflitantes ou de vulnerabilidade, sendo assim, em alguns casos busca anular os sintomas existentes (REGIS; SIMÕES, 2005).

Os resultados encontrados vão ao acordo com a literatura da área, conforme ressalta Cardoso (2007), a identificação do câncer evoca o receio da dor, da angústia, da perda de integridade física e a incerteza sobre o que está por vir, alimentada pelo potencial fatal da condição. Isso pode ser mais claramente ilustrado por meio das declarações dos pacientes a seguir.

“Quando a gente descobre um câncer é um choque muito grande, pois passam muitas coisas na cabeça, como você vai morrer, que você vai deixar tudo, então é um abalo bem grande” (Entrevistada 1, feminino, 38 anos).

“Foi triste, porque quando a gente descobre que está com essa doença desmorona tudo na vida da gente. No começo fiquei muito desesperada” (entrevista 3, feminino, 85 anos).

“Eu não acreditava que estava adoecendo, não aceitava, agia como se não tivesse nenhuma doença no meu corpo, dizia para o próprio médico que eu não tinha nada, mandava a doença embora” (Entrevistada 8, feminino, 65 anos).

Categoria 2: Relação familiar durante o processo

Sete dos oito entrevistados relataram ter total apoio dos seus familiares, desde a suspeitas da doença, até o diagnóstico definitivo e tratamento. Tal suporte familiar serviu como um meio de enfrentamento dos obstáculos causados pela enfermidade. Ao perceber o processo de adoecimento de um familiar, a família, passa a ser responsável por aquela pessoa, uma vez que, acompanha nas consultas, exames, vive a experiência da rotina com da doença, as angústias, incertezas e todo o sofrimento causados por ela no âmbito familiar (FERREIRA *et al.*, 2010).

Franco (2008), aponta que o círculo familiar com o qual o paciente troca informações, interage, sente-se ligado pelos vínculos emocionais, pessoais, recíprocos e obrigatórios são mais interativos do que biológicos. Franco destaca também que é importante identificar quem é a família do paciente e quem ele considera sua família. — Os laços afetivos nesse momento são muito mais importantes que os laços consanguíneos.

Os familiares exercem grande influência sobre os pacientes ao longo do processo, sobretudo, na forma como o sujeito enfrenta o curso da doença, tal qual, na aderência das terapêuticas recomendadas. E quando bem instruídos auxiliam de forma eficaz em sua adaptação, respeitando as limitações individuais de cada um (FIRMINO; SOUSA, 2013).

Para Salci e Marcon (2011), o tratamento oncológico causa muito sofrimentos aos pacientes, logo, a família entra como meio de suporte, ajudando, estimulando, fazendo com que o enfermo encontre forças para lutar contra a doença e todos os efeitos colaterais decorrentes do tratamento, com o objetivo de fazer com que seu familiar continue lutando pela vida. Podemos perceber essa relação nos relatos a seguir.

“Minha Família ficou em choque, meu pai morreu de câncer, meu irmão teve câncer e perdi alguns familiares por causa da doença. Apesar de ter tido total apoio da parte deles, quando o médico mandou raspar meu cabelo, minha família raspou junto, então foi muito bom esse apoio, foi muito confortante” (Entrevistada 1, feminino, 38 anos).

“Foi apavorante, um susto grande, pois a minha previsão de vida era um ano, já estava tudo alterado, então a minha família ficou muito abalada, e não me contaram a real situação, mas são eles que me cuidam em tudo que eu faço” (Entrevistado 2, masculino, 40 anos).

“Foi uma catástrofe pra todo mundo, mudou tudo, quando eles souberam diziam que não ia ser nada, mas todo mundo ficou muito abalado, meu filho chorava muito, sempre me acompanhou, mas parecia que o mundo estava desmoronando para todo mundo, ver que estava adoecendo foi muito sofrido” (Entrevistada 3, feminino, 85 anos).

Categoria 3: Saúde mental e qualidade de vida

Para tal categoria, cinco relatos dos entrevistados demonstraram que a saúde mental influencia na qualidade de vida durante o período de tratamento oncológico, pois na maioria dos relatos, os participantes alegaram que não estavam bem emocionalmente, mas buscavam forças e motivos para se manterem firmes, seja por meio das suas famílias, amigos, a casa de apoio a qual frequentavam ou por meio da fé. O foco mais relevante da qualidade de vida é a promoção à saúde humana, embasada por suas necessidades fundamentais, espirituais ou materiais (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

De acordo com os relatos, os pacientes estavam prejudicados emocionalmente, tanto pelo tratamento, mudanças causadas pela doença, ou até mesmo, os efeitos colaterais e procedimentos invasivos necessários no decorrer do processo, tais acontecimentos são acompanhados pelos sentimentos de incerteza quanto a cura, alterações físicas ou altos e baixos que as neoplasias tem. Teng, Humes e Demetrio (2005), reforçam que pessoas com câncer que estão deprimidas tendem a aderir menos ao tratamento proposto, ocasionando piora no prognóstico, o que gera desesperança, diversas alterações emocionais, levando o paciente a um ciclo vicioso que pode acarretar em suicídio.

Outro ponto bastante citado pelos entrevistados foi como a fé lhes auxilia a se manterem fortes durante todo esse período, dando força para não desistir e seguir em frente em meio a todos os percalços da doença. Deste modo, a espiritualidade entra

como uma área complementar para auxiliar no enfrentamento da doença, é uma forma como os pacientes e as pessoas em seu entorno usam para lidar melhor com estes momentos de dificuldade encontrados no cotidiano do tratamento (SOUZA *et al.*, 2015). Tais acontecimentos ficam representados nas falas abaixo.

“Eu tive muito apoio da minha família e das pessoas da igreja e amigos, não me deixavam ficar sozinha, me apoiavam em tudo, então por mais que o emocional fique muito prejudicado, a gente sinta muito medo, eu consegui ter o apoio que precisava” (Entrevistada 3, feminino, 85 anos)

.“Influencia muito, eu sinto que estou meio fraca da cabeça, pois as vezes quero sumir, sair e não voltar mais, caminhar até desaparecer. Esses dias saí pra caminhar e pensei em não voltar, isso afeta em praticamente tudo, as vezes faltam forças, mas eu tento sempre reagir” (Entrevistada 4, feminino, 53 anos).

“Influencia em tudo, né. Porque é um momento que a gente não está bem, não quer estar passando por aquilo, tem muitas dúvidas, então influencia, deixa a gente mais abalado” (Entrevistada 6, feminino, 68 anos).

Categoria 4: Alterações no estilo de vida

Nesta categoria todos os participantes relataram diversas alterações em seu estilo de vida. Tais mudanças impactaram diretamente em suas relações pessoais, laborais e de lazer, isso se deu, do fato das diversas alterações físicas decorrentes do tratamento, causando assim uma despersonalização do sujeito, uma vez que, não consegue mais realizar atividades que antes lhe era de costume. Segundo Carvalho (2008), durante o tratamento ocorrem diversas mudanças na vida pessoal e social dos pacientes, tais acontecimentos acontecem de forma rápida, abrupta e sem tempo de preparo, o que pode acarretar grande sofrimento aos envolvidos.

Dentre todas as mudanças relatadas pelos entrevistados, uma das principais foi referente a sua vida laboral, pois antes do tratamento conseguiam desempenhar normalmente suas jornadas de trabalho ou atividades domésticas que desenvolvessem e devido aos problemas físicos e emocionais gerados pela doença, tiveram que reduzir ou até mesmo parar com tais afazeres. Tal acontecimento gera sensação de incapacidade e impotência por parte dos indivíduos doentes. A mudança provocada pela doença, faz com que os pacientes muitas vezes abram mão do seu trabalho, da sua rotina do lar e do convívio com outras pessoas. Isso faz com que os

indivíduos fiquem mais dependentes, necessitando de ajuda para realizar atividades que antes eram desempenhadas tranquilamente (MILAGRES; MAFRA; SILVA, 2016).

A questão do lazer foi evidenciada durante as entrevistas, pois os participantes relataram que o tratamento afetou totalmente o lazer, seja por questões financeiras ou até mesmo emocionais, fato este, que causou distanciamento de antigas amizades, reduziu os momentos de prazer que tais atividades antes proporcionavam e fizeram com que os pacientes passassem a ficar mais reclusos em seu âmbito familiar sem muitas interações com demais grupos. Por causa do tratamento, o paciente neoplásico é retirado de todos seus setores de convívio: casa, escola, lugares que frequentava. É afastado dos amigos familiares e é inserido em um novo ambiente com o qual não tem intimidade, com pessoas desconhecidas e um local onde exige uma rotina rígida e exposta. (SANTOS; SILVA; CUSTÓDIO, 2018). Isso pode ser observado nos relatos abaixo:

“Mudou bastante, a gente saia mais e hoje eu não faço mais isso, porque eu canso muito rápido, não tenho o mesmo fiquê que tinha antes” (Entrevistada 1, feminina, 38 anos).

” Eu gostava de sair e beber, pescar, assar uma carne e nunca mais bebi. Meus amigos diminuíram. Antes eu ia em festa, baile, ver meus parentes, não ficava em casa, depois do trabalho ia para o sitio, então isso diminuiu muito, se eu me sentisse sozinho eu pegava meu carro e saia e hoje já sou dependente e não consigo fazer isso” (Entrevistado 2, masculino, 40 anos).

“Mudou bastante, eu tinha mais disposição pra sair, hoje eu não tenho. Não consigo trabalhar como antes, isso me incomoda bastante, meu corpo não acompanha mais o ritmo, não consigo brincar com meus filhos. Querer trabalhar e não conseguir me deixa muito mal” (Entrevistada 7, feminino, 43 anos).

Categoria 5: Ajuda psicológica

Sete dos oito entrevistados revelaram ter atendimento psicológico durante o tratamento de câncer, bem como enfatizam a importância do psicólogo durante este período e sua grande contribuição para o enfrentamento da doença, prestando suporte, escuta ativa e esclarecendo dúvidas pertinentes. De acordo com Venâncio (2004), um dos fatores adotados pelos profissionais da Psicologia, está na necessidade de conscientizar o paciente do seu atual estado de saúde, bem como o desenvolvimento da doença, ou seja, quanto mais informações o indivíduo tiver acerca

do seu quadro, maior será a sua capacidade de enfrentamento do seu adoecer, deste modo, terá mais confiança na equipe responsável pelos seus cuidados.

A relevância do acolhimento durante os atendimentos foi algo bastante ressaltado nas entrevistas. Para Pereira (2008), é de suma importância que o atendimento prestado aos pacientes oncológicos seja acolhedor, informativo e respeitoso, onde há sensibilidade e empatia pelo momento que aquele indivíduo está enfrentando, para que assim, o psicólogo consiga intervir de forma mais eficaz, fazendo com que a pessoa doente não se sinta só, facilitando o manejo do seu tratamento.

Outro ponto bastante trazido pelos entrevistados é como o atendimento psicológico auxilia durante todo o processo da doença, pois o psicólogo consegue enxergar o outro lado da doença. O profissional expõe para o paciente que o atual momento pode ser dividido com os demais, que este pode buscar seus próprios recursos internos para melhor enfrentar a doença e assim diminuir os sentimentos negativos como o medo e a derrota. Desta forma o psicólogo consegue trabalhar com o sofrimento psíquico do indivíduo, atentando para possíveis sintomas de ansiedade, depressão ou perda de sua própria identidade (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Diante disso, os pacientes desenvolvem uma relação de confiança para com o profissional, dividindo todas suas fraquezas, sentimentos, dúvidas e medos e isso se dá devido a conduta do psicólogo durante os atendimentos. Conforme enfatiza Venâncio (2004), dentro de um ambiente de apoio e comunicação, o terapeuta deve constantemente basear-se na realidade. Quanto mais informado o paciente estiver sobre sua condição, maior será sua habilidade de confrontar o processo de adoecimento e maior confiança ele terá na equipe médica. Isso fica evidentes nas falas dos entrevistados a seguir:

“Só a parte do psicólogo estar nos escutando já ajuda muito nessa parte, essa parte de ouvir e entender, porque surgem muitas dúvidas durante todo esse momento, e ter alguém ali pra ouvir e dar suporte é muito bom” (Entrevistada 1, feminina, 38 anos).

“O psicólogo faz com que a gente se sinta mais forte, mais corajosa, com mais vontade vencer a doença e enfrentar o tratamento, então ele ajuda muito a ter vontade de seguir em frente” (Entrevistada 4, feminino, 53 anos).

“A psicologia ajuda muito a gente, a terapia também. Pra mim a ajuda do psicólogo foi muito boa, era como se eu tivesse uma ajuda médica, até melhor que isso, porque a gente começa a pensar no ele fala, ele explica tudo pra gente, então foi bom demais” (entrevistada 3, feminino, 85 anos).

“A doença quando entra na tua vida você pensa que vai morrer e o psicólogo vai te mostrar o contrário, vai tranquilizar, ajudar a enfrentar e é diferente do que você conversar em casa. Em casa as pessoas julgam, fazem comentários maldosos, dizem que é frescura, você ouve muita negatividade. Quando tem um profissional ali que te ajuda, você consegue passar por tudo isso de uma forma muito melhor” (Entrevistada 7. Feminino, 43 anos).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo foi possível compreender o processo de diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer, considerando os aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais que englobam este momento. Tendo como foco a saúde mental e a qualidade de vida destes sujeitos. A partir daí, nota-se que os indivíduos doentes são afetados em diversas esferas do seu cotidiano, como por exemplo, o trabalho, as relações sociais e familiares, as condições físicas, entre outros. Isso tudo desde as suspeitas de uma possível existência da neoplasia, até o diagnóstico final.

Diante dos relatos de cada participante, o impacto do diagnóstico é algo que causa os mais diversos tipos de sentimentos, como o choque inicial, a tristeza, o medo da morte, o desespero, com o tratamento e os procedimentos invasivos, a insegurança frente ao futuro, a negação de estar em um processo de adoecimento. Observou-se que muitos desses sintomas estão associados ao estigma da doença, por ela ainda ser algo visto como uma sentença de morte, abarcada pelo pavor de deixar seus familiares ou até mesmo sua própria vida, fazendo com que os pacientes afetados entrem em um estágio de negação, ou seja, a não aceitação de seu diagnóstico ou de tudo que ainda teriam que enfrentar.

É importante ressaltar a importância da família neste momento, pois diante dos relatos dos entrevistados, ficou evidente que o suporte familiar durante todo o processo foi fundamental para auxiliar os pacientes. Ainda que, todo esse período tenha sido de grande sofrimento para ambos os lados, o seio familiar é responsável por grande parte do suporte emocional e financeiro que os indivíduos recebem durante o tratamento. Logo, os vínculos emocionais fazem com que a pessoa com câncer tenha forças para seguir em frente até mesmo nos estágios mais difíceis do tratamento, seu familiar está ali para instruir e auxiliar no que foi necessário e estimulando o paciente a seguir com o tratamento.

Outro ponto relevante da pesquisa foi como a saúde mental implica na qualidade de vida dessas pessoas durante o tratamento oncológico, no qual, a maioria dos entrevistados relatou estarem abalados psicologicamente frente a todas as mudanças que a doença estava lhes fazendo enfrentar, logo, quanto mais deprimidos estes indivíduos ficavam, menos forças tinham para seguir com o tratamento. Por outro lado, grande parte dos participantes trouxeram a fé para suas vidas, como um meio de conseguir passar por aquele momento de forma mais amena e esperançosa.

Os resultados expressam grandes alterações no estilo de vida do paciente durante e depois do tratamento, principalmente no que diz respeito a vida laboral destes sujeitos, uma vez que muitos tiveram que diminuir ou interromper por completo suas atividades ocupacionais, o que gerou grande impacto na vida financeira e emocional destas pessoas, pois o sentimento de incapacidade e frustração passaram a fazer parte da sua rotina. Em outro ponto as relações sociais e o lazer também sofreram mudanças, pois as condições físicas dos participantes nem sempre permitem que estes consigam realizar atividades que antes eram comuns, como passear, viajar, entre outros, fazendo com que as relações se tornassem mais escassas e distantes.

É importante ressaltar o trabalho do psicólogo durante todo este processo, e os benefícios proporcionados pelo acompanhamento terapêutico. Todos os participantes reconhecem a relevância que este profissional tem durante o tratamento oncológico, seja no auxílio ao enfrentamento da doença, no esclarecimento de dúvidas pertinentes, no acolhimento e escuta qualificada, trabalhando a respeito do sofrimento psíquico do sujeito. Através da minha pesquisa pude conhecer mais sobre a oncologia e a atuação do psicólogo nessa área, aprimorando ainda mais meus conhecimentos através do convívio com os participantes durante as entrevistas. Foi de grande valia realizar esta pesquisa. Concluo com o intuito de despertar novos interesses em pesquisa acerca dessa temática englobada pelas atividades que o profissional da psicologia, pois possibilita adquirir muitos conhecimentos que podem ser levados para a vida profissional.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015.

BECK, Annelise Helena Ullrich. **Psico-Oncologia: a atuação do psicólogo no tratamento de pacientes com câncer**. 2017. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijui, 2017.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CARDOSO, Flávia Tanes. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 1, p. 25-52, 2007.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

COSTA JUNIOR, Áderson L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, n. 2, p. 36-43, 2001.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 85-98, 2011.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 9, n. 2, p. 269-277, 2010.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, V. A. de (org.) **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Ed Summus, 2008.

FIRMINO, Cícero Dennis Braga; DE SOUSA, Milena Nunes Alves. Sentimentos e vivências de familiares em frente ao diagnóstico de câncer na criança. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2013.

FONSECA, Renata; CASTRO, Marcelo Matta. A importância da atuação do psicólogo junto a pacientes com câncer: uma abordagem psico-oncológica. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 2, n. 1, p. 54-72, 2016.

FRANCO, M. H. A. P. Família em psico-oncologia. In: V. A. Carvalho, V. A. (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, Cláudio Henrique Rebello; SILVA, Patrícia Veloso; MOTA, Fernando Freitas. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 139-43, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **INCA em números**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MILAGRES, Maria Alice Santana; MAFRA, Simone Caldas Tavares; SILVA, Emília Pio da. Repercussões do câncer sobre o cotidiano da mulher no núcleo familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 4, p. 738-745, 2016.

MUNIZ, Rosani Manfrin. **Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores**. 2008. 244f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, Elzita Crisóstomo. **Câncer de mama e psicologia oncológica: tratamento e ressignificação do existir**. 2008, 82f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2008.

REGIS, Malena de Fátima Silva; SIMÕES, Sonia Mara Faria. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de enfermagem**, v. 7, n. 1, 2005.

SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. Enfrentamento do câncer em família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, p. 178-186, 2011.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa *et al.* Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 290- 299, 2010.

SANTOS, Renato Caio Silva; SILVA, J. L. M. CUSTÓDIO, Lucas Matheus Grizotto. A doença crônica e o adoecer: efeitos do adoecimento e do câncer no desenvolvimento do adolescente. **Psicologia.PT**, p. 1-13, 2018.

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia *et al.* Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, v. 24, n. 1, p. 35-53, 2013.

SILVA, Shirley de Souza; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; SANTOS, Roberta Montenegro dos. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 73-89, 2008.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015.

SOUZA, Verônica de Moura *et al.* Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 791-796, 2015.

TENG, Chei Tung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

VEIT, M. T.; CARVALHO V. A. Psico-Oncologia: definições e áreas de atuação. *In*: CARVALHO, V. A. (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

VEIT, M. T. BARROS L. H. C. Intervenções em Psico-Oncologia em Instituições. *In*: CARVALHO, V. A. (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

VENÂNCIO, J. L.; LEAL, V. M. S. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 31 mar. 2004.

SAÚDE MENTAL DE CUIDADORES FAMILIARES

Dilmar Ribeiro Pereira¹⁵
Rejane Dutra Bergamaschi¹⁶

Resumo - O cuidado é algo extremamente importante na constituição do ser humano, é a partir dele que se dispensa tempo e atenção aos nossos entes queridos, e onde se vê a necessidade de cuidar também da saúde mental de quem está realizando o cuidado. Com este trabalho objetivamos investigar a importância de buscar o cuidado da saúde mental de cuidadores familiares. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, com abordagem fundamentada em pesquisa bibliográfica. Concluímos que o cuidador familiar, quando não afetado com doença mental, pode ser considerado como a pessoa de referência ao cuidado no ambiente familiar, que atende a todas as necessidades humanas de seu familiar doente, desempenhando sozinha suas atribuições com respeito, dignidade, zelo, disposição e solidariedade, e ainda, demonstra compreensão humana para exercer esta complexa tarefa no ato de cuidar.

Palavras-chave: Saúde mental; Cuidador; Família.

1 INTRODUÇÃO

O fêmur é o osso mais longo do corpo humano. De extrema importância para nossa cultura e civilização, pois encontrá-lo, em um registro antropológico, fraturado em um fóssil de 15.000 anos significa que aquela cultura foi originada, significa que um humano cuidou de outro humano. Esta foi a resposta que a antropóloga Margaret Mead, quando questionada sobre como inicia uma civilização deu a uma estudante em uma palestra (Blumenfeld, 2020). Leva cerca de seis semanas para a plena cicatrização deste osso e o retorno da autonomia do indivíduo. Então temos pelo menos a dedicação de um cuidador por seis semanas para o outro indivíduo.

A tarefa de cuidar de um familiar requer de forma invariavelmente, uma série de situações adversas, implicando nas mudanças no estilo de vida dos mesmos, de acordo com Cerqueira, Oliveira (2002), ou, como vimos, a origem da civilização. Faz-se necessário para o cuidador familiar uma nova rotina, e em certos casos mudanças em sua residência para acomodar o paciente, por vezes, “ele tem que lidar não só com as dificuldades do paciente como a mobilidade, autocuidado e comunicação,

¹⁵ Psicologia - E-mail - pereiradilmar58@gmail.com

¹⁶ Psicologia - E-mail - rejanebergamaschi@gmail.com

como também com os possíveis déficits cognitivos, depressão e mudança na personalidade” (KARSCH, 2003, p. 2).

Nesse contexto, destacamos a importância de se compreender a família como aliada da equipe de saúde, pois ela que atua na promoção do conforto, permitindo que seu membro sinta confiança e, assim, possa investir na sua recuperação (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 2007).

Muitos profissionais de saúde reconhecem o valor da família como parte integrante do cuidado com o doente, e que isso favorece o tratamento. Por outro lado, também se reconhece a dificuldade de orientar e cuidar da família do portador de doença, já que muitas vezes, sem ter uma compreensão prévia do significado dessa doença, o grupo familiar não se julga capaz de colaborar na recuperação do paciente (OLIVEIRA, 2000).

O cuidador familiar, frente ao sofrimento de um de seus membros, assume esse atendimento e responsabilidades. Nesse sentido, os demais membros da família podem sentir que a rotina foi modificada e que isso provoca desorganização e, em alguns momentos, os familiares do doente sentem-se incapazes de relacionarem-se com ele (REINALDO, 2004).

O cuidado é fundamental na constituição do ser humano, é a partir dele que se dispensa tempo e atenção aos nossos entes queridos, e onde se percebe a necessidade de cuidar também da saúde mental de quem está cuidando. É importante conhecer a percepção dos cuidadores familiares em relação ao cuidado diário do portador de doença, repensando as práticas educacionais e assistenciais em relação à sua própria saúde mental. Pensando nisso, ao longo deste capítulo, explanaremos caminhos de conhecimento, diálogo e trocas de saberes como potencial para o desenvolvimento humano e possibilitando novas estratégias educacionais a partir da ciência, para que não aconteça o adoecimento do cuidador familiar.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, com abordagem fundamentada em pesquisa bibliográfica. Rampazzo (1998), define que a fase exploratória é a reunião de informações que auxiliam a compreensão do todo para melhor delimitação da unidade a ser estudada. A pesquisa bibliográfica, de acordo com Siqueira (2005), é elaborada a partir de material já publicado em livros, revistas

científicas, teses e dissertações. Do ponto de vista da natureza, considera-se uma pesquisa básica, pois possui a finalidade de gerar conhecimentos novos e úteis visando a contribuição científica e o avanço da ciência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O cuidar é histórico, sempre esteve presente na vida e história, pois envolve fenômenos existenciais do contexto da vida, como adoecer, morrer, relacionar-se com o outro, faz parte da constituição humana. Sem cuidado deixamos de ser humanos (BOFF, 2005).

Para Martins, Ribeiro, Garrett, (2003), são diversos fatores que se compactuam para determinar os sentimentos que podem ser desencadeados quando se assume o papel de cuidador, podendo ser fatores relacionados ao paciente, o grau de dependência, e as características do próprio cuidador e sua capacidade de se adaptar e enfrentar as adversidades, considerando este o ponto principal.

Assim, é no contexto familiar que se pode concretizar a essência do cuidar. Esta palavra latina deriva de “cura”, que expressa a “atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação”, para com os outros e consigo mesmo (BOFF, 2005, p. 2). Os cuidadores devem estar atentos às mais variadas manifestações de doença, seja ela física ou emocional, inclusive em si mesmos.

Mas o ato de cuidar é também subjetivo, pois necessita da apreensão do cuidador sobre as necessidades do outro. “Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação” (BRASIL, 2008, p. 8).

Cuidar de pessoas envolve percepções, sentimentos, olhar além das aparências, envolvimento, técnica, conhecimento, ética, responsabilidade, vínculo. O cuidado é a mola propulsora que move as relações humanas em qualquer cenário, principalmente no familiar. Só existe cuidado se existe significação emocional deste envolvimento (ANTHIKAD, 2005).

Quanto maior o envolvimento emocional, maior o zelo, o cuidado, a preocupação, a vontade de ajudar; maior o vínculo. Também é possível perceber que o contrário também é verdadeiro, pois o não cuidado implica em não atender à necessidade humana básica que estiver afetada, que pode ser física, biológica, psicológica, espiritual, emocional (GEORGE, 2000). Importante destacar também que

o cuidado pode ser simples ou complexo. Pode ser somente estar ao lado, ouvir, abraçar, tocar, pode exigir a realização de um procedimento ou técnica, mas cercado de elementos subjetivos, que permeiam a relação de cuidado (STEFANELLI, 2008).

Ferreira, Souza e Stuchi (2008), apontam que o doente acaba passando a ser o foco de atenção, onde o cuidador familiar necessita abdicar de algumas rotinas no seu modo de vida para poder se dedicar à esta pessoa.

O acolhimento do cuidador familiar é um grande apoio, uma escuta mais atenta as necessidades e desejos de quem recebe a assistência em saúde, e isso deve ser realizado, com a intenção de favorecer o vínculo entre o profissional e o paciente e sua família. Schneider *et al.* (2008) e Prochnow *et al.* (2008, p.12), afirmam ainda que o acolher humanizaria as relações entre o cuidador e quem recebe o cuidado em saúde. Assim, a presença do acompanhante pode oferecer esse acolhimento ao paciente e ser uma presença muito significativa para um melhor bem-estar do mesmo.

No campo da saúde, o fenômeno “cuidar” tem a compreensão da essência do humano como ele é, a partir das representações, que se expressam em palavras, gestos e atitudes diante das situações vivenciadas (ALMEIDA, 2009).

A busca pelo cuidado integral, permite a reflexão necessária para o entendimento do processo do cuidado, por meio da compreensão dos fenômenos da vivência cotidiana das pessoas, a partir do universo individual de cada um, até chegar ao mundo que o cerca. Para chegar à integralidade do cuidado, nessa perspectiva, idealmente o responsável deveria conhecer completamente o outro e sua relação com o meio, os aspectos relacionados às suas crenças e costumes, cultura, histórico médico, condição social, espiritual, psicológica, valores e princípios (ALMEIDA, 2009). O mesmo autor disserta que desta forma, dá voz ao ser do humano e visibilidade aos fenômenos por eles vividos, portanto, permite ao cuidador familiar cuidar a partir de sua singularidade.

Para Oliveira (2002), em cada cultura, a doença, a resposta individual à mesma, os indivíduos que a experienciam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas, estão interconectados. Assim, fica evidenciada a necessidade da busca da integralidade da assistência, e a importância de todos os atores envolvidos no processo de cuidar, do cuidado e do cuidador, para que o vínculo necessário se estabeleça. E perceber as diferenças culturais tem se tornado um desafio, tendo em vista a diversidade cultural e crescente complexidade das intercorrências que acometem o ser humano.

O foco dos profissionais se direciona para o cuidado, neste sentido, também deve ser direcionado às necessidades vividas por aqueles que compartilham a vivência da doença, pois cada ser é único em sua experiência de vida, em suas atitudes, fracassos, vitórias, seu contexto familiar (STEFANELLI, 2008). Segundo Boff (2005), o cuidado é uma constituição ontológica sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz; cuidado subministra o solo em que toda a interpretação do ser humano se move. Ou seja, é essência do ser humano e determinante de sua ação.

Um outro ponto a ter em conta é a sobrecarga que o cuidador vive devido aos fatores geradores de stress e ansiedade (VIANA, 2003). Esta sobrecarga pode estar ligada a uma dimensão objetiva, que é o caso dos acontecimentos e atividades concretas, como a dependência econômica, mudança na sua rotina, a falta de tempo para si mesmo, entre outros ou a uma dimensão subjetiva que inclui os sentimentos de culpa, de vergonha, baixa autoestima e a preocupação excessiva com o familiar doente.

Percebemos então que outra dimensão acerca do cuidado da pessoa enferma surge quando se ampliam horizontes no sentido de extrapolar os muros da assistência ao ser que adoece. É um horizonte ampliado para pensar e fazer, quando se pensa também na família, no cuidador (STEFANELLI, 2008).

Cabe ao profissional de saúde, especialmente psicólogo, refletir sobre o seu papel em situações como essa. Sua função seria tanto a de facilitar a comunicação franca entre os envolvidos como a de reforçar o trabalho estrutural e de adaptação dos cuidadores familiares no enfrentamento da crise. O apoio, a clarificação, o fortalecimento dos vínculos familiares e dos mecanismos adaptativos de preservação do ego devem fazer parte do foco de sua atuação (Ballone, 2004). Tonetto e Rech (2001) lembram que não existe o perfil de um profissional apenas que dê conta desta situação, o trabalho humanizado de todos os profissionais da equipe é fundamental.

Esse é o desafio, de compartilhar a essência do cuidado à saúde mental aos cuidadores familiares, informais, que não possuem o saber científico, mas que estão munidos de um saber popular. Em uma nova concepção de promover saúde e prevenção de doenças, o papel do cuidador familiar recebe maior destaque.

Prevista na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a definição de cuidador é:

Alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2008, p. 8).

Segundo Viana (2003), o cuidador familiar, é visto como alguém desprovido de interesses pessoais, mas submerso na vontade de ajudar, cuidar, aliviar a dor, desconforto, sofrimento, prevenir doenças, auxiliar no crescimento e desenvolvimento do outro; é um cuidado a qualquer hora, a qualquer pessoa, em qualquer idade.

O cuidado que se estabelece nas relações familiares é individualizado, personalizado, pois levam em consideração as necessidades estabelecidas e as condições de realizá-lo. Também o autocuidado ao enfermo deve ser estimulado e ensinado, para que a autonomia individual continue na medida de suas possibilidades mesmo diante de situações de enfermidades instaladas. Deve ser realizado ao outro somente aquilo que ele esteja impossibilitado de realizar.

O sofrimento do cuidador familiar pode ser mais intenso ainda, se este não possuir conhecimento sobre a doença, o tratamento, e as formas que pode contribuir no cuidado. Esse cotidiano do cuidado precisa ser bem esclarecido para que os familiares encontrem os melhores mecanismos para manutenção de sua própria saúde mental.

A saúde mental do cuidador pode desgastar as relações de cuidado:

O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez (BRASIL, 2008, p. 10).

Para quem cuida do portador de enfermidade, o fardo pode ser muito pesado, causando doença mental, pois muitos ainda são isolados socialmente, ainda existe preconceito, medo, falta de acesso e isso não fica centralizado só ao portador, como também ao seu familiar (LEITE, 2014).

De acordo com Fonseca, Pena, Soares “o alto grau de envolvimento com os cuidados do paciente e o déficit no autocuidado demonstram que ser cuidador implica, muitas vezes, anular-se, deixar de lado sua vida particular para assumir a vida do outro” (FONSECA; PENA; SOARES, 2008, p. 8)

De acordo com Rosa (2003), a “renúncia de suas próprias vidas” em prol ao cuidado é evidente. Reuniões sociais, passeios, férias, eventos familiares são

deixados de lado, pela impossibilidade de ter com quem deixar seus familiares dependentes de cuidado. Isso acaba transferindo aos seus cuidadores a necessidade de abrir mão de suas próprias vidas em função do cuidado.

A presença da doença mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste. (PEREIRA, 2003, p. 92).

Normalmente, não é só o paciente quem adoece, mas todo o complexo familiar é abalado, vê-se a dissolução de um de seus mitos, como aponta Rolland, "de que doenças fatais só acontecem com os outros". Como descreve (Rolland; et al., 1998), "as famílias enfrentam a perda da vida 'normal', tal como era antes do diagnóstico, sendo obrigadas a fazerem o luto pela perda da condição de vida que tinham enquanto unidade familiar antes da doença, bem como o luto decorrente da perda dos sonhos e da esperança depositada no futuro".

Neste sentido, o suporte oferecido pelas instituições de saúde ao cuidador familiar, é fundamental para a compreensão dos fenômenos e para que esse não sofra de doença mental, desgaste físico, emocional, psicológico da convivência com o doente. O cuidador necessita manter sua integridade física, emocional e mental para planejar maneiras de convivência (BRASIL, 2008, p. 10).

Mas as famílias, em geral, precisam de amparo para a possibilidade de solucionar seus problemas, suas dúvidas, angústias, discutindo-as com os profissionais, trocando informações, na busca de uma forma mais saudável de lidar com os entraves cotidianos, para uma vida com boa qualidade. Precisam de cuidado e para cuidar é necessário que se busque a essência de nosso ser e redobrar nossa atenção sobre o cuidado é ter a sensibilidade de se colocar no lugar do outro (COSTA, 2005).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisou-se com a realização desta pesquisa que o cuidador familiar, quando não afetado com doença mental, pode ser considerado como a pessoa de referência ao cuidado no ambiente familiar, que atende a todas as necessidades humanas de

seu familiar doente, desempenhando sozinha suas atribuições com respeito, dignidade, zelo, disposição e solidariedade, e ainda demonstra compreensão humana para exercer esta complexa tarefa no ato de cuidar e acolher.

O trabalho dos cuidadores familiares, se faz muito necessário, pois exercem um papel importante de cuidado e atenção, tornando-se de grande importância que eles cuidem de sua saúde mental, para que consigam exercer seu trabalho com boa qualidade.

Quando pensamos na atividade do cuidador familiar, logo temos no imaginário popular que ele é uma pessoa extremamente bondosa e imbuída do cuidar daquele familiar acometido por alguma enfermidade. No entanto, não é possível compreender tal função, ou papel, como se fosse algo vocacional e com dedicação integral. Cuidar de um familiar exige, obviamente, a dedicação e o zelo, mas não pode gerar ansiedade, estresse e outros problemas de ordem emocional e psicológica na pessoa desempenha o cuidado.

Faz-se necessário organizar outras estratégias para práticas mais assertivas, em que todos sejam beneficiados, o paciente, a família e o cuidador, por isso, acreditam-se que é fundamental dialogar sobre o tema sempre que necessário entre todos os membros da família, sempre objetivando a melhor solução para que ninguém se sobrecarregue, e que o cuidado e o acolhimento de seu ente querido seja um prazer e uma satisfação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 32, n. 3, 2009.

ANTHIKAD, J. **Psicologia para enfermagem**. São Paulo: Reichmannn& Autores Editores, 2005.

BOFF, L. **Virtudes para um mundo possível**. Petrópolis: Vozes, 2005.

BLUMENFELD, R. Como um osso humano de 15.000 anos pode ajudá-lo durante a crise do Coronavírus. *Revista Forbes*. 2020
<https://www.forbes.com/sites/remyblumenfeld/2020/03/21/how-a-15000-year-...>
<https://iela.ufsc.br/do-femur-a-vida-quebrada/> Data agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: MS, 2008.

COSTA, E. **Manual de enfermagem psiquiátrica: gerenciamento e cuidado.** Florianópolis: IPQ/SC, 2005.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; SOUZA, Claudenice Leite Bertoli de; TUCHI, Zaiana. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 1, 2008.

GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria clínica.** 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

LEITE, C. D. S. M. *et al.* Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 48-56, 2014.

MARTINS, Teresa; RIBEIRO, José Pais; GARRETT, Carolina. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003.

OLIVEIRA, A. M. N de. **Compreendendo o significado de vivenciar a doença na família: um estudo fenomenológico e hermenêutico.** 2000. 174f. Dissertação (Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

OLIVEIRA, F. A. de. **Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação.** **Interface comunicação, saúde, educação.** v. 6, n. 10, 2002.

PEREIRA, M. **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família.** **Revista Escola de Enfermagem.** São Paulo: USP, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Editora Cortez, 2003.

REINALDO, A. M. S; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem.** São Paulo: USP, v. 38, n. 4, dez 2004.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação.** São Paulo: UNISAL, 1998.

SIQUEIRA, S. **O trabalho e a pesquisa científica na construção do conhecimento.** 2. ed. Governador Valadares: Univali, 2005.

STEFANELLI, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** Barueri: Manole, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VIANA, A. L. *et al.* Sentindo-se cuidado pela família: a percepção do paciente, o acompanhante. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, maio/ago. 2003.

QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES E A PANDEMIA COVID 19

Maria Tais de Melo¹⁷
Simone Regina Dias¹⁸
Arceloni Neusa Volpato¹⁹

Resumo - Esta pesquisa objetivou identificar o impacto dos fatores relacionados à pandemia de Covid 19/2020, que possam estar interferindo na qualidade de vida dos professores que atuam na rede de ensino do Estado de Santa Catarina - Brasil. Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória que foi analisada na perspectiva quali/quantitativa, com a aplicação de um instrumento adaptado do Inventário de Sintomas de Estresse para adultos (LIPP, 2004), a fim de avaliar a presença de estresse, as fases do estresse (alerta, resistência, exaustão, os sintomas físico e psicológicos mais frequentes, além de outras questões para mapear os impactos da transposição realizada. A amostra contemplou 520 respostas recebidas e em relação aos resultados, destaca-se um contingente de professores que estão sentindo diretamente as consequências deste processo, pois na escala de monitoramento do processo de estresse, apenas 9% dos entrevistados estavam assintomáticos e 20% já em estágio de exaustão absoluta. Espera-se que os resultados possam servir de base para estruturação de políticas voltadas à saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde; Professor; COVID 19.

1 PARA INÍCIO DE CONVERSA

Estamos vivendo um momento histórico sem precedente, com a pandemia oriunda na China em 2019, que passou pela Europa e chegou ao Brasil oficialmente em 18 de março de 2020. A pandemia causada por uma sepa de corona vírus, surgida em Wuhan na China, que gerou a doença denominada COVID 19, alterou a dinâmica global em todos os níveis e na totalidade dos cenários planetários. Alterou também o cenário educacional, que sofreu o impacto direto destas novas demandas.

Cabe ressaltar que já havia uma preocupação com a saúde ocupacional dos professores, o que se intensificou diante deste novo cenário. O estilo de vida intenso a que se submetem os profissionais da educação decorre, muitas vezes, de necessidades financeiras em busca da manutenção de um padrão social, fazendo com que o professor estabeleça para si um ritmo rigoroso de atividades envolvendo diversos vínculos empregatícios e a vida doméstica. Em muitos casos, isso propicia o surgimento do estresse. Soma-se a isso o fato de este profissional trabalhar em

¹⁷ Assistente Social e Neuropsicologia - E-mail - mariataism@gmail.com

¹⁸ Comunicação Social - E-mail - sidias1@hotmail.com

¹⁹ Letras - E-mail - arceloni.volpato@gmail.com

situações adversas impostas pela profissão, que impõe grande demanda de atividades variadas, em turnos diferentes, podendo afetar o desenvolvimento físico, gerar distúrbios mentais, neurológicos, psiquiátricos, fonoaudiológicos e gastrointestinais, como comentam Costa, Morita e Martinez (2000).

Decorrente da situação pandêmica, as atividades presenciais dos diversos setores, exceto atividades da saúde e essenciais, foram suspensas e instalou-se o isolamento social. A necessidade de dar continuidade aos diversos níveis e atividades de educação remeteu a quase totalidade dos professores à educação remota, com características próprias. Boa parte do contingente de professores não estava habilitada ao exercício de sua profissão com tais características, empregando novas ferramentas tecnológicas para dar conta da continuidade das atividades laborais.

Ao se fazer a transposição para o ensino remoto, houve a necessidade, para o desenvolvimento de suas tarefas, de abandonarem a vulnerabilidade digital e buscarem a competência da educação digital, a partir de ferramentas que garantissem o magistério e o que passamos a executar como educação síncrona ou remota. Os professores, em um curto espaço de tempo, foram obrigados a se apropriar das tecnologias digitais e mergulhar neste universo. Mas como será que se sentem diante dessas novas demandas? Quais os impactos disso em sua qualidade de vida?

A prática diária destes profissionais constitui-se em uma complexa trama de situações relacionadas a mediações de processos pedagógicos complexos e aos fatores da organização do trabalho que contribuem para a ocorrência de estresse.

A Organização Internacional do Trabalho (1986) conceitua o estresse do trabalho como um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar sua saúde. Os principais fatores geradores de estresse presentes no meio ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas.

Somando-se a isto, o atual cenário pandêmico da COVID 19 - que levou a uma rápida mudança dos modelos de ensino e aprendizagem com a parada repentina das aulas presenciais e a necessidade de adoção de estratégias de educação remota que levaram estes profissionais a terem que se reinventar - nos coloca diante da seguinte questão norteadora, que esta pesquisa visa responder: Quais os impactos relacionados às novas demandas pandêmicas da COVID 19 na qualidade de vida dos professores que atuam nas instituições de ensino de Santa Catarina?

A RELAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COM A QUALIDADE DE VIDA

Os trabalhos executados nas organizações apresentavam e continuam apresentando, além do desgaste físico, a recusa dos responsáveis pela produção em reconhecer a dimensão emocional do indivíduo. (SCHEIN, 1982; MASLACH; LEITER, 1999).

As relações dos indivíduos com seu trabalho acabam por influenciar no estilo de vida e na saúde dos profissionais que cuidam. Reportando o pensamento da doutrina humanizadora do Ministério da Saúde, deve-se lembrar de que para que o cuidado prestado aos clientes seja adequado, são necessários ambientes recursos e condições dignas de trabalho para que os profissionais de enfermagem desenvolvem suas atividades laborais. (DESLANDES, 2007, p. 190).

É importante lembrar que as condições de ambiente de trabalho, tais como: espaço físico, ergonomia, pressão psicológica, falta de equipamentos e medicamentos, atividade ocupacional, podem afetar a qualidade do atendimento no trabalho (GUIMARÃES; GRUBITIS, 1999). Durante toda a vida profissional, o empregado médio perde um ano de trabalho devido a doenças provocadas pelo estresse, pois pelo menos três quartos das doenças tratadas pelos médicos são de origem psicossomática (COLEMAN, 1992).

No Brasil, a maior representação de profissionais da educação encontra-se nas escolas de rede básica. Os fatores ligados ao ambiente, ergonomia e ao perigo constante do risco estressor justificam a tensão e ansiedade, as quais se tornam mais evidentes na medida em que os anos passam e a idade começa a pesar nas atividades laborais.

Muitos profissionais desenvolvem como mecanismo de defesa uma certa frieza emocional, para darem conta de desenvolver com eficiência suas atividades profissionais. Tais fatores, mencionados por Pitta (1994), além de gerar as defesas psicológicas, impõem demandas da mesma natureza e acarretam o estresse crônico, o qual pode agir como potencial contribuidor, para agravos e danos à saúde do trabalhador. O estresse excessivo tem sido considerado um dos principais problemas do mundo moderno, sendo tema de interesse da Organização Mundial da Saúde. Pode interferir na qualidade de vida de ser humano, levando-o a uma série de prejuízos: problemas de interação social, familiar, falta de motivação para atividades em geral, doenças físicas e psicológicas, além de problemas no trabalho (LIPP, 2004).

Estudos na área do estresse ocupacional têm sido realizados nos diversos campos de atuação profissional, tais como: empresarial, industrial, educacional e da saúde. É primordial, portanto, que os professores se encontrem em condições físicas e psicológicas favoráveis para que possam desempenhar suas funções com qualidade, tanto no sentido da eficiência quanto da qualidade de sua saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizou uma abordagem qualitativa e quantitativa. Os 520 (quinhentos e vinte) sujeitos da pesquisa (professores em exercício) foram convidados a participar por meio da lista de e-mails cadastrados no sindicato ou através de convite pelo aplicativo de comunicação Whatsapp, que dava acesso ao instrumento de pesquisa, organizado no *Google docs* para a coleta dos dados, que estava sediada no portal institucional do SINPROESC. Seguimos os critérios de inclusão: professores que atuam em escolas do Estado de Santa Catarina dos três níveis de ensino: básico, médio e superior, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, com consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento aplicado entre os meses de julho e setembro de 2020, frente à pandemia de COVID 19 e também do Inventário de Sintomas de Estresse para adultos (adaptado de LIPP, 2004), para avaliar a presença de estresse, as fases do estresse (alerta, resistência, exaustão e acrescentamos a fase assintomática), e os tipos de sintomas físicos e psicológicos mais frequentes. Salientamos que o LIPP foi utilizado como referência de sintomas, e não como teste psicológico. Realizamos as adaptações necessárias ao contexto pesquisado e introduzimos a categoria assintomático.

Assim sendo, a pesquisa foi norteadas pelas seguintes variáveis: sintomas de estresses em alguns dados apresentados no ambiente de trabalho e fatores desencadeadores dos sintomas de estresse. Esta última categoria identificará as seguintes fases:

- a) **Assintomática:** na falta de sintomas ou ocorrência de menos de quatro sintomas.
- b) **Alerta:** na ocorrência de sete ou mais sintomas. É a fase de contato com a fonte de estresse, com suas sensações típicas na qual o organismo perde o

seu equilíbrio e se prepara para enfrentar a situação estabelecida em função de sua adaptação. São sensações desagradáveis, fornecendo condições para a reação a estas, sendo fundamentais para a sobrevivência do indivíduo;

- c) **Resistência:** na ocorrência de quatro ou mais. É a fase intermediária em que o organismo procura o retorno ao equilíbrio. Apresenta desgaste, com esquecimento, cansativo e duvidoso. Pode ocorrer nesta fase a adaptação;
- d) **Exaustão:** na ocorrência de nove ou mais sintomas. É a fase “crítica e perigosa”, ocorrendo uma espécie de retorno à primeira fase, porém agrava com os comprometimentos físicos em forma de doenças.

A análise e discussão dos resultados da pesquisa foram embasadas pelas seguintes variáveis: sintomas de estresses apresentados no ambiente de trabalho e fatores desencadeadores dos sintomas de estresse. E a temporalidade do estudo foi distribuída temporalmente de acordo com o cronograma a seguir:

Quadro 1 - Cronograma

AÇÃO	PERÍODO
Elaboração do projeto de pesquisa	Julho de 2020
Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa	Agosto de 2020
Coleta dos dados	Setembro de 2020
Elaboração do relatório final	Outubro de 2020

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

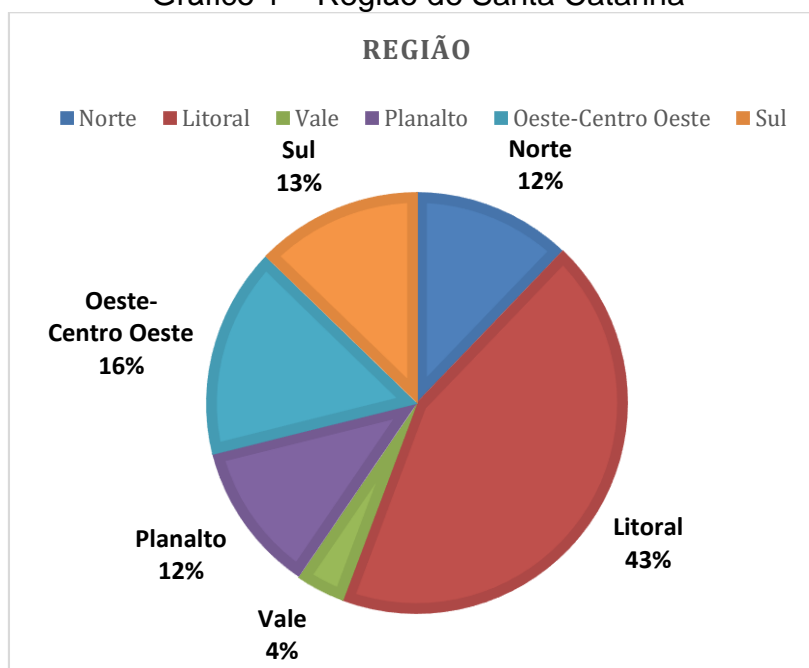
Após a coleta dos dados, os mesmos foram analisados e tabulados com o auxílio da ferramenta Excel. A apresentação desses resultados foi do tipo descritiva, onde os dados foram apresentados por meio de gráficos para que se facilite a visualização dos resultados. A análise tem o propósito de organizar e sintetizar os dados de forma que possibilite o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 REGIÕES PESQUISADAS

O estado de Santa Catarina foi dividido em seis áreas para a coleta dos dados, considerando a diversidade geográfica, cultural e socioeconômica regional. Aqui foram mapeadas as procedências dos entrevistados participantes da pesquisa.

Gráfico 1 – Região de Santa Catarina



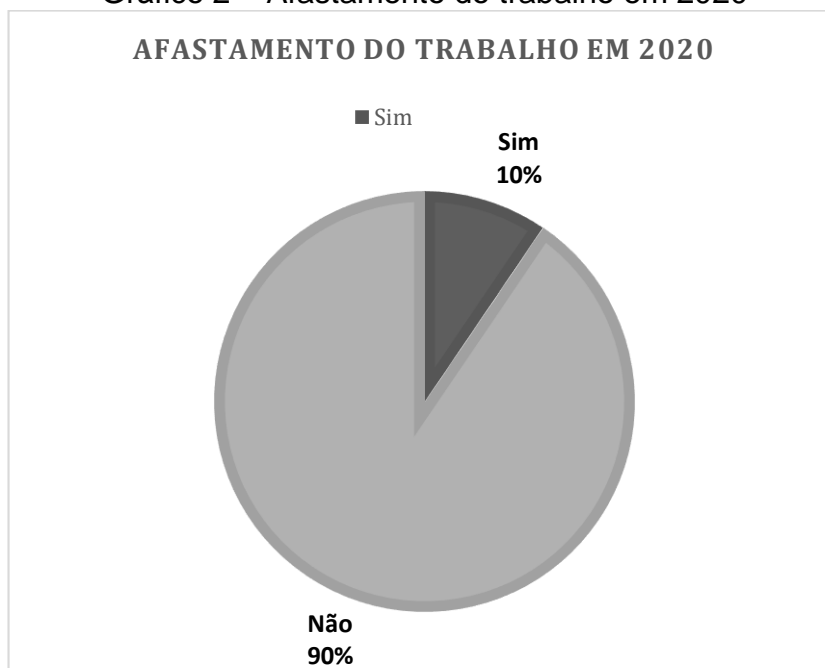
Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Podemos verificar neste gráfico que temos respondentes em todas as regiões para onde foram encaminhados o questionário. Havia a expectativa de retorno paritário, o que ocorreu em quatro das regiões. A região do Litoral apareceu com um percentual maior e a da Vale ficou abaixo do esperado.

4.2 Afastamento e motivo de afastamento do trabalho no ano de 2020

Esta questão buscou mapear se o entrevistado solicitou afastamento do trabalho no ano de 2020.

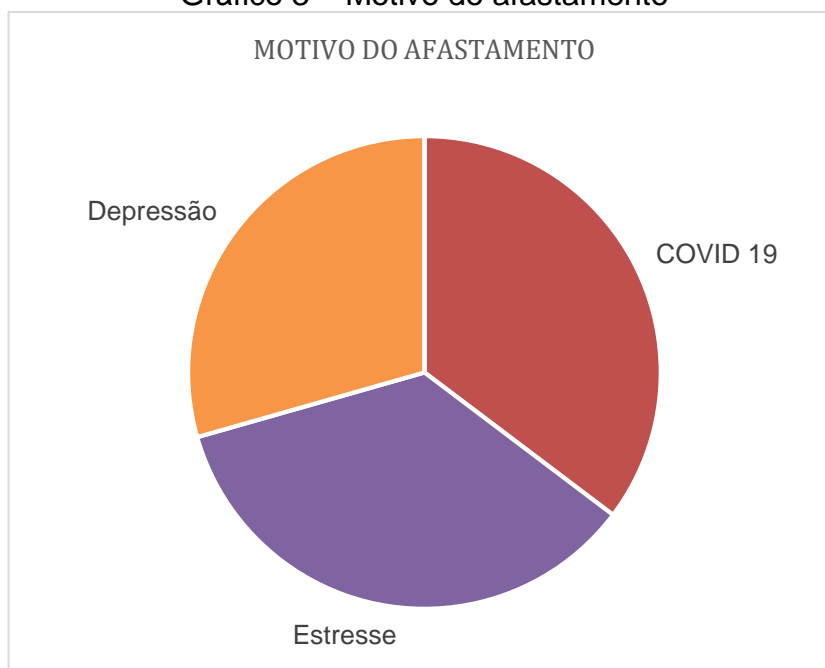
Gráfico 2 – Afastamento do trabalho em 2020



Fonte: Dados primários (2020)

Os resultados apontam para uma ocupação e manutenção das atividades laborais educativas de 90%. Apenas 10% dos professores fizeram uso de atestados e distanciamento do trabalho no período de pandemia. Para os que responderam positivamente, solicitou-se que identificassem o motivo do afastamento.

Gráfico 3 – Motivo do afastamento



Fonte: Dados primários (2020)

Estes gráficos ilustram o índice de absenteísmo e o CID que ocasionou o distanciamento das atividades laborais. No gráfico 2, pode-se verificar que o índice na rede estadual e de absenteísmo está em 10%. Este percentual está dentro da média se comparado, por exemplo, aos profissionais da saúde que, em média, é 10%, e aos profissionais da educação pública, que também oscila em 10%.

O absenteísmo é uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho. Isto é, a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal (CHIAVENATO, 1994). O seu estudo científico é restrito e tratado mais como um índice de análise sobre o desempenho organizacional.

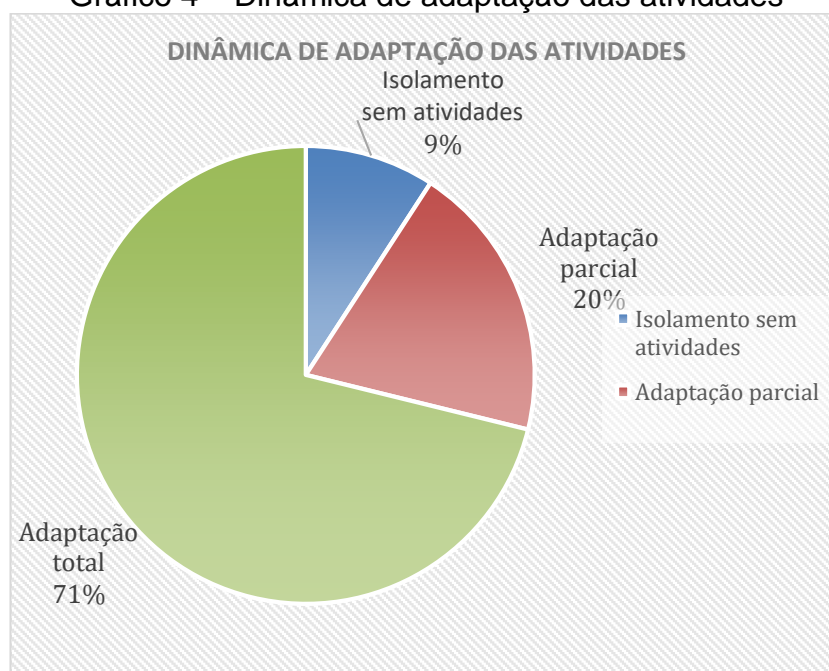
Segundo Chiavenato (1994), o absenteísmo nem sempre está ligado ao trabalhador, pode estar na organização, por apresentar diferença na estrutura e na supervisão, em decorrência das precárias condições do ambiente de trabalho, condições psicológicas, relacionamentos interpessoais, entre outros fatores. Na educação, encontram-se com frequência pesquisas sobre o absenteísmo decorrente do adoecimento do professor. Nessa linha, temos os estudos de vários autores, como Parra (2005), Neto e Silvany (2005), Porto et al. (2007) e Gomes (2002), que apresentam como causa do absenteísmo o adoecimento decorrente da complexidade da atuação do docente.

Ainda nesta linha, Paschoalino (2008) apresenta importantes informações e reflexões sobre o adoecimento do professor e sua associação com as licenças médicas. Com relação a Santa Catarina, segundo o Portal G1-NSC, de 22 de outubro de 2019, temos uma média de 25 pedidos de afastamento por dia letivo. Segundo o Sindicato dos Trabalhadores em Educação na Rede de Ensino de Santa Catarina (SINTE-SC), em 2018, foram em média 30 pedidos de afastamento por dia letivo. Em 2019, a média baixou para 25 por dia letivo. O SINTE alerta que este índice continua alto.

4.3 DINÂMICA DE ADAPTAÇÃO DAS ATIVIDADES

Os dados apresentados para esta questão vislumbram indicar as dinâmicas de adaptação das atividades adotadas pelas instituições de ensino em que o público-alvo da pesquisa atua.

Gráfico 4 – Dinâmica de adaptação das atividades



Fonte: Dados primários (2020)

Quanto à dinâmica de adaptação das aulas, verificamos que 9% responderam que ficaram estes seis meses de pandemia sem atividades com os alunos, o que se revela um dado preocupante, levando em conta o número estimado de alunos no Estado.

Outros 20% relataram que as atividades foram adaptadas parcialmente com entrega de algum tipo de atividade. Outro dado preocupante, pois se somarmos aos 10% que não tiveram atividades, temos um contingente de quase 30% com as atividades escolares prejudicadas. Já 71% relataram que todas as atividades foram adaptadas. Estes dados nos levam a inferir que houve uma disparidade na dinâmica de adaptação nas instituições de ensino.

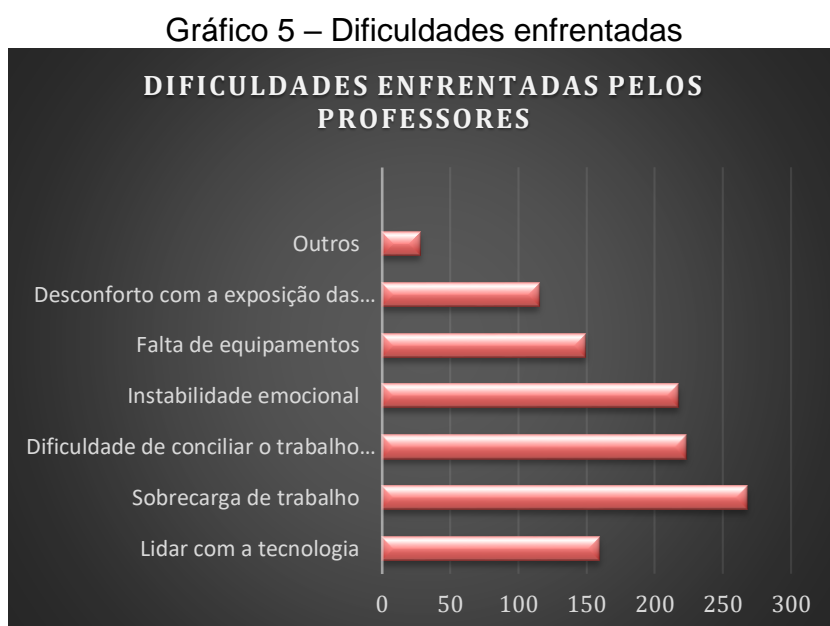
Em geral, notou-se que as instituições de ensino particulares foram mais ágeis no processo de adaptação, enquanto a rede pública demonstrou mais morosidade na adaptação das atividades. Soma-se a isso, muitas vezes, a restrição de recursos tecnológicos para dar conta da referida transposição das atividades.

Tatiana Klix, diretora do Porvir, um portal especializado em inovações em educação, expõe que entre as inúmeras questões, um dos desafios mais impactantes foi a necessidade de adaptação a uma situação para a qual ninguém estava preparado. E acrescenta que “não é só uma questão de saber ou não usar a tecnologia ou de os alunos terem ou não computador em casa. A situação fica difícil também porque ninguém estava preparado para promover aprendizado de uma maneira

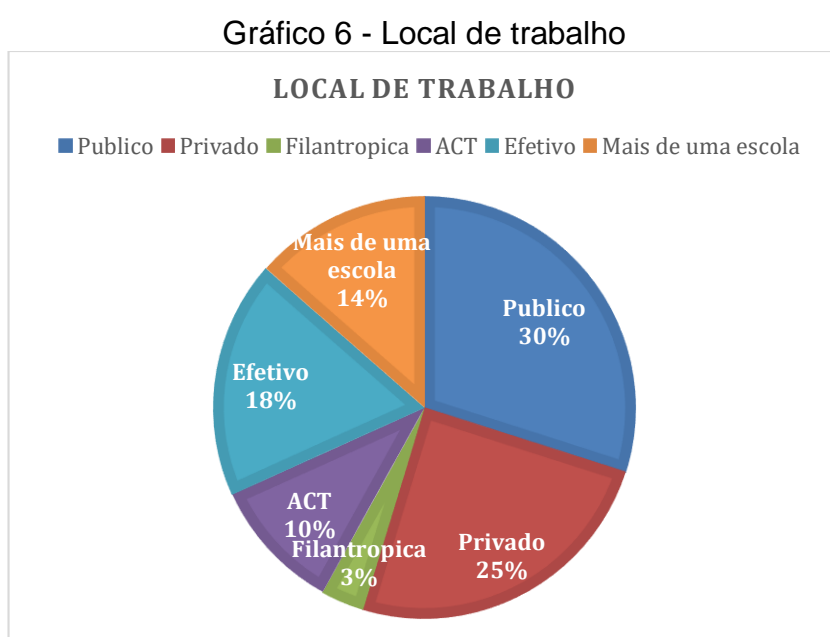
diferente. Estamos precisando nos adaptar muito rapidamente sem ter um horizonte lá na frente.” (GIFE, 2020)

4.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFESSORES

Esta questão visou identificar as dificuldades mais evidentes na percepção dos professores diante do cenário da pandemia.



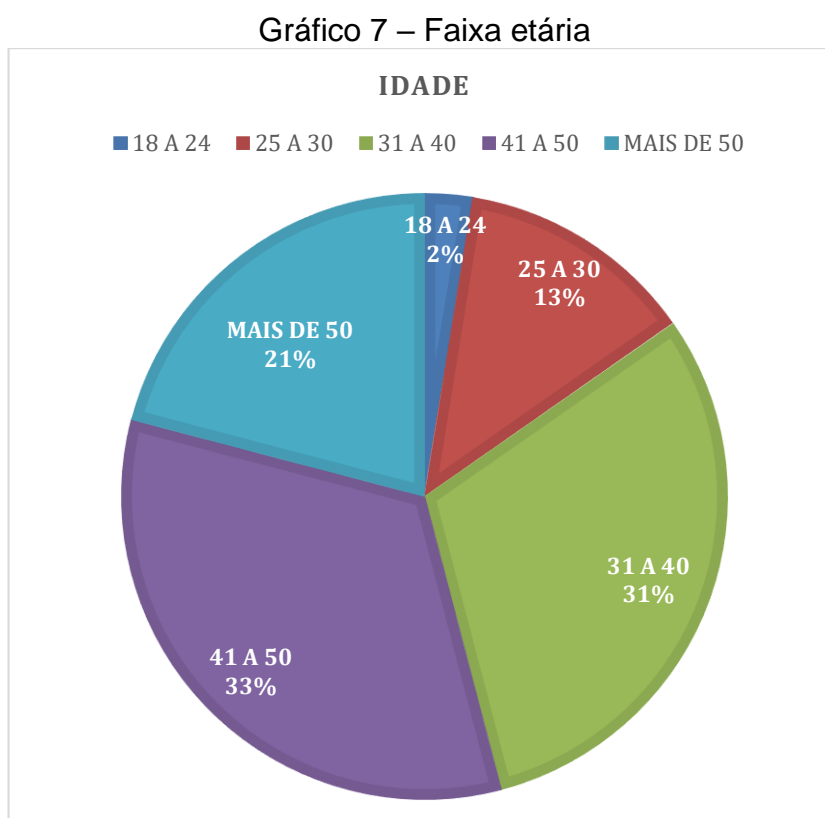
Fonte: Dados primários (2020)



Fonte: Dados primários (2020)

Este gráfico evidencia que 30% dos professores que aderiram a pesquisa são da rede pública, sendo 18% efetivos e 10% contratados em caráter provisório (ACT) e 2% não responderam se eram efetivos ou ACT. Quanto a rede privada tivemos 25% dos entrevistados. Um dado que chamou a atenção foi que 14% atua em mais de uma escola ou universidade e apenas 3% em filantrópicas.

4.5 FAIXA ETÁRIA



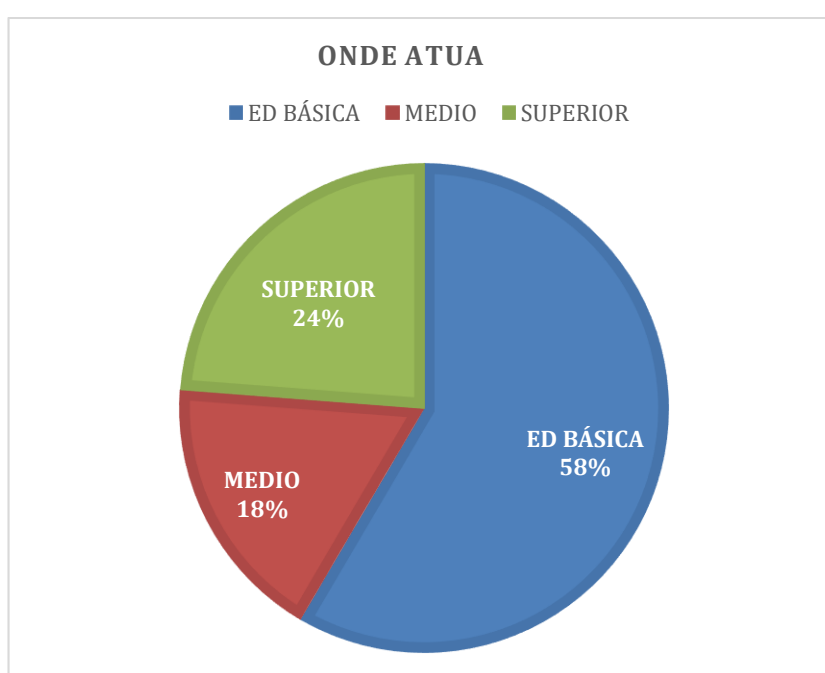
Fonte: Dados primários (2020)

O gráfico anterior nos mostra que 75% dos professores têm mais de 30 anos, isto corrobora com estudos ministrados pelo INEP através de panorama do perfil do professor da educação básica no Brasil que foi traçado, com dados extraídos do Censo da Educação Básica dos anos de 2009, de 2013 e culminados em 2017. São analisadas características demográficas, do contexto de trabalho e da formação do docente. O estudo demonstrou que os professores típicos brasileiros em 2017 são mulheres (81%), de raça e de cor branca (42%) ou parda (25,2%), com idade média de 41 anos, alocadas, prioritariamente, nas etapas iniciais da educação básica. Uma minoria declarou ser portadora de necessidades especiais (0,31% em 2017). A

escolaridade do professor é predominantemente de nível superior em todas as etapas de ensino – sendo que a maior parte é em licenciatura. Dos graduados, 36% são portadores de títulos de pós-graduação lato ou stricto sensu. A maior parte dos professores é concursada e leciona em apenas uma escola, 38% em uma única turma e 40% ministra uma única disciplina.

4.6 NÍVEL DE ATUAÇÃO

Gráfico 8 – Nível de atuação



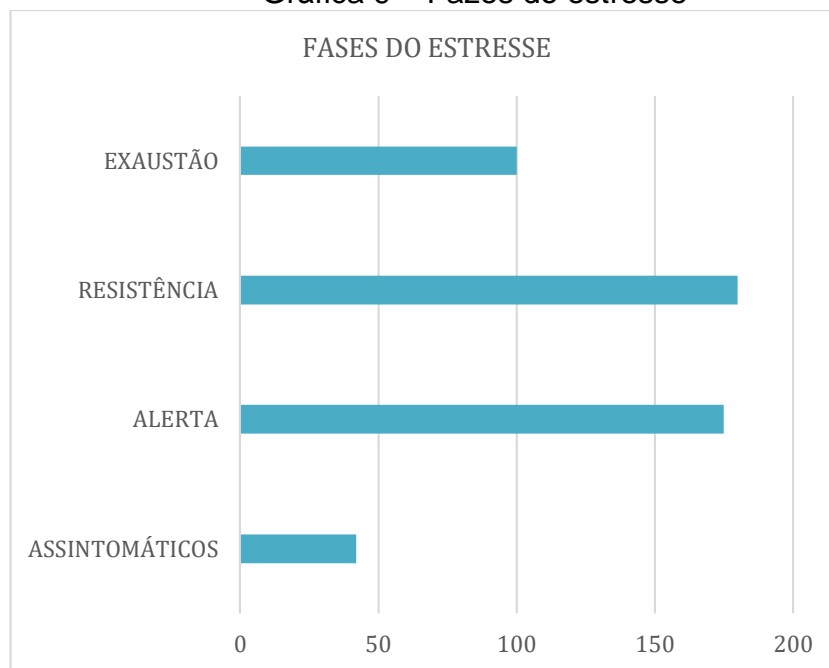
Fonte: Dados primários (2020)

Estes dados nos mostram que temos entre os entrevistados, 58% de professores atuando na Educação Básica, 18% no Ensino médio e 24% no nível superior.

4.7 FASES DO ESTRESSE

Este gráfico indica as fases do processo de estresse em que os sujeitos entrevistados se encontram:

Gráfica 9 – Fases do estresse



Fonte: Dados primários (2020)

Os dados evidenciam que:

- A) Assintomáticos:** São considerados assintomáticos os que não apresentaram sintomas ou se apresentaram menos que 4 sintomas dos elencados. **Tivemos 9% de percentual de assintomáticos.**
- B) Fase de Alerta:** Na ocorrência de quatro ou mais sintomas. É a fase de contato com a fonte de estresse, com suas sensações típicas na qual o organismo perde o seu equilíbrio e se prepara para enfrentar a situação estabelecida em função de sua adaptação. São sensações desagradáveis, fornecendo condições para a reação a essas sendo fundamentais para a sobrevivência do indivíduo. Segundo Greenberg (2005), a reação de alarme corresponde a um estado de choque, onde é ativado o sistema nervoso autônomo, em sua porção simpática, assim ativando as respostas físicas, mentais e psicológicas ao estresse durante a reação de alarme. O organismo apresenta um aumento da sua capacidade orgânica, preparando-se para agir, lutar ou fugir. É caracterizada por apresentar taquicardia, hiperventilação, tensão muscular, aumento da sudorese, dilatação das pupilas e ansiedade. Esta fase dura desde

alguns dias até semanas. 24% dos sujeitos entrevistados estão nesta faixa verde de alerta ao processo de estresse.

Gráfico 10 – Sintomas da fase de alerta

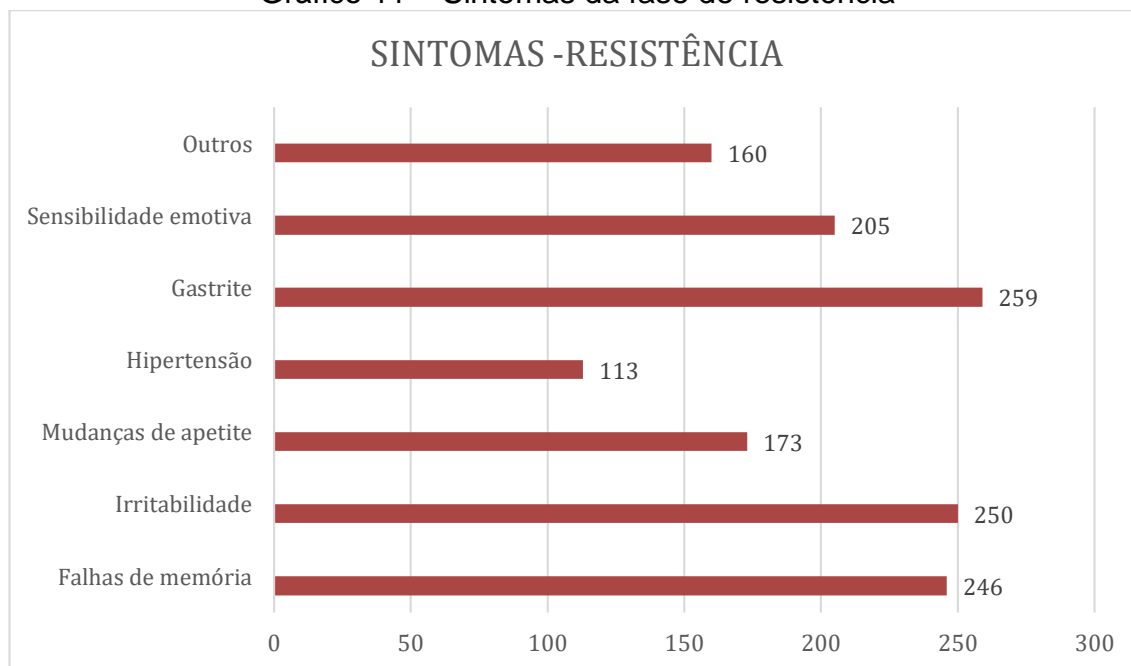


Fonte: Dados primários (2020)

- C)** Fase resistência e luta. Na ocorrência de sete ou mais sintomas. É a Fase intermediária em que o organismo
- D)** procura o retorno ao equilíbrio. Apresenta-se desgastante, com esquecimento, cansativo e duvidoso. Pode ocorrer nesta fase a adaptação; nesta fase ocorre quando a exposição do indivíduo aos fatores causadores de estresse é duradoura. Há uma tentativa de manter o equilíbrio orgânico, busca de mecanismos compensatórios. É caracterizada pela: irritabilidade, insônia, oscilações de humor, diminuição da libido, gastrite. Nesta fase as doenças de caráter psicossomático se instalam e tornam-se crônicas. Este processo pode durar alguns meses ou prolongar-se por muitos anos. Segundo Greenberg (2005) durante essa fase prossegue o aumento de atividade do sistema simpático e a consequente liberação de catecolaminas, isto permite um aumento de glicose nas células em geral, os quais são fundamentais para a excitação de atividades cerebrais durante a síndrome de adaptação ou estresse. É necessário que o nível de glicose no sangue seja alto, pois o organismo precisa ter energia armazenada para enfrentar o estresse, se o

estresse continua por muito tempo, os glicocorticoides são destrutivos para os tecidos, inibindo o crescimento somático e ósseo, é quando se inicia a terceira fase do estresse: a fase de exaustão (GREENBERG, 2005). Neste gráfico verificamos que 26% dos professores estão na faixa do processo de estresse.

Gráfico 11 – Sintomas da fase de resistência

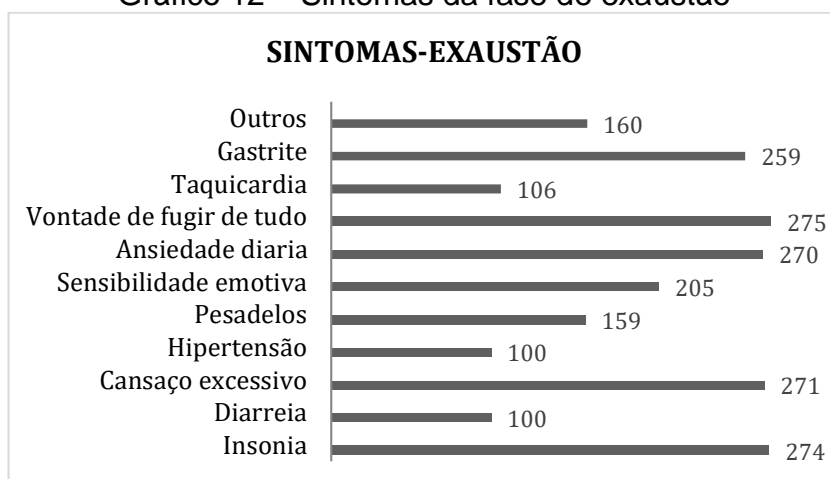


Fonte: Dados primários (2020)

E) Fase de exaustão e esgotamento. Na ocorrência de nove ou mais sintomas. É a Fase mais crítica, ocorrendo uma espécie de retorno a primeira fase, porém agrava com os comprometimentos físicos em forma de doenças. Esta fase muitas vezes está associada à Síndrome de Burnout. A síndrome de Burnout é uma reação à tensão crônica gerada principalmente nas pessoas que mantêm contato direto e contínuo com outros indivíduos, profissionais que trabalham com qualquer tipo de cuidado interpessoal (BOCK e SARRIERA, 2006). Segundo Jodas e Haddad (2009) está síndrome manifesta-se através de quatro classes sintomatológicas, sendo: física, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquica observada pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, quando o indivíduo apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações de conflito com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho; e defensiva,

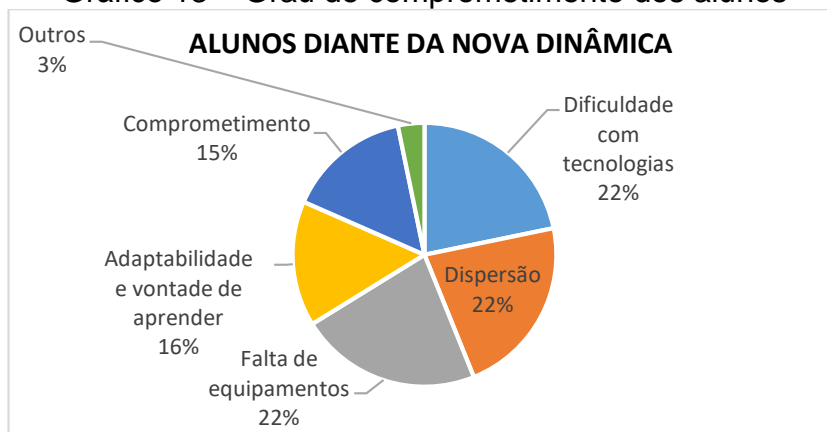
quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica. O Burnout causa mal-estar, sentimento de exaustão ou fadiga, esgotamento e perda de energia, em termos emocional, mental e físico, com sentimentos de infelicidade, desamparo, diminuição da autoestima, perda do entusiasmo com a profissão e, eventualmente, com suas vidas em geral, além da sensação de que a pessoa dispõe de poucos recursos para dar ou cuidar de outras pessoas. Esta síndrome é caracterizada por ser um estado que vai corroendo progressivamente a relação do sujeito com a sua atividade profissional (FRANÇA e RODRIGUES,1996). 20% dos entrevistados estão na faixa cinza escura do processo de estresse o que é uma marca preocupante devido a carga de sintomas.

Gráfico 12 – Sintomas da fase de exaustão



Fonte: Dados primários (2020)

Gráfico 13 – Grau de comprometimento dos alunos



Fonte: Dados primários (2020)

Um dado que nos chama a atenção neste gráfico é o fato de apenas 16% dos alunos, na avaliação dos professores, terem se apresentados como adaptados e com vontade de aprender. Destes, apenas 15% se mostraram comprometidos. A falta de equipamentos disponíveis aos alunos, no caso internet e outros meios de conexão se aliou a dificuldade com estas mesmas tecnologias. Estes dados nos levam a inferir sobre os prejuízos que todo este processo trouxe para o cenário educacional e os alunos conjuntamente com os professores podem ter sido os mais prejudicados nesta teia invisível que nos envolveu subitamente.

Gráfico 14 – Demanda dos professores



Fonte: Dados primários (2020)

O gráfico nos mostra que os professores estão sinalizando que desejam continuar seus estudos, entretanto há uma paridade nas demandas de recursos tecnológicos e suporte emocional. Isto nos faz inferir que estas novas demandas levaram os professores a níveis altos de estresse e que estão solicitando atenção a sua saúde física e mental, Pesquisa realizada por Oliveira in Instituto Península (2020) corrobora com estes dados.

Segundo a referida pesquisa, os professores estão abertos a continuar estudando e a receber informações, mas não querem “uma avalanche”. 70% dos entrevistados no Brasil relataram que estão estudando para preparar suas aulas, fazendo cursos *online* e organizando materiais. Alertam estarem extrapolando sua carga horária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nasceu em meio a pandemia de COVID19, diante da necessidade de conhecer o cenário emocional, direcionado a qualidade de vida, dos professores catarinenses. O isolamento social e todas as mudanças que foram geradas e originadas a partir da quebra dos paradigmas vigentes até o ano de 2019. O novo paradigma exigiu novas competências, todos os sujeitos se viram envoltos em meio a esse cenário inusitado e transformador que nos forçou a mudanças e reinvenções. Nos vimos diante de demandas e desafios nunca antes enfrentados. Medo, incertezas, angústias e muitos outros sentimentos passaram a fazer parte de nosso cotidiano, que gerou um cenário de incertezas e de verdadeiro caos. Entretanto, em meio a este cenário processos criativos foram se instalando e voltamos aos poucos a tentativa de alcançar nosso equilíbrio. Diante deste cenário nos perguntamos qual o impacto destas novas demandas na qualidade de vida dos professores. Em parceria com o Sindicato de Professores (SINPROESC) elaboramos este instrumento e nos deparamos com as questões acima descritas na análise desta pesquisa. Diante do que vimos tecemos algumas considerações:

O Impacto da pandemia da corona vírus foi gigantesco e mundial. Em todas as áreas de produção e de atuação, de todas as áreas do conhecimento, detectou-se que o mundo não estava preparado para enfrentar um inimigo, pequeno e invisível, que se originou mudanças tão profundas. Não havia nem mesmo protocolo na saúde ou tratamento para tal situação. Todos os habitantes do planeta, em qualquer país, etnia ou religião estava exposto a circunstância. Atingiu rapidamente a todos e fez literalmente o mundo parar pela primeira vez na história da humanidade, isolando a todos socialmente e implantando novo acessório fundamental: a máscara.

No cenário educacional não foi diferente. Literalmente paramos as atividades presenciais e migramos para novas estratégias e metodologias. Já somamos mais de seis meses de pandemia ao final da coleta de dados desta pesquisa. O isolamento social e a interrupção das aulas presenciais iniciaram em 18 de março. Na segunda semana de outubro o CNE Conselho Nacional de Educação edita um documento em que acena com a continuidade da educação remota também em 2021. As tentativas, algumas tímidas, outras mais ousadas de retomada das aulas presenciais, muitas interrogações permanecem. Então, para sairmos do lugar comum de suposições, e na busca por tomadas de decisão mais assertivas, resolvemos ouvir os professores e

dar voz aos seus posicionamentos a partir da análise dos sintomas que estão apresentando.

Deparamo-nos com uma mostra de professores que sentiram diretamente as consequências deste processo, pois na escala de monitoramento do processo de estresse, apenas 9% dos entrevistados estavam assintomáticos e 20% já em estágio de exaustão absoluta. Para entendermos estes resultados, precisamos fazer a seguinte reflexão: as demandas da COVID 19 na educação trouxeram novas tarefas e necessidade de acelerar processos criativos por parte da comunidade escolar, assim como a necessidade de apropriação de novas competências. Professores que antes nunca tinham tido contato com tecnologias de comunicação ou informação, ou educação digital, ou mesmo contato com a modalidade de educação a distância, se viram diante de câmeras, edição de vídeos, mídias diversas; e vendo-se completamente expostos e as suas casas. As metodologias ativas se tornaram imperiosas. Não houve tempo para se preparar. Popularmente falando tiveram que pegar no tranco. Sintomas como ansiedade, insônia, medo, começaram a fazer parte da rotina diária. As jornadas de trabalho multiplicaram-se e os alunos que também estavam no mesmo barco passaram a exigir muito mais atenção e acompanhamento, assim como também os pais assumiram protagonismo no processo. Podemos ver com isto que foi um processo de fora para dentro. Uma mudança brusca que foi forçada pelas circunstâncias pandêmica.

A percepção genérica é de que vivemos hoje um mundo em metamorfose, a educação se transforma rapidamente e exige de seus atores novas visões. Ensino presencial não existirá, certamente, como já experienciamos. As modalidades existentes até o ano de 2019: presencial e a distância não serão mais as mesmas, certamente. O melhor de cada será agregado ao modelo de educação que delineamos como híbrido, o que vai exigir um processo gradual de migração e formação, e que foi fortemente impulsionado ao longo do ano de 2020. Munimo-nos de novas tecnologias da informação, pois temos que reconhecer que as TDICs cumpriram seu papel neste momento e acenam com o futuro.

Temos ainda um fator muito importante a chamar a atenção, um ponto fundamental, que se refere a necessidade da criação de uma nova política pública de educação e saúde para o contexto educacional. Um programa amplo de atenção psicossocial aos professores e outros atores do cenário educacional se faz urgente. Esperamos que os dados evidenciados neste projeto possam ser um alerta e o

fundamento para gestores públicos e sindicais para a importância de lançar o olhar sobre o sofrimento emocional constatado nesta pesquisa e gerenciarem a situação com novas ações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

COLEMAN, Vernon. **Técnicas de controle de estresse**: como administrar a saúde das pessoas para aumentar os lucros. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

CORGONZINHO, I. Saúde mental, trabalho e o descompasso tupiniquim. **Revista Saúde Mental & Trabalho**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 5- 5, 2000.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre saúde e vida social em funcionários de enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 553-555, abr./jun., 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GIFE. **Planejamento, conectividade e tecnologia**: quais são os principais desafios da educação em tempos de pandemia. 2020. Disponível em: <https://gife.org.br/planejamento-conectividade-e-tecnologia-quais-sao-os-principais-desafios-da-educacao-em-tempos-de-pandemia/> Acesso em: 10 abr. 2023.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITIS, S. **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

INSTITUTO PENINÇULA. **Sentimentos e percepções dos professores brasileiros nos diferentes estágios do Corona Vírus (COVID-19) no Brasil**. 2020. Disponível em: 10 abr. 2023.

LANE, S. T. M.; CODO, W. (Org.). **O homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N. **O Stress no Brasil**: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus, 2004.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho

em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p.33-46.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Factores psicosociales em el trabajo**. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1986.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.; MACHADO, L. M. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 57-74.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHEIN, E. H. **Psicologia organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SELYE, H, **Stress**: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA, 1959.

TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 467-478, 2009.