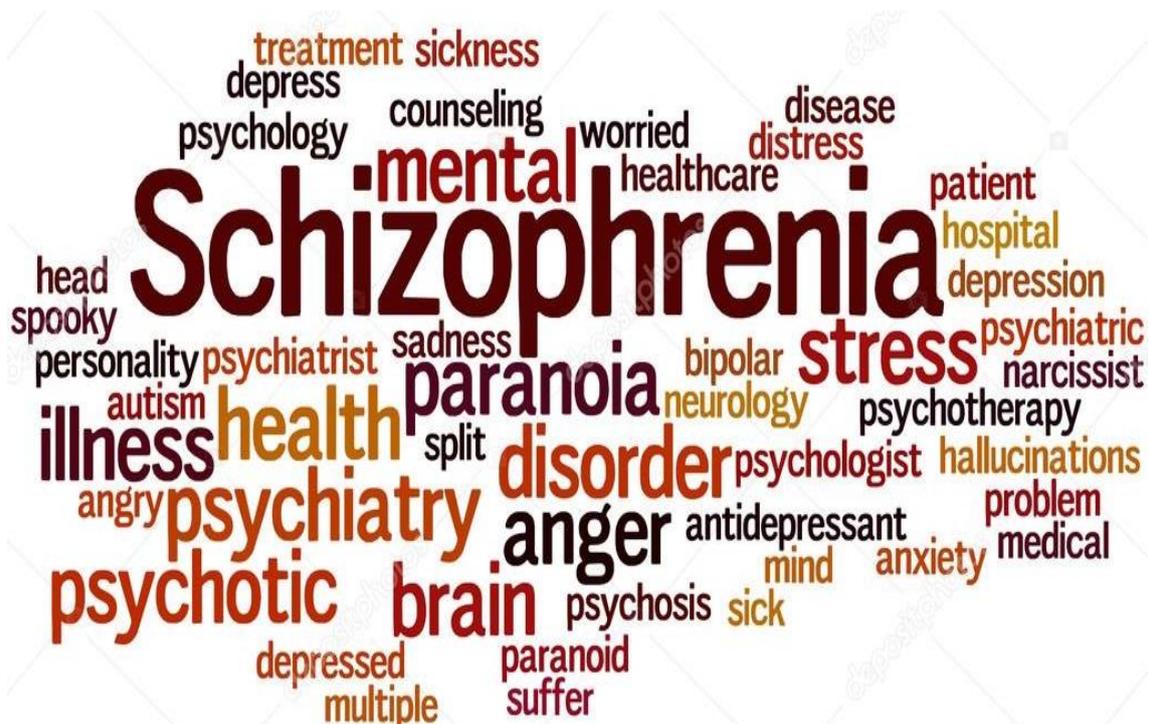


Valdir Aragão do Nascimento
Igor Domingos de Souza
(Organizadores)

**Transtornos Mentais e Sociedade: Vãos e Desvãos do Sofrimento
Psíquico em Perspectiva Multidisciplinar**



**Transtornos Mentais e Sociedade:
Vãos e Desvãos do Sofrimento Psíquico em Perspectiva Multidisciplinar**

Autores dos Capítulos

Aline Moraes da Silva	Ran Shin Tair
Ana Luíza Zílio	Rosana de Mello Souza Marzolla
Ayron Vinícius Pinheiro de Assunção	Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes
Beatriz Andrade de Almeida	Rodrigo G. S. Almeida
Camila de Oliveira Ribeiro	Thamyres Ribeiro Pereira
Célia de Menezes Saralegui	Tiago Rodrigues de Lemos Augusto
Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand	Valdir Aragão do Nascimento
Christiane Nascimento de Arruda	Valter Aragão do Nascimento
Eva Borges Oliveira	Yasmine Braga Theodoro
Fernanda Guerreiro de Paula	
Igor Domingos de Souza	
Keli Dania Aldana Parava	
Kely Cristina Garcia Vilela	
Laynara Soares Vilagra	
Leandro Júnior de Lima	
Liara Ferreira dos Santos	
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães	
Patrícia Trindade Benites	
Priscila Gonçalves Soares dos Santos	

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Selma Alice Ferreira Ellwein – CRB 9/1558

N192T	Nascimento, Valdir Aragão. Transtornos Mentais e Sociedade: vão e desvão do sofrimento psíquico em perspectiva multidisciplinar. / Valdir Aragão do Nascimento, Igor Domingos de Souza (organizadores). – Londrina: Editora Científica, 2021. ISBN 978-65-00-28720-2 1. Saúde Mental. 2. Sofrimento Psíquico. 3. Psicofobia. I. Nascimento, Valdir Aragão do. II. Souza, Igor Domingos do. Autores. III. Título CDD 616.89
-------	--

**Editora Científica
2021**

SUMARIO

APRESENTAÇÃO	5
Transtornos mentais e sociedade: o sofrimento psíquico na atualidade	6
Saúde mental na contemporaneidade	20
Preconceito, doença mental e sociedade: a psicofobia em debate	31
Psicofobia e mídia: os transtornos mentais e a indústria do entretenimento	39
Considerações sobre o trabalho e a saúde mental dos profissionais de saúde.....	50
Depressão na adolescência e o vazio existencial na contemporaneidade.....	66
Saúde mental e os indígenas brasileiros	76
A importância da assistência humanizada ao paciente psiquiátrico	84
Efeitos da atuação na pandemia de Covid-19 na enfermagem de urgência e emergência	92
Manejo e atuação da equipe de enfermagem: urgências e emergências em saúde mental	107
Saúde mental do enfermeiro na urgência e emergência	121

APRESENTAÇÃO

Os transtornos mentais constituem parte dos mistérios da condição humana desde sempre, posto que deles somente as incertezas e as possibilidades são unanimidades. As explicações sobre as determinantes e condicionantes biopsicossociais que atuam na construção de distúrbios psíquicos não primam pelo consenso, tendo nos paradigmas das ciências biomédico-psiquiátricas e das ciências humanas e sociais interpretações diferentes e – por vezes – divergentes a respeito da etiologia desses transtornos.

Algumas interpretações de teor filosófico-ontológico chegam a colocar em questão as categorias que intentam classificar e separar os considerados mentalmente perturbados daqueles reputados como mentalmente sadios. Afinal, existe uma tal coisa como a doença mental? O que significa a afirmação de que alguém está mentalmente doente? pergunta Thomas S. Szasz no *O Mito da Doença Mental*, ensaio de sua autoria publicado em 1960. Para ele, os distúrbios ocorrem no cérebro, e não na mente; entendendo o primeiro como entidade material (massa, volume) passível de ser afetada pelas leis da física (gravidade, entropia); e a segunda, a mente, como algo abstrato, transcendente e inapreensível em sua dinâmica.

A dificuldade e/ou impossibilidade de se chegar a um consenso e mesmo a um diagnóstico seguro e, conseqüentemente, a um tratamento eficaz não revela somente a incapacidade atual das ciências modernas de compreensão dos mecanismos de desencadeamento e ação dos denominados distúrbios mentais, revela também os altos níveis de complexidade neles inerentes. Revela – em última instância – o estágio incipiente em que se localiza o conhecimento da humanidade sobre si mesma, tendo negligenciado através dos séculos o imperativo conselho de Sócrates “conhece-te a ti mesmo”.

O atual reconhecimento de que os transtornos mentais são multifatoriais é um avanço, dado que é a partir de tal constatação que se pode pensar estratégias terapêuticas que possam contribuir com a elisão, em parte ou no todo, do sofrimento psíquico que tem acometido a humanidade desde tempos imemoriais. Sofrimento esse que não atinge apenas o indivíduo isoladamente, mas toda a organização social da qual ele faz parte; reverberando no seio familiar, no ambiente de trabalho e no conjunto das relações socioafetivas.

Os textos aqui coligidos não têm a pretensão de se constituírem a palavra final sobre os temas tratados; não obstante, demonstram as preocupações de pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento a respeito dos transtornos mentais ao longo da história. Assim, os ensaios apresentados neste livro não se esgotam em si mesmos, posto que são contributos à discussão sempiterna que tem na loucura e suas representações seu objeto *par excellence*.

Valdir Aragão do Nascimento

Igor Domingos de Souza

(Org.)

Louco, sim, louco, porque quis grandeza
Qual a Sorte a não dá.
Não coube em mim minha certeza;
Por isso onde o areal está
Ficou meu ser que houve, não o que há.

Minha loucura, outros que me a tomem
Com o que nela ia.
Sem a loucura que é o homem
Mais que a besta sadia,
Cadáver adiado que procria?

Fernando Pessoa

TRANSTORNOS MENTAIS E SOCIEDADE: O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATUALIDADE

Valdir Aragão do Nascimento
Christiane Nascimento de Arruda
Ayron Vinícius Pinheiro de Assunção
Patrícia Trindade Benites
Yasmine Braga Theodoro
Tiago Rodrigues de Lemos Augusto

Introdução

Os denominados transtornos mentais sempre estiverem presentes ao longo da história da humanidade, embora em muitos períodos e em diversas culturas eles tenham sido percebidos de formas diferentes. Os transtornos mentais constituem, desde sempre, um campo de investigação controverso a respeito do comportamento humano observável, não somente da perspectiva sociocultural e simbólica, mas também histórica e epistemológica, haja vista a multiplicidade de explicações e terapêuticas possíveis para uma mesma enfermidade mental (FEDIDA; WIDLÖCHER, 1990).

Esses transtornos vão desde as categorias clínicas clássicas, como “histeria, esquizofrenia, neurose obsessiva, melancolia, dentre outras; até os estados indefinidos de mal-estar ou situações existenciais complexas, como envelhecimento, separações conjugais, dificuldades no trabalho, perda de entes queridos, fracassos escolares, etc.” (PINHEIRO; ALBUQUERQUE, 2014, p. 11). Santos e Siqueira (2010) verificaram que na população brasileira adulta, a preponderância no que tange à ocorrência de transtornos mentais varia de 20 a 56%; sendo a ansiedade, o abuso de álcool, os distúrbios somatoformes e os transtornos de humor os problemas de ordem psíquica mais prevalentes.

Para além do aspecto biológico dos distúrbios, o conceito de doença mental não existe de maneira isolada no indivíduo, sendo a sociedade na qual ele vive quem determina – a partir de representações e convenções sociais – quem é ou não insano, quem é normal ou anormal, tomando como base um comportamento padrão, normatizado, preconizado e socialmente aceito. Portanto, nos esforços envidados no sentido de compreender como se dão os processos que engendram estruturas específicas de sofrimento e adoecimento psíquicos, é imprescindível o reconhecimento da ingerência do universo sociocultural na produção social e categorização das dimensões humanas que envolvem tanto o biológico quanto o psíquico (FREUD, 1986; LAURELL, 1983; ORTEGA, 2004).

A loucura, categoria generalizante de diversos transtornos psíquicos, foi – e é ainda – mediada por interpretações dissonantes em vários aspectos, tendo sido representada de formas diferentes ao longo dos séculos e em consonância com os contextos socioculturais vigentes (FOUCAULT, 2001). Portanto, o patológico¹, na

¹ Por intermédio do estudo da etimologia do termo *pathos* é apresentado as transformações e sentidos que as concepções concernentes tomaram ao longo do tempo. Inicialmente é mostrado que *pathos* tomou o sentido principal atual de doença, mal-estar. Porém, é logo esclarecido que *pathos* na sua origem é principalmente disposição afetiva fundamental, conforme a leitura de Heidegger. É mostrada a importância de pensar a psicopatologia e toda ou qualquer clínica como sendo relacionada à disposição. Neste sentido, a concepção kantiana de *pathos* como paixão que o sujeito está assujeitado é uma das maneiras que pode tomar a disposição afetiva fundamental. Acrescenta-se que o *pathos* cartesiano que domina o homem moderno e o fazer clínico como sendo daquele homem que duvida e busca então a certeza diferentemente do *pathos* grego dominado pelo espanto e pela discursividade. *Pathos* é pensado como sendo algo inerente

acepção médico-psiquiátrica, não existe fora das relações estabelecidas social e culturalmente, não possui estatuto kantiano de *coisa em si*, tendo sua realidade enquanto fenômeno psíquico cognoscível vinculada às relações estabelecidas entre indivíduos em dado contexto (CANGUILHEM, 2009).

É patente o vínculo estruturante entre o homem e a sociedade da qual ele faz parte, posto que é na interação recíproca entre estruturas psíquicas e estruturas sociais que é possível a emergência e a categorização do que se convencionou chamar de humano, ou, como denomina Hannah Arendt (2000), a *condição humana*². Quando as interações ocorrem de forma equilibrada, tem-se o sujeito considerado normal, ou normatizado; não obstante, quando há desequilíbrios em quaisquer dos lados da balança, ou nos dois ao mesmo tempo, emerge o sujeito anormal, inadaptado e – em razão disso – transformado e ressignificado como representante de um *pathos* desvinculado de suas inúmeras e variáveis condicionantes e sinonimizado como patológico (ANDRADE; MALUF, 2016).

Desse modo, importa àqueles que têm preocupações relativas ao sofrimento mental e aos fenômenos psíquicos oriundos da (e na) interação homem/sociedade/cultura conhecer – ainda que superficialmente, dadas as limitações humanas – as condicionantes e determinantes dos problemas gerados por essa interação. Em verdade, concepções como indivíduo e sociedade não caracterizam objetos distintos, existindo separadamente, “mas [dizem respeito] a aspectos diferentes, embora inseparáveis, dos mesmos seres humanos, e que ambos os aspectos (e os seres humanos em geral) habitualmente participam de um processo de transformação estrutural” (ELIAS, 2011, p. 213).

O entendimento da natureza sociocultural da qual o homem é tributário, sua organização social, o funcionamento dialético de suas sociedades, seus valores, conceitos, preconceitos, normas e diretrizes legais, compõem o arcabouço de elementos estruturais e estruturantes que condicionam a conceituação das *coisas* que nos chegam aos sentidos e que interpretamos como parte constituinte da realidade do mundo sensível e do mundo das ideias – saúde, doença, normal, anormal são categorias que fazem parte desse processo (REY, 1995; 1996; SMOLKA; GÓES; PINO, 1995; VYGOTSKY, 1991; 1993; 2002). Isso porque: “A psique humana não pode funcionar sem a cultura e o indivíduo não é possível sem a sociedade.” (SILVEIRA, 2015, p. 115).

Nas palavras de Geertz (2008, p. 37): “Tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob a direção dos padrões culturais, sistemas de significados criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas.”.

A loucura já teve inúmeras denominações e interpretações ao longo da história humana, todas elas intrinsecamente associadas às condições socioculturais de determinados períodos históricos. Além das diferentes nomeações dadas à loucura, vinculava-se a ela uma gama de representações que traziam na sua esteira preconceitos – alimentados pela desinformação – que contribuíam com o recrudescimento dos problemas mentais.

E nos tempos atuais, chamados pós-modernos, no qual as doenças mentais parecem ter encontrado um lugar especial nas perturbações humanas, quais são os

ao ser humano e por isso mesmo qualifica o estudo de tudo o que diz respeito a este termo como sendo algo próprio do humano. Veja MARTINS, F. Rev. O que é Phatos? *Latinoam. Psicop. Fund.*, II, 4, 62-80, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000400062

² A condição humana, esclarece a autora, “não é o mesmo que a natureza humana, e a soma total das atividades e capacidades humanas que correspondem à condição humana não constitui algo equivalente à natureza humana. Pois nem aquelas que discutimos neste livro nem as que deixamos de mencionar, como o pensamento e a razão, e nem mesmo a mais meticulosa enumeração de todas elas, constituem características essenciais da existência humana no sentido de que, sem elas, essa existência deixaria de ser humana”. ARENDT, A. A condição humana. 2000, p. 11.

aspectos que marcam as neuroses, as psicoses, as perversões e tantas outras perturbações psíquicas sob o manto classificatório de doença mental? Qual a diferença entre as representações sociais sobre a doença mental ontem e hoje? Será que existem diferenças? O ensaio aqui elaborado tentará dar respostas a essas questões, sabendo, de antemão, que são respostas provisórias e incompletas, circunscritas à complexa e multifacetada dialeticidade que caracteriza a condição humana.

Aspectos histórico-sociais da loucura

Na Grécia Antiga, as doenças mentais e suas manifestações eram entendidas como parte integrante do mundo mitológico e sobrenatural comandado pela vontade arbitrária dos deuses e demônios, e as pessoas que padeciam de algum transtorno mental eram tratadas como mensageiros e profetas das coisas divinas, transcendentais.

Galende e Kraut (2006) informam que a loucura nesse período era considerada como um privilégio, sustentando suas assertivas em filósofos como Sócrates e Platão, que afirmam que a loucura tinha um aspecto místico que a tornava algo oriundo do mundo transcendental, fazendo uso da palavra *manikê* para denominar tanto o “divino” quanto o “delirante”. Nessa perspectiva, homens comuns, mas privilegiados pela loucura, poderiam acessar verdades divinas proibidas ao comum dos mortais.

Na Grécia, aqueles que padeciam de transtornos mentais não eram privados de liberdade e perambulavam livremente pelas cidades, sendo às vezes temidos, outras adorados, mas quase sempre ignorados (FOUCAULT, 2008). Somente com Hipócrates (460-377 a.C.) é que essas interpretações são abandonadas, dando lugar a uma avaliação mais racionalizada dos distúrbios de comportamento atinentes às afecções psíquicas, vistas a partir de então como oriundas de causas orgânico-naturais (OLIVEIRA, 1999).

Para Hipócrates, o corpo humano era composto de quatro elementos primordiais: a bile negra, a bile amarela, o sangue e a fleuma. Esses elementos, por sua vez, estavam intrinsecamente vinculados à manifestação “de quatro tipos de temperamento – melancólico, colérico, sanguíneo e fleumático, respectivamente.” (LANDEIRA-FERNADEZ; CHENIAUX, 2010, p. 26).

Na Roma Antiga, mais especificamente séculos I e II d.C., Galeno – inspirado nas elucubrações de Hipócrates – considerava que as afecções psíquicas podiam ser resumidas em apenas três: melancolia; mania e frenite. Assim, quaisquer alterações que afetassem essas três categorias desencadeavam distúrbios mentais. As terapêuticas romanas para as doenças mentais eram o emprego de flebotomia, purgações, moderação alimentar e restrição de alguns tipos de alimentos e massagens corporais (LANDEIRA-FERNADEZ; CHENIAUX, 2010).

A propósito ainda de Roma, segundo Sêneca (2014, p. 65), os romanos adotavam as seguintes medidas para lidar com aqueles que destoavam do padrão de excelência concebido:

Matamos a pancadas os cães bravos e abatemos o boi selvagem e feroz, e aos animais doentes deitamos o ferro para que não contaminem o rebanho, eliminamos os fetos malformados, inclusive afogamos nossos filhos se nasceram fracos e disformes. Não é ira, mas um ato racional separar o que é inútil do que é são (Sobre a Ira, I).

Também em Esparta, as crianças que ao nascer apresentavam deficiência mental ou física eram reputadas como desprovidas de humanidade em sua completude; assim, desumanizadas em razão de suas insuficiências, eram sumariamente abandonadas ou

mortas, muitas delas lançadas de precipícios. Somente no fim da Antiguidade, com o fortalecimento do Cristianismo, essa noção começa a declinar, colocando o deficiente no rol daqueles possuidores de humanidade. Agora detentor de uma alma, alçado à condição de filhos de Deus, não podia mais ser objeto de maus-tratos, abandono ou execução, algo execrável e inadmissível da perspectiva da moral cristã. Durante grande parte da idade média³, com algumas variações, essa foi a visão que prevaleceu em relação aos doentes mentais (AMARANTE, 1996).

Na Idade Média, a loucura e aqueles que a manifestavam tiveram por parte da sociedade da época um tratamento ambíguo, transitando entre a repugnância e a complacência. A loucura não se manifestava de forma monolítica, generalizada; posto que os comportamentos tidos por anormais variavam em sua sintomática, havendo manifestações reputadas como pacíficas, furiosas, histéricas e insanas, que reportavam ao entretenimento palaciano comum às cortes, com seus bobos da corte e bufões (ALBERTO, 2009).

Com a Inquisição, também denominada de Santo Ofício, instituição que teve origem nos tribunais da Igreja Católica (que perseguia, julgava e punia indivíduos que a Igreja dizia terem se desviado das condutas aceitas e preconizadas da época), os transtornos da psique novamente foram atribuídos às influências sobrenaturais, representadas como manifestações satânicas conjuradas pelos supostos poderes de bruxas e seres malévolos (FRANCO JÚNIOR, 1999). Àqueles inclusos nessas categorias, o tratamento dispensado eram torturas, espancamento e condenação à morte.

O componente complicador dessa época era a Igreja e sua ambição de manutenção do poder. Nesse cenário, todo aquele que se manifestava contra os desígnios da Igreja era considerado herege e rotulado como louco, bruxo e servidor do demônio e – consequentemente – acabava pendurado na forca ou queimado na fogueira (ALONSO; FUKS, 2004).

Esse predomínio da Igreja durou até meados do século XVII, quando seu poder começou a definhir. A partir desse período a doença mental deixou de ser interpretada pelo viés religioso, dando lugar a uma interpretação – já no início do século XVIII – mais racionalizada dos distúrbios comportamentais, mudando de forma expressiva a maneira como o homem elucidava a loucura, isto é, de uma visão religiosa e povoada de demônios para a manifestação de um fenômeno patológico (FOUCAULT, 2008).

Modernidade, Pós-Modernidade e Saúde Mental: Caminhada Pelo Labirinto

O mundo contemporâneo torna possível a esquizofrenia, não porque seus acontecimentos o tornam inumano e abstrato, mas porque nossa cultura faz do mundo uma leitura tal que o próprio homem não pode mais reconhecer-se aí. Somente o conflito real das condições de existência pode servir de modelo estrutural aos paradoxos do mundo esquizofrênico.

FOUCAULT, Michel. Doença Mental e Psicologia. 1975, p. 67.

Pode-se dizer, *grosso modo*, que o conceito de pós-modernidade suplantou o conceito de modernidade, que, por sua vez, tomou o lugar dos conceitos socioculturais vigentes no período da Idade Média, caracterizada pelo sistema feudal e o predomínio da Igreja Católica e suas concepções a respeito do mundo, no qual Deus era o centro do

³ A historiografia oficial define a Idade Média como o período de tempo decorrente entre os anos de 476 (conquista de Constantinopla pelos turcos otomanos) e 1453 (queda do Império Romano no Oriente). Sobre o período em questão, veja: LE GOFF, Jaques. A civilização do Ocidente medieval. Lisboa: Estampa, 1994.

universo e o homem uma de suas criaturas. Essa época foi intensamente marcada pelas guerras e pela presença nefasta da peste negra, que juntas devastaram boa parte do contingente populacional do medievo (FRANCO JÚNIOR, 2001).

Em verdade, o conceito de pós-modernidade não é um consenso entre os estudiosos do tema, sendo denominado de várias maneiras: *Modernidade Tardia* (HALL, 2001; 2003), *Modernidade Líquida* (BAUMAN, 2001), *Pós-modernidade* (GIDDENS, 1991; KUMAR, 1997; CHAVES, 2004) e *Hipermodernidade* (LIPOVETSKY, 2004; 2005). Esses teóricos concebem de formas diversas as transformações socioculturais e econômicas havidas no mundo nos últimos séculos, apontando ora as contradições dos conceitos, ora suas similitudes.

O início da modernidade pode ser entendido tendo como ponto de partida as transformações econômicas e socioculturais ocasionadas pelo declínio do feudalismo, pelo aparecimento das cidades, pela reestruturação das relações de trabalho e de produção e pela perda da hegemonia religiosa, preterida pelo saber de caráter científico. A modernidade se caracteriza pelo racionalismo cartesiano, contrário ao pensamento teológico e religioso da Idade Média. Na modernidade, o teocentrismo dá lugar ao antropocentrismo, descentrando Deus do centro do universo e colocando o homem em seu lugar (BAUMAN, 1999a; GIDDENS, 1991).

O abandono das explicações religiosas e das tradições, costumes e crenças secularizadas que as alicerçavam constituiu-se em uma espécie de “desencantamento do mundo”, no qual o sujeito moderno encontra-se despido das bases de sustentação metafísico-religiosas que davam sentido e significado ao mundo e ao homem nele incluso. É, em última análise, o predomínio da interpretação iluminista da realidade, ancorada nas ideias de Descartes, Voltaire, Locke, dentre outros, sobre as interpretações baseadas na metafísica comum às religiões, isto é, trata-se da substituição das explicações religiosas pelas explicações da Ciência (WEBER, 2004).

Sobre o desencantamento do mundo ao qual Weber faz menção, Aron (2008, p. 795-796) tece o seguinte comentário:

O sagrado, ou excepcional, que na aurora da aventura humana se associava a coisas e a seres que nos rodeiam, desapareceu, expulso pelos homens. O mundo [...] em que todos vivemos hoje, soviéticos e ocidentais, é feito de matéria ou de seres que se encontram à disposição da humanidade, destinados a serem utilizados, transformados, consumidos, e que não têm mais os encantos do carisma. Neste mundo material, desencantado, a religião tem que se retirar para a intimidade da consciência, ou escapar para além de um deus transcendente e um destino individual depois da existência terrena.

Nesse período o mundo e suas inúmeras dinâmicas ganham explicações científicas que passam a ser entendidas como verdades incontestáveis, posto que científicas. É esse o paradigma dominante atualmente, em que o discurso da racionalidade e o espírito científico dão a pauta da interpretação da realidade. É na contracorrente da hegemonia desse discurso que se insurge o discurso pós-moderno, no qual três componentes são o cerne:

(1) uma perda de profundidade individual hoje as pessoas são muitas coisas e estão constantemente mudando, o que não significa superficialidade mas, antes, multiplicidade; (2) o anterior entendimento progressivo e linear da história está perdido e os indivíduos vivem agora o presente; as noções de espaço e tempo são bastante diferentes na pós-modernidade em comparação com a modernidade; (3) a emoção é legítima e central na pós-modernidade a

emoção abre caminho para muitas outras formas de exploração e de identidade (JAMESON 2004 apud SHINN, 2008, p. 53).

A clássica definição de Lyotard (2004) do conceito de pós-moderno “incredulidade perante os metadiscursos” deixa entrever os conflitos que perpassam os campos epistemológicos de onde emanam as classificações teórico-científicas que buscam dar explicações (ou tecer hipóteses plausíveis) sobre o mundo e os seres que nele habitam. Ou seja, na perspectiva pós-moderna o homem perdeu sua capacidade de acreditar em conteúdos científico-filosóficos universalizantes que explicavam o percurso da humanidade de forma categórica.

Dessa maneira, o homem pós-moderno se vê em um mar de incertezas, cercado pelo fantasma da descrença e forçado a viver em um mundo desprovido de sentido, no qual ele é o único responsável por si mesmo e pelas suas ações, não havendo mais deuses que o possam auxiliar em momentos de angústia existencial, ou, nas palavras de Sartre (1978, p. 9): “Condenado porque não se criou a si próprio; e, no entanto, livre, porque uma vez lançado ao mundo, é responsável por tudo quanto fizer”.

Outra interpretação a respeito do fenômeno da pós-modernidade é o conceito de *modernidade líquida* de Bauman (2001), na qual os papéis se invertem: a sociedade não tende mais a conformar o indivíduo aos parâmetros estruturais pré-estabelecidos; agora é ela, a sociedade, quem se conforma à personalidade dos indivíduos. Nessa perspectiva, a solidez de uma época marcada por certezas a respeito do mundo circundante e suas determinantes religiosas, políticas e socioculturais foi solapada, deixando um mundo liquefeito, diluído e inconsistente.

Para Sartre (1978), é nesse cenário caótico de imprevisibilidade, fluidez e movimento que se manifesta a angústia existencial, impulsionada por um sentimento de liberdade com o qual o homem não sabe lidar, posto que o deixa à margem de si mesmo, único responsável por seus atos – e isso o apavora, porque teme a liberdade. Ilustra essa interpretação um excerto de *A Náusea*, novela publicada em 1938 pelo autor.

Os homens. É preciso amar os homens. Os homens são admiráveis. Sinto vontade de vomitar – e de repente aqui está ela: a Náusea. Então é isso a Náusea: essa evidência ofuscante? Existo – o mundo existe -, e sei que o mundo existe. Isso é tudo. Mas tanto faz para mim. É estranho que tudo me seja tão indiferente: isso me assusta. Gostaria tanto de me abandonar, de deixar de ter consciência de minha existência, de dormir. Mas não posso, sufoco: a existência penetra em mim por todos os lados, pelos olhos, pelo nariz, pela boca... E subitamente, de repente, o véu se rasga: compreendi, vi. A Náusea não me abandonou, e não creio que me abandone tão cedo; mas já não estou submetido a ela, já não se trata de uma doença, nem de um acesso passageiro: a Náusea sou eu (SARTRE, 1958 [1938], p. 181).

Para os estudiosos da corrente teórica dos Estudos Culturais (BAUMAN, 1999a; 2001; 2005; BHABHA, 1998; HALL, 2001; 2003), a pós-modernidade reflete uma crise de identidades (descentramento do sujeito), crise esta que obriga o homem pós-moderno a elaborar múltiplas formas de interagir com o outro e consigo mesmo em um jogo situacional de inter-relações onde as identidades são pensadas e operacionalizadas visando à correlação multidimensional entre categorias como etnia, nacionalidade e cultura – instrumentalizadas pelo contínuo deslocamento de pessoas, de sentidos e sentimentos.

Nessa perspectiva, as identidades são marcadas pela fluidez, pela maleabilidade e pela capacidade de adaptação às circunstâncias socioculturais às quais se vejam intrínseca

e dialeticamente envolvidas, formadas e conformadas por representações e significações intercambiantes, ambivalentes e híbridas amalgamadas em uma dinâmica processual oriunda de incontáveis formas linguísticas, narrativas sócio-históricas e trocas culturais. Isso porque, como observa Le Breton (2018, p. 5, grifo meu) em uma organização social “onde se impõem a flexibilidade, a urgência, a agilidade, a concorrência, a eficácia etc., *ser si mesmo já não é algo evidente* visto que a todo instante urge expor-se ao mundo, adaptar-se às circunstâncias, assumir sua autonomia, estar à altura dos acontecimentos.”

Nesse turbilhão de possibilidades, de intercâmbio de informações desconstruídas e mal refletidas, de instabilidades e movimentos pendulares diversos instala-se o mal-estar na civilização (FREUD, 1996), no qual as pulsões reprimidas não encontram mais válvulas de escape para equilibrar os conflitos internos da psique de algumas pessoas, dada a velocidade de transformação no universo social e ao caráter plástico e fluido dos desejos realizáveis e irrealizáveis concebidos pela dinâmica pós-moderna.

Trabalhando a partir do conceito de hipermodernidade, Lipovetsky (2004, p. 53) entende que o mundo atual “longe de decretar-se o óbito da modernidade, assiste-se a seu remate, concretizando-se no liberalismo globalizado, na mercantilização quase generalizada dos modos de vida, na exploração da razão instrumental até a ‘morte’ desta, numa individualização galopante”. Percebe-se, então, no tecido social da contemporaneidade a presença angustiante de um mal-estar generalizado, marcado por inseguranças diversas e multifacetadas e por um sentimento visceral de melancolia a respeito do futuro.

Na concepção teórica de Lipovetsky (2004), tanto a insegurança quanto a ambivalência determinam de forma indelével o futuro, que por sua vez transforma de maneira visceral os vínculos socialmente estabelecidos no presente. Nessa perspectiva, os sujeitos veem-se imiscuídos em uma dinâmica conturbada na qual seus corpos e mentes têm uma relação complexa com categorias temporais como passado e futuro.

Lipovetsky (2004) concebe o esgarçamento histórico e estrutural do poder regulador das instituições sociais como algo nocivo às sociedades modernas, ou hipermodernas, como prefere nomear. Para ele, o recrudescimento da liberdade dos indivíduos em relação às normas sociais rigidamente convencionadas é benéfico no sentido de produzir sujeitos mais socialmente autônomos, mais fluidos, livres e independentes. Não obstante, por outro lado, concorre para a desestruturação e consequente fragilização do *eu*; contribuindo, desse modo, com a manutenção de um processo que aumenta as vulnerabilidades desses indivíduos e potencializa o “peso de viver” (LIPOVETSKY, 2004, p. 84).

Corroborando com os argumentos de Lipovetsky (2004), Harari (2016, p. 223-224, grifo meu) acrescenta que diferentemente dos sistemas político-sociais anteriormente existentes “hoje me dia cada geração destrói o mundo antigo e constrói um novo em seu lugar”, deixando em sua passagem um “mundo moderno [que] positivamente requer *incerteza e distúrbio*.” Nessa perspectiva, as relações e os preconceitos antigos perdem sua fixidez, substituídos por novas estruturas que “tornam-se antiquadas antes de chegarem a se solidificar.” Diante da realidade que se apresenta, Harari conclui que “não é fácil viver em um mundo tão caótico e é ainda mais difícil governá-lo.”

Freud ([1930] 1996, p. 85, grifo nosso) enfatiza o universo intrapsíquico como norteador das relações humanas; mas não esquece o papel da sociedade na formação mental dos indivíduos, bem como dos distúrbios que emergem dessa formação

O nosso sofrimento vem de três fontes. Primeiro, o poder superior da natureza. Segundo, a fragilidade do nosso próprio corpo. Terceiro, a inadequação das

regras que procuram *ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade*. As duas primeiras nos forçam a reconhecê-las e submetemos a elas como inevitáveis, pois a experiência de milhares de anos nos convence disso. *Quanto à terceira fonte de sofrimento, não a admitimos, não podemos perceber porque os regulamentos estabelecidos por nós mesmos não representam proteção e benefício para cada um de nós*. Nesse campo de prevenção do sofrimento, como fomos muito malsucedidos, surge aqui em nós, por trás desse fato, uma parcela de natureza inconquistável e, desta vez, uma parcela de nossa própria constituição psíquica.

É nesse mar de incertezas e distúrbios que navega o homem contemporâneo. Supostamente livre dos determinismos ontológicos de outrora, mas preso às correntes de um navio à deriva que afunda lentamente nas águas de um oceano incomensurável e ignoto, ciente de que é, como observou Guimarães Rosa (2009 p. 848), “um rascunho, a ser retocado sem cessar”. Nesse contexto, como manter o equilíbrio psíquico, a sanidade, o bom-senso; como não soçobrar nas águas da loucura na esperança inconsciente de obtenção de algum tipo de paz, de bálsamo? Uma sociedade doente gera indivíduos doentes, principalmente quando não consegue equilibrar desejo e satisfação, ou, nas palavras de Freud ([1913] 2003, p. 1864):

[...] o conhecimento das doenças neuróticas do indivíduo facilitou muito a compreensão das grandes instituições sociais, pois as neuroses mostraram ser tentativas de resolver individualmente os problemas da compreensão dos desejos insatisfeitos, que deveriam ser resolvidos socialmente pelas instituições.

Mas as instituições sociais não estão preocupadas com os problemas sociais e psíquicos que as sociedades das quais são elementos constituintes engendra, isso porque – na sua acepção sociológica clássica – não atuam de maneira estanque, respondendo aos anseios socioculturais que emanam dos diversos grupos de interesse que a compõem. Assim, as instituições sociais atendem aos desejos mais prementes de uma época, movidas pelas ideologias e concepções paradigmáticas vigentes em determinado período histórico; no tempo presente, o individualismo é o modelo dominante (DUMONT, 2000), no qual não existe espaço para o *outro*, a não ser como complemento acessório na composição do *self* egoísta, em que o *superego* se encontra fragilizado pelos impulsos emanados do *id*, regido pelas forças do inconsciente e pelo princípio do prazer (FREUD, 1996).

Nesse contexto, na sociedade atual, pós-moderna, continua valendo a análise de Dumont (2000) realizada para a modernidade, em que o indivíduo é dotado de valor supremo, uma espécie de unidade moral autossuficiente, na qual valores sociais como liberdade de escolha, conquistas pessoais, hedonismo desmedido e a possibilidade de existência independente do outro (a não ser como acessório) são enaltecidos e preconizados de forma extremada (SENNETT, 1999).

Soma-se a essa conjuntura a existência de condições psicopatológicas altamente receptivas à ideologia narcisista pós-moderna; narcisismo este identificado e conceitualizado por Freud (1914) como o amor excessivo e doentio a si próprio, no qual o Ego se volta para si mesmo em uma tentativa de defesa contra a angústia. Nessa defesa do Ego contra a angústia, a partir da premissa teórica de Freud, são operacionalizados os mecanismos de controle oriundos do mundo externo ao indivíduo; mecanismos socioculturais e simbólicos historicamente engendrados para *domesticar* o homem e defender a civilização conquistada. Não obstante, a inter-relação entre homem e

civilização não se dá sem conflitos interiores que, por vezes, são exteriorizados das mais diversas maneiras (FREUD, 1996).

Na contemporaneidade, a preconização do individualismo, a fragilidade e transitoriedade dos laços socioafetivos, o fetiche imagético pela própria imagem, a espetacularização da vida cotidiana por meio das redes sociais, a glamourização de estilos de vida inalcançáveis e baixos níveis de resiliência, despreparo no enfrentamento das frustrações e limites constituem parte da receita para a formação e o recrudescimento de indivíduos com traços sociopsíquicos profundamente narcísicos (OLIVEIRA *et al.*, 2013). É nesse cenário que emergem novas formas de doença mental, de acordo com Veras (2009, p. 7),

No momento atual, ter boa saúde mental tornou-se algo muito complexo. Todos os dias somos informados da existência de novas enfermidades mentais que cobrem todas as atividades da vida humana. As novas doenças mentais são diagnosticadas na escola, no trabalho, no trânsito, etc. Qualquer excesso ou retraimento do laço social será sancionado com algum diagnóstico. Passamos da psicopatologia da vida cotidiana à patologia da vida cotidiana.

Na avaliação de Simmel (2005 [1903], p. 588), a vida tem sido cada vez mais constituída por conteúdos de caráter impessoal que tencionam “recalcar as colorações verdadeiramente pessoais e o que é incomparável. Para salvar o que é pessoal é preciso convocar o que há de extremo em peculiaridade e particularização, e é preciso exagerá-las para que possa tornar audível, inclusive para si mesmo.”

Todavia, esse comportamento não resulta incólume nos processos intrapsíquicos, acionando forças do inconsciente que nem todos conseguem controlar ou ao menos equilibrar, levando muitos a um estado de anormalidade e inadequação que os colocam no centro das adjetivações médico-psiquiátricas em que o esquizofrênico, o bipolar, o psicopata e outras tantas designações figuram como representantes involuntários da loucura.

A sociedade pós-moderna é caracterizada por inúmeras, diversas e multifacetadas transformações em vários aspectos da vida social, econômica e cultural. O desenvolvimento das tecnologias de telecomunicação tornou o mundo menos distante, possibilitando aos indivíduos um acesso maior às informações a respeito de outras nações e culturas; a emergência da Internet é a grande responsável por essa mudança, democratizando conteúdos os mais variados, facultando uma maior participação dos indivíduos na vida política e sociocultural de seus países, como pode ser visto na influência que exerce as redes sociais em todo o mundo (CASTELLS, 2000). Mas toda essa mudança tem seu preço social e psíquico.

Considerações Finais

É uma constante nas questões relativos à ordem social a discussão sobre o problema do mal-estar na civilização, tema sempre recorrente; principalmente quando analisadas as taxas de suicídio e depressão em todo o mundo. Nessas taxas, o que fica aparente é a frieza estatística que transforma o sofrimento psíquico em números; marcados pela impessoalidade e pela preponderância da preocupação econômica em detrimento da discussão a respeito da real fonte do mal-estar da humanidade na civilização contemporânea.

O sofrimento psíquico na atualidade tem raízes profundas e múltiplas causas, sendo a atual falta de sintonia entre homem e sociedade a mais contundente delas. O

modelo de sociedade vigente, calcado em valores fúteis e efêmeros e alicerçado na lógica capitalista, na qual prepondera o lucro sobre todas as coisas, é um dos principais causadores do sofrimento psíquico na contemporaneidade, na medida que propõe modelos de *ser* e *estar* no mundo, mas não oferece a todos as condições necessárias para acessar e permanecer inseridos nesses modelos.

O modelo do *self made man* cria a ilusão de que os indivíduos se fazem por si mesmos, graças seu *talento inato* para entender e atuar na realidade de forma positiva e transformadora. Assim, é negligenciado o papel do Estado na organização social, responsável que é pela educação, pela saúde, pela segurança e por promover a todos – indistintamente – igualdade de condições e acesso irrestrito aos bens econômicos e culturais produzidos pela nação. Esse modelo engendra dicotomias que permeiam o tecido social, criando figuras dissonantes e estabelecendo hierarquias que dividem as pessoas de forma maniqueísta, na qual se é *vencedor* ou *perdedor*, a exemplo do que ocorre na sociedade norte-americana.

O modelo que tem na educação tecnicista sua base fundante é outro dos problemas que agravam o mal-estar na civilização atual, dado que entende os indivíduos – principalmente os jovens – como autômatos prontos a receber um comando e desempenhar uma função programada; esquecendo o complexo processo de subjetivação dos sujeitos e as múltiplas e distintas subjetividades que dele emergem; subjetividades inerentes à condição humana e que plasmam as interpretações acerca da realidade concreta dos indivíduos em determinados contextos econômicos e socioculturais.

Nesse modelo, ideológico-educacional, os indivíduos são levados a desenvolverem habilidades que possam ser vendidas ou trocadas em um mercado cada vez mais *tecnologizado* e *tecnologicizante*. Não obstante, não são instigados a buscarem o autoconhecimento, a reconhecer suas reais potencialidades e limites; bem como os sistemas de manipulação do qual são vítimas. Desse modo, quando percebem que o modelo é idealizado para poucos e inatingível para a maioria (da qual se percebem como constituintes), mergulham em processos autodestrutivos, nos quais a degradação total da saúde mental é o ponto final.

Somam-se a esses modelos as consequências negativas que a globalização e o capitalismo têm exercido em todo o mundo, como o demonstram Bauman (1999; 2005), Beck (1998), Giddens (2000; 2003), Sennett (1999), dentre outros tantos teóricos. Dentre as consequências, as transformações no mundo do trabalho trouxeram os mais danosos problemas, desde a precarização até o desemprego em grande escala e em nível mundial. É nesse cenário que os transtornos psíquicos emergem e se desenvolvem, visto não haver efetiva preocupação no enfrentamento das fontes causadoras dos distúrbios, como bem deixaram claro Alves (2000), Castels (1998) e Forrester (1997).

Referências

ALBERTO, R. M. Perdendo a cabeça: notas sobre a ira insana e a loucura furiosa no Ocidente medieval (XIII-XV). **AEdOS**, v. 2. n. 2, 2009.

ALMEIDA, L. P.; LEÃO, L. H. C. A comunicação corporativa e a sociedade contemporânea. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 138, 2012.

ALONSO, S. L.; FUKS, M. P. **Histeria**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho** - Reestruturação produtiva e crise do capitalismo. São Paulo: Boitempo editorial, 2000.

- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, 26(1), 251-270, 2016.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2000.
- ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- BHABHA, H. K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1998.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. 1.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed., 1999a.
- BAUMAN, Z. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999b.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. 1.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed., 2001.
- BAUMAN, Z. **Identidade**: Entrevista a Benedetto Vecchi. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- BAUMAN, Z. **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BECK, U. **La sociedad del riesgo**: hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós, 1998.
- BRUNO, W. P. Bancários não são máquinas. In: SZNELWAR L. I. (org). **Saúde dos bancários**. São Paulo: Publisher Brasil: Gráfica Atitude; 2011. p. 21-33.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- CASTELLS, M. A era da informação: economia, sociedade e cultura. In: **A Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. 1.
- DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- DURKHEIM, E. **O suicídio** - um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- ELIAS, N. **O processo civilizador**: uma história dos costumes. v. 1. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- FEDIDA, P.; WIDLOCHER, D. Présentation. **Revue Internationale de Psychopathologie**, 1, 3-4, 1990.
- FORRESTER, V. **O horror econômico**. São Paulo: Editora UNESP, 1997.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização** (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1929).

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, Dec. 2010.

GALENDE, E.; KRAUT, A. **El Sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos**. Buenos Aires: Lugar, 2006.

GEERTZ, C. J. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: GEERTZ, C. J. **A interpretação das culturas**. 1. Ed., 13. Reimp., Rio de Janeiro: LTC, 2008, p. 25 -39.

G1GLOBO. Em julgamento histórico, executivos na França respondem por suicídio de 35 funcionários. Promotoria pública acusa sete gerentes da France Telecom-Orange, empresa de telecomunicações que foi privatizada, de 'assédio moral' ao pressionarem funcionários a pedir demissão. **Caderno de Economia, BBC News**, 12/07/2019 09h37. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/noticia/2019/07/12/em-julgamento-historico-executivos-na-franca-respondem-por-suicidio-de-35-funcionarios.ghtml> Acesso em: 23 jan. 2020.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. 2.ed. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, A. **O mundo na era da globalização**. Lisboa: Presença, 2000.

GIDDENS, A. **Mundo em descontrolo: o que a globalização está fazendo de nós**. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. Editora DP&A: São Paulo, 2001.

HALL, S. **Da diáspora**. Identidades e Mediações culturais. Belo Horizonte: UFMG/Brasília, 2003.

HARARI, Y. N. **Homo Deus**. Uma breve história do amanhã. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

LANDEIRA-FERNADEZ, J.; CHENIAUX, E. **Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LE BRETON, D. **Desaparecer de si: uma tentação contemporânea**. Petrópolis: RJ, Vozes, 2018.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio**. Barueri, SP: Manole, 2005.

LYOTARD, J-F. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004.

MARTINS, F. Rev. O que é Phatos? **Latinoam. Psicop. Fund.**, II, 4, 62-80, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000400062 Acesso em: 22 ago. 2020.

MEZZA, M. Neurose moderna e mal-estar da civilização. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 45, p. 121-127, jul. 2016.

OLIVEIRA, C. P. F.; SOUZA, D. E.; MACÊDO, K. B. **A cultura e a contemporaneidade da clínica psicanalítica**. Goiânia: Editora Kelps, 2013.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 9-20, 2004.

PINHEIRO, C. V. de Q.; ALBUQUERQUE, K. M. de. Psicopatologia e Saúde Mental: Questões sobre os Critérios que Orientam a Percepção Clínica. *Revista Subjetividades*. v. 14, n. 1,

PRAUN, L. **Reestruturação produtiva, saúde e degradação do trabalho**. Campinas: Papel social, 2016.

REY, F. G. **Comunicación, personalidad y desarrollo**. Habana: Pueblo y Educación, 1995.

REY, F. G. **Epistemologia cualitativa y subjetividad**. Universidad de la Habana, 1996. (mimeo).

ROSA, J. G. Estas estórias. In: ROSA, J. G. **Ficção completa**. v. 2. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2009.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr.**, v. 5, n. 3, p. 238-246, 2010.

SARTRE, J-P. **O existencialismo é um humanismo**. Tradução de Vergílio Ferreira. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os pensadores).

SARTRE, J-P. **A náusea**. Tradução Thiago Adão Lara. Paris: Gallimard.

[1938] 1958. Disponível em: <https://www.caiodib.com.br/blog/jean-paul-sartre-17-livros-em-pdf-para-download/> Acesso em: 22 dez. 2019.

SÊNECA, L. A. **Sobre a ira sobre a tranquilidade da alma**. Tradução, introdução e notas de JOSÉ EDUARDO S. LOHNER. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. Disponível em: <https://garapuvu.files.wordpress.com/2019/07/sobre-a-tranquilidade-da-alma-seneca.pdf> Acesso em: 22 set. 2020

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record; 1999.

SELIGMANN-SILVA, E.; BERNARDO, M. H.; MAENO, M.; KATO M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35(122):187-191, 2010.

SHINN, T. Desencantamento da modernidade e da pós-modernidade: diferenciação, fragmentação e a matriz de entrelaçamento. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 43-81, mar. 2008.

SMOLKA, A.; GÓES, M. C. R.; PINO, A. A Constituição do sujeito: uma questão persistente. In: WERTSCH, J., DEL RIO, P., ALVAREZ, A. **Sociocultural studies of mind**. New York: Cambridge University, 1995. p. 165-184.

SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis: RJ, Vozes, 2015.

SIMMEL, G. As grandes cidades e a vida do espírito (1903). **Revista Mana**, v.11, n.2, p. 577-591, 2005.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VERAS, M. F. A. S. **A loucura entre nós: teoria lacaniana das psicoses e a saúde mental**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, 2009.

VYGOTSKI, L. S. **La Psique, la conciencia, el inconsciente**. Problemas teóricos y metodológicos de la psicología. Madri: Visor Distribuciones, 1991.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE

Valdir Aragão do Nascimento
 Igor Domingos de Souza
 Valter Aragão do Nascimento
 Yasmine Braga Theodoro
 Eva Borges Oliveira
 Ran Shin Tair

É no âmago da dinâmica sócio-histórica e conjuntural que se gestam as condições favoráveis à degradação da saúde mental dos indivíduos contemporâneos, representada no aumento dos diagnósticos de solidão, crescentes e diversas formas de desadaptação, emergência de distúrbios de comportamento, logo *patologizados* e inclusos na esfera lexical das terapêuticas medicamentosas da psiquiatria ou nas terapias psicológicas de orientações teóricas diversas, a depender da orientação teórica do profissional ao qual o problema é apresentado.

O conceito de doença mental é compreendido como as

[...] condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida (OMS, 2001, p. 18).

Contudo, a OMS (1946) compreende que é uma questão complexa a definição de saúde e doença mental, ficando assim impossibilitada de elaborar uma definição “oficial”, que atenda de forma unívoca a todas as sociedades e culturas ao redor do mundo. Essa impossibilidade deve-se ao fato de cada sociedade, matizada pelas determinantes socio-simbólicas que a particularizam e por contextos sócio-políticos locais, conceber diferentes interpretações e definições acerca do processo saúde/doença (FRENK; GÓMEZ-DANTÉS, 2014).

Em que pese as limitações a respeito da elaboração de um significado único e preciso sobre os transtornos mentais, o conceito de *saúde mental* é adotado pela sociedade ocidental (e/ou ocidentalizadas) para caracterizar, quantitativa e qualitativamente, os níveis de cognição e emoção relativos à qualidade de vida dos indivíduos (ALMEIDA-FILHO, 2011; ROCHA; DAVID, 2015).

Em razão do comprometimento das funções superiores¹ (VYGOTSKY, 1993; 2002), os problemas associados aos transtornos mentais têm sido considerados os fatores preponderantes das causas de morbidade e incapacidade em todo o mundo, e as previsões são as piores possíveis, indicando um crescimento expressivo de diagnósticos positivos

¹ Funções Psíquicas Superiores ou Funções Psicológicas Superiores, ou seja, aquelas funções mentais que caracterizam o comportamento consciente do homem: sua atenção voluntária, percepção, a memória e pensamento, este último, constitui uma perspectiva metodológica que chama nossa atenção para a compreensão de diversos aspectos da personalidade do homem. Sua Teoria chama de funções psicológicas superiores aos processos tipicamente humanos como: memória, atenção e lembrança voluntária, memorização ativa, imaginação, capacidade de planejar, estabelecer relações, ação intencional, desenvolvimento da vontade, elaboração conceitual, uso da linguagem, representação simbólica das ações propositadas, raciocínio dedutivo, pensamento abstrato. In. SOUTO MAIOR, C. D.; WANDERLEY, J. de L. A teoria vygotskyana das funções psíquicas superiores e sua influência no contexto escolar inclusivo (2016, p. 2).

de perturbações psíquicas (CALDAS DE ALMEIDA; AGUILAR-GAXIOLA; LOERA, 2013). Se tomarmos como exemplo os casos de autoisolamento – causados principalmente pela depressão, pela fobia social e demais distúrbios congêneres – e os episódios associados às crises de neurose, veremos que têm estreita relação com o crescente esgarçamento dos laços sociais (CHRISTAKIS; FOWLER, 2010).

Mas como isso ocorre? Isto é, de que maneira – e até que ponto – os distúrbios graves de ordem psíquica podem condicionar os laços sociais, moldando-lhes as formas e subvertendo seus sentidos?

De forma radical, sem dúvida. Nas chamadas crises psíquicas, encontram-se perturbadas as possibilidades de pensar, de falar e de agir de forma compreensível, ou seja, as formas com que o sujeito pode se inserir numa cadeia de significações partilhadas socialmente. Um carro que passa, uma folha que cai deixam de ser ocorrências banais para se tornarem portadoras de alusões enigmáticas; estranhas revelações se manifestam; vozes se fazem escutar. De toda parte, enfim, surgem mensagens desconcertantes dirigidas ao sujeito, tornando-o, ao mesmo tempo, juguete e rei. O júbilo e o pânico muitas vezes se misturam: embora possa ser belo, o mundo que tais sinais anunciam é de penosa habitação. A invasão, a perseguição, as interferências se desencadeiam e afetam a apreensão do próprio corpo: perturba-se a regulação da dor e do prazer, da motricidade e do sono, do sexo e do apetite. Da proliferação dos neologismos à repetição das estereotípias, é também o corpo da língua que se mostra rasgado – perturbando seriamente, portanto, a tessitura dos laços (LOBOSQUE, 2007, p. 1).

De caráter universal, estima-se que transtornos mentais e comportamentais acometam $\frac{1}{4}$ (um quarto) da população mundial, sem distinção de classe social, nacionalidade, faixa etária ou gênero, atingindo indivíduos localizados em zonas urbanas e rurais. Seus danos às sociedades e às pessoas que as compõem são diversos, impactando o setor econômico, prejudicando a qualidade de vida dos que são atingidos pelas enfermidades, mudando a rotina dos familiares, alterando o padrão de vida de suas famílias, causando sofrimento direta e indiretamente (WHO, 2002).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), os transtornos mentais são: i) Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica (Transtornos Psicóticos, como esquizofrenia, transtorno delirante; paranoide; antissocial, borderline; histriônica ou narcisista); ii) Transtornos relacionados ao uso de substâncias, como drogas ilícitas, álcool, medicamentos ou cigarros, por exemplo; iii) Transtornos Neurocognitivos, como delirium, Alzheimer ou outras demências; iv) Transtorno do Neurodesenvolvimento, como deficiências intelectuais, transtornos da comunicação, autismo, déficit de atenção e hiperatividade ou alterações dos movimentos; v) Disforia de Gênero, relacionado ao desenvolvimento sexual; vi) Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, como Cleptomania, Piromania ou transtorno explosivo; vii) Transtorno do Sono-vigília, como insônia, hipersonolência ou narcolepsia; viii) Transtorno da Eliminação, como incontinência urinária ou fecal; ix) Transtornos Parafílicos, relacionados ao desejo sexual; x) Transtornos do movimento relacionado a efeitos de medicamentos; xi) Transtornos depressivos, dentre outros (DSM 5, 2014 – seção II).

Na classificação dessas enfermidades as neuropsiquiátricas são as que mais apresentam problemas de saúde pública no mundo, atingindo o doente e a sociedade como um todo, sendo muito mais prejudicial que as doenças do trato respiratório, as cardiovasculares, as digestivas, as musculoesqueléticas e as neoplasias. As enfermidades de origem neuropsiquiátrica respondem pelos altos índices estatísticos de incapacidade

laboral, comprometimento psicomotor e afastamentos por licenças. Nesse contexto, os transtornos relativos às depressões (depressão maior; depressão psicótica; transtorno afetivo sazonal...) constituem os maiores problemas mundiais (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Nesse cenário, a depressão maior é a face mais obscura dos transtornos depressivos, vitimando por meio do suicídio um número assustador de indivíduos pertencentes a todas as classes sociais e das mais diversas faixas etárias em todo o mundo. Conforme dados estatísticos apresentados pela OMS, em 2015 foram registrados 788 mil óbitos no mundo provocados por suicídio, o que representa quase 1,5% do cômputo geral das mortes em todo o globo, alavancando o suicídio por depressão a o ranking das 20 maiores causas de morte em 2015. Entre jovens de 15 a 29 anos, o suicídio foi a segunda maior causa de morte em 2015. A se confirmarem as estimativas para os próximos anos, a situação só tende a piorar. As projeções para as próximas duas décadas estimam que a depressão será a segunda das principais causas de doenças em todo o planeta. Podendo alcançar 1,5 milhão de mortes em 2020 (OMS, 2016).

Dados publicados pela World Health Organization em 2014 (WHO, 2014) listam os dez países do mundo com maior prevalência no número de mortes por suicídio ao ano:

- 1° – Índia (258.075)
- 2° – China (120.730)
- 3° – Estados Unidos (43.361)
- 4° – Rússia (31.997)
- 5° – Japão (29.442)
- 6° – Coreia do Sul (17.908)
- 7° – Paquistão (13.377)
- 8° – Brasil (11.821)
- 9° – Alemanha (10.745)
- 10° – Bangladesh (10.167)

No que diz respeito aos casos de suicídio a cada 100 mil habitantes, os dez países com maior prevalência são:

- 1° – Guiana (44,2 casos a cada 100 mil habitantes).
- 2° – Coreia do Sul (22,8 casos a cada 100 mil habitantes)
- 3° – Sri Lanka (28,8 casos a cada 100 mil habitantes)
- 4° – Lituânia (28,2 casos a cada 100 mil habitantes)
- 5° – Suriname (27,8 casos a cada 100 mil habitantes)
- 6° – Moçambique (27,4 casos a cada 100 mil habitantes)
- 7°/8° – Tanzânia (24,9 casos a cada 100 mil habitantes)
- 7°/8° – Nepal (também com 24,9 casos a cada 100 mil habitantes)
- 9° – Cazaquistão (23,8 casos a cada 100 mil habitantes)
- 10° – Burundi (23,1 casos a cada 100 mil habitantes)

Alguns países asiáticos apresentam altas taxas de suicídio e distúrbios psíquicos, como o Japão, a Coreia do Sul, o Sri Lanka e a China. Nesses países, o desenvolvimento econômico e as inúmeras transformações socioculturais havidas nas últimas décadas têm sido considerados como as causas primárias do adoecimento mental dessas sociedades. As mudanças relativas ao estilo de vida, maior pressão social em relação aos desempenhos individuais (carreira, cumprimento de metas, expectativa e autoexpectativa de excelência), o aumento da carga de trabalho para atender às demandas do consumismo, isolamento tecnológico e o estresse da vida moderna – consequências socioculturais dos processos de modernização e industrialização – têm causado impactos emocionais e

prejudicado a saúde mental dos asiáticos (THE INTERNATIONAL HANDBOOK OF SUICIDE, 2016).

O estresse laboral tem sido reconhecido como um dos principais problemas de saúde pública nas sociedades modernizadas em todo o mundo, gerando consideráveis danos econômicos às empresas e impactando negativamente setores da saúde socialmente responsáveis pelo afastamento e tratamento dos indivíduos adoecidos. De acordo com pesquisa realizada pela OMS, o estresse ocupacional tem como determinantes aspectos organizacionais e de gestão das relações de trabalho; ocorrendo de maneira mais contundente quando as demandas oriundas das atividades laborais extrapolam as capacidades e os recursos físicos e/ou psíquicos dos indivíduos para atendê-las (ILO, 2016).

A realidade contemporânea, matizada pela competição desenfreada no mundo do trabalho, cada vez mais exigente no que diz respeito às competências técnico-profissionais que seus colaboradores efetivos e eventuais devem possuir, não concede espaço à reflexão sobre o sofrimento humano que tais exigências forçosamente engendram. Esse cenário de degradação das relações humanas nos ambientes de trabalho é nocivo à saúde mental dos indivíduos, isso porque

A avaliação individualizada dos desempenhos estimula a rivalidade. A lealdade e a confiança são corroídas e são trocadas pela desconfiança e o constrangimento de vigiar o comportamento dos colegas: controlar, espionar, alimentar disputas e rupturas. A solidariedade é destruída dentro desse contexto. A dissimulação e a má-fé tornam-se a regra. O assédio encontra terreno fértil nesse ambiente e a solidão não possibilita a elaboração dessa experiência (PRIETO, 2018, p. 1).

Esse universo de concorrência draconiana – em que os indivíduos são colocados um contra o outro em nome da lógica capitalista – empobrece e esgarça as redes socioafetivas de solidariedade e de pertencimento, exigindo das pessoas envolvidas nesses processos laborais maiores níveis de resiliência e o fortalecimento de suas já estressadas habilidades cognitivas e emocionais (HAN, 2015).

Essa vida nervosa (DUARTE, 1986) e hiperacelerada imposta pela sociedade de desempenho, no dizer do filósofo sul-coreano Byung-Chul Han (2015), na qual os valores relativos à produtividade suplantam o valor da vida, os indivíduos assumem uma gama cada maior e diversificada de atividades, deixa pouco espaço para o intercâmbio de afetividades, impossibilitando (ou dificultando) processos inter-relacionais (para além do mundo corporativo-laboral) que promovem o acesso consciente ao diferente, ao constante exercício de contato com a alteridade. Nesse contexto, lidar com as vicissitudes e os dissabores da existência (em todas as suas dimensões) torna-se um processo muito mais complexo e menos suportável (BAUMAN, 1998; 2008).

Conforme os dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), no mundo, a cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio, o que estatisticamente chega a aproximadamente 2200 mortes por dia, mais ou menos 1 milhão por ano. Conforme a OMS (2016), para cada suicídio consumado outros 20 tiveram suas tentativas malogradas, tendo os jovens como principais protagonistas das tentativas e dos episódios fatais confirmados.

Entre os países europeus, Portugal apresentou em estudos publicados de 2010 a 2013, um aumento da prevalência total das perturbações mentais na ordem de 22,9% – maior taxa registrada na UE – com especial relevo para os distúrbios da ansiedade e transtornos depressivos. Portugal tem as maiores taxas de consumo de antidepressivos da

União Europeia, para depressão (55% em Portugal e 51% na UE), para ansiedade (47% e 41%, respetivamente). Em âmbito nacional, a prevalência anual para os distúrbios do humor em Portugal é de 7.9%, o que deixa o país luso em segundo lugar em relação à ocorrência de perturbações depressivas, só sendo superado pela França (8.5%). Os dados explicam o aumento exponencial do número de suicídios entre 2007 e 2010, principalmente em indivíduos idosos (DGS, CARVALHO, 2014).

Conforme dados epidemiológicos obtidos em pesquisas realizadas no Estados Unidos da América (EUA), existe uma crescente epidemia de doenças mentais em solo norte-americano. Os estudos indicam que em indivíduos na faixa etária dos 18 anos de idade, 46,4% deles são afetados por algum tipo de transtorno mental. Ou seja, um em cada quatro pessoas manifesta alguma complicação de ordem psiquiátrica em dado ano, sendo 22% dos casos diagnosticados são considerados graves. De acordo com essas percentagens, no término da vida, 51% dos indivíduos terão manifestado um transtorno psiquiátrico (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Na América Latina, o Brasil lidera as estatísticas referentes aos diagnósticos positivos para doença mental, em especial ansiedade e a depressão. Jaen-Varas e colaboradores (2019) realizaram pesquisas de caráter epidemiológico em seis metrópoles brasileiras (Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo). Os resultados demonstraram altas taxas de suicídio entre adolescentes – estratificadas conforme os limites cronológicos da adolescência estabelecidos pela OMS – jovens (10 a 15 anos) e adolescentes mais velhos (15 a 19 anos), mortes autoinflingidas devido aos sintomas provocados pela depressão, constatando “que a taxa de suicídio de adolescentes aumentou 24% em seis grandes cidades brasileiras e 13% no Brasil no geral entre 2006 e 2015.”

Para esses pesquisadores, existe uma “associação entre indicadores socioeconômicos, particularmente desigualdade e desemprego, e taxas de suicídio em adolescentes. Níveis mais altos de desigualdade e desemprego foram associados a maiores taxas de suicídio.”, associação também identificada por Denney et al. (2009) e Durkheim (1982).

Para Asevedo, um dos autores do trabalho *Associação entre taxas de suicídio de adolescentes e indicadores socioeconômicos no Brasil: estudo ecológico retrospectivo de 10 anos*, o que ocorre é que prepondera entre esses jovens “sentimentos de desesperança e inutilidade, que frequentemente ocorrem em quadros depressivos, são frequentemente vistos como mecanismos psicológicos desencadeantes do comportamento suicida.” Esses sentimentos, continua Asevedo, são “muito prevalentes na geração de jovens desalentados, sem propósitos claros, que nem trabalham nem estudam.” (CAMPOS, 2019, p. 1). Fica evidente a correlação entre indivíduo e sociedade na pesquisa realizada por Jaen-Varas et al. (2019), demonstrando que sociedades com sérios problemas econômicos e alta desigualdade social contribuem para o adoecimento psíquico de sua população, principalmente os mais jovens.

No Brasil, o suicídio também tem se apresentado como uma epidemia entre os indígenas brasileiros, apresentando altos índices de óbitos por mortes autoinflingidas entre as diversas nações ameríndias, chegando a quase o triplo de ocorrência em relação à média nacional, de 5,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, para o índice de 15,2 na população indígena. No centro dessas tragédias sociais figuram indivíduos situados entre a faixa etária dos 10 aos 14 anos, com a prevalência de mortes em 44,8%, na contramão do que acontece no resto da população brasileira, na qual os suicídios são mais presentes entre adultos de 20 a 39 anos (WHO, 2014). De acordo com Souza (2019, p. 5):

A quase totalidade dos suicídios entre indígenas, 94,5% (88,5-100,5) ocorreu nas macrorregiões Norte e Centro-oeste, enquanto, entre os não indígenas, 29,1% (25,1-33,1) ocorreram nessas macrorregiões [Norte, Centro-oeste, Nordeste, Sudeste, Sul]. Aproximadamente, 3/4 dos suicídios entre crianças indígenas ocorreram em 17 municípios, agrupáveis em três grupos, um localizado no sudoeste do Amazonas [27,3% (15,5-39,0)], outro no noroeste desse estado [9,1% (1,5-16,7)] e o outro no sul do Estado do Mato Grosso Sul [40% (27,1-52,9)].

As explicações para os suicídios geralmente orbitam entorno da questão da perda de seus territórios e do esgarçamento das relações indígenas com as forças da natureza, conseqüentemente, de seus modos de vida tradicionais; outras explicações associam as inter-relações assimétricas entre as sociedades indígenas e a sociedade envolvente como desencadeadoras do sofrimento psíquico de jovens, adultos e idosos de matrizes culturais ameríndias. E existem aqueles que atribuem os episódios ao consumo desmedido de bebidas alcoólicas, em uma tentativa de afastar a opinião pública a respeito dos diversos e complexos problemas por que passam as populações indígenas na interação com a sociedade envolvente (MORGADO, 1991).

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2018), o grupo dos adolescentes apresenta alto índice de prevalência relativo aos transtornos mentais em todo o mundo, chegando a afetar de 10% a 20% desse contingente, conforme estimativas. Ainda de acordo com as informações da OPAS (2018), esses adolescentes não são adequadamente diagnosticados e, em decorrência disso, são tratados de maneira incorreta, agravando, muitas das vezes, o quadro da doença. Isso ocorre porque ainda não há uma preocupação efetiva com a doença mental e suas causas e conseqüências, tendo seus sinais negligenciados por diversos motivos, a exemplo do desconhecimento em relação ao sofrimento psíquico por parte da população e a falta de conscientização a respeito da saúde mental entre trabalhadores da saúde. Soma-se a esses fatores o estigma que acompanha a doença mental e aqueles por ela acometidos.

Um outro entrave ao enfrentamento do problema relativo aos transtornos mentais é a falta de continuidade no tratamento, especificamente em relação aos transtornos mentais de natureza grave com evolução crônica, situação que exige terapêuticas polimedicamentosas continuadas. Alguns distúrbios psíquicos se particularizam oscilação constante na manifestação dos sintomas; o que requer cuidado redobrado e diuturno para evitar picos de crise ou aparente estagnação do transtorno, que pode ser confundida com a remissão do problema e provocar o abandono precoce do tratamento da patologia. Nesses casos, é comum que “No curso da doença mental pacientes e seus familiares vivenciam momentos de controle e diminuição dos sintomas, alternados a momentos de crise, recaída psiquiátrica e conseqüente reinternação hospitalar dos doentes” (CARDOSO; GALERA, 2009, p. 161)

É consenso entre os profissionais da área de saúde que tratam de doenças mentais a presença do estigma social entre seus pacientes, o que acaba prejudicando o quadro clínico dos enfermos, principalmente quando é internalizado pelos pacientes (BRUNELLO, 1998; MONTEIRO et al., 2012; NUNES; TORRENTÉ, 2009; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012; SALLES; BARROS, 2009; 2013; SOARES et al., 2011). No caso de esquizofrênicos, Yanos e colaboradores (2008) e Vass et al. (2015) identificaram que a internalização do estigma pelas pessoas com deficiência mental reduz significativamente os níveis de esperança e autoestima dos pacientes.

Para Goffman (1988), o estigma define-se como uma marca, um símbolo social que carrega em si uma aura de depreciação, menosprezo, frequentemente acionado para

segregar aqueles cujo aspecto físico, comportamental ou de classe não atendem às diretrizes estabelecidas pelos grupos sociais dominantes.

Esse fenômeno social resulta na exclusão de indivíduos e grupos, produzindo no imaginário social seres abjetos, discriminados e alijados da participação em vários setores da sociedade. Os estigmas se apresentam de forma diferente, dependendo da classe social e da religião das pessoas que manifestam problemas relativos à saúde psíquica. Algumas religiões costumam tratar alguns distúrbios como manifestações do demônio na vida dos fiéis, a exemplo da IURD estudada por Almeida (2009, p. 82), que

Com a finalidade de diagnosticar a possessão, a Igreja Universal elencou os sintomas mais frequentes que denunciam algum tipo de possessão demoníaca. São eles: insônia, medo, nervosismo, constantes dores de cabeça, desmaios frequentes, visão de vultos, audição de vozes estranhas, vontade de suicídio, vícios, perturbações, dores não diagnosticadas pela medicina e depressão.

Outro exemplo pode ser verificado na prática do exorcismo, na qual a Igreja Católica em pleno século XXI emprega rituais de despossessão demoníaca para livrar as almas daqueles que manifestam sinais claros de autossugestão, sofrimento psíquico e distúrbios mentais. De acordo com o historiador Brian Levack (2013), o recrudescimento do exorcismo pela Igreja Católica se deu na década de 1970 e 1980 em resposta ao crescimento das igrejas evangélicas de orientação pentecostal e neopentecostal, que à época despontavam no cenário das práticas sagradas como as religiões autorizadas por Deus a expulsarem demônios.

Assim, para não ser estigmatizado como *endemoniado*, o indivíduo que apresenta esses sintomas raramente verbaliza seu sofrimento, e este só vem à tona quando já não pode mais ser controlado pelas forças conscientes, demorando a buscar auxílio e agravando sua condição patológica. Outros não externalizam suas suspeitas de serem portadores de distúrbios mentais com medo de serem tachados de loucos, de serem vistos como motivo de chacota entre amigos e mesmo de sofrerem discriminações.

O estigma é um dos grandes problemas no tratamento de pessoas com algum tipo de distúrbio psíquico, isso porque “Portadores de transtornos mentais graves são frequentemente evitados por amigos e familiares, discriminados por colegas de escola ou trabalho, preteridos por empregadores e locatários, vítimas de violência.”, sendo representados pelas mídias (impresas, virtuais, fílmicas e televisivas) “de forma caricatural e preconceituosa [...] e, por vezes, alvo de ações policiais inadequadas” (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015, p. 591).

Os autores desse estudo chamam a atenção para a necessidade de combater a discriminação dos transtornos mentais, haja vista que essas atitudes só trazem mais danos à saúde dos enfermos, prejudicando seus familiares, comprometendo ainda mais a qualidade de vida e afetando de maneira negativa as terapêuticas utilizadas na tentativa de controlar – ou ao menos amenizar – os sintomas das perturbações que afligem os pacientes.

Considerações Finais

A vida moderna e as muitas pressões cotidianas, geradoras de inúmeros estressores, têm contribuído para o aumento do adoecimento psíquico da humanidade. Pessoas de diversas faixas etárias, condições socioeconômicas e níveis educacionais são diuturnamente expostas a situações-limite que põem à prova a resiliência de todos no trato

com as adversidades cotidianas. Enfermidades, dores crônicas, crises conjugais, inaptações sociais, a violência e suas consequências, desemprego, estresse ocupacional, perda de entes queridos; enfim, estressores que perturbam a psique e que são enfrentados de maneiras diferentes por diferentes indivíduos.

A esses fatores externos somam-se os problemas de ordem psicológica e pessoal, originárias do universo psíquico de cada um e da formação sociocultural recebida, às vezes traumática e marcada por condicionantes extremamente adversas que acabam por impactar negativamente na formação da mente de algumas pessoas. Nesse cenário, até os mais psiquicamente resistentes sucumbem; premidos e sufocados pela necessidade, às vezes inconsciente, se de verem libertos das correntes que lhes acorrentam corpos e mentes.

Geralmente, o aumento ou surgimento dos problemas relacionados à saúde psíquica começam com a exposição dos indivíduos a altos níveis de estresse, que têm dimensões diferentes de pessoa para pessoa, variando de intensidade conforme as respostas psicofisiológicas individuais. Independentemente desses fatores, é sabido que níveis elevados de estresse são desencadeadores de diversos outros problemas atinentes à saúde, como doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos, *burnout*, síndrome do pânico, depressão, ansiedade e suicídio (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

Níveis elevados de estresse são também responsáveis pelo comportamento de *coping*, no qual o uso de substâncias anestésicas lícitas e ilícitas (abuso de álcool e entorpecentes, tabagismo, excesso de exercícios físicos e dieta insalubre é utilizado como mecanismo de enfrentamento dos efeitos adversos provocados pelo estresse, tais como insônia, irritabilidade, dores musculares, cefaleias e expressiva diminuição da libido (GALIMBERTI, 2005).

O sofrimento psíquico é de difícil etiologia, dada sua natureza multifatorial e as dificuldades de diagnóstico colocadas pelo atual estágio das ciências psicológica e médico-psiquiátrica. A esse fato somam-se outras tantas variáveis, como o preconceito existente em várias camadas da sociedade sobre a condição de doente mental; o alto custo do tratamento e o descaso do poder público com as políticas públicas de saúde voltadas para os cuidados com as enfermidades psíquicas.

Apesar dessas variáveis, pesquisas recentes têm demonstrado a correlação entre o aumento vertiginoso dos índices relativos aos transtornos mentais e o modelo de sociedade atual, caracterizado pelo individualismo exacerbado, pelo hedonismo, pelo narcisismo, pelo consumismo, pelo predomínio dos valores materiais em detrimento dos espirituais, no qual o valor dos indivíduos é dado pelos bens que ele tem, não pelo que ele é enquanto pessoa, pelas estressantes e às vezes absurdas demandas do mundo do trabalho (impossíveis de serem atendidas na sua maioria; e quando possíveis, comprometem a qualidade e abreviam a vida – a médio e longo prazo – dos trabalhadores em razão dos problemas de saúde física e mental a que são expostos).

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA, R. **A Igreja Universal e seus demônios: um estudo etnográfico**. São Paulo: Terceiro Nome, 2009.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Zahar, 1998.

BAUMAN, Z. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRUNELLO, M. R. I. Loucura: um processo de desconstrução da existência. **Revista Terapia Ocupacional**, v.9, n.1, p.14-19. 1998.

CALDAS DE ALMEIDA, J. M.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; LOERA, G. The burden of mental disorders: Implications for Policy. In Alonso J, Chatterji S & He Y (eds). **The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys**. New York: Cambridge University Press; 2013. P. 1-319.

CAMPOS, M. Estudos detalham perfil de casos de suicídio na adolescência no Brasil. Unifesp. **Notícias**. 2019. Disponível em: <https://www.unifesp.br/noticias-antiores/item/3803-estudos-detalham-perfil-de-casos-de-suicidio-na-adolescencia-no-brasil> Acesso em: 12 nov. 2019.

CHRISTAKIS, N.; FOWLER, J. H. **Social networks sensors for early detection of contagious outbreaks**, Estados Unidos: PLoS 5, 2010.

DENNEY, J.; ROGERS, R.; KRUEGER, P.; WADSWORTH, T. Adult suicide mortality in the United States: Marital status, family size, socioeconomic status and differences by sex. **Social Science Quarterly**, 90(5), 1167-1185., 2009.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE/DGS; CARVALHO et al. **Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde**. 2 ed. Portugal: Gráfica Comercial, 2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia-interpessoal-pdf.aspx> Acesso em: 2 jul. 2020.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1986.

DURKHEIM, E. **O suicídio - um estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

FRENK, J.; GÓMEZ-DANTÉS, O. Designing a framework for the concept of health. *Journal of Public Health Policy*. v. 35, n. 3, p. 401-406, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24943667/> Acesso em: 3 jun. 2020.

GALIMBERTI, U. **Dicionário de psicologia**. São Paulo: Loyola, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC. 1988.

HAN, B. C. **A sociedade do cansaço**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION/ILO. **Women at Work: Trends**. 2016. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457317.pdf Acesso em: 7 mar. 2020.

JAEN-VARAS, D.; MARI, J. J.; ASEVEDO, E.; BORSCHMANN, R.; DINIZ, E.; ZIEBOLD, C.; GADELHA, A. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 41(5), 389-395.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Investing in mental health**. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 7 mar. 2020.

LEVACK, B. **The devil within**. Possession and exorcism. Yale University Press: New Haven and London, 2013.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: laços sociais. **Mental [online]**. 2007, v.5, n. 8, p. 53-60. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004 Acesso em: 22 jul. 2020.

MORGADO, A. Epidemia de suicídio entre os Guarani-Kaiowá: Indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. **Cadernos de Saúde Pública**, 7(4), 585-598, 1991.

OLIVEIRA, R. F. de.; ANDRADE, L. O.M. de.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3069-3078. 2012.

OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; BEHR, S. da C. F. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 15, n. 6, p. 993-1015, Dec. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. **RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf Acesso em: 7 set. 2019.

PRIETO, D. Y. C. O suicídio no mundo contemporâneo. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios**. Pró-Vida, 2018. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/programas-projetos-e-aco/pro-vida/dicas-de-saude/pilulas-de-saude/o-suicidio-no-mundo-contemporaneo> Acesso em: 12 jun. 2020.

ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. 1, 129-135, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf> Acesso em: 22 jul. 2020.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1059-1071. 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.11-16. 2009.

SOUTO MAIOR, C. D.; WANDERLEY, J. de L. A teoria vygotskyana das funções psíquicas superiores e sua influência no contexto escolar inclusivo. **II CINTEDI - II Congresso Internacional de Educação Inclusiva/ II Jornada Chilena Brasileira de Educação Inclusiva**, Campina Grande/PB, 2016.

SOUZA, M. L. P. de. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 3, e00019219, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 13 nov. 2019.

THE INTERNATIONAL HANDBOOK OF SUICIDE PREVENTION. 2nd Edition. Editor(s): Rory C. O'Connor; Jane Pirkis. West Sussex/UK: John Wiley and Sons Ltd, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide.** A global imperative. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=B9C0B6B5CF21464DD4785D352A5D4B71?sequence=1 Acesso em: 22 nov. 2020.

VASS, V.; MORRINSON, A. P.; LAW, H.; DUDLEY, J. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. **Psychiatry Research**, v. 230, n. 2, p. 487-495, 2015.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente.** 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

PRECONCEITO, DOENÇA MENTAL E SOCIEDADE: A PSICOFOBIA EM DEBATE

Valdir Aragão do Nascimento
Priscila Gonçalves Soares dos Santos
Igor Domingos de Souza
Laynara Soares Vivallva
Kely Cristina Garcia Vilena
Fernanda Guerreiro de Paula

Introdução

A complexidade sempre foi o signo mais presente no que diz respeito à humanidade e sua história, compondo de forma dialética as inúmeras especificidades que condicionam e determinam a existência do homem. Essas complexidades escapam (total ou parcialmente) à compreensão da ciência, deixando transparecer os limites da capacidade do homem de estudar a si mesmo e, de certa forma, a realidade sob a qual constitui suas certezas, ou mesmo suas hipóteses. Uma das muitas dificuldades que se apresentam ao conhecimento é a mente humana. Dotada de inúmeras habilidades e potencialidades, abriga e condensa no seu entorno os maiores mistérios, o que gera mitos, medos e preconceitos (PASQUALI, 2008).

Dentre as acepções sociolinguísticas relativas ao preconceito, os dicionários definem o vocábulo como um juízo de valor preconcebido a respeito de algo ou alguém; conceito ou opinião formados antecipadamente; um prejulgamento; ideia ou pensamento sobre algo ou alguém construído sem fundamentação, conhecimento ou reflexão (BORBA, 2011, p. 1109). Assim, sentimentos, ações, pessoas, crenças e tendências de comportamento podem ser interpretados de maneira preconceituosa, sem que essa interpretação tenha correlação com a realidade dos fatos, gerando discriminações sociais de variados matizes, já que podem ser entendidas como [...] uma espécie de resposta comportamental ao estigma e ao preconceito, definidos como atitudes negativas em relação ao valor de grupos sociais específicos, ou como uma forma efetivada de estigma ou preconceito [...]” (PARKER, 2012, p. 4).

É nesse cenário permeado por categorias como estigma, preconceito e discriminação que a condição de portador de transtorno mental tem sido interpretada por parte das sociedades em todo o mundo, levando as pessoas que manifestam distúrbios psíquicos a serem estigmatizadas pelo senso comum que, via de regra, considera todos nessa condição como loucos, lunáticos, pirados, insanos; fato que dificulta a aceitação da doença – por parte de alguns indivíduos – e dificulta ou inviabiliza no todo ou em parte os tratamentos dos transtornos (GOMES, 2014).

A esse medo de estigmatização deu-se o nome de psicofobia, categoria na qual os transtornos mentais, e aqueles que os manifestam, são vistos pela ótica do preconceito, da intolerância e do medo; fato que leva muitas das pessoas diagnosticadas terem vergonha de sua condição, o que contribui para que não busquem tratamento – diminuindo as oportunidades de trabalho e restringindo o universo de socialização das pessoas com esses distúrbios (PEREIRA; GOMES, 2017).

Na conceituação de Piccini (2016, p. 1), psicofobia é definida como

[...] um neologismo criado pela Associação Brasileira de Psiquiatria que teve seu presidente Antonio Geraldo da Silva como criador desenvolvedor e propagador. A ideia de dar um nome ao estigma, prejuízo e preconceito que

sofrem os doentes mentais foi aceita por legisladores, como o Senador Paulo Davim, pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Mundial de Psiquiatria, e por várias associações como a Associação Americana de Psiquiatria, a Associação Espanhola de Psiquiatria, a Associação Portuguesa de Psiquiatria e outras mais.

A propósito ainda do conceito de psicofobia, Bastos (2014), não comunga do consenso em relação à construção do neologismo, afirmando que este foi mal elaborado e, o que é ainda pior, segundo o autor, chancelado pela Diretoria da ABP, que emprega o termo largamente. Bastos entende o termo como um desrespeito à língua portuguesa e às Ciências Humanas em geral, considerando a expressão totalmente inadequada e incorreta, com erro grosseiro tanto no âmbito linguístico quanto científico, e que, na visão do autor, deve ser repudiada pela comunidade psiquiátrica.

Do ponto de vista linguístico, o termo abrange equívocos imperdoáveis etimológicos, semânticos e gramaticais. O sufixo “phobos”, de origem grega, significa temor, medo ou aversão à palavra que o antecipa. “Psicofobia” literalmente significa medo, temor, repulsa ou aversão a todas as Ciências do Comportamento humano. É, portanto, uma expressão totalmente equivocada, porque pretende substituir lemas já devidamente utilizados e aceitos em todo o mundo, quais sejam: a “estigmatização do doente mental”, “preconceitos sociais contra o doente mental”, ou simplesmente sua “exclusão social”. Se desejavam um vocábulo mais breve ou de fácil divulgação, que equivalesse aos anteriormente referidos disporiam do horrendo e anacrônico “Psicopatofobia”, ou fariam uso apenas das abreviações: EDM, PSDM” ou “ESDM”, muito mais curtos e de significação correta (BASTOS, 2014, p. 5).

Outra crítica ao termo Psicofobia vem do psiquiatra Juberty Antonio de Souza (apud PICCINI, 2016, p. 1), para quem o neologismo não se coaduna com o significado linguístico e semântico que os radicais gregos utilizados na construção da palavra querem representar. Segundo Juberty Antonio de Souza, o vocábulo *Psicofobia* quer dizer, no seu sentido literal, “*medo exagerado e irracional da mente.*” O psiquiatra esclarece que, apesar da inconsistência semântico-conceitual, o conceito tem sido vulgarmente empregado no Brasil para categorizar determinadas situações em que há preconceito e discriminação contra aqueles que – de forma crônica ou sazonal – apresentam comportamentos definidos como originados por transtornos ou deficiências mentais.

Nessa acepção, continua Juberty, o sufixo *fobia* (do grego *Φόβος*, *phóbos*, “*medo*”) não guarda relação intrínseca com a forma clínica costumeiramente utilizada, mas remete a outro universo de significado, no qual psicofobia define atitudes negativas e/ou preconceituosas que têm na pessoa com deficiência mental seu objeto. O emprego do termo com o objetivo de representar fonética e semanticamente o preconceito e a discriminação originou-se no Brasil, tendo sido inicialmente utilizado pela “Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em uma campanha contra este tipo de preconceito, sendo o sufixo *-fobia* usado provavelmente por causa da difusão do seu uso em iniciativas anti-discriminatórias, tais como as que combatem a homofobia, a xenofobia etc.”, informa Juberty Antonio de Souza (apud PICCINI, 2016, p. 1).

Em que pese a posição de Bastos (2014) e Juberty (apud PICCINI, 2016) e as razões que a sustentam, adotaremos aqui o termo psicofobia, até porque, na revisão bibliográfica realizada para este texto, encontramos muitos profissionais da psiquiatria e psicologia que utilizam o neologismo, o que demonstra sua aceitação por parte dos especialistas. Como exemplos, citamos os artigos de Pereira e Gomes (2017) *O olhar do paciente do capsii sobre a psicofobia*; Buchli et al. (2019) *Psicofobia: percepção da*

saúde mental em estudantes de medicina; Gomes (2014) Psicofobia e direitos humanos relativos à área de saúde mental e Silva e Marcolan (2018) Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento.

Os episódios de psicofobia que sofrem alguns pacientes tendem a aumentar o nível de sofrimento dos indivíduos com transtornos mentais, tanto pela recusa em aderir aos tratamentos psicológicos, a exemplo das terapias, como pela atitude reticente em relação aos psicofármacos utilizados para amenizar os sintomas provocados pelos distúrbios (SILVA; MARCOLAN, 2018).

Em verdade, a psicofobia é parte da malha de preconceitos e estigmas sociais tecida em diversas regiões do mundo, e no Brasil não é diferente, na qual o objeto do preconceito é sempre o diferente, o inadaptado, o *outsider*; aquele indivíduo socialmente marcado pelo signo da falta, e que por isso “está inabilitado para a aceitação social plena.” (GOFFMAN, 1988, p. 4). O estigma, no que tange à psicofobia, é a não aceitação do diferente como ele é, passando a enxergar apenas os estereótipos, assim, assevera Goffman (1988, p. 6), “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída.”

O indivíduo estigmatizado acaba internalizando o estigma, aceitando como natural muitos dos estereótipos referentes às inúmeras e diversas condições que particularizam os problemas de ordem psíquica. Desse modo, dirige contra si mesmo os preconceitos atribuídos aos transtornos mentais e àqueles que os manifestam – o que acaba restringindo, no todo ou em parte, o acesso aos tratamentos possíveis e, com isso, diminuindo as possibilidades de cura ou de controle dos sintomas (CAQUEO-URÍZAR; BOYER; WILLIAMS, 2019). Nesse cenário, o quadro clínico tende a se agravar, o que potencializa o sofrimento psíquico e contribui – a depender do transtorno e de sua intensidade – para autodestruição progressiva (uso abusivo de álcool e estupefacientes de toda sorte) e/ou a ocorrência do suicídio (GOFFMAN, 1988; MASCAYANO; ARMIJO; YANG, 2015; MATHIAS et al. 2015).

Os preconceitos se inscrevem em várias instâncias socioculturais, tendo como móveis categorias como classe social, níveis de renda, gênero, origem geográfica, cor de pele, religião, tipo de ocupação profissional, dentre outras nem sempre nomináveis. O preconceito não é inato, não nasce com os indivíduos; “ele se instala no desenvolvimento individual como um produto das relações entre os conflitos psíquicos e a estereotipia do pensamento – que já é uma defesa psíquica contra aqueles – e o estereótipo, o que indica que elementos próprios à cultura estão presentes.” (CROCHÍK, 1996, p. 1).

Thornicroft *et al.* (2007) identificam três elementos principais na composição conceitual do estigma: i) ignorância (ausência de conhecimento adequado sobre determinado distúrbio psiquiátrico, por exemplo); ii) preconceito (crenças, pensamentos e sentimentos negativos direcionados às pessoas diagnosticadas com transtornos psíquicos) e iii) discriminação (posturas evitativas e de rejeição com relação aos indivíduos diagnosticados).

Esse estigma acaba inibindo a procura por tratamento de muitos dos indivíduos acometidos por doenças mentais. Essa recusa de procurar tratamento médico-psiquiátrico e/ou psicológico não atinge somente as populações leigas, mas também médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais que atuam na saúde pública que, devido ao preconceito existente contra os portadores de transtornos mentais, preferem se automedicar ou mesmo não buscar ajuda profissional específica (AMARAL *et al.*, 2008; NEPUMUCENO; CARVALHO; NEVES, 2019; SILVA *et al.*, 2015).

Essa trama sociocultural e psíquica na qual viceja o preconceito é constituída pela ignorância da sociedade em relação aos distúrbios psíquicos e suas múltiplas condicionantes socioculturais e congênitas. Gomes (2014) assevera que as pessoas

acometidas de depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, ansiedade, dentre outras tantas enfermidades psíquicas, têm sofrido preconceito em razão de sua condição, preconceitos que se apresentam de maneiras variadas e perversas.

A forma de preconceito mais comum é aquela em que o indivíduo que manifesta qualquer transtorno mental é louco; o que não é verdade porque vários distúrbios psíquicos não podem ser classificados como loucura, a exemplo da depressão, da ansiedade e da fobia social, para citar os mais comuns. No que tange aos medicamentos utilizados pelos pacientes, a desinformação alimenta a ideia de que causam dependência, deixando a pessoa viciada (PEREIRA; GOMES, 2017).

São indivíduos que são preteridos em empregos devido ao fato de terem sido diagnosticados com transtornos mentais; alijados dos processos de promoção profissional pela mesma razão; pessoas que são vítimas de chacotas no local de trabalho ou mesmo em outros círculos sociais; enfim, são múltiplas e multifacetadas as formas de preconceito contra as pessoas com problemas mentais. Frutos do preconceito,

[...] os sujeitos com adoecimento psíquico são percebidos como detentores de comportamentos não aceitos socialmente. Nem sempre, tais sujeitos estão incapacitados de exercer seus direitos diretamente, mas vistos numa postura de generalização, são considerados anormais e não responsáveis pelas suas condutas sociais. A psicofobia consiste num dos grandes problemas que interferem na recuperação de pessoas com transtorno mental. O estigma destrói a autoestima desses sujeitos e por isso, muitos deixam de lutar por assistência adequada, ou ainda, inserir-se em atividades sociais como a escolarização, por medo da discriminação que poderá sofrer (MARTINS; RIBEIRO NETO; OLIVEIRA, 2019, p. 10).

Nesse sentido, urge a condenação do preconceito e da discriminação em desfavor daqueles que apresentam distúrbios psíquicos, em razão de que a discriminação e o preconceito são condenáveis porque congregam em si atitudes comportamentais marcadas pela injustiça. Mas a condenação, é necessário enfatizar, é em relação ao *preconceito* e à *discriminação* em si mesmos, enquanto categorias calcadas em equívocos histórico-conceituais; não aos atores sociais (as pessoas) que são, via de regra, os portadores e/ou veículos do preconceito e da discriminação, já que estes atores são, por assim dizer, vítimas da deseducação e desinformação estrutural que perpassa o tecido social em todas as suas dimensões (DIAS; PINTO, 2019).

Portanto, as políticas públicas voltadas ao combate do preconceito e da discriminação de pessoas com transtornos mentais devem, necessariamente, apresentar resultados que conscientizem a população a respeito dos riscos à saúde desses indivíduos, deixando claro que a discriminação aumenta a probabilidade de insucesso das terapias psicológicas e medicamentosas utilizadas no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Por constituírem formas de injustiça social – para além do fato de influenciar negativamente condições e comportamentos em saúde –, o estigma, o preconceito e a discriminação são, no contexto da psicofobia, objetos de preocupação para a Saúde Coletiva.

Sofrimento psíquico e preconceito: a luta contra a psicofobia no Brasil

“Sofro, porque se tu falas para as pessoas que está no CAPS, elas acham que tu tá fora da casinha, que tu é maluco, que tu é louco, então não dá pra tu falar com as pessoas sobre isso, só com a família”.
[Entrevistado 6]

A Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP defende que a psicofobia deve ser combatida pela via judicial, isto é, tem de ser considerada como crime passível de sanções. A psicofobia se torna muito mais preocupante em face da quantidade de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais no Brasil: 46 milhões de brasileiros apresentam algum tipo de distúrbio mental ou psicológico, mais ou menos de 20 a 25% da população (ABP, 2012).

De acordo com a Associação, diante do preconceito e dos danos que causam aos pacientes, é necessário não só criminalizar a psicofobia e outras formas de discriminação, mas também discutir a elaboração de políticas públicas de saúde que tenham por objetivo a conscientização da população a respeito das doenças mentais, suas causas e sintomas, políticas estas que tenham real efetividade e comprometimento das autoridades sanitárias e representativas contra o preconceito a que são expostos, por ignorância e desinformação, os doentes mentais (ABP, 2012).

Para viabilizar os dispositivos legais necessários ao combate do preconceito contra os doentes mentais, tramita no Senado o Projeto de Lei nº 74, de 2014, que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), cujo objetivo é a criminalização da psicofobia, tipificando como crime atitudes preconceituosas e discriminatórias contra as pessoas com deficiência ou transtorno mental. Dentre as sanções elaboradas no projeto consta a pena privativa de liberdade de três anos para quem cometer injúria contra pessoas com transtorno mental.

Está também inclusa no texto a punição de reclusão de dois a quatro anos a todo aquele que, sem justa causa, obstar o acesso desses indivíduos a qualquer cargo público, por concurso, cargo em comissão ou quaisquer outras formas de inserção, por motivos derivados de seu transtorno ou deficiência mental; negar-lhe, sem justa causa, emprego ou trabalho, por razões derivadas de seu transtorno ou deficiência mental; recusar, retardar ou dificultar-lhe o acesso à assistência à saúde. Além disso, serão punidas com multa e reclusão de três a seis anos, as seguintes práticas constantes do Art. 476 do referido projeto de Lei:

- I– recusar, suspender, procrastinar, cancelar ou fazer cessar, sem justa causa, a inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, ou negar-lhe o acesso à sala de aula, por motivos derivados da deficiência ou do transtorno mental;
- II – ou recusar ou dificultar o acesso do aluno com deficiência ou com transtorno mental aos recursos e apoios técnicos necessários a que tem direito, para sua aprendizagem, no âmbito educacional público ou privado.

No trabalho realizado por Pereira e Gomes (2017), *O olhar do paciente do Capsii sobre a psicofobia*, transparece nas falas dos entrevistados o sofrimento causado pelo preconceito contra as pessoas que apresentam transtornos mentais. Conforme um dos entrevistados, “as pessoas só querem falar comigo com outras pessoas junto, eles dizem que eu confundo as palavras, falam que eu não estou bem, que eu tô louco”; o depoimento demonstra o pouco conhecimento das pessoas a respeito das enfermidades psíquicas e suas múltiplas e nem sempre detectáveis determinantes. Outro interlocutor de Pereira e Gomes (2017, p. 136) reitera a existência do preconceito social sofrido pelo doente mental “Sofro, porque se tu falas para as pessoas que está no CAPS, elas acham que tu tá fora da casinha, que tu é maluco, que tu é louco, então não dá pra tu falar com as pessoas sobre isso, só com a família”.

Os pacientes percebem o preconceito e o estigma. Os entrevistados de Pereira e Gomes (2017, p. 138) assim responderam quando perguntados se o preconceito atrapalhava o tratamento:

“Sim, porque até na fila dos médicos, se eu falo as pessoas não querem mais ficar perto da gente e nem conversar porque acham que a gente é louca. E isso me deixa triste, pois estou falando para desabafar e às vezes falo para as pessoas erradas”.

Para o E6: “Sim, porque as pessoas te colocam para baixo, e veem dizer ah, tu está maluca, tu não precisa disso, isso é coisa de quem não tem o que fazer, a várias perguntas que acabam te atrapalhando, te colocam para baixo”. De acordo com o E3: “Sim, porque eu fico com a baixa autoestima, às vezes até acredito que tu está louca mesmo”.

Os depoimentos acima deixam entrever o nível de sofrimento a que estão expostos os doentes mentais em razão do preconceito, isso porque as manifestações verbalizadas pelas pessoas que convivem com os enfermos carregam formas estereotipadas de entender os transtornos mentais, interpretando todos como loucos, malucos e, portanto, relegando-os ao isolamento social que, geralmente, potencializa os sintomas psicóticos e agrava o estado de saúde mental desses indivíduos (SPADINI; SOUZA, 2006).

Os estereótipos por vezes alcançam os pacientes, levando-os a acreditar que a única saída para seus casos seja a internação, o isolamento e a medicalização. Essa autorepresentação se deve à falta de conscientização da sociedade, que ignorante da dinâmica das doenças mentais e suas tipologias, colabora no processo de adoecimento daqueles que padecem de distúrbios psíquicos, fazendo com eles aceitem como verdade absoluta a cantilena preconceituosa que as falácias e lugares-comuns disseminam sobre os transtornos mentais (SPADINI; SOUZA, 2006).

Considerações Finais

O problema não é novo, já que aqueles considerados anormais sempre foram alvo do interesse das pessoas em todo o mundo. O que é novo é a concepção de que atitudes preconceituosas e estigmatizantes contra indivíduos com transtornos mentais são prejudiciais à saúde dessas pessoas, podendo agravar sua condição e provocar ou aumentar os níveis de sofrimento.

A psicofobia não é fácil de combater, tendo em vista que está arraigada no imaginário social, sendo reproduzida todos os dias no ambiente de trabalho, na escola, em casa, nas atividades de interação social. Pode ser percebida nas brincadeiras feitas entre amigos quando se referem a alguém com problemas mentais: “lá vem o tarja preta”, “o psicologo vem vindo”, ou mesmo no isolamento social daqueles diagnosticados com algum transtorno, preterindo o doente mental somente em razão de sua condição.

É preciso repensar as políticas públicas de saúde mental no Brasil, buscando reconfigurar as concepções estereotipadas que têm nos distúrbios psíquicos a forma acabada da loucura, fazendo daqueles por ela acometidos representantes de perigo iminente. Assim, além das políticas públicas que objetivam tratar os transtornos mentais, é necessário elaborar estratégias que visem esclarecer a população brasileira acerca dos danos causados pelo preconceito e pela desinformação.

Referências

- AMARAL, G. F. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev Psiquiatria RS**, v. 30, n. 2, p. 124-30, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. Bem-Vindo ao portal da ABP. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal> Acesso em: 28 jan. 2020.
- BASTOS, O. “PSICOFOBIA”: Um Termo Inqualificável. **Neurobiologia**, v. 77 jan./jun. 2014. Disponível em: <https://revistaneurobiologia.com.br/196-psicofobia-um-termo-inqualificavel> Acesso em: 22 jan. 2020.
- BORBA, F. S. **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. Curitiba: Piá, 2011.
- BRASIL. Código penal brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848 de 07.12.1940. **Diário Oficial da União** de 31/12/1940.
- BUCHLI, G.; LOURENÇO, H. L. O.; SANTOS, K. C. O.; PARREIRA, K. A. Psicofobia: percepção da saúde mental em estudantes de medicina. **RSM – Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, 2019.
- CAQUEO-URÍZAR, A.; BOYER, L.; URZÚA, A.; WILLIAMS, D. R. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology volume**, v. 54, p. 905–909, 2019.
- CROCHIK, J. L. Preconceito, indivíduo e sociedade. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 47-70, dez. 1996.
- DIAS, É.; PINTO, F. C. F. Educação e Sociedade. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 104, p. 449-454, Sept. 2019.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC. 1988.
- GOMES, E. N. Psicofobia e direitos humanos relativos à área de saúde mental. I Seminário Sociedade, Política e Direito, Uberlândia. **Anais Eletrônicos**. Uberlândia: FADIR – UFU, 2014.
- MARTINS, D. M.; RIBEIRO NETO, E. A.; OLIVEIRA, L. da S. **A Inclusão de Alunos com Transtorno Mental na Educação de Jovens e Adultos no Brasil**: um diálogo intersetorial no campo das políticas públicas. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_509_5095cca64a8cfc16.pdf Acesos em: 20 jan. 2020.
- MASCAYANO F.; ARMIJO, J. E.; YANG L. H. Addressing Stigma Relating to Mental Illness in Low- and Middle-Income Countries. **Front Psychiatry.**; v. 6, n. 38, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355984/> Acesso em: 22 jul. 2020.
- MATHIAS, K.; KERMODE, M.; SEBASTIAN, M. S.; KOSCHORKE, M.; GOICOLEA, I. Under the banyan tree - exclusion and inclusion of people with mental disorders in rural North India. **BMC Public Health**, v. 15, n. 446, 2015.
- NEPONUCENO, H. de J.; CARVALHO, B. D. N. de.; NEVES, N. M. B. C. Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 465-470, Sept. 2019.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 1, p. 164-169, 2012.

PEREIRA, L. F.; GOMES, K. M. O olhar do paciente do Capsii sobre a psicofobia. **Revista de Extensão da Unesc**, v. 2, n. 1, 2017.

PASQUALI, L. **A ciência da mente: a Psicologia à procura do objeto**. Brasília, DF: Autor, 2008.

PICCININI, J. W. História da psiquiatria: Descobrimo a psicofobia. **Psychiatry on line Brasil**. Abril de 2016; v. 21, n. 4. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano16/wal0416.php> Acesso em: 22 fev. 2020.

SILVA, T. C. M. F.; MARCOLAN, J. F. Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento. **Rev enferm UFPE** [on line], Recife, v. 12, n. 8, p. 2089-98, ago., 2018.

SILVA, D. dos S. D.; TAVARES, N. V. da S.; ALEXANDRE, A. R. G.; FREITAS, D. A.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. dos S.; MELO NETO, V. L. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. de M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, mar. 2006.

THORNICROFT, G.; ROSE, D.; KASSAN, A.; SARTORIUS, N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? **Br J Psychiatr**, n. 190 p.192 – 23. 2007.

PSICOFOBIA E MÍDIA: OS TRANSTORNOS MENTAIS E A INDÚSTRIA DO ENTRETENIMENTO

Valdir Aragão do Nascimento
Aline Moraes da Silva
Rosana de Mello Souza Marzolla,
Ana Luíza Zilio,
Leandro Júnior de Lima
Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand

Alguns transtornos mentais, de tempos em tempos, são utilizados pela indústria de entretenimento como parte da matéria-prima empregada em suas produções. *Joker* (2019), *Identidade* (2003), *Um estranho no ninho* (1975), *O silêncio dos inocentes* (1991), *Psicose*, de Hitchcock (1960), *Vestida para Matar* (1980), de Brian De Palma, *Atração fatal* (1987), *Uma mente brilhante* (2001), *The Fall* (Série/Netflix, 2013), *Joana D'Arc* (1999), de Luc Besson, *As loucuras do Rei George* (1994), *Contos proibidos do Marquês de Sade* (2000), *Lolita* (1997), *Janela indiscreta* (1954) e os nacionais *Bicho de sete cabeças* (2000), *Estamira e Nise, no coração da loucura* (2015) são exemplos desses tipos de produção (LANDEIRA-FERNADEZ; CHENIAUX, 2010).

Devido ao caráter mercadológico inerente a esse tipo de criação, elaborada para vender um determinado produto a um grupo específico de clientes, a elaboração dos roteiros e a atuação de diretores, atores e atrizes que dão vida aos personagens nem sempre se pauta pela fidedignidade no que diz respeito aos sintomas manifestos de algumas patologias psíquicas. Não obstante, é necessário reconhecer que algumas produções contribuem para esclarecer o público cinéfilo a respeito de aspectos relevantes de alguns transtornos, humanizando a figura do doente mental para além da mera espetacularização dos distúrbios mentais como fonte de perigo constante.

Filmes como *Rain Man* (1988), *Tempo de Despertar* (1990) e *Nise, no coração da loucura* (2015) são exemplos raros de produções sobre doença mental que contribuem para debelar o preconceito contra as pessoas com transtornos mentais, mostrando que não é quem padece de problemas psíquicos que deve adequar seus processos de comunicação à realidade externa; esse papel cabe aos indivíduos considerados normais, é a eles que cabe a obrigação de criar formas de comunicação que possibilitem um convívio mais respeitoso, digno e humano com aqueles a quem a vida impôs severas limitações no que diz respeito à adaptabilidade aos contextos normativos e socioculturais de convívio.

O problema relacionado ao tema dos transtornos mentais a partir da perspectiva da indústria do entretenimento reside no caráter pedagógico e informativo que as produções cinematográficas, bem como de produções de outras áreas, têm em relação aos transtornos psiquiátricos, tendo papel de relevo no que concerne a sugerir, positiva ou negativamente, a compreensão “pública de doença mental porque muitas pessoas são relativamente desinformadas sobre os problemas de pessoas com transtornos mentais e os mídia tendem a ser especialmente eficazes na modelagem opinião nas situações em que opiniões fortes já não estão retidos¹.” (WEDDING; NIEMIEC, 2014, p. 2)

¹ **No original:** Films are especially important in influencing the public perception of mental illness because many people are relatively uninformed about the problems of people with mental disorders, and the media tend to be especially effective in shaping opinion in those situations in which strong opinions are not already held.

Preocupados em atrair a atenção do público, os filmes com temática sobre os transtornos mentais mais confundem do que esclarecem os espectadores, como observam Wedding e Niemiec (2014, p. 3)

Filmes como *Psicose* (1960) perpetuam a continuidade da confusão sobre a relação entre a esquizofrenia e o distúrbio de identidade dissociativo (antes chamado de transtorno de personalidade múltipla); *Sexta-Feira 13* (1980), *A Hora do Pesadelo* (1984) perpetuam a concepção errada de que pessoas que saem de hospitais psiquiátricos são violentas e perigosas; produções como *O Exorcista* (1973) sugerem ao público que a doença mental é equivalente à encarnação pelo diabo; e filmes como *Um Estranho no Ninho* (1975) dão razões para enxergar hospitais psiquiátricos simplesmente como prisões em que há pouca ou nenhuma consideração pelos direitos de pacientes ou por seu bem-estar. Esses filmes são em parte responsáveis pela continuidade do estigma da doença mental² [Tradução nossa].

Todavia, não é só a linguagem cinematográfica que se vale dos transtornos mentais para compor tramas fictícias; também romances, contos e os folhetins televisivos (novelas, minisséries) são prolixos no uso da temática. Nessas produções, a dramatização da história das personagens às vezes exagera os sintomas inerentes ao transtorno mental representado, contribuindo para a desinformação do público cativo desse tipo de entretenimento. No entanto, algumas produções oriundas do universo ficcional, como já mencionado, problematizam de forma positiva as inúmeras questões referentes aos transtornos mentais, contribuindo com a reflexão necessária sobre o tema.

Machado de Assis, no conto *O Alienista*, esmiúça as complexidades relativas à loucura enfatizando as múltiplas – e por vezes divergentes – representações que o fenômeno pode suscitar. Por meio de seu personagem principal, Simão Bacamarte, Machado de Assis tece uma crítica ferina sobre a ciência e o alienismo em voga à época, marcadamente de viés positivista-evolucionista, inspirado no positivismo de Augusto Comte, no evolucionismo de Charles Darwin e, também, no psicologismo de Wilhelm Wundt e no determinismo de Hippolyte Taine (ANDRADE; LIMA; SANTOS, 2014).

Numa análise das referências aduzidas por Machado de Assis, bem como suas críticas aos paradigmas teórico-científicos da época, Gomes (1993, p. 153), assevera que a verdadeira intenção de Machado é desvelar o fato de que, “por detrás da hipocrisia humanitária do positivismo, da sede de esgotar as razões do universo e da vida humana, é a insânia do exercício de poder inerente à concepção de conhecimento (e ao tipo de fundamentação do conhecimento), que a razão e a ciência positivistas enaltecem.”

Nessa perspectiva, Machado institui limites ao saber positivista. Seu personagem principal, Simão Bacamarte, ao tentar elaborar um tratamento definitivo para a loucura, pensando tratar-se apenas de uma pequena ilha de inconstância e insensatez figurando à deriva no imenso mar da razão, descobre que, na verdade, sua suposta ilha é de fato um continente, vasto, misterioso e – por vezes – imperscrutável (ASSIS, 2014). Tal constatação do personagem é, de fato, um aspecto inerente à loucura, isto é, do ponto de

² **No original:** Films such as *Psycho* (1960) perpetuate the continuing confusion about the relationship between schizophrenia and dissociative identity disorder (formerly multiple personality disorder); *Friday the 13th* (1980) and *Nightmare on Elm Street* (1984) both perpetuate the misconception that people who leave psychiatric hospitals are violent and dangerous; movies such as *The Exorcist* (1973) suggest to the public that mental illness is the equivalent of possession by the devil; and movies such as *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975) make the case that psychiatric hospitals are simply prisons in which there is little or no regard for patient rights or welfare. These films in part account for the continuing stigma of mental illness.

vista médico-científico e mesmo dos saberes historicamente constituídos e reverberados na consciência coletiva de diferentes épocas na história da humanidade, a possibilidade de construção de uma história da loucura “deveria começar, praticamente, com a história da espécie humana” (PESSOTTI, 1994. p. 7).

Mas, como apontado, não são todas as produções advindas da esfera ficcional que têm algo de positivo a dizer sobre os transtornos mentais. As mídias de uma forma geral têm banalizado de forma negativa os transtornos mentais; principalmente aqueles cuja dissociação da ação e do pensamento, manifesta em uma sintomatologia diversificada sob o manto genérico de esquizofrenia, como delírios persecutórios, alucinações visuais e auditivas, labilidade afetiva (dificuldade de controlar as emoções) e ecolalia. De acordo com o Código internacional de Doenças (CID 10),

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos (CID 10, cap.V. F20)

Mas os diagnósticos referentes à esquizofrenia devem ser sempre pautados por diversos testes e esforços redobrados, no sentido de formular um diagnóstico preciso, por parte da equipe médica, isso porque existem alguns distúrbios que guardam semelhança de sintomas com a esquizofrenia, mas não representam, em última instância, a presença desse transtorno mental. O distúrbio de personalidade esquizotípica pode ser considerado uma das patologias que podem confundir os profissionais, já que é “caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto *que se assemelham àquelas da esquizofrenia*, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica.” (OMS/2010CID10, cap.5, grifo nosso).

Outra doença que também pode confundir médicos psiquiatras e psicólogos no processo de diagnosticar a esquizofrenia é o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI). Isso ocorre em razão de que “inserção do pensamento, percepção delirante, alucinações auditivas, dentre outros – não são patognomônicos da esquizofrenia, mas também característicos do TDI, anteriormente denominado ‘personalidade múltipla’” (FARIA, 2016, p. 12). Spiegel e colaboradores (2011) chamam a atenção para o fato de que existe incertezas no que diz respeito à efetividade dos diagnósticos de transtornos mentais, o que leva muitos pacientes com transtornos dissociativos a serem diagnosticados frequentemente como psicóticos.

No atual estágio das ciências médico-psiquiátricas e psicológicas não há consenso sobre a etiologia da esquizofrenia, continuando ignorados os itinerários biopsicossociais que culminam com a emergência da esquizofrenia em alguns indivíduos. Todavia, um modelo de doença que tenta explicar o que desencadeia a esquizofrenia é o da *vulnerabilidade versus estresse*, que tem como pressuposto epistemológico o

[...] conceito que propõe que a presença de vulnerabilidade aumenta o risco para o desenvolvimento de sintomas na presença de estressores ambientais e na falha dos mecanismos para lidar com eles. Os fatores de vulnerabilidade são

baseados em um componente biológico, que inclui predisposição genética interagindo com fatores complexos físicos, ambientais e psicológicos (CANDIAGO *et al.*, 2013, p. 322).

Atualmente, a esquizofrenia tem sido a enfermidade mental mais presente nos discursos midiáticos e nas metáforas utilizadas para estruturá-los, metáforas comumente relacionadas a aspectos depreciativos como contraditório, insano, incompreensível, entre outros. Assim, na linguagem utilizada no cotidiano virou lugar-comum designar mazelas políticas, econômicas e as extravagâncias histriônicas da cultura pop como esquizofrenias. O problema reside no fato de que esse uso inadequado e irresponsável do conceito reforça o estigma sobre o paciente diagnosticado com esse distúrbio mental (GUARNIERO; BELLINGHINI; GATTAZ, 2012).

Nas palavras dos autores

A maioria dos textos encontrados (a) não dá voz ao portador de esquizofrenia e a seu sofrimento, (b) banaliza a doença psiquiátrica ao empregá-la fora de contexto para caracterizar decisões políticas e econômicas contraditórias ou de caráter duvidoso e (c) reforça o estigma que pesa sobre o portador de esquizofrenia ao personalizá-lo apenas nos raros casos de violência em que se supõe esse diagnóstico psiquiátrico (GUARNIERO; BELLINGHINI; GATTAZ, 2012, p. 83).

Por esse raciocínio, os transtornos mentais hoje teriam mais chances de aparecerem como metáforas nos meios de comunicação de massa, tanto pelo estigma que carregam como pela menor compreensão que a medicina tem sobre eles em relação aos seus outros objetos de estudo. Em uma ampla análise de jornais norte-americanos, foi observado que a esquizofrenia substituiu o câncer como metáfora nos veículos estudados e que esse uso impróprio contribui para a perpetuação do estigma e da falta de compreensão sobre esse transtorno psicótico (GUARNIERO; BELLINGHINI; GATTAZ, 2012, p. 84).

No universo do entretenimento de massa também impera a disseminação e o preconceito contra os distúrbios psíquicos. Recentemente, profissionais que se dedicam à saúde mental vieram a público reclamar do tratamento a que era submetida uma paciente fictícia de um folhetim televisivo. Os protestos partiram da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2017), que em seu site condenou a forma como foram representados na novela *O Outro Lado do Paraíso* alguns procedimentos atinentes ao tratamento de pacientes com transtornos mentais.

Na nota³, a ABP manifesta sua contrariedade em relação à maneira como foi abordada o procedimento denominado de Eletroconvulsoterapia - ECT, ou eletroconvulsão terapêutica, na referida telenovela. Segundo a Nota (ABP, 2017).

A Eletroconvulsoterapia - ECT, ou eletroconvulsão terapêutica, é usada para fins de tratamento em diagnósticos específicos e salva vidas, portanto, ser exibida na novela de maneira pejorativa e para fins de punição, é extremamente danoso e gerador de preconceito.

[...] A Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP luta diariamente contra o estigma, por isso criou junto com Chico Anysio a campanha contra a Psicofobia, que é o preconceito contra as pessoas que têm transtornos mentais e durante todo o mês de abril falamos com a sociedade sobre a importância de

³ http://abpbrasil.websiteseuro.com/portal/wp-content/upload/2018/05/Nota_O-outro-lado-do-paraiso.pdf

combater o preconceito e passar informações corretas sobre doenças mentais e seus tratamentos. Por isso seria um grande desserviço da Rede Globo de Televisão em apresentar uma cena na novela das 21h que vai de contra tudo que viemos trabalhando incansavelmente. Em nome das 46 milhões de pessoas com transtornos mentais no Brasil pedimos que reconsiderem e tratem esse assunto sem preconceito e com informação para que juntos possamos salvar vidas

A Eletroconvulsoterapia - ECT é um procedimento médico psiquiátrico bastante usado em todo o mundo, altamente recomendado como terapêutica eficaz para diversos quadros psicopatológicos. No entanto, não é a primeira opção dos profissionais que aderem à técnica como alternativa válida, sendo utilizada sempre quando outras formas de tratamento se mostraram inócuas (DEL PORTO, 2006). A eletroconvulsoterapia (ECT) consiste no estímulo deliberado “de crises convulsivas por meio da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos. A resistência à medicação antidepressiva constitui a principal indicação da ECT.” (ANTUNES *et al.*, 2009, p. 527).

Os autores que defendem o procedimento alegam que a ECT é mais eficaz em razão da melhor resposta clínica – em alguns pacientes – em relação aos medicamentos utilizados, servindo também como alternativa viável àqueles pacientes reticentes à medicação. A recomendação do procedimento geralmente restringe-se a casos com maior gravidade e urgência, a exemplo dos episódios de catatonia e o risco iminente de tentativas de suicídio (ANTUNES *et al.*, 2009; MCCALL, 2007).

Apesar de usada e recomendada em certos casos, a eletroconvulsoterapia não se caracteriza pelo consenso em relação à sua eficácia, existindo aqueles que se posicionam contra seu uso independentemente do quadro clínico do paciente. Enquanto alguns defendem o procedimento, outros o consideram como forma arcaica, invasiva e violenta de intervenção corporal e dispositivo arbitrário de controle, punição e abuso de poder das instituições psiquiátricas (OLIVEIRA, 2019; SILVEIRA; 2015; TASSIS, 2013).

O problema em relação à telenovela em análise se deu em razão da forma como a abordagem da paciente foi representada, bem como no desatualizado instrumento utilizado para realizar o procedimento na gravação da novela; o que, de acordo com a ABP (2017), contribui para a manutenção de preconceitos e estereótipos negativos a respeito do tratamento. Soma-se a esse fato o preconceito que permeia o senso comum da sociedade brasileira sobre o eletrochoque como forma de terapia em casos de transtornos mentais. Mas o que não se sabe, de acordo com a opinião de alguns especialistas, é que o procedimento é considerado seguro, bem como os instrumentos que operacionalizam o tratamento foram modernizados (CAMPOS, 2010).

A emissora restringiu-se a publicar no jornal Estadão a justificativa de que “as novelas são obras de ficção sem compromisso com a realidade, como registramos ao final de cada capítulo. Ao recriar livremente situações presentes em nosso cotidiano, a teledramaturgia busca apenas tecer o pano de fundo para as histórias”. Atitude que demonstra, a nosso ver, o descaso para com os esforços que buscam dirimir o preconceito e o desconhecimento sobre as doenças mentais no Brasil; preconceitos e estereótipos que só fazem aumentar o sofrimento psíquico dos pacientes.

Todavia, outras telenovelas da mesma emissora abordaram o tema da doença mental de forma mais pedagógica e menos estereotipada, como indica o trabalho realizado por Azevedo em 2013, quando analisou a representação da esquizofrenia na telenovela *Caminho das Índias*, exibida pela Rede Globo de Televisão em 2009. Diferentemente de *O Outro Lado do Paraíso*, *Caminho das Índias* abordou, na opinião de Azevedo (2013), a questão da loucura (e da esquizofrenia em específico) de uma maneira que ajudou a

informar os telespectadores a respeito da doença e de suas nuances, contribuindo com a diminuição do preconceito contra o doente mental de forma geral.

A telenovela, sob direção de Glória Perez, preocupou-se, defende Azevedo (2013), em representar para o público, com fidedignidade, o intenso sofrimento psíquico causado pela esquizofrenia; ressaltando sempre que a doença pode ser tratada. Além das explicações sobre o transtorno esquizofrênico, cuidadosamente estruturadas em uma linguagem acessível ao público leigo, a narrativa ressaltava sempre a necessidade de terapia e tratamento medicamentoso. De acordo com Azevedo (2013, p. 120).

Muitas vezes as cenas são extremamente didáticas e personagens chegam a indicar livros e filmes reais para outros – e logo para o público – que buscam complementar o entendimento acerca da esquizofrenia. Outro recurso utilizado com frequência é a voz em OFF que tanto permite ao telespectador compartilhar os delírios do personagem quanto ouvir as explicações do psiquiatra sob as imagens de cenas de Ademir e Tarso ilustrativas de conceitos como delírios, alucinações, dificuldades familiares, preconceito e outros.

Desse modo, as duas novelas atuaram de maneiras diferentes em relação às doenças mentais, uma não teve preocupação com o conteúdo veiculado, aumentando o preconceito contra o doente mental; a outra desempenhou papel inverso, contribuindo para o esclarecimento de seus espectadores sobre o tema. Não é caso aqui de demonizar as emissoras de televisão, até porque não existem como uma entidade a quem se possa responsabilizar diretamente por questões dessa natureza; mas reconhecer que diretores e escritores envolvidos nessas produções podem, sim, contribuir de maneira salutar para dirimir preconceitos e informar, adequadamente, aqueles que lhes prestigiam com sua audiência.

Esquizofrenias e tipos clínicos

A utilização das categorias que designam doenças mentais fora do contexto médico-psiquiátrico e psicológico tende a confundir a audiência passiva que costuma consumir tais *produtos*. No caso da esquizofrenia, o que fica parecendo é que só existe um tipo do transtorno, quando na verdade, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), existe uma tipologia para cada grupo de sintomas diagnosticáveis. Dentre as formas de esquizofrenia mais frequentes, constam:

- F20.0 Esquizofrenia paranoide
- F20.1 Esquizofrenia hebefrênica
- F20.2 Esquizofrenia catatônica
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
- F20.4 Depressão pós-esquizofrênica
- F20.5 Esquizofrenia residual
- F20.6 Esquizofrenia simples
- F20.8 Outras esquizofrenias

A esquizofrenia é reconhecidamente um transtorno mental cuja etiologia é multifatorial, não constituindo – no estado atual dos conhecimentos relativos à psicologia e as ciências médico-psiquiátricas – um ente nosológico singular. Admite-se, no entanto, na categorização dos quadros esquizofrênicos manifestos, que frequentemente mudam

sua forma de ocorrência, quatro tipos – de acordo com a predominância ou a ausência de certos sintomas acessórios. Assim, um determinado tipo de esquizofrenia pode se apresentar com outros tipos diferenciados, não se mantendo sempre o mesmo tipo em um mesmo doente, ainda que isso aconteça na maioria dos casos (CAMPOS, 2010).

Quadro 1 - Tipos mais prevalentes

1º Tipo	<i>Paranoide</i>	Predomínio de alucinações e ideias delirantes, quase sempre associadas.	Esse tipo apresenta-se sob duas formas principais: a) constituído desde o início e com uma evolução crônica (depois de um período de mal-estar e egocentrismo, desenvolvem-se, com o passar do tempo, delírios no sentido de perseguição, da grandeza ou da hipocondria); b) constituído depois de uma fase inicial aguda melancólica, maníaca, delirante ou catatônica. Muitos dos doentes deste tipo conservam-se fora de asilos; outros, porém, passam a existência ora livres, ora reclusos.
2º Tipo	<i>catatônico,</i>	Predominam, como é natural, os sintomas catatônicos.	Surge, via de regra, bruscamente. Em alguns casos, porém, o início pode ser crônico, por meio de certas particularidades catatônicas, tais como o maneirismo e o mutismo. Nos casos de evolução insidiosa, geralmente, o prognóstico é mau.
3º Tipo	<i>hebefrênico.</i>	Aqui encontram-se sintomas acessórios diversos, e de vária intensidade	Caracterizada, por um lado, pela afetação, pela expressão patética, pela alteração da mímica pela tendência à excentricidade, e, por outro, pela prudência e mesmo pela preocupação com questões de grande transcendência. A hebefrenia compreende os casos que não se podem incluir nos outros grupos.
4º Tipo	<i>esquizofrênico simples</i>	Verificam-se apenas os sintomas fundamentais.	Aparece como uma alteração do psiquismo, que se agrava lentamente no sentido da esquizofrenia. Uma anamnese benfeita mostra a frequência com que este tipo pode passar despercebido, como esquizofrenia latente, durante muitos anos.

Fonte: Adaptado de Campos (2010).

Apesar de alguns tipos da doença apresentarem gravidade, nenhum dos tipos tende a se desenvolver para um estado terminal, o que leva a constatação de que muitas formas de esquizofrenias permanecem latentes, não chegando a tornarem-se manifestas. Isso é possível verificar entre os “parentes próximos dos doentes declarados ou em indivíduos que procuram o médico por qualquer outro distúrbio psíquico” (CAMPOS, 2010, p. 716).

Considerações Finais

A psicofobia existe e precisa ser combatida devido aos danos que pode causar aos indivíduos que sofrem com doenças mentais; e também por constituir uma atitude desumana e deplorável, notadamente porque dissemina o preconceito e a desinformação sobre os transtornos psiquiátricos e suas condicionantes. A psicofobia dificulta a aceitação por parte de alguns pacientes do diagnóstico positivo para determinadas patologias mentais; o que, por sua vez, acaba refletindo no agravamento do quadro clínico dos enfermos. Isso ocorre porque muitos têm vergonha da sua condição e não procuram tratamento adequado, justamente por receio de serem considerados oficialmente portadores de transtornos mentais e serem incluídos, à sua revelia, no rol dos “loucos”.

Esse receio dos pacientes em assumir sua condição de doente mental deve-se ao preconceito social existente a respeito dos transtornos psíquicos. Em geral, o senso comum costuma desacreditar os diagnósticos médico-psiquiátricos e psicológicos sobre os transtornos, alegando que na verdade o comportamento dos doentes (principalmente ansiedade e depressão) não passaria de “frescura” e “falta do que fazer”. Outros preferem atribuir a presença desses distúrbios a uma espécie de fraqueza moral dos indivíduos, na qual eles se “entregam” por falta de coragem de enfrentar a vida.

A médica psiquiatra Alessandra Pereira (PANORAMAFARMACÊUTICO, 2018, p. 1) enfatiza que o estigma atinge o doente mental e sua família de forma contundente, fazendo com que a pessoa portadora de algum transtorno psíquico “não queira ser rotulada como portadora de transtorno mental, conseqüentemente como doido, e que a sua família também não queira ter uma pessoa rotulada em casa”. O medo gerado pela psicofobia é tanto que os doentes mentais não aceitam sua condição, o que prejudica o tratamento: “Segundo estudos, demora-se uma média de três anos para a pessoa com transtorno mental chegar a um consultório de atendimento médico especializado e adequado para tratamento daquela patologia”, explica Alessandra Pereira (PANORAMAFARMACÊUTICO, 2018, p. 1).

O deboche em relação às doenças não atinge, por exemplo, casos de câncer ou mesmo enfermidades crônicas e degenerativas, então por que se discrimina tanto o doente mental? Uma resposta possível estaria no fato de que doenças físicas, aparentes e biológicas estariam fora do alcance do controle do homem; o que não se aplicaria às doenças mentais, já que o pensamento de senso comum acredita que possam ser controladas pela força da vontade, do pensamento positivo.

Ocorre que, não havendo motivo para as manifestações depreciativas em relação às doenças de caráter mais perceptíveis, por assim dizer, como câncer, diabetes, reumatismos e outras enfermidades; também não existem razões para que os distúrbios relativos à saúde mental não sejam vistos com o devido respeito e seriedade. Não obstante, os preconceitos no que tange às enfermidades de origem psíquica às vezes partem dos próprios enfermos, que demoram a aceitar sua condição patológica.

Uma das estratégias dos pacientes é a negação, acreditando que sua doença é passageira e tende a desaparecer com o tempo, tudo pelo medo de aceitarem que têm problemas relativos à saúde mental e serem, também, alvos do preconceito de amigos, vizinhos, colegas de trabalho e parentes que, na maioria das vezes, entendem os distúrbios mentais a partir da concepção histórico-positivista na qual o portador de desajustes e limitações psíquicas é sempre o louco, o insano perigoso que deve ser isolado (CÂNDIDO *et al.*, 2012).

Mas o preconceito e suas raízes estruturais não são fáceis de serem vencidos, dependendo de um esforço coletivo em vários setores da sociedade humana, desde a educação formal e informal até as concepções socioculturais. Tarefa de transformação bastante complexa, já que, como disse certa vez Albert Einstein, lamentando o estado

deplorável do mundo em que vivia, “Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito”.

Atualmente, as ciências que se dedicam ao estudo da mente humana consideram ponto pacífico o caráter multifatorial das doenças mentais, ou seja, é sabido que os transtornos mentais se originam a partir de inúmeras e complexas ramificações e interlocuções entre o biológico, o psicológico e o social. Diversas pesquisas têm sido realizadas na tentativa de descobrir a causa de problemas psíquicos graves, como a depressão e a esquizofrenia; mas até o presente momento os esforços não resultaram em respostas efetivas às questões postas às doenças mentais e sua real etiologia.

Em que pesem as limitações teórico-metodológicas e técnico-científicas contemporâneas, notadamente aquelas que se ocupam de estudos relativos à saúde mental, é imprescindível o recrudescimento do combate às concepções preconceituosas sobre os transtornos mentais. Em pleno século XXI é premente a necessidade de maior conscientização das sociedades humanas no que concerne ao sofrimento psíquico e suas determinantes, conscientização esta que culmine em uma relação mais respeitosa para com os portadores de transtornos mentais.

Referências

AMARAL, G.F. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev Psiquiatria RS**, v. 30, n. 2, p. 124-30, 2008.

ANDRADE, M. V.; LIMA, A. F. de; SANTOS, M. E. A. dos. A razão e a loucura na literatura: um estudo sobre o alienista, de Machado de Assis. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 37-47, jun. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. Bem-Vindo ao portal da ABP. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal> Acesso em: 28 jan. 2020.

AZEVEDO, E. C. de. **O louco mundo da ficção**: um estudo sobre a representação social da esquizofrenia na telenovela. 2013. 159f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Faculdade de Comunicação Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

BASTOS, O. “PSICOFOBIA”: Um Termo Inqualificável. **Neurobiologia**, v. 77 jan./jun. 2014. Disponível em: <https://revistaneurobiologia.com.br/196-psicofobia-um-termo-inqualificavel> Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848 de 07.12.1940. **Diário Oficial da União** de 31/12/1940.

BUCHLI, G.; LOURENÇO, H. L. O.; SANTOS, K. C. O.; PARREIRA, K. A. Psicofobia: percepção da saúde mental em estudantes de medicina. **RSM – Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, 2019.

CABRAL, B. L. **Uma análise da abordagem de reportagens televisivas acerca de casos de transtornos psiquiátricos**. 2017. 114 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação Social) – Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP de Bauru, 2017.

CAMPOS, M. de. O grupo das esquizofrenias ou demência precoce: relatório apresentado ao III Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiátrica e Medicina Legal. Rio de Janeiro.

Julho de 1929. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 17, supl. 2, p. 709-732, Dec. 2010.

CANDIAGO, R. H. et al. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Esquizofrenia**. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.

CÂNDIDO, M. R.; OLIVEIRA, E. A. R.; MONTEIRO, C. F. de S.; COSTA, J. R. da.; BENÍCIO, G. S. R.; COSTA, F. L. L. da. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 8, n. 3, p. 110-117, 2012.

CROCHIK, J. L. Preconceito, indivíduo e sociedade. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 47-70, dez. 1996. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 fev. 2020.

DEL PORTO, J. Atualidades sobre eletroconvulsoterapia. **SNC em Foco**, v. 2, n. 2, p. 16-26, 2006.

DIAS, É.; PINTO, F. C. F. Educação e Sociedade. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 104, p. 449-454, Sept. 2019.

FARIA, M. de. A. **TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E ESQUIZOFRENIA: uma investigação diagnóstica**. 2016. 286 f. Tese (Doutorado em Ciências Aplicadas em Saúde) – Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC. 1988.

GOMES, R. O Alienista: loucura, poder e ciência. **Tempo Social**. São Paulo: USP, v. 5, n. 1- 2, p. 145-160, 1993.

GOMES, E. N. Psicofobia e direitos humanos relativos à área de saúde mental. I Seminário Sociedade, Política e Direito, Uberlândia. **Anais Eletrônicos**. Uberlândia: FADIR – UFU, 2014. Disponível em: <https://seminariospd.files.wordpress.com/2014/07/6-gomes-elvis.pdf> Acesso em: 8 dez. 2019.

GUARNIERO, F. B.; BELLINGHINI, R. H.; GATTAZ, W. F. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2012, vol.39, n.3, pp.80-84.

LANDEIRA-FERNADEZ, J.; CHENIAUX, E. **Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

MARTINS, D. M.; RIBEIRO NETO, E. A.; OLIVEIRA, L. da S. **A Inclusão de Alunos com Transtorno Mental na Educação de Jovens e Adultos no Brasil: um diálogo intersetorial no campo das políticas públicas**. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_509_5095cca64a8cfc16.pdf Acesos em: 20 jan. 2021.

NEPONUCENO, H. de J.; CARVALHO, B. D. N. de.; NEVES, N. M. B. C. Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 27, n. 3, p. 465-470, Sept. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a ed. São Paulo: Editora da USP, 2012.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 1, p. 164-169, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&lng=en&nrm=iso Acesso em: 22 jan. 2021.

PEREIRA, L. F.; GOMES, K. M. O olhar do paciente do Capsii sobre a psicofobia. **Revista de Extensão da Unesc**, v. 2, n. 1, 2017.

PASQUALI, L. **A ciência da mente: a Psicologia à procura do objeto**. Brasília, DF: Autor, 2008.

PICCININI, J. W. História da psiquiatria: Descobrimo a psicofobia. **Psychiatry on line Brasil**. Abril de 2016; v. 21, n. 4.

SILVA, T. C. M. F.; MARCOLAN, J. F. Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravado do sofrimento. **Rev enferm UFPE** [on line], Recife, v. 12, n. 8, p. 2089-98, ago., 2018.

SILVA, D. dos S. D.; TAVARES, N. V. da S.; ALEXANDRE, A. R. G.; FREITAS, D. A.; BRÉDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. dos S.; MELO NETO, V. L. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015.

SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis: RJ, Vozes, 2015.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. de M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, mar. 2006.

SPIEGEL, D.; LOEWENSTEIN, R.; LEWIS-FERNÁNDEZ, R.; SAR, V.; SIMEON, D.; VERMETTEN, E.; CARDEÑA, E.; DELL, P. Dissociative Disorders in DSM-5. **Depression and Anxiety**, 28, E17–E45, 2011.

TASSIS, F. P. de. **Cura, castigo?** – um estudo sobre a criação da eletroconvulsoterapia (Ect) e sua utilização em pacientes no estado do Espírito Santo. 2013. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

THORNICROFT, G.; ROSE, D.; KASSAN, A.; SARTORIUS, N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? **Br J Psychiatr**, n. 190 p.192 – 23. 2007.

WEDDING, D.; NIEMIEC, R. M. **Movies and mental illness: using films to understand psychopathology**. 4th edition. Boston: Hogrefe Publishing, 2014.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO E A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Aline Moraes da Silva
Liliana Andolpho M. Guimarães
Rodrigo G. S. Almeida

Na língua portuguesa, a palavra trabalho origina de acordo com Albornoz (1986) do latim *Tripalium*, um instrumento composto de três paus afiados e munidos algumas vezes de pontas de ferro utilizados pelo agricultor no manuseio do cereal, e outras vezes, empregado como instrumento de tortura. A mesma autora relata que a palavra trabalho pode ser encontrada com diferentes significados na língua portuguesa como: realizar uma obra da qual o indivíduo se expresse, possua reconhecimento social e perpetue para além de sua vida; e em contrapartida o significado de esforço repetitivo e rotineiro, sem liberdade, de resultado imediatista e de incômodo inevitável.

Lima (1986) afirma que o valor supremo da nossa cultura é o trabalho e que todas as outras dimensões da existência estão a ele submetidas. Assim, tudo gira em torno do trabalho. O descanso é só um prêmio pela dedicação ao trabalho e meio de recuperar as energias para que no retorno se possa produzir ainda mais. Desta forma, na sociedade industrial moderna tudo converge para o trabalho. Engels (1990) relata que o trabalho transcende ao fato de transformar riquezas materiais, pois o trabalho é o fundamento da vida e a fonte de toda riqueza.

Codo, Sampaio e Hitomi (1994, p. 56) comentam que “o homem produz sua própria existência, na medida em que trabalha arquitetando a estrutura social com suas próprias mãos, a mesma estrutura que lhe servirá de habitat”. No entanto, o trabalho tem se tornado sinônimo de hominização e, conseqüentemente, perda da liberdade, perda de si e, portanto, em um instrumento de tortura. Dejours (2005 p. 43) define trabalho como “atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita”.

Analisando vários conceitos de trabalho Barros e Guimarães (2003) concluem que o trabalho pode ser tanto promotor de saúde quanto de doença e estas duas perspectivas são marcadas por dois pilares fundamentais: organização e divisão do trabalho. O significado do trabalho não é unânime e se modificou ao longo dos anos de acordo com as teorias/políticas administrativas vigentes em cada época.

Areias e Comandule (2004) relatam que na antiguidade os homens trabalhavam para manter sua sobrevivência e suas atividades se restringiam à caça e à pesca. O ponto essencial para o desenvolvimento das relações sociais do homem foi o surgimento da agricultura. Neste momento histórico, o trabalho respeitava as leis da natureza, as condições de cada grupo, tempo, estações do ano e horário do sol. A partir de 1750 com a revolução industrial, as autoras supracitadas descrevem que a produção industrial foi adquirindo sucessivamente maior importância na economia e, dessa forma, profundas transformações socioeconômicas ocorreram na Europa e no mundo.

A sociedade contemporânea tem sido marcada por transformações sociais, culturais, políticas, econômica, avanços tecnológicos em um ritmo intenso e consumismo como consequência do capitalismo e da globalização. Assim, a informatização, intensificada pela globalização tornou possível a comunicação em tempo real com todas as partes do mundo, não havendo mais barreiras geográficas no mundo dos negócios. No mundo capitalista, permeado e controlado pelo processo de globalização, o fator tempo, se tornou primordial, retirando muitas vezes dos indivíduos seu direito à liberdade, já que

por meio de celulares e outras tecnologias, a atividade laboral pode ser desenvolvida ininterruptamente. Em adição, a Organização Internacional do trabalho (2005) tem divulgado estudos que comprovam que a política neoliberal tem aumentado a taxa de desemprego, estagnado salários e concentrado renda e riquezas.

A globalização, de acordo com a *Organización Mundial de la Salud* (2008), tem o objetivo de aumentar a atividade econômica mundial em virtude da liberação do comércio e quebrar as barreiras nacionais de transferência de capital, bens e serviços. Em teoria, a globalização deveria promover mais empregos, reduzir a distância entre ricos e pobres e diminuir a exclusão de países subdesenvolvidos. No entanto, na prática os resultados têm sido diferentes. Para os trabalhadores, as consequências desta mudança tecnológica e científica tem gerado a necessidade de conhecimento de novas formas de tecnologias, adaptação a novas formas de trabalho, maior pressão por produtividade, pressão pela qualidade do trabalho, aumento da pressão do tempo, insegurança no emprego, menos concessão de benefícios e menor tempo de socialização entre os colegas de trabalho.

A incorporação de novas tecnologias, associada à globalização, tem promovido novos processos de trabalho e alterações organizacionais que promovem preocupação mundial pelo surgimento de novas formas de riscos ocupacionais, entre eles, novas doenças infecciosas. Merece destaque, a gripe H1N1, a síndrome da angústia respiratória, doenças infecciosas resistentes aos medicamentos como a malária e a tuberculose e a epidemia do HIV (vírus da imunodeficiência adquirida) que se mantém presente. Estes riscos ameaçam principalmente aos 35 milhões de trabalhadores da saúde do mundo, que enfrentam situação de subnotificação de doenças, equipamento de proteção individual (EPI) inapropriado ou indisponível para realizar a atividade laboral (OIT, 2010).

No Brasil, a partir de 1990, em decorrência de conjunturas políticas e econômicas, nacionais e internacionais houve uma reestruturação no processo produtivo, caracterizado pela adoção de novas tecnologias, novos métodos gerenciais e precarização das relações de trabalho. A precarização do trabalho pode ser evidenciada por meio da desregulamentação e perda dos direitos trabalhistas, legalização do trabalho temporário e da informalização do trabalho. Surgem também, as terceirizações, que no contexto da precarização, evidenciam situações de aumento do volume e da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, rebaixamento salarial e instabilidade empregatícia. Amalgamado a isso, as novas tecnologias e formas gerenciais promovem a intensificação do trabalho, que modifica a forma de adoecimento e sofrimento do trabalhador com o aumento da prevalência de doenças por esforços repetitivos, doenças osteomusculares e surgimento do estresse, fadiga física e mental (BRASIL, 2001).

A OMS (2002) acredita que, a saúde física, mental e social são complementares, interdependentes e imprescindíveis à vida dos indivíduos. Assim sendo, a saúde mental é indispensável para o bem-estar dos indivíduos, da sociedade e dos países. Além disso, refere que transtornos mentais e comportamentais acontecem devido à interação de fatores genéticos e ambientais, explicando por que cada indivíduo responde de forma singular às situações/ dilemas no trabalho. A OMS estima que os transtornos mentais leves acometam 30 % dos trabalhadores e os transtornos mentais mais severos, cerca de 10 a 15 %. No Brasil, dados previdenciários de 2011 revelam que entre os transtornos mentais, a depressão constitui a principal causa de afastamentos, seguida dos transtornos de ansiedade e das reações ao estresse, uso de álcool e drogas (BRASIL, 2011).

A *Organización Internacional del Trabajo* (2009) relata que transtornos crônicos de ansiedade e depressão repercutem negativamente no estado de ânimo dos indivíduos, gerando irritabilidade e esgotamento emocional. Quanto à função cognitiva, a ansiedade e a depressão reduzem a memória, concentração e atenção; nas relações humanas

acarretam conflitos e no comportamento, diminuem a capacidade para o trabalho, a produtividade e aumentam absenteísmo, consumo de álcool e drogas. Em relação à saúde física, os prejuízos decorrentes de ansiedade e depressão são responsáveis pelas manifestações de cansaço, fadiga, problemas gastrointestinais, cardiovasculares e neurológicos.

Fatores psicossociais de risco para comprometimento da saúde mental dos profissionais de saúde

O estresse relacionado ao trabalho ocorre, de acordo com a *Organización Mundial de la Salud* (2008) quando as exigências do trabalho não correspondem as habilidades, destrezas e conhecimento do trabalhador e suas consequências podem ser drásticas: aumento do ritmo cardíaco, hipertensão arterial, hiperventilação, aumento da secreção de cortisol e adrenalina, irritação, agitação, redução da atenção e da memória, agressividade e aumento da possibilidade de erros.

Além dos problemas de saúde citados anteriormente, merece destaque, segundo Brasil (2004) os episódios de violência e agressões contra os trabalhadores em seus locais de trabalho, que podem ser traduzidos em acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Com os trabalhadores da área de saúde, não tem sido diferente.

Cesar e Marziale (2006) realizaram um estudo no setor de urgência e emergência de um hospital em Londrina/Paraná e verificaram que 100 % dos enfermeiros, 87,5% dos médicos, 88,9% dos técnicos de enfermagem e 88,2% dos auxiliares de enfermagem já haviam sido vítimas de violência no local de trabalho. Segundos os autores, a violência observada foi praticada, principalmente por pacientes e acompanhantes.

Vieira, Guimarães e Martins (2003) relatam que a enfermagem é uma das ocupações com alto risco de tensão e adoecimento. Não obstante, Seligmann-Silva (1994), afirma que a atividade dos profissionais de saúde é altamente tensiógena devido à jornada de trabalho, número reduzido de profissionais, desgaste psicológico e emocional proveniente das tarefas executadas. Como consequência do adoecimento, pode haver aumento da taxa de absenteísmo e aumento dos gastos públicos com tratamentos, afastamentos, aposentadorias e redução drástica dos recursos humanos nos hospitais, que já enfrentam diariamente esta problemática.

Marziale e Carvalho (1998) pontuam que o hospital é uma instituição que se destina a tratar a saúde da sociedade, se situa no setor terciário da economia e se constitui em um local de trabalho tão complexo quanto uma indústria. Lentz *et al* (2000) acrescentam que a identificação precoce de falhas latentes na organização e no sistema hospitalar, são imprescindíveis para a redução dos acidentes de trabalho, para a busca da excelência do serviço prestado e para a produtividade, e nesta direção se faz de grande relevância a verificação da qualidade de vida dos trabalhadores, pois o avanço tecnológico não é capaz de suprir as necessidades humanas.

Nas últimas décadas, a economia mundial, as relações sociais e políticas, a tecnologia e a organização produtiva têm passado por profundas transformações. Estas mudanças são, segundo Areias e Comandule (2004) decorrentes da globalização, formação de blocos econômicos, ascensão da economia oriental e esgotamento dos recursos naturais.

No ambiente empresarial brasileiro a realidade não é diferente, o mercado tem se tornado cada vez mais competitivo acompanhado de modificações nas relações de trabalho e inserção do elemento humano nas relações sociais e produtivas (ALBUQUERQUE; FRANÇA, 1998).

No entanto, essas transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde individual e coletiva dos trabalhadores, pois a intensificação do ritmo laboral tem sido a marca do capitalismo e a insegurança gerada pelo medo do desemprego muitas vezes tem submetido pessoas a trabalhos precários, recebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres.

Comparado aos demais profissionais de saúde, a enfermagem é o que permanece maior tempo junto ao paciente e o que estabelece maior vínculo haja vista o trabalho assistencial realizado. Assim sendo, Miranda, Garcia e Sobral (1996) afirmam que este contato da enfermagem contínuo com pessoas gera desgaste, situações imprevisíveis e de sofrimento, além de exposição a fatores de risco de natureza física, química e biológica. Mauro *et al* (2004) acrescentam que o ambiente hospitalar pode ocasionar riscos ocupacionais a saúde do trabalhador advindos de atividades insalubres e perigosas, caracterizadas pelo contato com agentes biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais do ambiente causando efeitos adversos na saúde do profissional.

Em relação aos diferentes riscos que os profissionais de enfermagem especificamente estão expostos, a Organização Internacional do trabalho (ILO, 2000) aloca-os em riscos: físicos, químicos, acidentes, biológicos, psicossociais, organizacionais e ergonômicos descritos detalhadamente no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Fatores de risco para a enfermagem adaptados pela autora

Tipos de riscos ocupacionais para a enfermagem		Situações de riscos ocupacionais
	Riscos Acidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Escorregões, tropeções, quedas em piso molhado principalmente em situações de emergência; • Cortes e ferimentos causados por objetos pontiagudos principalmente agulhas e lâminas; • Queimaduras por contato com equipamentos de esterilização, água quente e tubulações de vapor; • Choque elétrico decorrente de equipamentos com defeito ou aterrados incorretamente; • Lesões nas pernas e pés decorrentes de quedas de instrumentos médico-cirúrgicos; • Riscos de colapsos e incêndios por gases, vapores e produtos químicos dispersos no ar. • Dor aguda nas costas decorrentes do manejo do pacientes pesados ou que inspiram cuidados como as crianças.
	Riscos Físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição à radiação de fontes de raio x e radioisótopos.
	Riscos Químicos	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação e dermatoses de pele pelo uso frequente de soluções desengordurantes como sabonetes, detergentes, desinfetantes, entre outros;

Tipos de riscos ocupacionais para a enfermagem		Situações de riscos ocupacionais
		<ul style="list-style-type: none"> • Irritação de olhos, nariz e garganta pelo contato com aerossóis no ar ou gotas de produtos de higiene e limpeza; • Intoxicação crônica pelo contato de longo prazo com medicamentos, fluidos de esterilização, gases anestésicos; • Alergia ao látex pelo uso de luvas e outros dispositivos médicos contendo látex.
	Riscos Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Infecções causadas pela exposição a sangue, fluidos corporais ou amostra de tecidos com risco para adquirir HIV, hepatite B e C, entre outros; • Risco de adquirir doenças contagiosas dos pacientes, principalmente em pediatrias que o contato com a criança e seus excrementos são intensos; • Risco de adquirir doenças pelo acidente com materiais perfuro-cortantes contaminados.
	Fatores ergonômicos, psicossociais e organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e dor nas costas pelo manuseio de pacientes pesados e inconscientes; • Trabalho com crianças que exige um manuseio delicado causando dor nas costas;* • Trabalho constantemente em pé;* • Trabalhadores de pediatria convivendo com choro constantemente na realização dos procedimentos de enfermagem;* • Estresse, <i>burnout</i>, relações familiares tensas devido ao tipo de trabalho, trabalho noturno, horas extras e contato com pessoas vítimas de problemas de saúde constantemente; • Exposição a múltiplos pacientes graves, vítimas de tragédias e catástrofes; • Estresse psicológico pela elevada responsabilidade com o paciente; • Problemas interpessoais com outros membros da equipe multiprofissional; • Exposição a pacientes/familiares violentos podendo ocasionar estresse pós-traumático.

* observações dos autores.

Fonte: *International Labour Organization* (2000).

Além dos riscos citados anteriormente, alguns ambientes de trabalho hospitalar caracterizam-se pelo trabalho nos finais de semana, carga horária semanal superior a 40 horas, trabalho em turnos, horas extras e exposição à diversidade de agentes infecciosos. Junto a estas condições deletérias de trabalho, inerentes a profissão, o profissional é afetado pela forma com a qual o trabalho é organizado, em algumas instituições caracterizadas pelo descaso dos gestores em relação à administração de saúde, resultando em insuficiência de recursos humanos e materiais, havendo a necessidade de improviso diária, conjuntamente com o sofrimento mental dos trabalhadores, que reconhecem a necessidade de desempenhar um trabalho de qualidade e, no entanto, são impedidos pela precariedade de recursos (DALMOLIN, LUNARDI; LUNARDI, 2009).

Dados de observação da autora revelam que tanto a saúde quanto a doença mental nos profissionais de saúde, têm estado relacionadas a fatores de ordem psicológica e social, por isso, será apresentado a seguir, um quadro híbrido criado e adaptados pela autora, baseado nas percepções de Leka, Griffiths e Cox (2003), do grupo *ISASTUR* (2010) que descreve os fatores psicossociais de risco neste segmento ocupacional.

Quadro 2 - Fatores psicossociais de risco no trabalho dos profissionais de saúde

Fatores psicossociais de risco	Situações de risco
Conteúdo do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de variedade das tarefas • Trabalho repetitivo • Trabalho em turnos • Trabalho fragmentado e sem sentido, pela utilização reduzida das habilidades • Incertezas e exposição contínua da pessoa dado o tipo de trabalho • Defasagem entre o trabalho real e prescrito • Realização de trabalho burocrático e assistencial concomitantemente • Convívio com pacientes e familiares de difícil trato que ameaçam, agredem física e moralmente os trabalhadores • Convivência contínua com a dor, o sofrimento e a morte
Carga e ritmo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabalho • Quantidade insuficiente de profissionais • Plantões extras para cobrir número insuficiente de trabalhadores • Trabalho ininterrupto
Escala de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Longas jornadas de trabalho • Trabalho em turnos e ininterrupto • Horários de trabalho que dificultam o convívio social dos trabalhadores

Fatores psicossociais de risco	Situações de risco
Controle sobre a atividade desempenhada e autonomia profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca participação na tomada de decisões, falta de controle sobre a carga, o turno e o ritmo de trabalho • Nos serviços públicos, em particular as decisões são tomadas por instâncias superiores distantes que em geral não conhecem a realidade local • Necessidade permanente de improviso, tentando suprir problemas de ordem material, falta de pessoal e burocracia
Ambiente e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de manutenção preventiva e curativa dos equipamentos • Pouca disponibilidade de equipamentos e alta demanda de clientela • Condições ambientais deletérias, como pouco espaço físico, iluminação inadequada e excesso de ruído proveniente de alarme de equipamentos, macas, carrinhos de dietas, entre outros • Adaptações inadequadas e impróprias para suprir a falta de materiais/equipamentos
Cultura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de definição/concordância em relação aos objetivos organizacionais • Comunicação deficiente • Baixo nível de suporte na resolução de problemas • Excesso de burocracia característico de instituições públicas • Conflito de autoridade na equipe multiprofissional
Relações interpessoais e participação da instituição no desenvolvimento da carreira	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo suporte social • Ambiguidade de papéis e responsabilidades • Baixos salários • Muitos vínculos empregatícios pela demanda financeira • Baixo <i>status</i> social do trabalho de algumas profissões • Progressão de carreira obstaculizada • Pouco investimento das instituições na capacitação dos profissionais
Interface trabalho-família	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito entre demandas do trabalho/familiar • Baixo suporte social no domicílio • Jornada dupla de trabalho (casa/trabalho)

Fonte: Baseado em Leka, Griffiths e Cox (2003); ISASTUR (2010).

Guimarães (2013) afirma que os fatores psicossociais de risco caracterizados pela urgência de maior produtividade, redução de contingente de trabalhadores, pressão do tempo e complexidade das tarefas, aliados a expectativas irrealizáveis e relações de trabalho tensas e precárias podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional,

constituindo-se em fatores responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho e consequente prejuízo na saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) entende a saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de desenvolver todo seu potencial, produzir face ao estresse normal da vida, desenvolver suas atividades de forma produtiva e proveitosa e contribuir em benefício da comunidade a qual pertence. Correlacionando esta concepção aos diferentes segmentos profissionais, os mais expostos a agravos da saúde mental são os trabalhadores do setor de saúde. Nessa direção, Rees e Cooper (1992) afirmam que a enfermagem é uma das profissões mais estressantes.

Chan *et al* (2000) realizaram um estudo investigando o estresse em seis grupos ocupacionais: professores, engenheiros, enfermeiros, profissionais de seguro de vida, advogado e médicos. Os professores, enfermeiros e advogados apresentaram maiores níveis de estresse associados ao conflito trabalho- família e ao excesso de burocracia no local de trabalho. Especificamente na enfermagem, o alto nível de estresse foi atribuído ao pouco apoio social dos superiores e dos colegas de trabalho, relações interpessoais conflituosas com os demais componentes da equipe de saúde, conflito trabalho- família e baixo *status* social.

Em relação ao baixo *status* social da enfermagem, Giordani (2008) o atribui à sociedade capitalista ocidental e a um universo materialista e individualista, o que é conflitante com os objetivos da enfermagem, que é uma ocupação coletiva pautada no “ser” e no “fazer”. Além disso, a pesquisadora considera um fator determinante quanto ao baixo *status* social da profissão, o fato da assistência de enfermagem não ser quantificável, caracterizando-a muitas vezes, como uma profissão de bastidores, em que a produtividade não tem visibilidade plena.

Transformações no cenário ocupacional e medidas governamentais para o enfrentamento destas modificações

Nos últimos cem mil anos, de acordo com Levi (1998), o ser humano, do ponto de vista biológico, não sofreu muitas alterações. No entanto, o seu meio, sobretudo o meio ocupacional, modificou-se radicalmente, principalmente nas últimas décadas. Nessa direção, Sauter *et al.* (1998) descrevem que houve mudanças, sobretudo, no desenho do trabalho, tipo e exigências e a partir disso o estresse passou a ser um tema de grande interesse no âmbito da saúde mental.

Em relação a essas mudanças, Levi, Sauter e Shimomitsu (1999) acrescentam aspectos de relevância quanto aos processos técnicos: maior incorporação e desmaterialização da produção; globalização e juntamente com ela, a racionalização, acúmulo de exigências, premência de tempo e o alto nível de responsabilidade. Ainda em no tocante às transformações, Guimarães e Freire (2004) relatam um fator não menos importante, que é a descontinuidade na biografia ocupacional do trabalhador, principalmente aos mais velhos e menos qualificados que não acompanham estas mudanças.

Estas mudanças no meio ocupacional e a evolução tecnológica, segundo Camelo e Angerami (2008) contribuíram para a evolução do homem no contexto social, cultural e biológica. No entanto, Hart e Cooper (2001) acreditam que este intenso e contínuo processo de mudanças tecnológicas tem gerado muita pressão sobre os trabalhadores e a criação de vários tipos de organizações de trabalho, produzindo altos níveis de estresse ocupacional.

As consequências desses altos níveis de estresse relacionado ao trabalho, segundo Greiner (2008), podem ser mais ou menos graves. Quando menos graves, os trabalhadores

apresentam redução do bem-estar geral e da qualidade de vida. Já em nível mais severo, o estresse pode promover efeitos graves na saúde do trabalhador, como *e.g.*, aumento da pressão arterial, insônia e distúrbios psicossomáticos, entre outros.

Em adição aos efeitos do estresse no indivíduo, ocorrem também, custos para a sociedade. De acordo com a Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho-OSHA (2007), a união europeia estimou em 2002 um custo econômico anual de 20.000 milhões de euros. Já a *Health and Safety Executive- HSE* (2011) informa o custo de aproximadamente 12.8 milhões de libras por ano na Inglaterra com o estresse relacionado ao trabalho, a depressão e a ansiedade. No Brasil, segundo Steck (2012) publicou no jornal do senado, estima-se um gasto de até 4% do PIB (produto interno bruto) ao ano com acidentes e doenças do trabalho, o que em 2011 foi próximo de R\$ 165 milhões. Quando avalia-se o período de 2012 a 2018, dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (2019) divulga 6.455 mortes e 4.5 milhões acidentes, aliados a gastos da Previdência com Benefícios Acidentários de R\$79 bilhões, e 351.7 milhões com dias de afastamentos do trabalho e acidentes.

A OMS (2008) acredita que os países desenvolvidos estão mais familiarizados com o estresse laboral, seu manejo e gerenciamento. Já os países em desenvolvimento, ainda carecem de estudos mais aprofundados nesta área havendo consciência sobre o estresse laboral e poucos recursos destinados para preveni-lo.

Preocupados com estas interferências, tanto na saúde do trabalhador, quanto econômicas, a Organização Internacional do Trabalho (ILO) lançou em 2012 um manual, com sugestões para minimizar os fatores psicossociais de risco no trabalho e com formas de organização do trabalho voltadas para a prevenção de estresse no local de trabalho. Também a OSHA (2007) criou um observatório dos riscos para antecipar o conhecimento de novos riscos emergentes para a saúde do trabalhador. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) aprovou um Plano de ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores, objetivando elaborar e implementar instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores, proteger e promover saúde no local de trabalho, acesso aos serviços de saúde ocupacional, fomento e incorporação da saúde dos trabalhadores a outras políticas. Além disso, a OSHA (2017) promoveu mudanças nas legislações europeias a fim de evoluir a saúde e segurança no trabalho por meio de intensificação de luta contra o câncer relacionado ao trabalho, ajuda as microempresas no campo de saúde e segurança no trabalho e auxílio a países membros da união europeia a cumprir legislações mais atualizadas no campo de saúde do trabalhador.

No Brasil, a OIT (2011) tem atuado permanentemente na promoção/aplicação das Normas Internacionais do Trabalho, emprego, melhoria das condições de trabalho e ampliação da proteção social. Além disso, tem auxiliado o esforço nacional de promover trabalho decente para a população brasileira. Em 2008, o então Presidente do Brasil e o Diretor Geral da OIT assinaram um termo de compromisso, considerando quatro prioridades: (i) mais e melhor educação; (ii) conciliação entre estudo, trabalho e vida familiar; (iii) inserção digna e ativa no mundo do trabalho e (iv) diálogo social.

Foi instituída, em 2008 também, por meio de uma portaria interministerial, uma comissão tripartite formada por representantes do Governo Federal (Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde), representantes dos empregadores e dos trabalhadores. Em 2011, esta comissão criou por meio do Decreto 7602, o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. O PNSST objetiva a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2012).

Além disso, por meio da Portaria PGF nº 157/2016 foi criada uma equipe remota de trabalho formada por procuradores federais para avaliar os casos de acidente de trabalho evidenciados pelas fiscalizações de trabalho em que o empregador tem culpa (SANTOS, 2019).

Causas e consequências do estresse ocupacional

O estresse no trabalho, de acordo com Levi (2002) pode ser causado por vários fatores, sendo os mais comuns:

- Carga de trabalho excessiva ou deficitária;
- Prazo inadequado para completar o trabalho de forma eficiente;
- Falta de descrição das tarefas a serem realizadas ou cadeia de comando;
- Pouco ou nenhum reconhecimento/recompensa por um bom desempenho profissional;
- Dificuldade em expressar queixas;
- Muita responsabilidade e pouco poder decisório;
- Pouca cooperação/apoio de colegas de trabalho e supervisores;
- Insegurança no emprego e rotatividade excessiva;
- Preconceito relativo à idade, sexo, raça ou religião.

Guimarães (2013) acrescenta a esta lista, a redução do contingente de pessoal, aumento da complexidade das tarefas, expectativas irrealizáveis e relações de trabalhos tensas e precárias como geradores de tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores psicossociais de risco responsáveis pelo surgimento do estresse. A mesma autora afirma ainda, que o desempenho no trabalho pode ser mais prejudicado pelos fatores psicossociais de risco, do que por problemas físicos.

Em relação aos profissionais de saúde, o *National Institute for Occupational Safety and Health* - NIOSH (2008) afirma que as pesquisas têm indicado que estes trabalhadores apresentam maiores taxas de abuso de drogas e de suicídio, do que outras profissões e também, taxas elevadas de depressão e ansiedade, ligadas ao estresse no trabalho. Os estressores mais comuns em ambientes de cuidados de saúde são: número reduzido de pessoal, longas jornadas de trabalho, trabalhos em turnos, ambiguidade de papel e exposição a substâncias infecciosas e perigosas.

No Brasil, a saúde do trabalhador é de responsabilidade da saúde pública, por meio de ações de vigilância, que visem à promoção e prevenção de riscos, ambiente adequado de trabalho e prestação de assistência integral a saúde do trabalhador. A execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do Sistema Único de Saúde- SUS, prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica de Saúde-LOS. O artigo 6.º da LOS confere à direção nacional do Sistema, a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 2001).

De acordo com o anuário estatístico da Previdência Social, em 2011 foram registrados 711.164 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados. Entre esses registros, contabilizou-se 15.083 casos de doenças relacionadas ao trabalho. Parte destes acidentes e doenças teve como consequência, o afastamento das atividades

de 611.576 trabalhadores, devido à incapacidade temporária (309.631 até 15 dias e 301.945 com tempo de afastamento superior a 15 dias), 14.811 trabalhadores por incapacidade permanente, e óbito de 2.884 cidadãos. Ocorreu cerca de uma morte a cada três horas, motivada pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho e ainda aproximadamente 81 acidentes e doenças do trabalho reconhecidos a cada 1 hora, na jornada diária (BRASIL, 2011).

Cataldi (2013) comenta que o Brasil tem ocupado posição de destaque entre os países com elevado índice de estresse ocupacional, pois uma pesquisa realizada pela *International Stress Management Association* (ISMA), que analisou esta questão nos Estados Unidos, Alemanha, França, Brasil, Israel, Japão, China, Hong Kong e em Fiji, demonstrou que o Brasil ocupa o segundo lugar em número de trabalhadores acometidos pela Síndrome de *Burnout*.

Outro problema não menos importante, que tem afetado os trabalhadores no ambiente de trabalho é a violência. De acordo com a Organização do Trabalho (ILO, 2013) a onda de violência no trabalho tem atingido todo o mundo, ultrapassando barreiras geográficas e ambientes de trabalho. Gerberich (2004) entende a violência no contexto de trabalho como eventos envolvendo o uso da força física ou abuso emocional contra um funcionário resultando em lesões físicas ou psicológicas. No entanto, Guimarães, Teixeira e Camargo (2004) referem que a violência, muitas vezes constitui-se num risco invisível, revelada de forma sutil nas relações de trabalho e na saúde dos trabalhadores. A Organização internacional do Trabalho (ILO, 2005) afirma que a violência é um problema que pode ser vivenciado por todas as categorias profissionais, de todos os segmentos, porém os setores mais prejudicados/acometidos são os que prestam assistência à saúde. Cooper e Swanson (2002) atribuem a violência no setor de saúde ao número elevado de trabalhadores do sexo feminino, pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, iluminação deficitária, pouca segurança, fácil acesso a objetos, inclusive mobiliário hospitalar, pouco apoio organizacional, conflitos interpessoais entre trabalhadores, que podem resultar em problemas físicos e/ou psicológicos as vítimas.

Gerberich (2004) realizou um estudo com enfermeiras de Minnessota, Estados Unidos, e verificou um alto nível de violência no ano que antecedeu a coleta de dados, em que a cada 100 enfermeiras, 13.2% foram vítimas de violência física e 38.8% de violência não física, decorrentes principalmente de pacientes de unidades intensivas. No entanto, as consequências foram piores quanto à violência não física, resultando em efeitos deletérios à saúde mental, como estresse e transtorno por estresse pós-traumático (TEPT). No Brasil, Vasconcellos *et al* (2012) realizaram um estudo semelhante com 1509 trabalhadores de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro e identificaram a presença de 65% de violência verbal, 5.7% de relatos de violência sexual e 3% de violência física, decorrentes principalmente do contato com a clientela.

Outra forma de violência emergente no âmbito laboral é denominada *mobbing* ou assédio psicológico/moral que consiste, de acordo com Guimarães, Teixeira e Camargo (2004) Guimarães e Rimoli (2006) em críticas ou comentários negativos, isolamento e disseminação de ridicularização do profissional. Outras formas de violência, de acordo com Brasil (2013) são: (i) o assédio que consiste em atitude desumana e cruel no ambiente de trabalho, que expõe os trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício da função; e (ii) o assédio sexual em que o trabalhador é constrangido por “cantadas” e insinuações com o objetivo de vantagens ou favorecimento sexual.

Guimarães, Camargo e Caetano (2004) relatam ainda, que tanto o assédio moral quanto o *mobbing* consistem em assédio psicológico ao trabalhador, que culmina em violência, discriminação e muitas vezes, até em assédio sexual no trabalho. Brasil (2013)

acrescenta que o assédio moral e o sexual acontecem tanto em instituições públicas quanto privadas. De acordo com a OIT (2013) o assédio moral e o sexual são os problemas mais comuns enfrentados pelos trabalhadores da União Europeia, em que os profissionais mais expostos são os enfermeiros, os médicos, os policiais e as assistentes sociais.

Estudo do sindicato das enfermeiras da Espanha-SATSE (2002) detectou que entre enfermeiras espanholas, uma em cada três, referiu ser vítima de assédio moral no seu ambiente laboral. Guimarães e Vasconcelos (2008) relatam que apesar da violência moral e o *mobbing* consistirem em riscos invisíveis, geram um clima negativo nas relações de trabalho e desestabilizam emocionalmente os trabalhadores, comprometendo a saúde e desencadeando/agravando doenças que podem prejudicar a capacidade laborativa e/ou até levar a morte.

Considerações finais

É preciso repensar o homem moderno, concebido por Rose (2001) como um *a priori* histórico, caracterizado por falar, pensar e trabalhar. É preciso repensar o indivíduo, não como uma máquina, mas como um ser humano, que possui vida dentro e fora das organizações de trabalho

A vida pessoal e a ocupacional são complementares e a atividade laboral pode ser, tanto fonte de prazer, realização, satisfação, geração de bens materiais e riqueza, quanto de sofrimento, escravidão, doença e morte. É imprescindível que as formas vigentes de gestão do trabalho levem em conta que o trabalho extrapola os limites da organização, e que se deve contemplar o trabalhador na sua dimensão biopsicossocial, intelectual e profissional. O trabalho pode ser concebido por empregadores e empregados como fonte de qualidade de vida.

Pesquisas envolvendo a saúde do trabalhador devem ser intensificadas, para que medidas de promoção e prevenção possam ser tomadas pelas instituições, para diminuir ou combater possíveis agravos à saúde física e mental destes profissionais, trazendo como repercussão, uma assistência à saúde com qualidade e que se reflita no bem-estar da clientela por ela atendida.

Referências

AGÊNCIA EUROPEIA PARA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho*. Bélgica, 2007.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *EU strategic framework on health and safety at work 2014-2020*. Bélgica 2017.

ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. 103p.

ALBUQUERQUE, L. G.; FRANÇA, A. C. L. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. *Revista de Administração*, São Paulo, v.33, n.2, p.40-51, abr./jun. 1998.

AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A.Q. Transformações no mundo do trabalho: a inserção da qualidade total. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: casa do psicólogo, v.2, 2004. p. 229-246.

- BARROS, C.A.; GUIMARÃES, L. A. M. Lesões por esforços repetitivos- LER: Aspectos Psicológicos. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do psicólogo, v.1, 2003. p. 59-65.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico de acidentes do trabalho*. Brasília, 2011, 722p.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Assédio moral e sexual no trabalho*. Brasília, 2013, 41p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, 2001, 290p.
- BRASIL. *Plano nacional de segurança e saúde no trabalho*. Brasília, 2012, 62p.
- BRASIL. *Política nacional de segurança e saúde do trabalho*. Brasília, 2004, 16p.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais que podem levar ao estresse: uma análise na literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n.2, p. 232-240, abr./jun. 2008.
- CATALDI, M. J. G. Stress e fadiga mental no âmbito do trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. (coods). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*, Goiás: Cir Gráfica, 2013, p. 403-414.
- CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. E. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 217-221, jan. 2006.
- CHAN, K. B. *et al.* Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Social Science and Medicine*, v. 50, p. 1415-1432, 2000.
- CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 56.
- COOPER, C.; SWANSON, N. *Workplace in the health sector: state of the art*. Geneva, 2002, 67p.
- DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. F. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 35-40. jan./mar. 2009.
- DEJOURS, C. *O fator humano*. Tradução: Maria Irene Stocco Betiol e Maria José Tonelli. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, p. 43.
- ENGELS, F. *O papel do trabalho na transformação do macaco em homem*. 4.ed. São Paulo: Global, 1990, 57p.
- GERBERICH, S. G. *et al.* An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurse's study. *Occupational Environmental Medicine*, Minnesota, v. 61, p. 495-503, 2004.
- GIORDANI, A. T. *Humanização da Saúde e do Cuidado*. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2008, 192p.
- GREINER, A. Na economic modelo of work related stress. *Journal of Economic Behavior & Organization*, v. 66, p. 335-346, 2008.

GUIMARÃES. L. A. M. Fatores psicossociais de risco no trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. (coords). *Saúde mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*, Goiás: Cir Gráfica, 2013, p. 273-282.

GUIMARÃES. L. A. M.; CAMARGO, D. A.; CAETANO, D. Assédio sexual no trabalho: aspectos psicológico-psiquiátrico. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 3, 2004, p. 265-280.

GUIMARÃES. L. A. M.; FREIRE, H. B. G. Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, 2004, p. 29-49.

GUIMARÃES. L. A. M.; RIMOLI, A. O. “Mobbing” (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 183-191, mai./jun. 2006.

GUIMARÃES. L. A. M.; TEIXEIRA, A.; CAMARGO, D. A. Violência no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.3, 2004, p. 245-264.

HART, P. M.; COOPER, C. L. Occupational stress: toward a more integrated framework. In: ANDERSON, N. N. *et al. Handbook of industrial, work and organizational psychology*, London, v. 2, p. 93-110, 2001.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. *Stress and psychological disorders*. Inglaterra, 2011.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva, 2005, 132p.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Work-related violence and its integration into existing surveys*. Geneva, 2013, 48p.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Nurse, occupational health. *International Hazard Datasheets on Occupation*. Geneva, 2000, 04p.

INTERNACIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace*, Geneva, 2012, 118p.

ISASTUR. *Manual de seguridad e instrucciones de trabajo*. Chile, 2010. Disponível em: <http://www.grupoisastur.com/manual_isastur/data/es/1/1_9.htm>. Acesso em: 8 fev. 2014.

LEKA, S., GRIFFITHS, A.; COX, T. Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representative. *World Health Organization*, 2003, 27p.

LENTZ, R. A. *et al.* O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, p. 7-14, ago. 2000.

LEVI, L. Comissão Europeia. *O Stress no Trabalho: Sal da Vida ou Morte Anunciada?* Luxemburgo, 2002, 20p.

- LEVI, L. Factores psicosociales, estrés y salud. In: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*, Ginebra, v. 2, 1998, p. 34.3-34.6.
- LEVI, L.; SAUTER, S. L.; SHYOMOMITSU, T. Work- related stress: It's time to act. *Journal Occupational health Psychology*, Washington, v. 4, p. 394- 396, 1 out. 1999. Disponível em: <<http://www.deepdyve.com>>. Acesso em: 28 fev. 2013.
- LIMA, M. E. A. *O significado do trabalho humano: mito e ilusões do homem moderno*. 1986. 318f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, belo Horizonte, 1986.
- MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, p. 99-117, jan. 1998.
- MAURO, M. Y. C. *et al.* Riscos ocupacionais em saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 338-345, 2004.
- MIRANDA, C. M. L.; GARCIA, T. R.; SOBRAL, V. R. S. Um estudo sobre a construção da identidade profissional da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 4, p. 117-124, abr. 1996.
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. *Exposure to stress: Occupational Hazards in Hospitals*, 2008, 20p.
- OBSERVATÓRIO DIGITAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO. Acidente de Trabalho: da Análise Sócio Técnica à Construção Social de Mudanças. *Ministério público do trabalho*, 2019.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *O que é trabalho decente*. Brasil, 2011, 2p.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Brasil, 2010, 20p.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Uma globalização justa: criando oportunidades para todos*, Brasil, 2005, 166p.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Reunión de expertos sobre la revisión de la lista de enfermedades profesionales*, Ginebra, 2009, 43p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial da saúde*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, Lisboa, 2002, 25p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores*, México, 2008, 50p.
- REES, D.; COOPER, C. The occupational stress indicator locus of control scale: should this be regarded as a state rather than a trait measure? *Work and Stress*, v. 6, p. 45-48, 1992.
- ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? *Educação e Realidade*, v. 26, n. 1, p. 33-54, 2001.
- SANTOS, D. M. Brasil registra 17 mil mortes e 4 milhões de acidentes de trabalho. *Revista proteção*, 2019.

SAUTER, S. L. *et al.* Factores psicosociales y organizativos. In: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Ginebra, v. 2, 1998, p. 34.2.

SELINGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. 211p.

SINDICATO DE ENFERMERÍA. *Resultado preliminares de la incidencia de mobbing en los profesionales de enfermeiras españolas*. Universidad de Alcalá de Henares, oct. 2002, 25p.

STECK, J. M. Brasil gasta até 4% do PIB com acidentes e doenças do trabalho. *Jornal do Senado Federal*, 2012.

VASCONCELLOS, I. R. R. *et al.* Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 40-47, 2012.

VIEIRA, L. C.; GUIMARÃES, L. A.M.; MARTINS, D. A. O. O estresse ocupacional dos enfermeiros. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 2003. p. 169-179.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health*. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Worker's Health: Global Plan of Action*. Geneva, 2007, 32p.

DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA E O VAZIO EXISTENCIAL NA CONTEMPORANEIDADE

Laynara Soares Vilagra
Thamyres Ribeiro Pereira

Introdução

A palavra "depressão" vem do latim *depressio*, de *deprimere*, que significa "apertar firmemente", "para baixo", remetendo assim a sua principal manifestação sintomática, angústia, perda de interesse, e de prazer e energia diante da vida. Tratada como a doença da sociedade moderna, é um transtorno de humor de maior manifestação atual, caracterizada por suas alterações afetivas. Sendo classificada segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma das principais causas de incapacidade no mundo.

Considerada por muitos o mal do século, a depressão transformou-se em um linguajar popular para apontar os aspectos mais variáveis de "mal-estar" da contemporaneidade, uma maneira de representar qualquer sofrimento e angústia em doença. Essa nova patologização é a forma de interpretar que o sujeito possui prazeres por meio secundário, tornando rotineiras as condições apresentadas de vazio e inadequação nas clínicas psicanalíticas.

A depressão apresenta natureza onipresente, afetando múltiplas funções e causando danos significativos psicossociais. Segundo Ward, Eyler e Makris (2000) a depressão, no entanto, é considerada uma das doenças mais comumente encontradas pelos médicos que atendem adolescentes, ocorrendo crescentemente entre essa faixa etária.

Segundo a Associação Americana de Psicologia entende-se que:

Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento, podendo-se observar perda de energia e interesse; humor deprimido; diminuição do desejo em realizar tarefas que antes causavam prazer (anedonia); problemas relacionados ao sono; perda de energia ou fadiga constante; dificuldade de concentração e diminuição na habilidade de pensar, além de dificuldades em tomar decisões; perda de apetite; baixa autoestima; sentimentos de inutilidade ou culpa e pensamentos sobre morte e suicídio. Todos esses sintomas acabam por comprometer a vida social, profissional e interpessoal do indivíduo (APA, 1994; KAPLAN; SADOCK, 1993).

Conforme Bahls e Bahls (2002), a incidência de quadro depressivo ocorre em grande parte na transição da infância para a adolescência, com predomínio do sexo feminino sobre o masculino. As meninas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimento de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade; costumam também ter mais preocupação com a popularidade, menos satisfação com a aparência, mais conscienciosidade e menos autoestima, enquanto os meninos relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, e apresentam problemas de conduta, como falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e excesso de consumo de substâncias psicoativas (SADLER, 1991; BARON E CAMPBELL, 1993 apud BIAZUS E RAMIRES, 2012). Conforme descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV e na Classificação Internacional de Doenças, CID-10 os sintomas entre adolescente e adulto só difere pelas características da faixa etária.

Para psicólogos e psiquiatras, a depressão pode surgir de diversas formas, como fatores socioculturais e ambientais, formam uma imensa rede de intercomunicações,

dando forma ao quadro depressivo, ou como reação a uma situação estressante, gerados por acontecimentos como traumas na infância ou conteúdos inconscientes, “Um sofrimento psíquico manifestado sob forma de depressão, tristeza e apatia que atingem o corpo e a alma” (ROUDINESCO, 2000).

No que diz respeito à depressão, a percepção de que esse quadro patológico poderia ser provocado pela presença de conflitos inconscientes vivenciados em situações de perdas. Tais conflitos seriam gerados por sentimentos ambivalentes em relação ao objeto perdido, portanto é fundamental no processo de desenvolvimento do sujeito, saber lidar com a falta, fortalecendo-se a fim de manejar a frustração de maneira funcional e satisfatória.

Cada vez mais dentro dos consultórios clínicos sintomas como angústia e sofrimento são apresentados por adolescentes, e para entender os motivos é importante explorar algumas questões para responder esse mal-estar. O indivíduo responde de forma sintomática, caracterizando a forma de constituição do sujeito na modernidade. Essa depressão conhecida para a psicanálise como depressão neurótica é distinta da melancolia.

Estrear o mundo dos adultos é algo sempre temido, muitas vezes trágico, porém desejado. Para Aberastury (1981), é o momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento que começou com o nascimento. Acontece então nesse período mudanças psicológicas que são correlacionadas às mudanças corporais levando ao adolescente estabelecer uma nova conexão consigo mesmo e com o mundo. Portanto, é possível realizar essa transição quando se vive o luto pelo corpo da criança, pela infância e pelas relações enraizadas que se tinha com os pais. O adolescente, que está se estruturando psiquicamente para acompanhar as mudanças corporais e psíquicas oriundas da adolescência e do processo de maturação, está num movimento de distanciar-se dos seus familiares e de seus objetos internos infantis, a fim de ingressar no mundo adulto (ERIKSON, 1998, KNOBEL, 1981; BLOS, 1996). Essa tarefa é complexa, pois, ao mesmo tempo em que lhe é necessário buscar o distanciamento dos pais para se diferenciar deles, é necessário também que ele mantenha uma proximidade que permita encontrar as semelhanças que servirão de base para as suas identificações.

As transformações decorrentes desta fase despertam uma sensação de estranhamento não só no adolescente, mas também nos outros, por isso precisam ser assimiladas a um novo sistema de representações. Conforme Levy (2007), a perda deste sistema representacional da infância desperta ansiedades depressivas, paranoides e de aniquilamento, além de um sentimento de despersonalização. Como forma de se defender dessas ansiedades e criar um sentimento de estabilidade narcísica, o adolescente procura “apropriar-se” através de identificações projetivas, de algum self, para que assim possa ir construindo uma imagem que lhe confira o sentimento de existência.

Segundo Levy (2007), o período da adolescência pode se tornar traumático ou patológico, na medida em que o sujeito não consiga recriar um sistema de representações que sustente sua nova experiência subjetiva nem ligar os afetos por ela suscitados. Conforme o autor, a criação de um novo sistema de representações encontra-se ancorada nas experiências primitivas entre a criança e o seu cuidador primário. É a partir da relação que se estabelece entre ambos que o sujeito construirá a sua imagem.

No caminhar entre infância e vida adulta, muitos questionamentos aparecem nessa trajetória. Interrogatórios sobre quem eu sou? O que eu devo fazer? Qual propósito deve buscar? Pensar em percorrer novos cenários se torna inquietante. Deixar a casa da família e morar com amigos? Sozinho? Devo permanecer no meu porto seguro? Mas afinal, a minha família continua sendo meu referencial? Essas dúvidas acabam surgindo

juntamente com o fascínio que a vida adulta apresenta ser. Porém hoje, é comum encontrarmos adolescentes que se isolam em seus cômodos, troca a vivência social pelas redes sociais, troca amigos da escola por amigos virtuais e atividades esportivas por jogos online.

Como consequência esse ser em transformação não ânsia mais por remexer ou transformar o mundo, revigorando-o com seus questionamentos e reinvenções, mas indo em busca de uma finalidade, sem muitas manifestações ideológicas e filosóficas. Observa-se na contemporaneidade que o adolescente vivencia uma inversão de valores, transformando sua potência, entusiasmo e disposição em “ter” ou invés de “ser”.

As mutações construídas pela sociedade invertem esses valores vivenciados pelos jovens, que sofre hoje, em um corpo social consumista e imediatista, onde os desejos são atendidos instantaneamente, a satisfação se torna momentânea e o ciclo de falsa necessidade se restaura. Há um consumismo exagerado, não tem como negar, mesmo sendo um assunto inconveniente para a indústria, que lucra com o consumismo dos adolescentes e inexistente para os pais que algumas vezes são omissos aos sentimentos dos filhos, é necessário discutir e analisar o impacto que está causando nos adolescentes nos tempos atuais.

Será que os nossos adolescentes estão em colapso? De um lado o exagero e a facilidade em consumir, do outro a tecnologia que permite os jovens se esconderem do mundo e de si mesmo. Nesse mundo de consumo as redes sociais possibilitam a falsa ideia de que ter é mais importante que ser refletindo então em frustrações e fragilidade emocional.

É importante entender que o adolescente encontra-se ainda em fase de construção da sua identidade, e não tem desenvolvimento psíquico suficiente para elaborar suas subjetividades e para lidar com as necessidades que acreditam ser impostas pelo meio em que habita. Dificulta, desse modo, o entendimento da sua realidade, acreditando que essas necessidades produzidas fazem parte da sua vivência, e que devem fazer o possível para estar inseridos nos padrões ditadas pelas mídias e pela sociedade consumista.

A transformação econômica e social das últimas décadas faz com os pais estejam a maior parte do tempo fora, a trabalho. E como consequência compensam sua ausência, dando presentes. A valorização do “Ser” ou do “Ter” pode ser estimulada ainda na infância, quando a criança recebe elogios que vão lhe fazendo sentir-se amada, admirada e importante. Mas acontece que, às vezes, os elogios são dirigidos ao carro, aos brinquedos, às roupas e assim, a criança deixa de desenvolver um referencial interno, não percebendo que é amada pelo simples fato de existir e sim pelos bens que possui.

Nesta perspectiva, a depressão na adolescência pode ser favorecida por uma problemática afetiva, destacando a importância das figuras significativas da primeira infância, ou seja, quando o adolescente tem um vínculo seguro com o cuidador e se sente semelhante a ele, pode tolerar a separação; entretanto, quando esse processo torna-se disfuncional pode sentir que perde a sua identidade ao separar-se. Isto pode conduzir o sujeito a construir modelos representacionais internos distorcidos.

A falta da família ou de redes de apoio propicia na criança uma baixa autoestima, em decorrência de rejeição, maus tratos, indiferença, entre outros contextos que fazem com que a criança sintam-se sem valor e pouco amada, dando início a construção de uma estrutura emocional frágil e vulnerável, permeada pela necessidade de manter seus “admiráveis” acessórios externos e pela insegurança que ronda a pessoa sempre que alguma situação lhe ameaça a posição.

Esses conflitos podem permanecer na fase adulta, como reação a uma baixa valorização de si, através da supervalorização de recursos externos, como carros, cargos, imóveis, equipamentos de última geração, entre outros, que podem fazer com que seja

vista e se sinta alguém. Nos casos em que a autoestima é sustentada por elementos externos, é comum que ao perder o objeto ou a situação de apoio, a pessoa se afaste do convívio social, sentindo-se abandonada. A sensação de estar vazia de qualidades faz reviver toda a carência afetiva e normalmente culmina na depressão. Fica evidente o quanto é importante cuidar da infância.

O grupo familiar tem um papel fundamental na constituição dos indivíduos, sendo importante na determinação e na organização da personalidade, além de intervir significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas, tem como finalidade estabelecer formas e limites, propiciando a adaptação dos indivíduos às exigências do conviver em sociedade.

A adolescente precisa, nessa passagem para a vida adulta, ser acolhido pelo meio social, ele precisa de referências que o ajudem a constituir a sua identidade. A família e os cuidados que oferece podem ser facilitadores ou impeditivos desse processo de construção da identidade e qualificação de um projeto de vida para isso. Os adolescentes necessitam de um relacionamento com um adulto confiável e maduro.

Uma família com uma estrutura funcional, que seja sólida e bem delineada, atravessa melhor as turbulências da adolescência. Se seu filho (a) possui esse transtorno afetivo é preciso conhecer essa nova pessoa. É hora de proximidade, afeto, diálogo, compreensão e limites. Estar sempre por perto, saber com quem o filho ou a filha está saindo, o que pensa... São formas relevantes de identificação da doença e que servem de prevenção.

O ritmo da vida moderna e a distração das novas tecnologias são grandes inimigos de um bom vínculo afetivo real entre pais e filhos. Para construir esse vínculo é preciso ouvir verdadeiramente o que seu filho (a) tem para lhe contar. E quanto mais cedo você construir esse pilar, mais fácil será mantê-lo durante os momentos mais introspectivos da adolescência.

Ao ponderarmos o curso de desenvolvimento da criança desde o nascimento, bem como todo o desenvolvimento e a estruturação do psiquismo, podemos compreender por que a perda e desamparo são afetos primordiais que marcam a psique desde sua origem. Essa fase é permeada por sentimentos de onipotência por parte da criança, uma vez que esta vivência a ilusão de satisfação total das pulsões. Progressivamente, a alternância do seio materno, bem como as idas e vindas dessa mãe, vai frustrando o pequeno infante no que tange às demandas por satisfação imediata de suas necessidades. A ausência materna abre espaço para o registro da perda, que se viabiliza por meio dos sentimentos de frustração.

Segundo Winnicott (1975), há uma importância existencial do olhar materno no desenvolvimento infantil, pois é por meio dele que ela se constitui psiquicamente. A expressão que a criança vê no rosto da mãe confere forma e sentido aos seus sentimentos, como se olhasse para o espelho e visse sua própria imagem. Dessa forma, o sujeito vivencia na adolescência uma reedição desta experiência, procurando, agora, não somente no olhar materno, mas no olhar social, um contorno para os seus sentimentos e uma sustentação para a reconstrução do seu sistema de representações.

O bebê experimenta um estado de dependência da figura materna ou de alguém que a represente. Mais tarde, o bebê percebe o pai que começa a fazer parte do seu mundo, do seu afeto e da sua atenção. A criança começa a ampliar sua visão de mundo saindo, gradativamente, do lar para outras instituições sociais como a pracinha do bairro, a escolinha, igreja, a casa dos amiguinhos, da proteção do ambiente familiar, para a sua inserção no meio externo, social.

A sociedade em geral tem passado por inúmeras transformações, produzindo modificações relevantes no que se refere às vivências, à percepção e à construção que os

adolescentes, por exemplo, produzem de seus aspectos sócioafetivos, bem como de seus projetos de vida. O cenário atual nos mostra a crise da modernidade em sua forma mais avançada. Um momento complexo repleto de problemas éticos, culturais, sociais, existenciais.

Do ponto de vista psíquico, “Este modo de relação objetal do depressivo, narcísico, com superego severo revela as demandas deste sujeito. Um sujeito que quer, que necessita, que exige gratificações pelas constantes frustrações que sofre”. (CAVALCANTE; GALVAN, 2006, p. 129). M. Klein (1952), denomina que as experiências recorrentes de frustração são estímulos poderosos para impulsos destrutivos. Por isso os depressivos têm pensamentos de morte, pensamentos pessimistas têm autodepreciação, autoacusação, irritabilidade, intolerância e baixa-autoestima.

Essa mudança traz possibilidade de se compreender a adolescência não apenas em função de conflitos individuais e biológicos, mas através da constatação da influência da social na formação da identidade, onde o meio acaba exercendo um papel que o priva de ter uma autoidentidade e uma autorrealização, sendo assim o adolescente retraem-se em estados inacessíveis e de sofrimento. Essa preponderância da imagem de mesmo submetido ao imediatismo da satisfação pulsional, a busca de onipotência, substitui qualquer chance de projeção em um futuro que suporte “um tempo de espera” na alimentação do desejo. Cabe nesses questionamentos frisar se a cultura é a esfera a partir do qual o adolescente se constituiu na correlação ao objeto.

O contemporâneo trazido pela Psicanálise é analisado também pelo conceito social e filosófico. O mal-estar encontra-se principalmente por conta de uma imposição de um falso prazer instantâneo, dominador, holista e que se mostra de diversas formas. Entre essas formas está o desenvolvimento de valores individualistas que muitas vezes nem o próprio indivíduo percebe, pela ansiedade relacionada a não aceitação da incapacidade de ter ou não aquilo que enganosamente satisfaz de modo absoluto e pela falta de modelos e de ideais que o instrumento buscado, resumidamente, não preenche.

Em 1945 Sartre em seu livro *O ser e o nada* reflete de forma sistemática a preocupação sobre a angústia da obrigação de cada indivíduo na elaboração de si mesmo na constituição como indivíduo, acreditando, então, que o sujeito é prisioneiro de sua própria liberdade.

Conforme Sartre (1997), a consciência do indivíduo é dinâmica, sempre em busca de experimentações, mas sem muitas assimilações dos conteúdos a serem adquiridos. E para ele o indivíduo luta para encontrar propósitos que o determine como *Ser-para-si*. Absolutamente, entende-se que no decorrer da existência, o indivíduo nasce *Ser-em-si* e ao longo da sua vivência, desenvolve sua consciência e se torna *Ser* quando consegue edificar-se e se modificar tornando-se *Ser-para-si*. Sendo assim, o homem é um *Ser-em-si* em busca, pois se originou de um ‘nada’, mas ao longo da sua vivência tenta constituir-se como um *Ser-para-si*.

Sartre (1997), afirma que o tempo presente é instantâneo, ou seja, ele declara que nem o tempo real nem o espaço real proporcionam ao homem nenhum sentido. Esse sentido é formado na consciência do indivíduo para cumprir com a sua liberdade. No defrontar-se com a adolescência, é possível averiguar com percepção ou não, que ao irem de encontro consigo mesmo, vão de encontro com o vazio, o irracional e, sobretudo com a falta de sentido. Entendemos então, por meio do conceito sartreano, que o adolescente ao ir de encontro com a sua vulnerável existência, teme descobrir o que tem dentro de si. Ainda assim, Sartre ressalta que cada indivíduo mesmo munido de informações do mundo, é dentro de si que encontra o que é necessário para ter posicionamento diante da vida.

De um lado o exagero e a facilidade em consumir, do outro a tecnologia que permite os jovens se esconderem do mundo e de si mesmo. Nesse mundo de consumo as redes sociais possibilitam a falsa ideia de que ter é mais importante que ser refletindo então em frustrações e fragilidade emocional.

O principal motivo dessa fragilidade psíquica como já citado, se relaciona ao que foi vivenciado pelo sujeito na sua relação materna primária, pois o adolescente passa a ter que se ajustar às diversas atividades vivenciais, mas se sente sobrecarregado demais para lidar com seus sentimentos e pensamentos, passando a expressá-los pela via dos sintomas corporais ou ações físicas.

Para Bauman (2001), as relações transformam-se, tornam-se voláteis na medida em que os parâmetros concretos dissolvem-se. A liquidez a que se refere é justamente essa inconstância e incerteza que a falta de pontos de referência socialmente estabelecidos e generalizadores gera. Isto é, as mudanças ocorridas na organização social e na estrutura e funcionamento das famílias nos últimos tempos, exerce um papel crucial que no desenvolvimento dos indivíduos, se tornando por vezes a base de diversos problemas psicológicos contemporâneos, mas quando experienciadas de maneira favorável se tornam valiosas para o amadurecimento saudável do jovem que, assim, pode saber qual é o seu espaço no mundo.

De acordo com Dutra (2012), a sociedade contemporânea é marcada pela cultura midiática, cuja filosofia preconiza a busca da beleza, a valorização da imagem, a aparência e a felicidade a todo custo. O consumo é o grande valor adotado e perseguido por todos. Consome-se de tudo: desde os *fastfoods* às drogas, de todas as espécies, que eliminam a dor, promovem o bem-estar e a felicidade, ainda que à custa de um estado de entorpecimento que “apaga” os sentimentos, e por que não dizer, elimina os sentidos de ser. Não mais é permitido ficar triste, chorar, sentir-se infeliz. Como se fosse proibido existir, no sentido da incompletude e de um ser finito, para quem o mundo será sempre inóspito. Como sentir-se infeliz num mundo repleto de soluções materiais? Portanto, com qual propósito se justifica pensar na morte e na finitude? Como ser próprio, singular, num mundo que massifica os desejos e afetos? Como atender à demanda de um mundo de ofertas atraentes, vendendo a ilusão de uma felicidade e realização pessoal como se mercadorias fossem?

Poderíamos, dessa forma, compreender que:

O momento depressivo pelo qual o sujeito vivencia mostra-se como uma possibilidade e uma oportunidade singulares para a tarefa de *saberde-si*, o que, evidentemente, pode e deverá ser proporcionado mediante um trabalho clínico em psicoterapia. A depressão, do mesmo modo que a angústia, a ansiedade, o medo, o pânico, as fobias, as paixões enquanto pathos de uma forma geral, o sentimento de “mal-estar” por vezes inefável, enfim, indica em última instância que algo no sujeito clama por uma possibilidade de elaboração subjetiva e compreensão interna (TAVARES, 2010, p. 76).

A depressão, considerada aqui é a representação das mais presentes formas de “mal-estar” contemporâneas, simbolicamente representa o fracasso do sujeito na participação da cultura do narcisismo e do espetáculo. Podendo simbolizar um tempo de subjetivação necessário para o sujeito que vivencia tal condição psicológica. Um mal a ser extirpado emergencialmente do indivíduo, visando a recuperação que o tornaria novamente capaz de se inserir no mundo.

Nessa rede de dispositivos pela qual o sujeito é atravessado, encontramos como pano de fundo existencial uma configuração sócio-político-cultural espetacular. A tendência que explica a depressão orgânica e fisiologicamente confere à dimensão

individual a culpa pelo adoecimento e, ao mesmo tempo, retira do homem a possibilidade de se responsabilizar e se apropriar subjetivamente dos movimentos que poderiam levá-lo a alterar este estado de coisas. Portanto há uma “culpabilização” do sujeito devido aos infortúnios que este vivencia, ainda que tais infortúnios provejam de condições sociais favoráveis ou também em outras circunstâncias alheias às possibilidades desse sujeito.

Segundo Tavares (2010), essa dinâmica pode ser compreensível, levando-se em consideração que o sujeito ao qual nos referimos somos nós, indivíduos contemporâneos que se recusam a tolerar qualquer possibilidade de sofrimento. Irônico se pensarmos que nessa ânsia de não sofrer e de desfrutar de tudo o que é possível sem maior responsabilidade, sempre engrandecendo e autoinflando o próprio ego, justamente nessa tentativa de não sofrer é que então padecemos, tal como Freud (1930) nos ensina em O mal-estar na civilização, frisando que é na defesa contra o sofrimento que habita o próprio “mal-estar”.

A Cultura nada mais é do que este âmbito favorecido das atitudes e manifestações subjetivas, espaço de subjetivação produzidas por empenho singular e coletivo, recinto transicional importante na construção do singular do sujeito. É através da cultura que compartilhamos e construímos nossas histórias no comunitário, e é a partir daí que aprendemos a lidar com o que nos é apresentado. De fato, o que vemos atualmente, é que a organização sociopsíquica está bastante centrada na tarefa de sobrevivência, na negação das faltas e das perdas, na busca de objetos concretos que nos preencham.

Para Lipovetsky (1983), na era do vazio, como caracteriza a vida na pós-modernidade, a “crise” nos sentidos que atribuímos à nossa existência vai nos expôs mais diretamente à dor do vazio. E, para alguns indivíduos, o vazio assume a forma de apatia, desânimo, tristeza, falta de sentido de si e de perspectiva de vida.

É possível identificar que na nossa época atual os dispositivos socioculturais criam circunstâncias para o desenvolvimento de angústias e desamparo. Desta forma, podemos identificar determinadas condições e dispositivos específicos que impactam os sujeitos como verdadeiros “disparadores” de angústia e “mal-estar” (TAVARES, 2010).

De acordo com Figueiredo (1996), no decorrer do desenvolvimento da nossa sociedade, significativas mudanças ocorreram em praticamente em todos os aspectos social, desde campos políticos, econômicos, éticos, nas crenças, no trabalho, nas relações sociais, nas religiões e na família. Produzindo assim, novas concepções subjetivas.

Para Ehrenberg, enquanto a personalidade neurótica está situada em uma patologia da lei, a personalidade depressiva é uma doença da insuficiência. Ao invés de sentirem-se culpados ou absorvidos por conflitos internos, os deprimidos são atormentados pela vergonha de não estar à altura dos novos ideais da cultura. Como resultado da fragilidade, da instabilidade e do sentimento de precariedade permanente, Ehrenberg (1997) ressalta que a inibição e a ansiedade são frequentes nas depressões atuais. Nos termos de Bezerra (2003), “a depressão crescente é a expressão do descompasso entre uma liberdade cada vez mais ampla, um horizonte de satisfação cada vez mais aberto, e a vida cada vez mais vazia de satisfação”.

O aumento da liberdade e a possibilidade de novos objetos de gratificação, de nada adiantam se misturadas a falta de estrutura emocional, já que o adolescente passa a se ver despreparado para lidar com as mesmas, o levando a entrar em uma condição de adoecimento. Roudinesco (2000), afirma que o sujeito sofre com as liberdades conquistadas por não saber como utilizá-las.

Os modelos, em que se espelham os indivíduos pós-modernos, estão estampados em revistas, propagandas e programas de TV e pertencem à categoria de “celebridade”. Na esteira da desilusão, da despolitização do mundo, da falta de ideais coletivos pelos

quais lutar, as categorias de ‘mártir’ e ‘herói’, segundo Bauman (2007), foram substituídas pelas de ‘vítima’ e ‘celebridade’.

Conforme Pereira (2015), quando falamos em depressões contemporâneas não é, portanto, apenas a uma localização temporal que estamos nos referindo, mas às formas de depressão produzidas no seio de uma sociedade em plena transformação sociocultural e, em cuja manifestação, podemos reconhecer os traços peculiares dessas mudanças que se operaram na cultura ocidental. Para reconhecer as subjetividades que essas transformações sociais nos proporcionam, precisamos considerar então, a intervenção capitalista da sociedade ou da mídia em proporcionar novas ‘criações’ de patologias.

Entende-se então que o adolescente constituiu todo o seu mundo interno a partir da sua infância, e as suas identificações primárias são com os familiares que serviu de ponta para se conectar com o mundo externo. As dificuldades encontradas na adolescência se dá pelo luto da infância e até mesmo pelos pais da sua infância, misturando assim o ego e o seu novo mundo exterior. Em *Adolescência Normal: Um enfoque psicanalítico* Aberastury e Knobel traz esse diálogo sobre essa nova configuração do indivíduo. “Não sou uma criança, eu mesmo perdi a minha condição de criança; meus pais são os pais de um adulto e eu tenho que me comportar como tal, como o meu corpo, a minha mente e a sociedade me exigem”.

Essas questões refletiram sobre outro problema germinado pela adolescência, a busca da identidade. Como visto, é um problema atual, pois existimos em um mundo no qual a aflição e a inquietação são desenvolvidas pelo meio, e a estabilidade é a possibilidade para o desenvolvimento funcional do adolescente. Precisamos então, a partir do hoje, explorar todas as capacidades do indivíduo para achar o melhor jeito de reagir às angústias que se vivencia atualmente.

A depressão é a evidência da procura primordial da felicidade como significação fundamental para que o sujeito seja reconhecido em seu meio social. Introduzido em uma cultura onde a competência é requisito para a composição da identidade, o adolescente contemporâneo vive uma angústia para ter uma aceitação. Diferente das angústias do homem sentimentalista e melancólico de tempos passados, onde era marcada pela sua dor existencial, a depressão do contexto contemporâneo não traz conflitos internos, mas uma insatisfação derivada das divergências externas sociais. Por isso, o indivíduo é arremessado em uma fragilidade extrema, que em muitas situações se torna intolerável, por conta dessa busca constante de um modelo ideal inexistente, junto com um imediatismo no plano da satisfação pulsional.

Para Freud (1920), o mal-estar é intrínseco, sendo característica do próprio ciclo pulsional diante das regras e condutas, dificultando a vivência da satisfação plena em sociedade. E para que o indivíduo dê conta do mal-estar muitas vezes encontra saída na neurose. Então, diante das impossibilidades encontradas pelo sujeito de ter o reencontro com o objeto perdido Freud interpreta que a própria organização da cultura se constrói em torno da renúncia pulsional.

Essa apreensão é imprescindível para pensarmos as formas de gozo na clínica contemporânea. Para Quintella (2012):

A depressão – marca do gozo na contemporaneidade – prepondera com características específicas de um modo atual de sofrimento que, não representando uma entidade diagnóstica do ponto de vista da psicanálise, e inscrita no campo da neurose, deve ser concebida como uma organização sintomática. Ela aparece como resultado de uma tentativa de suturação da falta, como insistência de um gozo que excede ao nível da cadeia significativa, à medida que visa rechaçar o desejo, numa relação peculiar com o ideal do eu.

Sendo assim, podemos analisar a sociedade contemporânea e seus reflexos como geradores do mal-estar na civilização, tornado notável sua contribuição em situações potencialmente de risco nos contextos individual, social, profissional e familiar e em especial na adolescência.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition**. Washington, DC [*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 1995*]. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2002.

BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **J Pediat**, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 52-61, 2001.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

BIAZUS, C. B.; RAMIRES, V. R. Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 83-91, 2012.

BHATARA, V. S. Early detection of adolescent mood disorders. **South Dakota Journal Medicine**, v. 45.n. 3, p. 75-78, 1992.

BLOS, P. **O segundo processo de individuação na adolescência**. Em *Transição Adolescente: questões desenvolvimentais* Porto Alegre: Artes Médicas, p. 97-115, 1996.

BOWLBY, J. **Tristeza e depressão**. Apego e perda. v. 3. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

CAVALCANTE, E. F; GALVEN, A. L. **Depressão numa contextualização contemporânea**. Aletheia, núm. 24, julio-diciembre, 2006, p. 127-135

DUTRA, E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro**, v. 12 n. 3, p. 924-937, 2012.

ERIKSON, E. H. Adolescência e idade escolar. In. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 63-67.

FIGUEIREDO, L. C. A invenção do psicológico. São Paulo: Educ/Escuta, 1996.

FONAGY, P. **Peristencias transegeracionales del apego: una nueva teoria**. Aperturas Psicoanalíticas, 23. Disponível em: <http://www.aperturas.org/23fonagy.html> 1999.

SIGMUND, F. **O mal-estar na civilização**, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936); tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

HARRINGTON, R.; FUDGE, H.; RUTTER, M.; PICKLES, A e HILL, J. Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression. **Archives of General Psychiatry** v. 47, p. 465-473, 1990.

- JEAMMET, P.; CORCOS, M. **Novas problemáticas da adolescência**: evolução e manejo da dependência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **A síndrome da adolescência normal**. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- LIPOVETSKY, G. **A era do vazio**: ensaio sobre o individualismo contemporâneo. Lisboa: Relógio d'Água, 1983.
- LEVY, R. Adolescencia: el reordenamiento simbólico, el mirar y el equilibrio narcisístico. **Psicoanálisis**, v. 29, n. 2, p. 363-375, 2007.
- LEWINSOHN, P.M.; HOPS, H.; ROBERTS, R.E.; SEELEY, J.R. e ANDREWS, J.A. Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 102, n. 1, p. 133- 144, 1993.
- MACIEL, M. R. **Depressão e criatividade do indivíduo contemporâneo**, 2002.
- PEREIRA, C. R. A construção da subjetividade contemporânea e sua relação com a depressão. **Cad. Psicanálise. -CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 32, p. 17-41, jan. /jun. 2015.
- QUINTELLA, R. Considerações psicanalíticas sobre o existir no mal-estar contemporâneo. In: **Cadernos de Psicanálise do CPRJ**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 27, p. 83-103, dez. 2012.
- ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.
- SARTRE, J. **O ser e o nada**: ensaio de ontologia fenomenológica. Trad. Paulo Perdigão. Petrópolis: Vozes, 1997.
- TAVARES, LAT. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo**: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.
- WARD, R. K.; EYLER, A. E. & MAKRIS, G. R. Evaluation and management of depressive illness in adolescence. **Clinics in Family Practice**, 2000.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- WEISSMAN, M. M. et al. Adolescentes Deprimidos: como ficam quando adultos. **JAMA Brasil**, v. 3, n. 9, p. 2428 – 2435, 1999.

SAÚDE MENTAL E OS INDÍGENAS BRASILEIROS

Valdir Aragão do Nascimento
Valter Aragão do Nascimento
Lilian Raquel Ricci Tenório
Ayron Vinícius Pinheiro de Assunção
Liara Ferreira dos Santos

Introdução

As concepções acerca de saúde e doença são diferentes, norteadas que são pelas disposições históricas, socioculturais, simbólicas e materiais que estruturam e matizam as realidades das muitas sociedades ao redor do mundo. Nessa perspectiva, os aspectos sociossimbólicos – bem como suas incontáveis possibilidades de resignificação – das enfermidades remetem ao processo saúde-doença que permeia o tecido social, ou seja, os indivíduos são influenciados pelos saberes, concepções e terapêuticas que circulam e se interpenetram na estrutura fundante de um grupo socialmente organizado. Nesse jogo de sentidos, significados e consensos a concepção sobre saúde e doença e os processos terapêuticos a ela vinculados são regulados pela junção do sujeito com suas interações socioculturais (HELMAN, 1994; MONTERO, 1995).

Os povos indígenas, de uma forma geral – respeitada a sociodiversidade e os aspectos socioculturais que particularizam cada etnia –, concebem os estados alterados de saúde como manifestações oriundas das forças da natureza ou do mundo dos espíritos. No caso da primeira, a crença sustenta que as doenças resultam do desrespeito aos seres que habitam as matas e florestas. No segundo, restringe-se a intervenção de espíritos malfazejos sob a influência de feiticeiros, pajés ou xamãs – convocados por algum inimigo para acionar forças ocultas contra determinado desafeto (LANGDON, 1996). Desse modo, para as populações ameríndias, a forma como “o ser humano se integra à natureza determina a sua saúde. Em contrapartida, a doença é o fenômeno que nega essa integração, podendo ser provocada pela ação dos espíritos maus da natureza ou pela ação humana, através de sopros e encantamentos.” (TEIXEIRA et al., 2016, p. 128).

Não obstante a presença de forças malévolas como desencadeadoras de moléstias no sistema de compreensão e explicação das doenças nas sociedades indígenas, muitas ocorrências em que as enfermidades estão presentes são atribuídas à presumida capacidade humana de causar o mal a outrem. Esse paradigma explicativo da origem de algumas moléstias é parte do sistema de crenças de várias etnias ameríndias, dentre elas os Yanomámi. Para este povo, as causas de algumas mazelas que se expressam nos seus corpos nada mais são do que feitiços lançados por seus desafetos, geralmente habitantes de regiões circunvizinhas (ALBERT; GÓMEZ, 1997).

A dinâmica utilizada pelos vizinhos consiste em assoprar ou espargir em seus desafetos substâncias danosas durante as reuniões cerimoniais intercomunitárias. O material de composição dessas substâncias são, geralmente, plantas e outros constituintes simbólico-materiais tidos por mágicos, que misturados às folhas, raízes e frutos servem como condutores dos males que se deseja conjurar em desfavor do objeto da aversão. (ALBERT; GÓMEZ, 1997).

Para além do universo mágico-religioso que explica a origem das enfermidades, os povos originais sofreram ao longo da história influências nefastas no que tange às antagônicas categorias saúde-doença. Desse modo, é forçoso reconhecer que o contato entre as sociedades ameríndias e a sociedade envolvente, desde a colonização, foi um

fator negativo no que diz respeito à saúde indígena. A literatura histórico-antropológica é pródiga em afirmar que os colonizadores trouxeram consigo uma gama variada de doenças que não existiam nas terras recém-descobertas. Não que não existissem enfermidades entre os povos indígenas, especificamente provocadas por vírus e bactérias; mas eles tinham defesas imunológicas para lidar com elas, o que não ocorria com as moléstias que acompanharam os diversos contingentes populacionais que aportaram no continente sul-americano nos tempos da colonização europeia.

De acordo com Coimbra Júnior e Santos (1992) e Souza, Araújo e Ferreira, (1994), as enfermidades encontradas entre os habitantes das Américas antes da chegada dos europeus eram várias, com especial distinção para a tripanossomíase sul-americana (doença de Chagas), havia também algumas parasitoses intestinais (como a ancilostomose e a tricuriase) e a leishmaniose tegumentar. Doenças mais complexas como a tuberculose e as treponematoses também estavam presentes, a exemplo de viroses, como hepatite B e herpes, tidas por originárias do continente americano. Exames realizados por paleopatologistas identificaram nas arcadas dentárias de indivíduos pré-históricos a presença de bactérias cariogênicas e infecções periodontais.

Mas a paleopatologia não arregimenta, no atual estágio desta ciência, instrumental teórico-metodológico suficiente para tecer as mesmas considerações a respeito de possíveis distúrbios psíquicos que porventura tenham acometido os indígenas antes da chegada dos europeus. Mas é possível inferir, dada a generalidade fisiológica da etiologia de diversos transtornos mentais em todo o mundo, que existiram em épocas remotas indivíduos que apresentaram comportamento dissonante ao que era esperado pela organização social da qual eram tributários e na qual viviam.

Contudo, esse comportamento dissonante não era entendido por muitas culturas indígenas como manifestação do que o Ocidente chama de loucura, tendo outros significados e interpretações dentro do universo cosmogônico desses povos. Os distúrbios muito provavelmente existiram – e existem ainda –, mas sua etiologia e sintomatologia não eram creditadas a distúrbios de origem psíquica. Ilustra a assertiva o fato de os Sateré Mawé não reconhecerem a existência da loucura como a sociedade envolvente a denomina; mas reconhecem os sinais característicos dos transtornos (JOSÉ, 2010).

Tratar do tema *transtorno mentais* tendo como objeto de análise as sociedades indígenas é pouco usual, dada a crença construída por alguns expoentes da psiquiatria do século XIX de que “a ‘loucura’ seria rara nos povos primitivos e que aumentava com o processo civilizatório.”, o que equivale a dizer que “os indígenas seriam modelos de saúde não fosse o contato com o homem branco. A estressante vida moderna no mundo civilizado seria responsável pelo estresse e pela ‘loucura’” (Piccinini, 2016, p. 1). Mas a realidade é que também nas sociedades ameríndias a “loucura” esteve – e está ainda – presente.

Saúde Mental e Sociedades Indígenas: Aspectos Históricos e Questões Contemporâneas

De acordo com os dados divulgados pelo censo de 2010, o Brasil contabilizava à época 896,9 mil indígenas, o que em 2010 correspondia aproximadamente a 0,4% do contingente populacional total dos brasileiros. Desse contingente, 36,2% habitam áreas urbanas e 63,8% localizam-se em área rural. No mesmo censo foram inventariadas 305 etnias e 274 línguas indígenas. Para essas etnias, a representação da pirâmide etária, notadamente a dos habitantes em áreas rurais, se caracteriza pela longa extensão da base e crescente redução com o recrudescimento etário, que se traduz com a redução da idade

– fato observado em contingentes populacionais caracterizados pelos elevados índices de fecundidade e mortalidade. No censo de 2010 não foram computados os povos isolados, seguindo recomendação expressa da Fundação Nacional do Índio – FUNAI (IBGE, 2010).

Abordando a questão da saúde indígena do ponto de vista das instituições brasileiras, o que se observa é que desde o surgimento da Fundação Nacional do Índio/FUNAI, em 1967, muitos foram os órgãos de Estado a ficarem responsáveis pelo atendimento aos povos indígenas no que diz respeito às questões atinentes à saúde. De 1967 para cá, em razão da inexpressividade da FUNAI no trato com os problemas de saúde manifestados pelos ameríndios, engendrou-se no ano de 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do SUS (BATISTA; ZANELLO, 2016).

Ainda conforme Batista e Zanello (2016), nos últimos anos, houve uma descentralização no que diz respeito à política de atendimento; descentralização acentuada com a crescente ausência do Estado em ações diretas. Na esteira desses acontecimentos, foram criados 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), elencados e estruturados a partir de rígidos pressupostos epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Até o ano de 2010, a responsabilidade pelo subsistema de saúde indígena esteve a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Mas, em razão da mobilização de movimentos indígenas e suas lideranças, desde 2010 a gestão dos cuidados atinentes à saúde indígena figura sob a égide da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), uma divisão de Estado específica vinculada diretamente ao Ministério da Saúde.

A SESAI está estruturada a partir de um modelo interdisciplinar, no qual atuam psicólogos, antropólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, dentre outros, que prestam serviços vinculados à área técnica engendrada para atender intercorrências relativas à saúde mental. Face à interdisciplinaridade que caracteriza a SESAI, cada ação é pensada a partir de diversas perspectivas metodológicas, notadamente no que diz respeito à saúde mental e as possibilidades de intervenção positiva em relação às demandas apresentadas pelos povos indígenas. Os protocolos de interação são construídos tendo como pressuposto norteador o contexto sociocultural de cada etnia, especificamente suas concepções sobre saúde e doença.

Dentre os diversos problemas atinentes a transtornos psíquicos identificados pela SESAI, o suicídio é de longe a questão mais inquietante no cenário da saúde mental indígena em território brasileiro. Face aos constantes relatos de suicídio e tentativas de morte autoinfligidas perpetrados por diversas etnias ameríndias, em 2014 as autoridades sanitárias, via Ministério da Saúde, publicaram uma cartilha – Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas – de orientação às equipes que tratam direta e indiretamente da saúde mental indígena no País (BRASIL, 2016).

O texto do documento supracitado traz recomendações acerca do trato com os problemas de origem psíquica manifestados pelas comunidades indígenas. Preconiza que sejam adotados expedientes de intervenção que tenham como premissa o respeito às concepções culturais dos grupos assistidos, notadamente a bagagem histórico-cultural que norteie a compreensão desses povos sobre o binômio saúde-doença.

É nesse sentido que emergem as estratégias de prevenção e promoção em saúde, buscando reunir esforços inter e multidisciplinares que convirjam para o fortalecimento das redes político-sociais de apoio; bem como da valorização dos saberes e das identidades culturais dos povos ameríndios. É na esteira dessas preocupações que se dá o progresso de associações diversas, buscando fornecer apoio e escuta; surgem projetos terapêutico locais e grupos de discussão, tendo como partícipes as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, da qual fazem parte psicólogos e assistentes sociais (BRASIL, 2016).

Em que pese os esforços envidados no campo da saúde mental indígena, os dados sobre os distúrbios psíquicos nas sociedades ameríndias são muito escassos, para não dizer quase inexistentes. Quando existem, aparecem como que “contaminados” pela lógica etnocêntrica e pelo saber biomédico do colonizador europeu, o que dificulta a real compreensão dos fenômenos psíquicos que acometiam e acometem os povos indígenas. Nesse sentido, é relevante a observação de Dalgalarro (1996, p. 42),

Não é absurdo pensar que o "louco selvagem" funcionaria como uma mancha de Rorschach na qual o imaginário ocidental "projeta" sem pudor as suas fantasias, seus temores, seu racismo e preconceitos etnocêntricos. Os inícios da etnopsiquiatria revelam, frequentemente, apenas uma sombra deformada do homem exótico e seu adoecimento psíquico. A lente que o branco civilizado utiliza deforma profundamente seu objeto, tanto por necessidades e interesses políticos e ideológicos, como pela pregnância de noções étnicas profundamente arraigadas no pensamento ocidental.

Não obstante, é fato que os distúrbios mentais que acometem populações ameríndias atualmente são, em parte, tributários dos inúmeros conflitos entre essas comunidades e a sociedade envolvente (Albuquerque, 2014), notadamente as questões que envolvem o reiterado esbulho de territórios originalmente pertencentes aos povos indígenas. O deslocamento forçado de indivíduos de seus espaços tradicionais para outras regiões tem contribuído com a emergência de uma série de transtornos psíquicos, bem como a imposição de várias visões etnocêntricas nas quais formas de se vestir, comer e trabalhar são vistas e introjetadas como modelos a serem seguidos, o que inegavelmente leva à desagregação (Ribeiro 1996).

Nessa perspectiva, Teixeira et al. (2016, p. 132) tecem as seguintes elucubrações,

Coletivamente, o confronto por terras reveste-se de forte significância no desencadeamento de doenças mentais em indígenas, porque envolve o conceito de territorialidade. A perda do território, muito além da ruptura da relação com o ambiente, remete à perda do referencial de vida e a desestrutura da ordem social e cosmológica, acarretando numa fobia social, que pode guardar relação com atitudes de isolamento, recolhimento e mutismo ou mesmo sentimento de desespero, que exacerba comportamentos de hostilidade alo-dirigida ou autodirigida, fato este que em parte explica a elevada incidência de suicídios entre indígenas na Amazônia Oriental.

A leitura que se faz da realidade da saúde mental indígena na atualidade é feita pelas lentes do saber ocidental a respeito dos transtornos mentais e seus inúmeros mecanismos de ação. Então, distúrbios psíquicos como *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)* entre crianças Karajá na Amazônia Legal Brasileira, na Ilha do Bananal (Azevêdo et al., 2010), dependência química relacionada ao consumo exacerbado de álcool entre indígenas (Aguiar; Souza, 2001; Langdon, 2001) e suicídio (Erthal, 2001; Levcovitz, 1998) dão a tônica das preocupações científico-acadêmicas sobre a saúde mental das populações ameríndias brasileiras¹.

¹ A respeito do suicídio entre os povos indígenas no Brasil, cf.: Coimbra et al. (2001); Grubits, Freire e Noriega (2011); Oliveira e Neto (2003); Salem José (2010) e Souza e Orellana (2012); sobre a violência, ver CIMI (2013) e Guimarães e Grubits (2007); sobre o uso de álcool e outras drogas, consulte Souza, Deslandes e Garnelo (2006; 2007; 2010); no que tange ao uso de psicotrópicos entre povos indígenas, veja Diehl e Grassi (2010).

A presença de distúrbios mentais em diversas etnias tem sido percebida em pesquisas recentes (Barros; 2004; Batista; Zanello, 2016; Rodrigues, 2013). Não obstante, é preciso observar que as perspectivas sobre tais distúrbios têm origem no conhecimento médico-psiquiátrico ocidental, haja vista ser ainda bastante recente a preocupação teórico-metodológica e a produção acadêmica voltadas estritamente para o universo da saúde mental das comunidades indígenas. O que não quer dizer que essas comunidades não manifestavam – e manifestam – problemas relativos ao mal funcionamento do aparelho psíquico, em razão de má formação congênita ou desenvolvimento de patologias outras como a esquizofrenia.

Existem indícios de que os indígenas também eram – e são – acometidos por transtornos mentais. Por exemplo, os Krahô que vivem na região do Tocantins (TO), em seus rituais de cura utilizam uma gama variada de ervas medicinais como terapêuticas relacionadas à saúde, dentre elas há uma receita para “evitar ficar louco” (Batista; Zanello, 2016, p. 412), deixando claro que este grupo lida à sua maneira (e há muito tempo) com questões voltadas à manutenção da saúde mental.

Piccinini (2016) afirma ter encontrado entre os povos indígenas uma série de problemas que sugerem a manifestação de surtos esquizofrênicos, episódios estes que eram tratados das mais diversas maneiras, desde a expulsão da tribo à qual pertencia o enfermo até a morte dos indivíduos que eram acometidos por esses distúrbios. Não obstante, enquanto alguns grupos rechaçavam seus membros com problemas mentais, outros os recebiam como seres especiais, portadores de certa conexão com o mundo dos espíritos. Dentre os relatos, o autor em questão menciona os episódios de suicídio que ocorriam entre diversos grupos indígenas, geralmente colocados na conta dos espíritos maus que influenciaram negativamente alguns indígenas.

Na atualidade, os principais desencadeadores dos transtornos mentais nas comunidades indígenas estão intrinsecamente associados a fatores como “[...] uso abusivo de substâncias como o álcool e outras drogas, excesso de medicamentos antidepressivos e demais psicotrópicos, empobrecimento dos laços comunitários, aumento da violência comunitária, baixa autoestima, desvalorização das raízes culturais, entre outros apontados pelas lideranças” (Stock, 2011).

A propósito dos comportamentos alterados que causam problemas de ordem social e individual, Lacerda (1999) assevera que o álcool é, dentre as drogas lícitas, a mais utilizada no mundo, sendo o consumo de bebidas alcoólicas um fenômeno de caráter universal. Para Quiles (2001), bebidas alcoólicas sempre se constituíram como ferramentas de dominação, especificamente no que diz respeito às populações indígenas. Contudo, o uso ritual de bebidas alcoólicas – como de outras tantas substâncias capazes de promover a alteração da consciência – sempre esteve no receituário de inúmeros povos originais em todo o mundo, constituindo parte imprescindível dos elementos necessários para se alcançar o sagrado.

O colonizador potencializou o uso de bebidas alcoólicas, retirando-as do espaço dos rituais e colocando-as a serviço da dominação a que se refere Quiles (2004). Esvaziada de seu sentido sagrado, as bebidas alcoólicas agora compõem o repertório de estratégias que proporcionam pequenas fugas da realidade, tentativa desesperada de amortecimento do sofrimento psíquico atual de muitos povos indígenas (OLIVEIRA, 2001).

É nessa perspectiva que o Ministério da Saúde, a partir da Portaria 2.759, lançada em 2007, tenta dirimir os problemas relativos ao consumo de álcool em sociedades indígenas, isto é, tratando o consumo excessivo de bebidas alcoólicas como problema de saúde pública. Entretanto, os responsáveis pela elaboração da Portaria em questão foram cuidadosos a respeito as possibilidades e estratégias de abordagem psicossocial a serem

adotadas no caso dos povos indígenas; tendo como preocupação o respeito pelos saberes culturais de cada etnia, ajustando de forma consensual – sempre que possível – esses saberes às terapêuticas de saúde mental da sociedade ocidental. Em verdade, as comunidades indígenas tiveram papel relevante na formulação dessa política de saúde mental, tendo demonstrado em várias ocasiões sua insatisfação com as propostas que lhes eram colocadas, todas sem atinar para as epistemologias e saberes ameríndios.

Nesse sentido, no caso da saúde mental indígena no âmbito da Portaria 2.759 houve um processo em que a dialogicidade, nos termos de Guimarães (2014, p. 15), teve lugar de relevo, posto que para o autor em questão,

[...] nem toda conversa é necessariamente dialógica. Para que o diálogo aconteça [...] é necessário que os interlocutores estejam disponíveis para a produção de novos significados não previstos antes do engajamento na relação com a alteridade. Nas situações dialógicas, a estrutura semântica é aberta ao encontro com outras vozes do campo polifônico em que se insere, ou seja, o tecido dialógico é sempre construído em coautoria.

Essa preocupação daqueles que elaboraram os principais pressupostos necessários ao tratamento da saúde mental indígena é, sem sombra de dúvida, um progresso no que tange à formulação de políticas públicas² de saúde mental voltadas às populações ameríndias residentes no Brasil. Isso porque tem como premissa elementar a não imposição dos saberes médico-ocidentais aos indígenas, buscando como estratégia de abordagem considerar (na formulação de diagnósticos e possibilidades de tratamento) as múltiplas especificidades e concepções acerca do binômio saúde/doença elaboradas por esses povos ao longo de suas histórias de vida (STOCK, 2011).

Considerações Finais

Apesar de alguns avanços terem sido alcançados no que toca à saúde indígena no Brasil, é forçoso reconhecer que muito ainda há que ser feito; inclusive para garantir direitos arduamente conquistados. Outro fator importante a se levar em consideração, repousa na distância existente entre intenção e prática, isto é, no caso da saúde mental indígena no Brasil, muito do que preconiza o ordenamento jurídico não é respeitado, o que reverbera na realidade concreta das aldeias em todo o País. Em outras palavras, persistem ainda as assimetrias hierárquicas nas produções de discursos terapêuticos sobre saúde mental indígena em várias partes do Brasil.

A Constituição de 1988, bem como outros dispositivos elaborados para promover a assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil, ainda carece de ações práticas e efetivas, tendo em vista que muito do que é preconizado na esfera constitucional e legal não é efetivamente levado em consideração na realidade cotidiana. A Portaria n. 2.759 recomendam que os problemas de origem psíquica devem ser tratados na atenção básica, buscando explorar as potencialidades dos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS –; mas isso não ocorre como deveria, deixando à mostra as fragilidades do sistema de saúde brasileiro. Desse modo, os direitos são negligenciados e os povos ameríndios continuam

² Aqui, as políticas públicas referem-se aos esforços envidados pelos povos indígenas desde 1986, quando eclodiram os embates que culminaram com a I Conferência Nacional de proteção à Saúde do Índio. Dessa Conferência emergiram as premissas norteadoras destinadas à saúde dos povos indígenas, premissas estas que compuseram as discussões dos legisladores da Constituição de 1988, bem como de outros documentos de inegável importância, como a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria do Ministério da Saúde sob o número 254, publicada em 31 de janeiro de 2002) e a própria Portaria n. 2.759.

marginalizados no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, notadamente saúde mental.

Para que a saúde indígena seja efetivamente implantada no Brasil, faz-se necessário a mobilização de diversos setores da sociedade, desde as instâncias jurídicas até as político-sociais, notadamente do Ministério da Saúde; a quem cabe o dever de salvaguardar o direito à saúde de forma integral aos povos indígenas, assim como a toda população brasileira. Nessa perspectiva, é forçoso reconhecer que para além do esforço dispendido em pesquisas na área de saúde – objetivando a produção de saberes técnico-científicos que visem ao conhecimento etiológico sobre as doenças/agrivos – é preciso constante vigília a respeito dos valores éticos, para que estes não sejam suplantados por valores de caráter estritamente mecanicista e imediatista.

Referências

AGUIAR, J. I. A.; SOUZA, J.A. – Alcoolismo em População Terena no estado do Mato Grosso do Sul. Impacto da sociedade envolvente. **Anais do Seminário de alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas**, 2001.

BARROS, D. D. **Itinerários da loucura em território Dogon**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BATISTA, M. Q.; ZANELLO, V. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n. 4, p. 403-414, Dec. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SESAI prioriza políticas voltadas à qualificação da Atenção Psicossocial**, 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/sesai/25624-sesai-prioriza-politicas-voltadas-a-qualificacao-da-atencao-psicossocial>

DALGALARRONDO, Paulo. **Civilização e loucura**. São Paulo: Lemes, 1996.

ERTHAL, R.M. – O Suicídio Tikúna no Alto Solimões: Uma Expressão de Conflitos. *Cad Saúde Pública* 17(2): 299-311, 2001.

LEVCOVITZ, S. – KANDIRÉ: **O Paraíso Terral**. O suicídio entre os índios guaranis do Brasil. Te Cora Editora, Belo Horizonte, 1998.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **RELATÓRIO Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2013**. Brasília: Conselho Indigenista Missionário (Cimi), 2013. Disponível em: http://cimi.org.br/pub/RelatorioViolencia_dados_2013.pdf
Acesso em: 13 nov. 2019.

GUIMARÃES, L. A.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2007.

GRUBITS, S.; FREIRE, H. B. G.; NORIEGA, J. A. V. Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 504-517, 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

LANGDON, E. J. M. Xamanismo: velhas e novas perspectivas. In: LANGDON, E. J. M. (Org.). **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**. Florianópolis: Ed. da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. p. 9-37.

- LANGDON, J. E. O que beber, como beber e quando beber: O contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In **Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas**, 2002. (p. 83-97). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- MONTERO, Paula. Da doença à desordem: a magia na umbanda. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- OLIVEIRA, M. Alcoolismo entre os Kaingáng: Do sagrado e lúdico à dependência. In **Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. (p. 99-125).
- RIBEIRO, D. (1996). **Os índios e a civilização**. São Paulo: Companhia das Letras.
- RODRIGUES, Renan Albuquerque. **Sufrimento mental de indígenas na Amazônia**. Editora Valer, 2014.
- SALEM JOSÉ, E. N. **Encontro com o povo Sateré-Mawé para um diálogo intercultural sobre a loucura**. 2010. 214 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2010.
- SOUZA, M. L. P.; DESLANDES, S. F.; GARNELO, L. (2010). Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. **Ciência e Educação**, UNESP, v. 15, n. 3, p. 709-716, 2010.
- SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 279-292, 2006.
- SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1640-1648, 2007.
- SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 1, p. 34-37, 2012.
- STOCK, B.S. Os Povos Indígenas e a Política de Saúde Mental no Brasil: composição simétrica de saberes para a construção do presente. **Caderno IHU Ideias**, ano 9, Nº 145. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo RS, 2011.
- TEIXEIRA, D. Z.; NUNES, N. dos. S.; SILVA, R. M. C. R. A.; PEREIRA, E. R. Manifestações e Concepções de Doença Mental entre indígenas. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 2016

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Keli Dania Aldana Parava
Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

Introdução

Após o modelo psiquiátrico brasileiro hospitalar ser considerado ultrapassado pelo Conselho Nacional de Saúde, houve a criação do primeiro provimento normativo brasileiro que referiu doença mental, sendo o Decreto n. 1.132/1903, que refere sobre a reorganização à assistência aos alienados. O decreto tinha como objetivo unificar no Brasil a política assistencial da doença mental, estimulando a construção de hospitais especializados nos Estados-membros (BASTOS, 2000).

O modelo assistencial que foi proposto pelo decreto supracitado, e que estava em vigor até a edição da Lei n. 10.216/2001, era hospitalocêntrico calcado na exclusão e no isolamento. Assim, a assistência ao doente mental, nos últimos três séculos limitou-se, com raras exceções, à reclusão em instituições fechadas e desumanizadas, levando à restrição do indivíduo e seu distanciamento do convívio familiar e social, tendo como consequência direta a cronificação, resultando em perda do vínculo afetivo, social e capacidade produtiva (BRASIL, 2003).

A mudança do modelo da assistência no atendimento psiquiátrico vem sendo a grande meta das equipes de saúde mental de vários países, assim como no Brasil, apesar de algumas resistências. A transferência do eixo hospitalar para assistência nos serviços de atenção à saúde mental aberto diretamente vinculados à comunidade, tendo como proveito toda a rede de assistência pública e do setor privado, busca consolidar um modelo de tratamento sugerido a partir da Declaração de Caracas e de vários eventos nacionais e internacionais (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A humanização é hoje um tema de grande abordagem que se fez destaque em todos os serviços de saúde, congressos, conselhos, entre outros, no entanto, ainda o que se percebe é que o discurso é muito propagado, mas ainda é escasso o que se faz.

De acordo com Rios (2009) por meio da modernidade em que vivemos hoje, temos vários projetos em construção para um mundo melhor, movido pela razão humana, onde a humanização pode auxiliar de forma grandiosa esses processos. Enfatiza ainda que nas relações humanas a humanização se perdeu, sendo que a falta da ética e a perda dos valores sociais interagiram para isso, levando as pessoas a se tornarem individualistas pensando somente em si próprias e não no coletivo.

Em hospitais públicos a humanização é realizada pelos próprios trabalhadores de saúde, mais precisamente pela enfermagem, por ser o profissional que permanece em contato integral junto ao cuidado, não dependendo de incentivo ou determinação de gestores. Obviamente levando em consideração que estabelece a Resolução N° 564, de 6 de novembro de 2017, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) sobre o Código de Ética dos Profissionais em que a Enfermagem é comprometida com a saúde individual e coletiva do ser humano, pautada em preceitos éticos e legais, tendo por princípios fundamentais o respeito à vida, a dignidade e aos direitos da pessoa humana, sem discriminação de qualquer natureza (COFEN, 2017; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Ligado a questão da humanização surgiu a inquietação quanto a necessidade de apreender no que concerne sobre a assistência humanizada de enfermagem dentro do contexto da pessoa com sofrimento mental. Essa temática referente a assistência à saúde mental vem sendo explorada, porém é válido ressaltar as medidas adequadas de

assistência humanizada a pessoa com sofrimento mental, tratando-o para além da doença, permitindo que ele faça parte do tratamento, ou seja, protagonista e o enfermeiro atuando como agente terapêutico.

Este estudo tem como metodologia a pesquisa bibliográfica sistematizada sobre publicações em periódicos nas bases de dados Scielo, Lilacs e Bireme durante o período de 2000 a 2018, utilizando como critérios de inclusão estudos direcionados para a assistência a pessoa com sofrimento mental e que enfatizem a importância da assistência de enfermagem humanizada.

UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Realizando um recorte temporal, é possível notar que posteriormente a segunda guerra mundial, iniciaram-se alguns movimentos que contestavam a violência e marginalização praticadas pelas instituições psiquiátricas, e em benefício a promoção e melhoria da qualidade na assistência em saúde mental, tendo participado as Comunidades Terapêuticas da Inglaterra, a Psiquiatria Democrática na Itália, a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos (SANTOS; OLIVEIRA e SOUZA; 2011).

De acordo com Oliveira e Alessi (2003), houveram movimentos de "reforma" da assistência psiquiátrica para um novo arranjo técnico-científico e administrativo da Psiquiatria, sem a radicalidade da desinstitucionalização, que foi proposto pelo movimento italiano, a partir de 1960.

A reforma Psiquiátrica teve início na Itália a partir da década de 70, que tinha como princípio revolucionar concepções e terapêuticas médicas vigentes diante de uma análise crítica a cultura manicomial e do saber psiquiátrico, na intenção de abolir as práticas desumanas e segregantes para fins da normatização e controle social (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

A legislação vigente na Itália sob nº 180/78, proibia a internação e tratamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos, previa sua desativação gradativa e substituição por serviços comunitários, onde tinha por finalidade romper com o paradigma clínico, um modo linear de relação causa e efeito sobre a loucura e a periculosidade, buscando outro modo de tratar o doente mental, e excluindo a instituição psiquiátrica (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tinha como meta principal a humanização do atendimento ao doente mental internado nos hospitais psiquiátricos. Hoje, a luta continua buscando a singularidade do sujeito, objetivando sempre a desinstitucionalização da psiquiatria e a obtenção de novos serviços alternativos visando a reabilitação psicossocial das pessoas que sofrem com transtornos mentais (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

A enfermagem na reforma psiquiátrica

No modelo da Reforma Psiquiátrica, os instrumentos materiais mais relevantes são os NAPS e CAPS (Núcleos e/ou Centros de Atendimento Psicossocial), hospitais-dia, enfermarias e ambulatórios em hospitais gerais. Portanto, faz-se necessária uma reflexão sobre os métodos dessa medida assistencial, suas bases teóricas, utilizadas no trabalho dos enfermeiros que, por sua vez, entra num contexto histórico de trabalho em saúde e, nesse processo, indagarmos também qual é a finalidade para a qual esses instrumentos estão relacionados. Ou, dito de outra forma, refletirmos sobre a finalidade do processo de trabalho dos enfermeiros de saúde mental dentro da Reforma Psiquiátrica

que orienta a utilização dos atuais instrumentos de trabalho nesse processo (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Diferentemente da antiguidade, o enfermeiro hoje atua como agente terapêutico, tendo como intuito o compromisso com a qualidade de vida do indivíduo em sofrimento psíquico. Dessa forma, o enfermeiro deve ser treinado e qualificado para que atue nesses modelos de atenção, sendo capazes de assumirem novas tarefas e adequar-se às mudanças vindas da atual política de saúde mental vigente no país (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

A humanização na assistência de enfermagem

A principal relevância da humanização para a enfermagem é permitir o resgate da subjetividade do sujeito, ou seja, é uma mudança de um olhar clínico para um olhar mais individual e compadecido, singular, aprofundando cada vez mais o diálogo enfermeira-paciente (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Há diversos debates relacionados a humanização em saúde nos seus diferentes aspectos e dimensões. O Ministério da Saúde relacionou em seus documentos diversas noções nesse sentido, como não utilizar de violência institucional, melhorar a qualidade no atendimento, promover condições de trabalho satisfatórias e melhores formas de comunicação entre usuários e serviços. Sendo muito diversas as questões (AYRES, 2005).

Ultimamente vem sendo abordada a questão da humanização na assistência em saúde. Humanizar na atenção à saúde é saber fornecer uma assistência individual, visto que, cada pessoa tem suas particularidades e necessidades inerentes ao seu ser; podendo assim oferecer ao indivíduo uma maior possibilidade para que atue de forma mais autônoma em suas decisões (FORTES, 2004).

Os estudos ligados à saúde demonstram a humanização nas diferentes dimensões, referindo quanto aos valores e subjetividade de cada ser humano, bem como busca incluir a felicidade humana e o bem comum (AYRES, 2005). Nesse sentido, para humanização ser desenvolvida, o profissional de enfermagem deve estar sempre se educando, pois, a enfermagem é uma arte que estabelece um vínculo humano com o outro (ROCHA e CARVALHO, 2007).

O cuidado de enfermagem deve ser realizado de forma que respeite os princípios da dignidade, onde haja interação com o outro, isenção de preconceitos, credices pessoais e valores, dessa forma, enfermagem tem procurado aproximar-se das tecnologias para ofertar um cuidado humanizado em suas ações mais complexas (PAES et al., 2010).

É válido ainda enfatizar que, recursos de materiais tecnológicos, ambiente físico são relevantes, pois auxiliam no tratamento da dor, mas não são mais significativos que a essência humana (DUARTE NORO, 2010).

Os profissionais de enfermagem, em razão ao seu cotidiano tendem a desenvolver um cuidado terapêutico onde o tratamento é baseado na essência centrada na técnica e não prestam atenção no indivíduo como um ser integralizado (BRISCHIALIARI et al., 2008). Sendo assim, os usuários dos serviços de saúde devem utilizar de seus direitos, tendo parte na tomada de decisões da humanização em saúde, dessa forma, poderão ter uma autonomia nesse processo, auxiliando assim a coletividade e os profissionais de saúde (CASSATE; CORRÊA, 2005).

A humanização da enfermagem no sofrimento mental

Na atualidade segundo Reis, Marazina e Gallo (2004) existem debates sobre a humanização em Saúde Mental que se iniciou na batalha antimanicomial quando foram abolidos os castigos físicos e mentais e os abusos medicamentosos para fins terapêuticos. Esse discurso, conforme refere Villela e Scatena (2004), tem sido perene e não conclusivo. Porém, com a implementação da assistência humanizada, e com a modificação das relações dos profissionais de saúde entre si e suas relações com os pacientes, iniciou-se um período em que se preza os direitos dos pacientes em falar e serem ouvidos (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Muitas vezes o paciente para os profissionais de saúde é tido como se fosse “mais um caso”, não analisam que este indivíduo deve ser acolhido de forma ética e respeitosa, sabendo-se que este não é apenas mais um consumidor dos serviços de saúde e sim um ser humano que no momento precisa ser tratado de forma digna (MIELKE et al., 2009).

Alguns antigos hábitos fazem com que os profissionais de saúde muitas vezes se relacionem com os usuários sem emoção, motivação ou entusiasmo de forma automatizada, fazendo com que não trabalhem com empatia, por saberem que não terão o apoio e as garantias da política de saúde que tanto se fala e pouco se faz (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Por meio do movimento da Reforma Psiquiátrica, o atendimento de enfermagem passou a possuir novas formas de assistência em saúde mental, mantendo atitudes de respeito e dignidade, com ações direcionadas às singularidades dos sujeitos, com a participação destes no tratamento, bem como sua inserção na sociedade. O enfermeiro psiquiátrico tem-se tornado essencial e indispensável, onde atua como agente terapêutico capaz de modificar seu processo de trabalho e promover uma assistência de enfermagem qualificada (CALGARO; SOUZA, 2009).

A dor e o sofrimento do ser humano conforme referenda Mielke et al. (2009) fazem parte da rotina do profissional da enfermagem. Um dos objetivos da assistência humanizada é fornecer boas condições de saúde física e mental permitindo o enfrentamento das adversidades, da dor e do sofrimento que certas ocasiões impõem. Sofrer vai além do saber e do corpo físico.

Ele se caracteriza como uma série de vertentes éticas, morais, religiosas, psicológicas, sociais e culturais. O sofrimento é mais que uma simples ameaça à integridade biológica, mas também à sua integridade como homem, como sujeito de ação, de reação e que possui necessidades próprias, específicas, que precisa de atenção e cuidado singular e solidário (MIELKE et al., 2009).

Dessa forma, podemos confirmar que a assistência de enfermagem tem um papel relevante para cuidar de forma adequada do paciente com sofrimento mental, como exemplo parar um pouco e ouvi-lo, orientá-lo no uso de adornos e roupas, comportamentos alterados, tentativa de fugas, ideação suicida, auto e heteroagressividade (MARTINS; FORCELLA, 2006).

O novo modelo de assistência ao paciente psiquiátrico sugere atuação de uma equipe multi e interprofissional que programe as atividades e leve em conta o interesse e a necessidade do indivíduo para o exercício da cidadania. Dessa forma, promove a prática de inclusão e respeita a diversidade, a subjetividade e a capacidade do indivíduo. Trata-se de um trabalho sistemático de compartilhamento de saberes, da convivência, da flexibilidade subjetiva, para descobertas de si e do mundo (NORONHA et al. 2016).

Por mais que alguns procedimentos ultrapassados na assistência ao paciente psiquiátrico ainda sejam utilizados, muitos são os indicadores de melhora na qualidade da assistência a partir da integralidade e interdisciplinaridade (CARDOSO, et al., 2016)

A enfermagem tem buscado novos rumos para que o cuidado se torne mais vivo humano e afetivo (SOUSA; MEDEIROS, 2017). Assim, essas ações terapêuticas têm sido relacionadas ao cuidado humanizado, na forma como o enfermeiro mostra ter consciência dos valores e princípios de um tratamento que inclua e considere o outro. Consequentemente, na atuação do enfermeiro ao tratar o paciente como sujeito individual se pode afirmar que o atendimento passa a se dar de forma integral e humanizada (NÓBREGA; SILVA; SENA, 2016).

O atendimento humanizado requer do enfermeiro a formação que lhe dê condições para esse cuidado que, partindo do estabelecimento de vínculos e da responsabilidade, possa produzir novos e melhores cuidados. A ação de enfermagem deve dar ênfase ao indivíduo em sofrimento mental em ambiente terapêutico mais amplo (DUARTE et al., 2016). Sendo assim, os principais desafios são prestar a assistência levando em consideração a integridade, o acolhimento, objetivando a inserção do indivíduo no contexto familiar e na sociedade. Outro quesito é qualificação dos profissionais para atender a demanda imposta (CHAVES et al., 2017).

Avançando um pouco mais nessa reflexão, um questionamento que surge é como ocorre a humanização no setor de urgência no que diz respeito a psiquiatria? É sabido que por vezes esses pacientes são acometidos de surtos e o primeiro atendimento que esses recebem acontece no setor de urgência.

Durante a pesquisa por respostas para a indagação proposta acima, encontrou-se um material de muita qualidade, com dados recentes sobre esse cenário, qual seja o setor de urgência e emergência no que diz respeito ao atendimento psiquiátrico. O estudo denominado Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem publicado em 2019, a partir da análise de 133 publicações voltadas para essa temática, sendo que dessas, foram utilizados 17 artigos, a conclusão dessa análise foi de que, a prática mais empregada no setor de urgência e emergência psiquiátrica é o acolhimento dos pacientes pela equipe de enfermagem (SOUSA, 2019).

A crítica levantada pelo estudo indica que no país faltam equipes multiprofissionais para atuarem no processo de humanização conforme propõe as diretrizes da Política Nacional de Humanização, por conseguinte, de todas as ações contempladas pela política, apenas o acolhimento acontece nos setores de urgência e emergência (SOUSA, 2019).

Outro estudo intitulado “Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência”, publicado em 2018, embora tivesse outro objetivo na sua investigação, a publicação ainda sim tinha a abordagem voltada para os serviços prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a conclusão foi a mesma, os serviços são realizados de forma deficitária, visto que a ausência de uma rede de atendimento em saúde mental impossibilita a promoção da humanização conforme propõe a política (OLIVEIRA, 2018).

Considerações Finais

A prestação de serviços de assistência à saúde mental exige qualidade e integralidade, avaliando o indivíduo em sua integralidade, observando suas fragilidades e potencialidades. Isso tem se tornado cada vez mais possível devido à alteração da visão tradicional da saúde, em um sentido abrangente especificamente sobre a saúde mental, as quais resultaram dos Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, respectivamente. Nesse sentido, vislumbramos o acesso humanizado à saúde mental como a efetivação de um dos direitos humanos.

Percebe-se que o enfermeiro ainda terá muitos desafios em sua prática buscando conseguir sanar as deficiências de sua formação e desenvolver competências para a assistência à população com transtorno psíquico de forma sistematizada. Isso inclui tanto o cuidado assistencial, gerencial e administrativo, o que se configura num cotidiano de autoconhecimento e auto-desenvolvimento.

Os estudos discorrem e concordam que a humanização trata-se de ver o usuário para além do transtorno ou doença apresentado. Dessa forma, o norte do cuidado em saúde mental deve ser pautado sempre no atendimento humanizado, priorizando os interesses do usuário e respeitando-o, colocando-o como protagonista da sua vida individual, familiar e comunitária. Concluiu-se que, apesar dos avanços, convive-se com desrespeito aos direitos humanos dos usuários da saúde mental, cuja marca sócio-histórica é a desumanização. Contudo, os princípios e as diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Humanização são base à construção de um paradigma humanizado e humanizante em seu âmbito.

Há um processo de efetivação destas requisições, as quais enfrentam resistências cotidianas, mas que tende a se concretizar nas teias sociais com o esforço coletivo e cooperativo entre os sujeitos políticos (Estado, sociedade, família, usuários) que se lançam a este desafio. Sendo assim, o profissional enfermeiro deve buscar superar o modelo com predomínio biologicista, com visão fragmentada do ser humano e se moldar pela humanização do cuidado, principalmente na área do sofrimento mental, posto ser essa área permeada de estigmas e preconceitos.

Referências

- ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 737- 742, set.-out. 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BASTOS, Celso Ribeiro. **Reforma da Constituição**. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, ano 4, v. 1, p. 47, 2000.
- BRISCHIALIARI, A.; MAFTUM, M. A.; WAIDMANN, M. A. P.; MAZZA, V. A. Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1080-1090, 2008.
- BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 05/01/2019.
- CALGARO, A.; SOUZA, E. N. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 476-483, set. 2009.
- CARDOSO, L.S., SANTOS, D. F., RIBEIRO, J. P., SILVA, P. A., & MOTA, M. S. Assistência de enfermagem desenvolvida em um centro de atenção psicossocial. **VITTALLE -Revista de Ciências da Saúde**, 27, 41-49, 2016.
- CASSATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CHAVES, M. L. R. C, LARA, M. M. C., LIMA, A. S., & TORRES, L. M. (2017). Influências no Cuidado de Enfermagem ao Portador de Sofrimento Mental no Brasil: Revisão da Literatura. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 1(2), 94-103, 2017.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. A humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-692, dez. 2010.

DUARTE, V., LAVORATO NETO, G., RODRIGUES, L., & CAMPOS, C. Ditos acadêmicos do ontem e do hoje acerca do papel da enfermagem no processo e rotina da desinstitucionalização. *SMAD–Revista Eletrônica Saúde Mental e Drogas*, 12(2), 116-136, 2016.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set.-dez. 2004.

MARTINS, P. A. S. F.; FORCELLA, H. T. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 62-69, 2010.

MIELKE, B. F.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.

NÓBREGA, M.P.S.S, SILVA, G. B. F; SENA, A. C. R. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. *Atas CIAIQ-2016*, (2), 41-49, 2016.

NORONHA, A.A., FOLLE, D. G., GUIMARÃES, A. N., BRUM, M. L.B, SCHNEIDER, J. F.; MOTTA, M. G. C. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), e56061. Epub Dec 15, 2016.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, maio-jun. 2003.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 1, p. 67-70, 2003. Acesso em: 15/12/2018.

OLIVEIRA, L. C. Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm. Foco*, 2018; 9 (4): 18-22. Acesso em: 03/04/2019.

PAES, M. R. E.; BORBA, L. O.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Ciência e Cuidado de Saúde*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 309-316, 2010. Acesso em: 15/15/2018.

RANDEMARK, N. F. R.; JORGE, M. S. B. J.; QUEIROZ, M. V. O. A Reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 13, n. 4, p. 543- 550, out.-dez. 2003.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, set.-dez. 2004.

RESOLUÇÃO COFEN Nº564/2017. **Aprova o Código de Ética dos Profissionais Enfermeiro** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

RIOS, I. C. Humanização a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.

ROCHA, D.; CARVALHO, R. Humanização da assistência: o que pensam os estudantes de enfermagem? **Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 315-320, 2007.

SANTOS, J. P.; SOUZA, M. C. B. M.; OLIVEIRA, N. F. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 60-69, jan.-mar. 2011.

SOUSA Y.G; MEDEIROS S.M. Oficinas terapêuticas ressignificando o cuidar de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. **Enfermagem Revista**, 20(1), 23-30, 2017.

SOUSA KHJF et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019. Acesso em: 03/04/2019.

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM, M. A.; COLVERO, L. A.; Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 102-110, 2007.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, nov.-dez. 2004. Acesso em: 10/01/2019.

EFEITOS DA ATUAÇÃO NA PANDEMIA DE COVID-19 NA ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Célia de Menezes Saralegui
Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

Introdução

As pandemias são eventos de cobertura e impactos coletivos que, em alguns casos, são acompanhadas de alta pressão sobre serviços, sistemas e trabalhadores de saúde a fim da cobertura das necessidades apresentadas. No segmento de urgência e emergência hospitalar, as pandemias repercutem em uma acentuação de casos, tensão e desconhecimento representativo sobre os agentes infecciosos envolvidos, formas e eficácia preventiva. Este desconhecimento e seus efeitos podem ser verificados no atual evento pandêmico global em desenvolvimento, a Sars-CoV-2, em que os primeiros casos foram notificados ainda nos meses finais do ano de 2019 e assumiram uma escalada crescente global, com inchaço e sobrecarga dos serviços críticos de saúde e atendimentos emergenciais (FERREIRA et al., 2020).

Os casos confirmados de Covid 19, doença causada pelo vírus Sars-CoV-2, se difundem rapidamente de forma global e sinalizam um comportamento de ondas. O novo vírus tem sintomas variáveis entre os pacientes, o que leva à imprevisibilidade de um protocolo de acolhida e tratamento, embora os casos graves sejam marcados pela comum presença de comprometimentos relacionados à coagulação sanguínea, capacidade pulmonar e longa permanência em leito. Como a doença é nova, não há uma base de registros suficiente ao seu entendimento, bem como planos estratégicos de controle ou atendimento da pandemia, o que acentua a tensão sobre os profissionais de saúde (FREITAS; NAPIMOGA; DONALÍSIO, 2020).

Na pandemia global de Covid 19, a Enfermagem faz parte do segmento que é denominado linha de frente dos serviços de saúde, voltado ao atendimento das vítimas da doença trazida pelo novo vírus. O avanço de casos e a sobrecarga mundial dos sistemas hospitalares trouxeram, junto das incertezas relacionadas ao novo vírus e sua abordagem, eventos recorrentes de escassez de suprimentos (sobretudo de proteção individual), sobrecarga de trabalho e pressão ligada ao temor de contágio e risco à vida associadas ao vírus (JACKSON et al., 2020).

Em um curto período, o vírus Sars-CoV-2 se disseminou por mais de 200 países, e logo se estabeleceu uma pressão global sobre os sistemas de saúde. A Enfermagem, que realiza grande parte do contato necessário à acolhida e tratamento dos pacientes, atua sob forte risco de contágio e demanda funcional no cenário da pandemia contemporânea, o que gera mobilizações em seu modo de trabalho, nas concepções e relações presentes entre cuidar do outro e cuidar de si, com representativa tensão psicológica que pode, rapidamente, levar ao esgotamento e a dilemas morais representativos. Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha indicado sobre a necessidade de aporte psicológico a estes profissionais e isto tenha seja oferecido por um número representativo de instituições, esta ainda é uma realidade não acessível à grande parte dos Enfermeiros, sobretudo em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (YANG et al., 2020).

Este artigo se justifica na percepção de que os impactos da atuação da enfermagem e de outros profissionais da saúde, na linha de frente da pandemia de Covid 19 formam um tema de crescente interesse, por retratar uma dinâmica nova da relação do Enfermeiro com o trabalho, com a possibilidade de abordagem de caminhos e estratégias que não somente propiciem maior segurança, como maior compreensão do espaço da

Enfermagem em condições de urgência e de emergência críticas, continuadas e de alta incidência.

A metodologia selecionada para o desenvolvimento deste artigo foi a revisão narrativa de literatura, um tipo de estudo que é desenvolvido a partir de dados preexistentes (secundários), indicado para a identificação do estado da arte do conhecimento em um determinado tema (KHOURI et al., 2019). Pela condição recente da pandemia, foram considerados artigos divulgados nos dois últimos anos (2019-2020), que foram levantados a partir de pesquisa aplicada às bases: Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine), Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cochrane Library*, *IBM Micromedex*, Embase, *Scopus*, *Cinahl*, *Web of Science* e ProQuest. Foi inserida, de forma extemporânea e exclusiva fora do corte temporal, legislação pertinente à regulamentação do exercício da Enfermagem Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986, por sua representatividade ao tema.

Também pela recenticidade dos eventos tratados, e dentro das permissões possíveis ao modelo narrativo de revisão – que permite a incorporação de modelos plurais de informação e conhecimento ao objeto (Khouri et al., 2019), foram consideradas ao estudo publicações virtuais de mídia de fontes creditáveis sobre a pandemia e seus efeitos, bem como legislações nacionais orientadas ao trabalho e espaço da Enfermagem neste contexto.

Os dados foram coletados a partir do uso dos descritores Covid 19, Enfermagem e Atuação (com seus respectivos termos em língua inglesa). O retorno da busca foi filtrado inicialmente pelo descrito das bases e, após seleção de 345 publicações, foi realizada a leitura de resumos/*abstracts*, com o descarte de materiais de conteúdo semelhante ou duplicado. Após esta segunda filtragem, foram selecionados os artigos incorporados no escopo teórico do estudo, que passaram por leitura integral e foram fichados, inseridos de forma direta ou indireta na revisão apresentada em sequência.

O objetivo geral deste artigo foi discutir, no contexto da Enfermagem de Urgência e Emergência, as práticas de Enfermagem frente à pandemia de Covid 19. Os objetivos específicos foram: abordar de forma geral o conceito e forma de atuação/abrangência do vírus Sars-CoV-2; discutir os principais impactos na dinâmica de organização e sistematização do trabalho de urgência e emergência no atendimento de doentes oriundos dos casos de Covid 19 e, em desdobramento, analisar os impactos na saúde mental/comportamento destes profissionais a partir de sua experiência nesta mais recente pandemia. Como foi desenvolvida uma revisão narrativa que reuniu um apanhado geral de autores, não é possível pontuar um autor ou um grupo de maior relevância.

BREVE HISTÓRICO, CONTEXTOS E INCERTEZAS SOBRE O TRATAMENTO CLÍNICO

As epidemias são marcadas pela difusão de doenças infecciosas de forma acelerada para regiões próximas. As pandemias, no entanto, se diferenciam pela difusão ampliada pelo planeta, muitas vezes atingindo a sua totalidade ou grande parte. Alguns exemplos são a Síndrome de Imunodeficiência Humana (HIV), a tuberculose e os mais recentes surtos de gripe, como a aviária (FERREIRA et al., 2020).

A pandemia atual de Sar-CoV-2 é causada por uma doença infecciosa emergente, um tipo de evento que não é novo no mundo: desde o século XVI há registro de disseminação sistêmica de doenças, caso das gripes, tífis, varíola e sarampos inicialmente

difundidos por exploradores espanhóis a diversas regiões do Movo Mundo. No século XIX, com a explosão do comércio transatlântico e da urbanização, outros eventos críticos similares foram identificados e o Brasil, inicialmente como país de cultura escravocrata e, mais tarde, com ampla abertura de suas fronteiras, é marcado por doenças epidêmicas. No início do século XX, por exemplo, o Rio de Janeiro, então capital nacional, era também conhecida como túmulo dos imigrantes (TEIXEIRA et al., 2020). Parte deste contexto histórico, a atual pandemia de Covid 19 se constitui como um desafio global.

O vírus Sars-CoV-2 deriva da província chinesa de Wuhan (Silva, 2020) e, desde janeiro de 2020, este agente etiológico é identificado como responsável pela infecção pandêmica. O vírus integra os grupos dos *Coronaviridae*, ordem *Nidovirales*, que pode incidir tanto em humanos quanto em animais. A gravidade das infecções por estes agentes é variável e, conforme o tipo, pode atingir elevada letalidade. Há quatro gêneros identificados de *Coronavírus* (alfa, beta, delta e gama), mas somente os dois primeiros atingem seres humanos e podem causar problemas como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio e a Síndrome Respiratória Aguda Grave. Quatro HCoV são mundialmente endêmicos (HCoV 229E, NL63, OC43 e HKU1) e este grupo responde por até 30% das infecções respiratórias adultas (CRUZ et al., 2020).

Uma das hipóteses mais consideradas para a origem do Sars-CoV-2 é a ingestão de animais silvestres, embora não seja uniforme. O vírus tem alto poder de disseminação, e seus sintomas surgem entre 5-7 dias pós-infecção, com danos pulmonares identificados pelo marcador da aparência de vidro fosco ao exame de imagem das áreas subpleurais, sendo comum a inflamação crescente. Os sintomas, quando mediados, tendem a regredir entre os dias 13^o-15^o e, em geral, a partir do 20^o dia, os anticorpos Imunoglobulina M (IgM) entram em elevação gradativa, com Imunoglobulina G (IgG) crescente a partir do 27^o dia. Embora seja desta maneira, não é possível afirmar que a imunidade deste processo seja permanente. O padrão-ouro de testagem para Covid-19 é o RT-qPCR, teste que tem apresentado boa resposta de positivos, com pequena taxa de falso negativos. O manejo dos pacientes tende a ser complexo pela variação dos sintomas respiratórios, e o tempo de permanência necessário à uma estabilização segura costuma ser responsável pela sobrecarga nos sistemas de saúde, o que gera um quadro complexo aos profissionais envolvidos no atendimento (BOMFIM, 2020).

Um dos principais marcadores do Sars-CoV-2 é a insuficiência respiratória grave que, como desdobramento, não raro apresenta infecções variadas que culminam em pneumonias virais. A hipótese mais consistente para a disseminação do vírus no organismo humano é a sua ligação nas células alvo a partir da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2) e esta característica conduz ainda a efeitos mais acentuados entre pacientes hipertensos, diabéticos e/ou obesos (OLIVEIRA; MORAIS, 2020).

Nos casos de hipertensão e diabetes, a acentuação da gravidade é favorecida pelos medicamentos consumidos para o tratamento destas condições, quando são baseados em inibidores da ECA. Na obesidade, o fator determinante de agravamento é o estado contínuo de inflamação comum a este quadro. Os idosos são também mais vulneráveis ao vírus, tanto pelas comorbidades agregadas quanto pela crescente vulnerabilidade de expectativa do avanço etário (OLIVEIRA; MORAIS, 2020).

O Sars-CoV-2 apresenta baixa uniformidade de sintomas, uma dificuldade clínica na identificação de casos suspeitos. Usualmente, o paciente apresenta uma síndrome gripal como fator mais constante, com comum febre (embora isto não seja obrigatório), e quadro respiratório agudo eventual. Dor de garganta, coriza e sintomas gastrointestinais também pode se fazer presentes e, nos casos mais graves, a saturação de O₂ se apresenta inferior a 95% e o paciente evidencia coloração azul em lábios e extremidades dos membros. A dor de cabeça acentuada que pode não ceder a medicamentos é outro traço

comum, e a doença costuma expressar rápido agravamento, sobretudo em imunodeprimidos e idosos (ISER et al., 2020).

Não há um tratamento estabelecido para o vírus Sars-CoV-2 são variáveis, com resultados que não costumam mostrar estabilidade em distintos grupos. Os agentes antirretrovirais têm sido utilizados, sobretudo a partir das experiências anteriores obtidas com êxito contra a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Contudo, o maior fator negativo é o alto risco de comprometimento hepático e colateralidades acentuadas (BALDELLI et al., 2020; CAO et al., 2020).

O uso de Interferon tem sido pesquisado como fator promissor, contudo, o estado do conhecimento é inicial – principalmente frente a combinações possíveis com antirretrovirais. Mesma condição embrionária de solidez de resultados pode ser atribuída aos antivirais, como oseltamivir e correlatos, que embora tenham estudos que evidenciem menor mortalidade entre pacientes que fazem uso dessas terapias, as alegações são vistas com bastante critério por fatores metodológicos na seleção de casos e de sua análise (CAO et al., 2020; PILKINGTON; PEPPERRELL; HILL, 2020; TURSEN; TURSEN; LOTTI, 2020).

Cloroquina e Hidroxicloroquina, medicamentos polêmicos, sobretudo no Brasil, têm oferecido retornos distintos aos estudos aplicados, ora com alegações de efetividade e ora com alegações de não efetividade. O medicamento é associado a uma boa depuração viral sem a necessidade de uma dose arriscada ao ser humano, não obstante, as colateralidades possíveis, notadamente cardiológicas, têm sido alegadas como fatores de não orientação ao uso. Entretanto, o início recente da indicação chinesa ao uso do medicamento inaugura uma nova visão terapêutica que segue um alinhamento que já se mostrava possível frente a estudos de natureza francesa anteriores. As colateralidades, contudo, devem receber uma investigação mais acentuada frente aos casos, bem como o uso deve ser rigorosamente prescrito (COLSON et al., 2020; GAUTRET et al., 2020; KESHTKAR-JAHROMI; BAVARI, 2020; TOURET; LAMBALLERIE, 2020).

Os corticosteroides são considerados recursos adjuvantes para o controle da gravidade da infecção por Sars-Cov-2, contudo, as colateralidades associadas a estes medicamentos são amplamente conhecidas e pouco desejáveis. Entre pacientes que apresentem quadros de pneumonia viral, o uso dos corticosteroides pode ser clinicamente interessante por um bom nível de risco-benefício aos casos, quando a metilprednisolona tem sido utilizada com bastante frequência e vinculada a menor letalidade (ISIDORI et al., 2020; SCARONI; ARMIGLIATO; CANNAVÓ, 2020).

Agentes anti-helmínticos são considerados também como parte do tratamento, tendo como ponto favorável à sua comum baixa colateralidade e os relatos anteriores de êxito frente a MERS. Alguns desses medicamentos agem de forma a prover uma regulação positiva de receptores que formam barreira à expansão do vírus no organismo (KELLENI, 2020; PAWAR, 2020; PEPPERREL et al., 2020).

O uso de imunomoduladores é associado à maior proteção pulmonar e redução do fenômeno de tempestade de citocinas, cuja intensidade é vinculada à letalidade pelo Sars-Cov-2. Nessa orientação, os anticorpos monoclonais seguem em rumo confirmatório ao tratamento, também como potenciais recursos para a contenção da gravidade do avanço da doença (TONIATI et al., 2020; XU et al., 2020).

O plasma convalescente, a partir das imunoglobulinas, é considerado uma medida de uso crescente para aceleração da recuperação dos pacientes e reeducação da gravidade, sendo um recurso vindo da experiência prévia também obtida durante a epidemia de Ebola mais recente, do ano de 2014 e de H1N1. O principal efeito deste plasma é a redução expressiva de carga viral a partir do terceiro dia de uso, o que reduz em mais de 20% a

mortalidade devido ao Sars-CoV-2, sobretudo quando a aplicação ocorre nos primeiros dias de manifestação do Covid 19 (CHEN et al., 2020).

Fármacos que impedem a replicação viral, como faviparavir, também são considerados pela ação na RNA polimerase. Estes medicamentos entraram no rol dos considerados ao Covid 19 pelo êxito em casos como a epidemia de ebola e influenza, mas os resultados não podem ser considerados de forma efetiva no presente por serem variáveis. Em outro polo está remdesevir, que tem recebido acolhida crescente em tratamentos a partir de sua ação diretamente direcionada à polimerase hospedeira, reduzindo a hemorragia pulmonar, que é um dos principais fatores de criticidade vinculados ao Covid 19 (CAO et al., 2020; DONG; HU; GAO, 2020; NORRIE, 2020; YANAI, 2020; PILKINGTON; PEPPERRELL; HILL, 2020).

Expostas estas informações referentes ao vírus Sars-CoV-2, o atendimento multiprofissional a estes pacientes se depara com uma série de condições que o quadro de doença infecciosa emergente acarreta, sobretudo a incerteza e alta demanda aos profissionais de saúde. Dessa maneira, o tópico sequente aborda a Enfermagem frente à pandemia deste novo vírus.

A ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE SARS-COV-2

O enfrentamento atual da pandemia de Covid 19 tem sido tema de estudos produzidos em diversos países, que destacam o posicionamento, papel e importância da Enfermagem neste contexto. De acordo com Barbosa et al. (2020), a atuação em surtos de adoecimento coletivo que sobrecarregam os sistemas de saúde é reconhecida como um fator potencial de elevação da angústia e da ansiedade entre os Enfermeiros. Como reflexo, estes profissionais passam a vivenciar diariamente o sentimento de descontrole e risco, sobretudo se não há disponibilidade, conhecimento ou possibilidade de uma proteção efetiva à sua saúde e integridade no desempenho do trabalho.

De acordo com a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, instituída pelo órgão regulador da enfermagem, ou seja, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) ao Enfermeiro compete, conforme art. 11, I, “l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves e com risco de vida; m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica [...]” (COFEN, 1986, *online*).

Sendo dessa forma, a Enfermagem é uma atividade relacionada diretamente ao cuidado do paciente e contato recorrente, de forma a ter uma representativa exposição de expectativa ao risco de implicações à saúde ou integridade física. A redução das margens de incidência destes problemas é diretamente associada a um maior conhecimento e domínio dos processos e protocolos de trabalho, bem como das doenças e condições atendidas. Desta forma, o trabalho de Enfermagem, sobretudo de urgência e emergência, média uma porta de entrada aos cuidados necessários à saúde e vida e é feito de forma reflexiva, em um processo continuado (AIRES et al., 2020).

Em específico quanto à pandemia de Covid 19, que avança mundialmente, apenas entre os meses de março a abril de 2020 foram registrados mais de 8,3 mil casos suspeitos entre os profissionais de Enfermagem no Brasil, com cerca de 1,7 mil confirmações laboratoriais, sobretudo entre mulheres jovens e residentes nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Como profissionais diretamente envolvidos no cuidado e na tomada de decisão para o gerenciamento dos pacientes de Covid 19 em subordinação ao médico, os Enfermeiros vivenciam um contexto de urgência de atividade, demanda por proteção e incerteza de protocolos e procedimentos quanto às melhores formas de atuação (NASCIMENTO et al., 2020).’

A atual pandemia é um fator reconhecido de acentuação de assimetrias em diversos domínios-chave, em que se incluem o trabalho e suas condições. Para os profissionais de Enfermagem, a atual condição implica em desafios que envolvem remuneração, proteção em ambiente de trabalho, desigualdades quanto ao risco e exposição. Esses fatores se somam a critérios anteriormente já críticos do trabalho em Enfermagem, como gênero, formação e capacitação continuada, bem como lugar do profissional na estruturação do cuidado e seu espaço ou representação social em condições graves como a emergente pressão da pandemia sobre os sistemas de saúde (BLUNDELL et al., 2020).

Nesse contexto, os Enfermeiros que atuam em linha de frente lidam constantemente com sobrecarga, subremuneração, jornadas extenuantes e tensão, o que faz com que mesmo óbitos no contexto de cuidado tenham sido registrados. Entre os profissionais que apresentaram contágio pelo novo vírus, a maioria são mulheres, com idades entre 35 a 59 anos, residentes dos grandes centros brasileiros (Rio de Janeiro e São Paulo, epicentros iniciais da pandemia), com principal local de contágio sendo o ambiente hospitalar (NASCIMENTO et al., 2020).

Embora os epicentros tenham sido os principais pontos de contágio, os casos se disseminam nacionalmente de forma crescente, em seu estudo Nascimento et al., (2020) destaca a urgência de vigilância epidemiológica específica em Enfermagem. Mesma condição emergente se apresenta à saúde mental dos profissionais que, pela sobrecarga anterior à pandemia, se mostra extenuada e abundante em casos de pânico, estresse, *Burnout* e correlatos, em um grave mal-estar funcional.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) difere de outros conselhos vinculados à saúde por apresentar atuação efetiva no rastreamento e vigilância dos profissionais filiados em um trabalho de vigilância constante frente à Covid 19. Neste alinhamento, foi lançado o Observatório da Enfermagem que, desde maio de 2020 rastreia as condições gerais destes profissionais, número de contaminados pela nova doença e óbitos. A este respeito, um dado preocupante quanto à gravidade da situação nacional: as mortes de profissionais de Enfermagem brasileiros são, no momento, “[...] mais que o dobro do número absoluto registrado entre profissionais da Enfermagem na Itália, primeiro epicentro da pandemia no Ocidente, retratando o impacto das infecções [...] entre Enfermeiros [...]” (SILVA et al., 2020, p. 4).

O perfil do trabalho cotidiano de urgência e emergência foi um fator remodelado a partir da decretação da condição pandêmica, em março de 2020. Com isso, o ingresso de pacientes por causas distintas ao novo vírus foi reduzido, tendo por razão fatores de ordem variável, desde psicológicas a sociais. O ambiente hospitalar, desde os primeiros momentos da pandemia, passou a ser restrito a casos de extrema necessidade, e o direcionamento funcional e humano das urgências e emergências foi remodelado (DANN et al., 2020).

Este remodelamento ocorreu através da mudança de estrutura e capacidade de atendimento do setor, pressionadas a partir da entrada de um novo perfil, em lugar do tradicional paciente destes ambientes (em que parte significativa não demanda o uso da estrutura humana e recursos de salvamento de vida ali presentes). Com a pandemia, a massa de ingresso nas urgências e emergências passou a ser de um público atingido por quadros adequadamente ingressados a esta demanda, com perspectiva de longa permanência hospitalar e clinicamente graves (e com capacidade de rápido agravamento) a partir do novo vírus, o Sars-CoV-2 (DANN et al., 2020).

Quanto aos profissionais de Enfermagem, tanto de urgência e emergência quanto da assistência geral, é reconhecida a condição de alta exposição biológica, o que é ampliado especialmente durante procedimentos de cuidado e manejo diário. Embora o

COFEN tenha empreendido medidas de garantia da segurança destes profissionais no contexto da pandemia, os problemas de fiscalização à efetividade mostram-se permanentes. Os aspectos pontuais das medidas de proteção versam sobre o uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs), conforto e proteção no trabalho, bem como espaços para a denúncia e comunicação geral de condições em que os cuidados básicos ao profissional não estejam sendo tomados (SILVA et al., 2020).

A elevada transmissibilidade do vírus Sars-CoV-2 é um fator pontual à Enfermagem de Urgência e Emergência, que necessita realizar os procedimentos de cuidado em contato direto com estes pacientes e sob a dependência de EPIs e protocolos rígidos de proteção e biossegurança. Um dos impactos pontuais foi a evidência e emergência de mitigação de uma crise de longo prazo quanto a estrutura e materiais para biossegurança em Enfermagem, com limitação de estoques e insuficiência frente ao número de atendimentos demandados a estes profissionais. A sobrecarga de trabalho é outro fator cotidiano identificado, tanto pela história presença de insuficiente disposição de pessoal quanto por afastamentos decorrentes de contágios ou de adoecimento profissional (NASCIMENTO et al., 2020).

Os aspectos psicológicos que afetam o trabalho e homeostase do profissional de Enfermagem frente ao Sars-CoV-2 envolvem o temor de infecção por um vírus que pode ser letal, sobretudo quando adquirido em ambiente de grande carga vital; receio de contaminação de familiares e grupos de risco com os quais o profissional se intercomunica em sua vida extraprofissional e desconhecimento quanto aos desfechos ou a própria doença. O resultado da exposição continuada, acentuada pelas restrições de trabalho e pessoal, bem como longas horas em serviço, geram propensão à depressão, estresse e quadros de ansiedade associados ao período da pandemia. Neste intervalo temporal têm sido identificado aumento de desfechos críticos como suicídios e isolamento social de graves repercussões individuais, em fenômenos de ordem global (SCHMIDT et al., 2020).

O COFEN tem entre suas recomendações a preservação de profissionais que sejam considerados de grupos de risco, como aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, transplantados, gestantes, imunofragilizados ou com doenças cromossômicas, renais crônicas, portadores de doenças respiratórias, lactantes e de doenças infecciosas crônicas, evitando a sua permanência nas equipes de saúde. Esta é uma forma de preservação do risco destes profissionais e de menor letalidade entre os grupos de trabalhadores. A segmentação dos espaços de atendimento para evitar circulação desnecessária e contaminações é outro ponto central dos comportamentos indicados à pandemia (COFEN, 2020a).

Também como uma forma de proteção, tanto da população quanto dos profissionais em Enfermagem, a Resolução COFEN n. 634/2020 trouxe a regulação da Consulta Telefônica de Enfermagem. Por meio deste serviço, sem a necessidade de contato físico ou deslocamento às unidades de saúde, o Enfermeiro passou a ser capacitado legalmente a realizar consultas pautadas em esclarecimentos, orientações e encaminhamentos, a fim de uma triagem prévia ou atendimento efetivo aos pacientes de forma mais segura (COFEN, 2020e)

O reconhecimento da intensa demanda profissional e de sua necessidade de suprimento trazidas pela pandemia foi efetivada a partir da Resolução COFEN n. 637/2020 que possibilitou, de forma excepcional, que egressos de curso de Enfermagem pudessem obter a inscrição profissional a partir da apresentação da declaração de conclusão de curso, e não mais vinculado a colação de grau. A finalidade da medida foi promover suprimento o mais célere possível à demanda apresentada, capacitando os

profissionais que, de modo prático, já haviam concluído sua formação e liberando o trâmite burocrático da colação (COFEN, 2020c).

No cenário da pandemia, foi desenvolvida a Resolução COFEN n. 633/2020, que trata da normatização da atuação da Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar nível em terra ou aquaviário. Em seu art. 2 houve a garantia de que, para unidades tripuladas por Enfermeiros (sem médico), deve ser dado o suporte de um técnico de Enfermagem ou de outro profissional Enfermeiro, a fim de melhor divisão funcional. Além disso, o Enfermeiro passou a ter ampliadas as suas funções profissionais ao máximo que sua formação capacita, tal flexibilidade sendo permitida a partir da consideração do avanço da atual pandemia, que ameaça a suficiência de atendimento dos sistemas de saúde (COFEN, 2020d).

Neste contexto, surge o pensamento de educação permanente em urgências e emergências, que se aplica também ao âmbito da Covid 19. Esta prática envolve educação continuada, investigação e discussão dos contextos do trabalho desta Enfermagem a fim de melhores devolutivas ao seu exercício. Com isto, conhecer, reconhecer, avaliar e se aproximar dos contextos da atividade e de suas dificuldades explicitam os caminhos possíveis à compreensão e estruturação das práticas permanentes (RODRIGUES et al., 2020).

No intuito de manter uma rota formativa suficiente a atuação do profissional de Enfermagem no contexto da pandemia de Covid 19, a Resolução COFEN n. 636/2020, de 3 de abril de 2020, visa estruturar acesso a programas de formação a estes profissionais, para que possam se capacitar diante dos novos conhecimentos relacionados ao vírus pandêmico, atribuindo maior segurança ao seu trabalho para si e para os usuários. Assim, o programa visa subsidiar as medidas formativas continuadas aos profissionais cadastrados, sob intervenção dos conselhos regionais na classificação e levantamento de profissionais, para um avanço contínuo qualitativo (COFEN, 2020e).

Neste contexto complexo em que cuidado, adoecimento e representações sociais a respeito da Enfermagem e de seus papéis e espaços se intercalam, o tópico seguinte visa posicionar o profissional de Enfermagem de Urgência e Emergência nesta realidade funcional.

Cuidadores, heróis ou adoecidos?

Desde o início da pandemia de Covid 19, os profissionais de Enfermagem circulam, no imaginário coletivo e nas representações sociais da profissão, entre três imagens: cuidadores, heróis e / ou profissionais adoecidos. Qual destas representações são assumidas depende do momento vivenciado pelo profissional ou, por análise do papel, de que faz a sua atribuição.

Em uma reportagem divulgada em junho de 2020 no canal na Biblioteca Virtual do COFEN, Gomes (2020) destaca a imagem de heroísmo vinculada aos profissionais de Enfermagem nesta pandemia, a partir de sua persistência frente aos riscos, depressão, baixo reconhecimento salarial e angústias de ordem diversa. Já com um número atualizado de 18 mil profissionais de Enfermagem contaminados no Brasil, o artigo ressalta o baixo reconhecimento destes profissionais, o seu contato com a frente de cuidado, o amor e a dedicação como motivadores do trabalho e, de uma forma sutil, os conflitos entre o desprendimento familiar e pessoal demandando para este trabalho e a resposta da população com um baixo isolamento social, como uma das formas de não reconhecimento da classe da saúde em geral.

No Correio Braziliense, em matéria divulgada em julho de 2020, os profissionais da Enfermagem surgem também nomeados ao heroísmo, destacando os sacrifícios

individuais realizados para atuar em uma linha de frente de uma doença pouco conhecida, sobretudo quando possuem familiares de grupos de risco, como idosos. O temor de contaminar alguém de sua família, de se contaminar e as novas dimensões de interação com a morte que envolvem o desconhecimento de sua expectativa e risco, com acentuação dos problemas historicamente presentes de estrutura e condições de trabalho. As mazelas associadas à Enfermagem e a permanência de profissionais imbuídos neste trabalho marcam a visão heroica da profissão neste contexto, ressaltada pelas jornadas extenuantes que ocorrem não somente pela necessidade pessoal, mas pela carência de profissionais ao atendimento demandado (CORREIO BRAZILIENSE, 2020).

Em uma síntese deste estereótipo, é possível identificar uma imagem bastante comum em redes sociais e publicações referentes à Enfermagem:

Figura 1 – Heróis dos quadrinhos homenageiam enfermeiros e profissionais da saúde



Fonte: autor desconhecido, reproduzido por Sinomar (2020, *online*). Disponível em: <https://www.imparcial.com.br/noticias/super-her-is-da-linha-de-frente,34367>.

Neste mesmo alinhamento de cuidado, a dedicação ao cuidado é outro aspecto relacionado ao profissional de Enfermagem, em uma representação de cuidador. Enquanto médicos assumem um papel interventivo, o cuidado e manejo dos pacientes, atividades que envolvem um contato mais direto e dedicação às necessidades dos que são cuidados, é um papel que cabe ao Enfermeiro e isto pode ser verificado inclusive em legislações que definem o seu trabalho. Nas Urgências e Emergências, este cuidado é voltado ao suporte à vida e intervenções que mantêm a rotina prescrita pelo médico, sendo um agente fundamental de preservação do paciente e de sua assistência (AIRES et al., 2020; COFEN, 1986).

Como observado por Silva Junior, Balsanelli e Neves (2020), nesta representação pontual, o cuidado, que sustenta tanto o heroísmo quanto a identidade profissional, o contexto da pandemia de Covid 19 evidencia a ótica foucaltiana, uma necessidade já trazida em momentos anteriores de necessidades e dificuldades da profissão: o cuidar de si para cuidar do outro. Ao profissional de Enfermagem, o afastamento deste discurso se daria da seguinte forma:

A falta de cuidado de si pode acontecer quando o profissional se envolve no cuidado do outro de modo afastado de si mesmo, como se esse cuidado pudesse ser efetuado com neutralidade. Isso remete ao discurso sobre profissionais de saúde como isentos de doença, comparados a “sacerdotes ascéticos” que em seu exercício profissional utilizam seu instinto, sua arte, suas habilidades e até uma espécie de felicidade própria para cumprir todas as suas tarefas e estarem inteiros, imunes a doenças (SILVA JUNIOR; BALSANELLI; NEVES, 2020, p. 2).

Há uma situação aparentemente opositiva: a falta de cuidado de si pode se constituir no excesso de cuidado do outro, expressa na dedicação ou envolvimento em rotinas arriscadas ou extenuantes de trabalho, a exemplo do que tem se tornado um padrão relativamente comum no ambiente pandêmico contemporâneo. A restrição de insumos, as extremas jornadas de trabalho, a exposição que poderia ser evitada, a falta de suportes e de recursos para proteção implicam em manifestações de desvelo do cuidar do outro que repercutem diretamente na visão do Enfermeiro como cuidador em um ponto extremo. As medidas de proteção assumidas mesmo por conselhos e órgãos de representação profissional dos Enfermeiros visam restituir este equilíbrio a um cuidado racional, sendo acompanhadas de persistentes e históricas dificuldades acentuadas pelas emergências da pandemia (AIRES et al., 2020; SILVA et al., 2020).

Em um contraponto a esta dedicação está, dentro dos efeitos da atuação da Enfermagem em geral na linha de frente da Covid 19, a representação social de risco. Mesmo cuidadores e com dimensões de heroísmo, para o ideário coletivo o Enfermeiro é também aquele que está diretamente em ambientes de alto risco de contágio e, sendo desta forma, precisa ser evitado por representar risco. Com isto, Enfermeiros são excluídos de contextos familiares e sociais em um quadro de agravamento de sua condição crítica de problemas que se cercam à pandemia, em uma espécie de preço adicional pela atuação em um cenário tão complexo. Assim, “a Enfermagem, historicamente acometida por baixos salários e condições de trabalho não favoráveis, passou de desvalorizada para protagonista da luta contra o novo Coronavírus; contudo, toda esta ascensão tem um preço” (SOUZA et al., 2020, p. 2).

Este preço tem sido a manifestação crescente de situações de exclusão e o rechaço social em uma rejeição do Enfermeiro como sujeito exclusivo de cuidado, não como indivíduo contextualizado à necessidade de inclusão e acolhida de uma pandemia. Assim, Forte e Pires (2020) ressaltam que, sistematicamente, a categoria da Enfermagem passou a fazer uso de apelos na mídia, em redes sociais e em seus meios que ressaltam a sua humanização e necessidades, sendo parte de um contexto do qual não podem se afastar – ao contrário dos demais. O Enfermeiro, nesses apelos, busca conscientizar os demais quanto a sua humanidade e fragilidade, como agente de cuidado, mas também como ser humano que possui famílias e relações exteriores ao meio de cuidado.

Nestas manifestações, conforme Dorte e Pires (2020) e Souza et al. (2020), a acolhida e a inclusão se mostram latentes, sendo o esforço de cuidado e isolamento parte do contexto em que estão inseridos, mas não condicionados a um exílio hospitalar. Desta forma, o ser social e coletivo do Enfermeiro, como uma representação social de risco, tem sido ressaltado e enlevado nestas representações formais ou não, em que os elementos extra hospitalares da vida destes profissionais procuram romper com a sua exclusão e com um fator potencial de queda em sua qualidade de vida, auto percepção e valorização pessoal e profissional.

Considerações Finais

A pandemia de Covid 19 representa uma situação em que o conhecimento sobre um vírus está sendo constituído e estruturado na comunidade científica. Desta forma, as informações e orientações tanto para a abordagem clínica quanto para a acolhida dos pacientes e práticas relacionadas ao trabalho em saúde encontram-se igualmente em definição.

Nesta orientação, a segurança e a proteção dos profissionais de Enfermagem se destaca neste contexto, com efeitos expressivos na sistematização do seu fazer profissional e reflexos diretos quanto à resiliência, comportamento, tensão e extenuação vinculados ao trabalho.

As pandemias possuem uma expansão muitas vezes global e, no tocante ao Sars-CoV-2, há o diferencial da incidência em um contexto em que o fluxo de pessoas, comércio e inter-relações das mais diversas ordens são fatores altamente difundidos. Um exemplo deste quadro é o tráfego das pessoas de forma global em que, em poucos meses, foi possível difundir uma doença isolada de uma comunidade oriental para o mundo.

Esta revisão permitiu concluir que as pandemias, como eventos de disseminação global de doenças, não são novas na história mundial. Contudo, o vírus Sars-CoV-2 apresenta particularidades que envolvem uma doença nova, sobre a qual pouco é conhecida e sobre a qual os conhecimentos encontram-se em uma rota revisional constante. A atuação da Enfermagem de urgência e emergência se envolve na acolhida de pacientes graves desta condição e os dois principais fatores que afetam o trabalho destes profissionais envolve a biossegurança de sua intervenção, junto das melhores práticas de assistência.

A pandemia de Sars-CoV-2 evidenciou a problemática estrutural dos ambientes de atendimento em saúde, públicos e privados, quanto a proteção dos profissionais e protocolos de garantia. A dificuldade em prover EPIs suficientes, o alto índice de contaminação de profissionais e o impacto psicossocial destes eventos entre os Enfermeiros formam a frente inicial deste grupo profissional no ambiente hospitalar referente ao Covid 19.

Os efeitos da atuação na pandemia de Covid 19 na Enfermagem de Urgência e Emergência se mostraram efeitos difusos por toda a categoria dos Enfermeiros, com problemas relacionados ao risco de exposição, inchaço do sistema de saúde, tensões de sobrecarga, impactos biopsicossociais, afastamentos pelo adoecimento profissional e contágio, bem como representações sociais oscilantes que ora contribuem e ora colidem com a homeostase deste profissional e seu reconhecimento – caso das exclusões coletivas por sua associação ao risco de contágio.

O cenário pandêmico contemporâneo acentuou uma série de restrições e problemas humanos/estruturais da Enfermagem, mas também trouxe novos contextos em que o cuidar de si para cuidar do outro é evidenciado como necessidade para a preservação de profissionais aptos à atuação junto à população. A assistência psicológica e o aporte geral aos Enfermeiros para o exercício de sua profissão, desta forma, se mostram medidas pontuais para que estes profissionais possam manter a sua aptidão.

O reconhecimento das necessidades profissionais, das dinâmicas excludentes e das possibilidades desta profissão podem ser feitos através de medidas como vigilância epidemiológica específica, acompanhamento psicossocial continuado e rastreamento de casos de adoecimento associado a tensões ou sobrecarga, gerando um perfil assistencial próprio à pandemia.

Referências

- AIRES, R. di K. D. et al. Revisão integrativa de literatura acerca dos riscos ocupacionais envolvendo a equipe de enfermagem em urgência e emergência/Integrative literature review about occupational risks involving the nursing team in emergency and emergency. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 17821-17830, 2020.
- BALDELLI, S. et al. Lopinavir/ritonavir in COVID-19 patients: maybe yes, but at what dose? **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, p. 1-3, 2020.
- BARBOSA, D. J. et al. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID 19: síntese de evidências. **Comunicação, Ciência e Saúde**, v. 31, Suppl 1, p. 31-47, 2020.
- BLUNDELL, R. et al. COVID-19 and Inequalities. **Fiscal Studies**, v. 41, n. 2, p. 291-319, 2020.
- BOMFIM, F. Covid 19, a pandemia que mudou a saúde e a economia. **Revista Ciências em Saúde**, v. 10, n. 2, p. 1-2, 2020.
- CAO, B. et al. A trial of lopinavir–ritonavir in adults hospitalized with severe Covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, p. 1787-1799, 2020a.
- CHEN, L. et al. Convalescent plasma as a potential therapy for COVID-19. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 4, p. 398-400, 2020.
- COLSON, P. et al. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 105932, n. 10.1016, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Lei n. 7498/1986**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 15 ago. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Recomendações gerais para a organização dos serviços de saúde e preparo das equipes de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2020a.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução COFEN n. 634/2020**, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. 2020b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 18 ago. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução COFEN n. 637/2020**, de 6 de abril de 2020. Autoriza, em caráter excepcional, “ad referendum” do Plenário do Cofen, em virtude da situação gerada pela pandemia da COVID-19, os Conselhos Regionais de Enfermagem a concederem inscrição profissional aos egressos de cursos de enfermagem, de qualquer nível de formação, sem que tenham colado grau, mediante apresentação de declaração de conclusão de curso emitida pela respectiva instituição de ensino, e dá outras providências. 2020c. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-637-2020_78711.html. Acesso em: 10 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução COFEN n. 633/2020**, de 24 de março de 2020. Normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, até ulterior decisão, a atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta e na Central de Regulação das Urgências (CRU). 2020d. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0633-2020_78203.html. Acesso em: 15 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução COFEN n. 636/2020**, de 3 de abril de 2020. Dispõe sobre a participação dos profissionais de enfermagem, inscritos no Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, na Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19), instituída pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. 2020e. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-636-2020_78676.html. Acesso em: 10 ago. 2020.

CORREIO BRAZILIENSE. **Enfermeiros: Conheça heróis por trás da máscara no combate à covid-19.** 2020. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2020/07/03/interna_cidadesdf,869050/enfermeiros-conheca-herois-por-tras-da-mascara-covid-19.shtml. Acesso em: 12 ago. 2020.

CRUZ, M. P. et al. COVID-19, una emergência de salud pública mundial. **Revista Clínica Española**, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520300928?via%3Dihub>. Acesso em: 22 ago. 2020.

DANN, L. et al. Disappearing act: COVID-19 and paediatric emergency department attendances. **Archives of Disease in Childhood**, 2020. Disponível em: <<https://adc.bmj.com/content/105/8/810.full>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

DONG, Liying; HU, Shasha; GAO, Jianjun. Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Drug Discoveries & Therapeutics**, v. 14, n. 1, p. 58-60, 2020.

FERREIRA, C. F. et al. **Pandemias em um mundo globalizado: desafios para o acesso universal à saúde.** 2020. Disponível em: <https://silo.tips/download/12-pandemias-em-um-mundo-globalizado-desafios-para-o-acesso-universal-a-saude>. Acesso em: 1 ago. 2020.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P. de. Os apelos da enfermagem nos meios de comunicação em tempos de coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. 1-7, 2020.

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de Covid 19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020119, 2020.

GAUTRET, P. et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. **International Journal of Antimicrobial Agents**, p. 105949, 2020.

GOMES, J. Enfermeiros: os heróis sem capa que combatem o coronavírus no Brasil. **Biblioteca Virtual de Enfermagem** 2020. Disponível em:

- <http://biblioteca.cofen.gov.br/enfermeiros-os-herois-sem-capa-que-combatem-o-coronavirus-no-brasil/>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- ISER, B. P. M. et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020233, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n3/e2020233/>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- ISIDORI, A. M. et al. COVID-19 infection and glucocorticoids: update from the Italian Society of Endocrinology Expert Opinion on steroid replacement in adrenal insufficiency. **Journal of Endocrinological Investigation**, p. 1, 2020.
- JACKSON, D. et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 13, p. 2041-2043, 2020.
- KELLENI, M. Nitazoxanide/Azithromycin combination for COVID-19: A suggested new protocol for COVID-19 early management. **Peprints**, p. 2020040432, 2020.
- KESHTKAR-JAHROMI, M. e BAVARI, S. A call for randomized controlled trials to test the efficacy of chloroquine and hydroxychloroquine as therapeutics against novel coronavirus disease (COVID-19). **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 102, n. 5, p. 932, 2020.
- KHOURI, N. D. M. A. A. et al. Revisão narrativa: metodologias de adaptação e validação de instrumentos psicológicos. **Revista Eixo**, v. 8, n. 2, p. 220-229, 2019.
- NASCIMENTO, V. F. et al. Impacto da COVID 19 sob o trabalho da enfermagem brasileira: aspectos epidemiológicos. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1 Esp, p. 24-31, 2020.
- NORRIE, J. D. Remdesivir for COVID-19: challenges of underpowered studies. **The Lancet**, v. 395, n. 10236, p. 1525-1527, 2020.
- OLIVEIRA, E.; MORAIS, A. C. L. N. Covid 19: uma pandemia que alerta à população. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-7, 2020.
- PAWAR, A. Y. Combating devastating COVID-19 by drug repurposing. **International Journal of Antimicrobial Agents**, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162749/pdf/main.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020.
- PEPPERRELL, T. et al. Review of safety and minimum pricing of nitazoxanide for potential treatment of COVID-19. **Journal of Virus Eradication**, v. 6, n. 2, p. 52, 2020.
- PILKINGTON, V.; PEPPERRELL, T.; HILL, A. A review of the safety of favipiravir—a potential treatment in the COVID-19 pandemic? **Journal of Virus Eradication**, v. 6, n. 2, p. 45, 2020.
- RODRIGUES, G. V. B. et al. Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e14985269-e14985269, 2020.
- SCARONI, C.; ARMIGLIATO, M.; CANNAVÒ, S. COVID-19 outbreak and steroids administration: are patients treated for Sars-Cov-2 at risk of adrenal insufficiency? **Journal of Endocrinological Investigation**, p. 1-2, 2020.

SCHMIDT, B. et al. **Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/58>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SILVA JÚNIOR, E. J. da; BALSANELLI, A. P.; NEVES, V. R. O cuidado de si no cotidiano do enfermeiro: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 2-8, 2020.

SILVA, L. A. Revisitando a história da humanidade contada pelos vírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 1, n. 3, p. 41-44, 2020.

SILVA, L. S. et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

SINOMAR. **Coluna Sinomar: super-heróis da linha de frente**. 2020. Disponível em: <https://www.imparcial.com.br/noticias/super-her-is-da-linha-de-frente,34367>
Acesso em: 12 ago. 2020.

SOUZA, L. P. et al. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida?. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, p. 1-13, 2020.

SÁ, D. M. de. Informação e Comunicação. Especial COVID-19: **O Olhar dos Historiadores da Fiocruz: ciência, saúde e doenças emergentes: uma história sem fim**. 2020.

TONIATI, P. et al. Tocilizumab for the treatment of severe COVID-19 pneumonia with hyperinflammatory syndrome and acute respiratory failure: A single center study of 100 patients in Brescia, Italy. **Autoimmunity Reviews**, p. 102568, 2020.

TOURET, F.; LAMBALLERIE, X. Of chloroquine and COVID-19. **Antiviral research**, p. 104762, 2020.

TURSEN, Ü.; TURSEN, B.; LOTTI, T. Cutaneous side-effects of the potential COVID-19 drugs. **Dermatologic Therapy**, p. e13476, 2020.

XU, X. et al. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 117, n. 20, p. 10970-10975, 2020.

YANAI, H. F. A Possible Pharmaceutical Treatment for COVID-19. **Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 10, n. 2, p. 33-34, 2020.

YANG, L. et al. Urgent need to develop evidence-based self-help interventions for mental health of healthcare workers in COVID-19 pandemic. **Psychol med.**, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32340642/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MANEJO E ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

Camila de Oliveira Ribeiro
Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

Introdução

Este estudo foi fomentado através de um interesse marcado por vivência pessoal em atendimento de pacientes em âmbitos de urgência e emergência, e devido a uma expectativa estruturada por situações de extrema intolerância de raciocínio, crises comportamentais vividas por pacientes e profissionais, desestabilização, achaque, ações conflituosas em estagio individual ou coletivo em um contexto de emergências psiquiátricas em sua realidade atual, portanto posso iniciar um avanço de estruturação de estratégias, passíveis de assegurar um maior suporte á demanda em urgências e emergências psiquiátricas (UEP), progredindo e assim propiciando a saúde mental.

Atualmente em âmbito mundial vem existindo uma busca crescente de demandas de pacientes que procuram atendimentos às emergências devido a transtornos psiquiátricos, sendo assim os núcleos de saúde mental somam esforços para ampliar o seu escopo de entendimento sobre este atual cenário de caos.

No Brasil por uma longa historia o atendimento ao doente mental sempre esteve atrelado e centrado aos hospitais, dos quais o tratamento ofertado delimitava-se a internações de longa permanência conservando o paciente distante de seu âmbito familiar e social. Permeando entre os anos de 1970, houve uma modificação nesta estrutura de tratamento, e transformação do modelo asilar que foi extremamente dialogada e instituída por meio de conflitos e conquistas de uma reforma psiquiátrica, que ponto após ponto foi se fortificando com base e dando base as políticas de saúde mental. Em todo o contexto histórico, a desinstitucionalização permeia do campo da saúde mental entre os trabalhadores, familiares e na comunidade em geral. Este movimento inicia uma proposta de um novo desenho de modelo de assistência, tendo como prioridades a interação e a reintegração do paciente em uma comunidade. Nessa ótica os serviços de UEP dentro de hospitais gerais são instituídos como uma estrutura que sustenta os pilares assistenciais desta conjuntura de atenção ao paciente doente mental, instruídos a uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada.

A integração de uma nova política se saúde mental no Brasil, foi baseada nas conjecturas da reforma psiquiátrica, esta integração prevê a crescente transição dos grandes hospitais psiquiátricos por dispositivos psiquiátricos de caráter extra-hospitalar. Estes dispositivos temos como escopo mais concreto os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Ambulatórios especializados em Saúde Mental, Hospitais Dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Residência Terapêutica

Lares Abrigados, atendimento em saúde mental na rede básica de saúde, além de outros que buscam a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania.

A linha de cuidado de enfermagem na UEP é muito conflituosa, portanto sendo assim é necessário a intervenção instantânea de toda uma equipe multiprofissional preparada e capacitada para atuar adequadamente no manejo desta situação, com um único pensamento de evitar um processo prejudicial para a saúde do paciente, objetivando eliminar todo e qualquer risco a vida do próprio e dos terceiros (DEU-BEM CM. 2017).

Para Canabrava (2012) a especialidade de enfermagem em saúde mental vem se transformando e acumulando uma gama de conhecimentos e, em sua grande parte essa história vem associada com o pensamento de que os profissionais da enfermagem estão produzindo e realizando ações em normas antiquadas e muitos apoiados na reflexão de sua própria prática, mesmo com a modificação do perfil do paciente, do avanço da tecnologia e da organização do profissional da enfermagem.

Ao acompanhar a vivência de profissionais de unidades que realizam atendimento em UEP, pude entender claramente a dificuldade de embasamento teórico através de literaturas fidedignas, os profissionais sempre reportando a dificuldade de uma preparação profissional adequada da academia até uma educação continuada.

O interesse em realizar essa pesquisa veio ao encontro das dificuldades obtidas profissionalmente no decorrer da minha assistência de enfermagem ofertada ao paciente psiquiátrico no cotidiano do trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento. Observando a grande dificuldade enfrentada pela equipe de enfermagem em realizar o acolhimento e atendimento ao paciente com diagnósticos psiquiátricos. Ao considerar o paciente como a parte principal e central de todo um processo de cuidado, torna-se de fundamental importância relatar e discutir, todas as ações e aspectos que estão envolvidos para que possamos fomentar um cuidado integral, voltado, para a necessidade de ter um grupo de profissionais preparados e organizados no manejo do paciente com sofrimento mental.

Portanto temos como norte no nosso estudo entender como a equipe de enfermagem está realizando o manejo do paciente nas Urgências e Emergências psiquiátricas. Este estudo tem um objetivo geral de realizar a compreensão de todas as ações e práticas da equipe de enfermagem diante ao paciente em sofrimento mental atendido em unidade de Urgência e Emergência.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Atualmente a vida moderna vem passando por uma mutação, e avaliamos o novo padrão de interação da sociedade está diretamente integrada e ligada às novas tendências biológicas acentuando a predisposição e mental gerando assim uma evolução dos quadros de instabilidade mental classificados como Urgências e Emergências Psiquiátricas.

Ao entrar em consideração das recentes mudanças que foram ocorrendo na assistência em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, quanto à concepção de doença mental, as diversas formas de tratamento e uma inserção de um novo processo de serviço, surge a necessidade de uma reflexão sobre a assistência prestada a este paciente. Portanto incluímos neste serviço, as unidades de atendimento de UEP nas quais cabe a cada profissional assistencial realizar um acolhimento de pessoas com transtornos mentais, destacando a importância de uma prevenção adequada das complicações e identificação dos quadros mais agudos que possam ou não apresentar risco a vida do paciente (STUART, et al., 2011).

Neste processo de pensamento, a UEP se refere a qualquer perturbação do pensamento, sentimentos ou aquelas ações que necessitem de uma intervenção imediata para realizar a proteção do paciente e de terceiros de todo e qualquer risco de vida.

Um comportamento violento e agressivo que acaba sendo exteriorizado pelo paciente, acaba provocando o medo e insegurança das pessoas que circundam esta cena, incluindo toda a equipe de enfermagem que não esteja capacitada para o manejo deste.

As UEP cada dia mais estão se relacionando com as diversificadas crises evolutivas e acidentais inerentes a vivência humana. Portanto o que da característica as

UEP são manifestações de comportamento que são decorrentes de uma situação em que o paciente encontra-se com o seu funcionamento físico, psíquico e emocional prejudicado tornando-o incapaz de assumir sua responsabilidade pessoal.

A estruturação de uma UEP tem uma evolução previsível e a mesma passa por fatores de estresse precipitante até o estado da crise aguda, todo este processo é descrito em 4 fases por Sadock et al. (2018),

- I. fase: Esta fase corresponde ao momento onde o paciente é exposto ao fator de estresse precipitante;
- II. fase: Esta fase corresponde ao momento onde o paciente apresenta um aumento da ansiedade, sentimentos de confusão e desorganização diante da não resolução do estresse precipitante.
- III. fase: Esta fase corresponde ao momento onde os recursos possíveis são mobilizados para tentar a resolubilidade do problema e aliviar o desconforto do paciente;
- IV. fase: Esta fase corresponde ao momento onde todas as funções cognitivas do paciente estão desorganizadas, as emoções mostram-se instáveis e o comportamento pode refletir manifestações psicóticas, quando não se consegue resolver em tentativas anteriores (KANTORSK, et al., 2018).

As UEP segundo Guimarães 2017 é uma situação do pensamento (delírio) ou das ações (atos agressivos) que necessitam de um atendimento imediato. Todas essas alterações são associadas ao risco eminente de morte, como suicídio ou em pacientes com o comportamento violento, ou ainda em uma situação de qualquer alteração mental decorrente do uso de substâncias psicoativas, que a intervenção imediata se torne essencial para a diminuição de sequelas. Assim as UEP são um conjunto de interesses afetivos e práticos contrastantes, na qual todo paciente em crise apresenta apenas etapas e não a totalidade, devendo a equipe de enfermagem levar em consideração todas as possibilidades no momento do manejo (SADOCK, et al., 2017).

Atualmente as UEP estão passando por uma avalanche endêmica, ou seja um aumento na procura da assistência, sendo as razões deste aumento: a crescente incidência de violência, a maior apreciação do papel de doença orgânica em alteração do estado mental, e a epidemia de dependência do álcool e outros transtornos relacionados a substâncias psicoativas. Nesta vertente os gestores de saúde entendem que os serviços de UEP devam ser ampliados para que possam ter em seu escopo de atendimento os pacientes usuários de SPAS, violência da criança e do cônjuge, a violência do suicídio, homicídio, estupro, questão social de moradia, envelhecimento, patologias sindrômicas de imunodeficiência adquirida (BERGK et al., 2011).

Diferença entre urgência e emergência psiquiátrica

A Revista Fleury 2010 foi umas das primeiras literaturas a relatar sobre precisão diagnóstica, e para que esta precisão referida seja alcançada, ocorre a necessidade de que a equipe de enfermagem se aproprie de uma conduta em entender o quadro o mais rápido e auxiliar no controle do quadro clínico de cada um de forma singular. Muito embora minimamente alguns sintomas sejam semelhantes e dificultem a classificação realizada pela equipe a determinação e diferenciação dos quadros deve ser assertiva, há

diferenças entre a urgência e a emergência na área de saúde mental. Portanto nesta etapa do estudo vamos entender quais são os principais aspectos que representam as diferenças que vão auxiliar na conduta da equipe de enfermagem frente as duas condições clínicas.

Emergência Psiquiátrica

A palavra emergência, segundo Aurélio (2020), refere-se a “uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo, e incidente imprevisto”. No mesmo sentido, tem-se ainda a definição do Ministério da Saúde (2014), para o qual “emergência é a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato”.

Especificamente em relação à emergência psiquiátrica é classificada com um distúrbio dos pensamentos, uma postura de desequilíbrio emocional que se caracteriza através de riscos de vida ou sociais graves. Portanto essa condição sugere uma necessidade de intervenção instantânea, imediata e inadiável, com o intuito de tranquilizar a cena e apagar os efeitos do problema instituído.

Diversas situações são classificadas como indícios de emergência psiquiátrica e faz-se necessário uma atenção e cuidado intensivo da equipe de enfermagem. Processos de violência podem envolver uma grande agressividade verbal e física, ideias suicidas, tentativas de suicídio, graves crises depressivas, alucinações, excitação maníaca, autonegligência, automutilação onde todo esse processo o juízo crítico do paciente encontra-se em desarranjo e esses indícios são mais comuns.

As equipes de enfermagem estão passando por uma evolução, onde no dia a dia do trabalho estão em constante questionamento de novas práticas de assistência, o pensamento de emergência é constante e o diagnóstico de atuação destas equipes estão cada dia mais fieis e intenso, trazendo assim o manejo mais adequado para este a condução da Emergência Psiquiátrica - EP.

Urgência Psiquiátrica

A palavra urgência segundo Aurélio (2020) significa uma “ocorrência imprevista com ou sem risco potencial à vida, onde o indivíduo necessita de de uma adequada assistência imediata. Corroborando esse entendimento, o Ministério da Saúde (2014) entende urgência como a “ocorrência imprevista de agravo a saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Ainda que haja um processo similar entre o comportamento dos pacientes que passam por este processo, a situação implica em menores riscos para todos.

As urgências psiquiátricas exigem um grau menos complexo na necessidade de intervenção da equipe de enfermagem, porém ainda exige uma intervenção em curto prazo e geralmente tem um melhor prognóstico. São descritos alguns exemplos comportamentais bizarros, os paciente apresenta quadros agudos de ansiedade, surtos emocionais, choque psicológico até mesmo fobias e síndromes convulsivas. Portanto a intervenção faz-se necessária e a equipe de enfermagem deve estar capacitada para uma intervenção adequada.

EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

A palavra crise vem do grego *krísis* e significa momento de decisão, de mudança

súbita; separar, decidir, julgar. Na Medicina refere-se a um momento decisivo para evolução de uma doença para cura ou para morte.

Segundo os autores do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (2013) nas crises psíquicas, o desarranjo, o desespero, as vozes, visões ou a eclosão psicótica expressam também uma tentativa de cura ou de resolução de problemas e sofrimentos cruciais na vida da pessoa, de um núcleo familiar e comunitário. No manejo das crises de saúde mental os sintomas não devem ser suprimidos, mas sim devem ser acolhidos e suportados, oferecendo suporte adequado.

Todo o processo de crise pode ser caracterizado como uma cena de emergência em que todos que compõe a equipe apresentam uma ou varias dificuldades para resolver um determinado problema. Portando o paciente que esta em crise e sofrimento mental apresenta sinais clínicos como um desequilíbrio emocional no qual não consegue mais lidar com a tal situação que esta incluso, sem que haja qualquer perda ou ameaças de algo significativo.

No dia a dia a equipe de enfermagem encontra varias limitações frente as crises psiquiátricas, essas limitações podem ou não contribuir para que toda a equipe de enfermagem possa desenvolver sentimentos relacionados ao medo, vulnerabilidade e insegurança de realizar as ações necessárias.

Há diversos momentos que podemos caracterizar um processo de UEP, o paciente pode encontrar-se em crises que foram resultados de algum processo patológico, como uma hemorragia cefálica ou até mesmo por uso de substâncias toxicas como álcool e outras drogas, isso podemos classificar como secundário. Foram classificadas diversas UEP correlacionadas á distúrbios mentais, e a esquizofrenia foi citada como principal patologia associada a UEP não excluindo os ataques de pânico e manias depressivas (FERNANDES MA, et al., 2016).

Uma equipe preparada com capacidade de realizar uma abordagem profissional adequadamente é a principal que tem como objetivo de minimizar todos os impactos negativos que possam ser negativos para a vida do paciente. Entre todos os resultados que podem ser classificados como negativos, temos em evidência o sofrimento psíquico que classificamos naturalmente como uma perda parcial da autonomia e um grande comprometimento da função social. Portando a avaliação, capacitação adequada da equipe pode resultar em uma melhora da qualidade de vida do paciente em uma visão pós UEP(HOLANDA GS, et al., 2016).

Mesmo com a evolução das pesquisas, métodos científicos, crescimento profissional e a quebra de todo o paradigma que a saúde mental vem passando nas ultimas décadas, a equipe de enfermagem ainda demonstra um grande medo excessivo em relação ao manejo do paciente em uma UEP. Este fato pode estar associado a todo o processo subjetivo que encontramos no campo da saúde mental, termos que não são de fáceis definições, e paciente que expressão diversas emoções e comportamentos, nos quais podemos classificar como aberrantes, desviantes que possam impactar em riscos para si e para os outros, para Nobre (2012) todo o processo de sensação do medo que os profissionais de saúde sente, impacta no processo de julgamento clínico e pode conduzir a uma assistência com má qualidade e quantidade desnecessária de medicamentos e sedativos associado até mesmo a contenções físicas desnecessária.

A condução de uma UEP tem um processo de relacionamento terapêutico estabelecido entre equipe de enfermagem e o paciente, esse processo vem ao encontro do uso de uma técnica de comunicação terapêutica que envolve o simples fato de ouvir reflexivamente, a equipe bem preparada observa e tenta realizar uma interpretação de todas as mensagens verbais e não verbais. Para que todo o processo de comunicação terapêutica entre paciente e equipe de enfermagem ocorra, a equipe deve ser direta,

honestas, calmas, não ameaçadoras e sempre transmitindo ao paciente durante a UEP a ideia de que todo o ambiente está controlado, portanto agir de forma decisiva com a intenção de proteção do paciente e que não ocorra dano nenhum ao mesmo ou a terceiros, utilizando-se de uma empatia, planejamento, avaliação e intervenção da equipe de enfermagem (GUIMARÃES, et al, 2014).

A produção de um processo intervencionista dentro de uma UEP realizado pela equipe de enfermagem é uma estratégia de um tratamento focalizado, com um simples objetivo de impedir uma progressão e a situação de dano ao paciente e aos demais seres humanos envolvidos. Uma abordagem terapêutica é necessária para a construção de uma avaliação humanizada e singular, isso requer que a equipe de enfermagem tenha uma habilidade para tomadas da melhor conduta, avaliação da situação, bem como gerenciar um apoio ao paciente ouvindo reflexivamente, verbalizando o interesse, fazendo perguntas, informando e transmitindo o desejo de ajuda. Podemos ressaltar que todas as atitudes culturais influenciam na comunicação da equipe com o paciente e o estilo da resposta de cada profissional que atua no momento da UEP, o que reforça a importância da educação continuada e permanente na saúde mental (HOLANDA, et al., 2016).

Todo processo de ação da equipe de enfermagem deve incluir a avaliação dos fatores condicionantes de estresse precipitante, de avaliação do estado mental e físico do paciente no momento da UEP. Após esta avaliação a equipe de enfermagem realiza o planejamento da intervenção e posteriormente uma análise final e resolução da intervenção durante a UEP. Desta forma a melhor abordagem no momento da UEP é a ferramenta do ouvir reflexivo, é neste momento que as pessoas em crises revelam o quanto necessitam de um apoio adequado e de palavras que os levem ao conceito do significado de sua crise assim descobrindo os caminhos para a resolução. (GUIMARÃES, et al., 2014).

Quando a equipe de enfermagem não atinge o objetivo claro que é de conseguir com que o paciente diminua todo o processo de agitação na UEP, e suas manifestações comportamentais exacerbadas e a equipe compreende que o mesmo apresenta riscos para si ou para terceiros, a avaliação necessária de contenção física ou não deve ser realizada o mais rapidamente possível. (BONFADA e GUIMARÃES, 2014).

A abordagem da equipe de enfermagem à pessoa com transtorno mental em situação de uma UEP conforme recomenda Guedes 2013 é de tal importância que, quando realizada com total segurança, qualidade, prontidão ela é capaz de determinar e qualificar a aceitação e adesão do paciente ao tratamento. Essa ação da equipe é classificada como a mais importante tecnologia de um serviço de UEP, por meio desta ação a equipe efetiva uma escuta ativa, onde o profissional expressa o respeito à singularidade de cada um de seus pacientes, ofertando assim respostas adequadas e cuidados de enfermagem resolutivos.

Sendo assim, caber ressaltar que todas as ações de cuidado devem estar articuladas e inseridas no contexto dos demais serviços existentes no sistema local de saúde, de forma a permitir o adequado encaminhamento dos pacientes para outros serviços competentes após o manejo adequado da UEP. Este modo de atenção realizada pela equipe de enfermagem promove o acolhimento e colabora no estabelecimento de uma estreita relação de confiança do usuário com a equipe de enfermagem (GUEDES, 2013).

MANEJO DO PACIENTE DURANTE UMA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA

O paciente durante um sofrimento mental pode apresentar alterações que o induzem a comportamentos agressivos. Esses comportamentos agressivos podem apresentar um importante desafio para a equipe de enfermagem e está presente na apresentação de diversos quadros clínicos psiquiátricos, bem como em condições que são causadas por alterações orgânicas.

Quando o paciente apresenta em seu senso classificado como comum, todos os transtornos mentais são frequentemente relacionados à violência. No entanto, a maioria dos pacientes que necessitam de atendimento nos serviços de saúde mental não são violentos (ROCCA et al, 2006).

O processo de agressão pode ser classificado e definido como um ato o paciente tem intencionalidade de realizar seja ela física ou mental (ROCCA et al., 2006). A equipe de enfermagem deve estar capacitada para entender e classificar diferenciando essa agressão de um processo de agitação psicomotora, que é caracterizada por uma atividade motora e cognitiva excessiva, na qual o paciente em sua grande parte se apresenta como improdutiva decorrente de tensões internas. Essa agitação psicomotora muito embora possa evoluir para um processo de agressão, nem sempre será relacionada a tal comportamento.

A equipe de enfermagem deve ter um cuidado com pacientes com comportamentos de auto ou heteroagressão, essa assistência é desafiadora e frequentemente acompanhada por conflitos éticos entre a autonomia, a integridade física e mental dos pacientes e a necessidade de evitar maiores danos a vida de todos envolvidos (BERGK et al, 2011). Desta forma a equipe de enfermagem deve estar capacitada para avaliar e aplicar as medidas adequadas proporcionalmente a cada risco apresentado ao paciente e a terceiros.

Equipe de enfermagem reconhecendo os riscos

O paciente no seu dia a dia irá apresentar alguns sinais que a equipe de enfermagem considera como indícios de agressividades, ou seja, esses indícios podem sinalizar o acontecimento de um cenário agressivo. Estes sinais são: paciente com agitação motora, violência dirigida a objetos, dentição e punhos serrados, afeto desafiador, discussões, afeto desafiador e hostil bem como alterações no exame do estado mental, ou seja, sintomas psiquiátricos (como, exemplo. Pensamentos desorganizados, baixa tolerância, frustração e persecutoriedade) (QUEVEDO e TOWNSEND et al, 2013).

Para QUEVEDO 2013 embora a agitação psicomotora seja considerada com um grave indicio do inicio do comportamento agressivo , a equipe de enfermagem não pode confundi-la com a agressividade e isso não irá justificar o uso de intervenções de enfermagem restritivas e coercitivas. Na avaliação do paciente devem ser considerados alguns sinais, sintomas e informações que vão descrever se este possui ou não algum tipo de alteração clínica seja ela doença crônica, intoxicação ou abstinência, processos estes que vão necessitar de uma intervenção especifica da equipe de enfermagem.

A equipe de enfermagem deve ter um cuidado com pacientes com comportamentos de auto ou heteroagressão, essa assistência é desafiadora e frequentemente acompanhada por conflitos éticos entre a autonomia, a integridade física e mental dos pacientes e a necessidade de evitar maiores danos a vida de todos envolvidos (BERGK et al, 2011). Desta forma a equipe de enfermagem deve estar capacitada para

avaliar e aplicar as medidas adequadas proporcionalmente a cada risco apresentado ao paciente e a terceiros.

Papel da equipe de enfermagem e do ambiente no manejo das urgências e emergências em saúde mental

A pesquisa realizada por Mantovani et al. 2010 encontrou evidências científicas que recomendam que métodos menos coercitivos para um manejo de comportamento em urgência e emergência psiquiátrica é o mais adequado. Deste modo, deve haver uma melhoria na qualidade do investimento em prevenção, preparo qualificado da equipe de enfermagem e um adequado ambiente de intervenção e manejo precoce sem que haja métodos coercitivos.

A equipe de enfermagem deve utilizar de métodos como observação, avaliação do paciente, do ambiente, gestão de risco como elementos fundamentais para a prevenção do comportamento agressivo. Quando a equipe de enfermagem e o ambiente estão devidamente preparados para a recepção de pacientes com risco de alterações psicomotoras, o controle da agressividade e a prevenção de danos a todos envolvidos tendem a ser mais efetiva.

A equipe de enfermagem deve sempre prezar pela segurança do paciente e do ambiente. O local do atendimento da urgência e emergência deve ofertar uma privacidade, sempre ser de fácil acesso para a equipe de enfermagem e apresentar segurança. É necessário que tenha uma estrutura física adequada, ter a indisponibilidade de objetos potencialmente perigosos, disponibilidade de medicamentos e equipamentos para realização de procedimentos como contenção e manutenção dos sinais vitais (MANTOVANI et al., 2010).

Realizar uma estruturação e uma adequada gestão do ambiente com ênfase na redução ou prevenção dos riscos ao paciente durante uma UEP, envolve do conforto adequado do paciente, controle de luminosidade e ruídos, temperatura e acolhimento. Sempre prevenindo estímulos e movimentos excessivos da equipe de enfermagem (WRIGHT et al, 2011).

Toda equipe de enfermagem que atua em unidade de atendimento ao paciente em sofrimento mental deve receber educação continuada e ter a disposição protocolos e rotinas atualizados para facilitar um adequado manejo e acolhimento coeso em uma UEP. Além disso estar propiciando discussões de equipe periodicamente para atualização dos casos complexos (MANTOVANI et al, 2010).

A principal atividade da equipe de enfermagem que possa apresentar resultado a curto prazo em uma UEP é a intervenção rápida para impedir o processo de progressão do uso de violência apresentado pelo paciente, onde a equipe pode ofertar o máximo de segurança para o paciente e terceiros, realizando ações intervencionistas menos invasivas e coercitivas possível (ROCCA et al, 2006).

Manejo comportamental e atitudinal

Tendo em vista que na grande maioria dos atendimentos equipe de enfermagem em uma UEP, o comportamento agressivo e violento é decorrente de alguma condição clínica subjacente, portanto a equipe de enfermagem ao encarar a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado como sinal de sofrimento psíquico evita com que esta equipe entenda a UEP como ameaçadora ou se sinta coagida pelo paciente. Isso permite que o profissional tenha um manejo atitudinal e adote ações

empáticas, acolhedoras, o que na verdade facilita no contato com o paciente e o consequente controle da UEP. O objetivo de estabelecer um relacionamento entre a equipe e o paciente mais próximo possível, e construção de respeito e confiança no qual o paciente entenda e sinta-se acolhido e o seu sofrimento na UEP seja reconhecido, levando a um estabelecimento do esforço mútuo no sentido de controlar a cena (ROCCA et al, 2006).

No manejo atitudinal das UEP, é preciso que toda a equipe de enfermagem mantenha uma postura vigilante e em prontidão para uma ação sempre evitando movimentos bruscos, respeitado o espaço físico do paciente, evitando confrontos diretos, apresentando linguagem não verbal adequada, reduzindo assim os estímulos, afastando fatores avaliados como estressores e desestabilizadores emocionais.

No manejo comportamental e atitudinal deve ser traçado limites claros quanto aos riscos de agressão física e as regras para um atendimento das UEP, isso ofertando ações que não envolvam ameaças ou humilhações. É muito importante que a equipe de enfermagem tenha em mente que este não é o momento mais apropriado para realizar confrontos. O paciente sempre deve ser estimulado a expressar seus sentimentos em palavras e a equipe deve reforçar a capacidade de autocontrole. O manejo verbal vai complementar sempre o manejo atitudinal, ele pode ser realizado para reduzir a agressividade e agitação do paciente (MARCOLAN et al, 2013).

Manejo por contenção

Todo o processo de contenção consiste em uma utilização de meios físicos ou farmacológicos para realizar o impedimento comportamental destrutivo do paciente (PERKINS et al, 2012). Para BERGK 2011 existem várias diferenças nas definições de quando utilizar ou não a contenção química ou física, apresentando divergências nos requisitos legais. Ademais, parece haver pouco conhecimento empírico sobre as justificativas para as diferenças entre os países na utilização de medidas de contenção

Todo o processo de emprego de isolamento e restrições químicas ou mecânicas são práticas ainda comuns, porém extremamente controversas no âmbito da psiquiatria, tendo em vista um uso macio e desnecessário pela equipe de enfermagem em um caráter coercitivo/punitivo, este fato sempre acompanha a história da abordagem das UEP.

Quando a equipe de enfermagem pensa além do respeito à dignidade do paciente e aos direitos civis do mesmo, esta prática se liga a claras evidências científicas associada as ocorrências de graves efeitos colaterais e até mesmo óbito do paciente (BERGK et al., 2011). Portanto, Villari (2006) recomenda que todos os métodos menos coercitivos para realizar o manejo do paciente nas UEP tais como um adequado reconhecimento precoce do início de agressividade, manejo atitudinal, controle de ambiente, educação continuada da equipe de enfermagem, estabelecimento de protocolos de atendimentos e rotinas tornam assim o manejo das UEP mais coesas e organizadas assim como já abordados anteriormente.

Manejo por contenção física

O processo de contenção física envolve técnicas para restringir os movimentos corporais do paciente e evitar comportamentos destrutivos durante as UEP. Trata-se de uma intervenção coercitiva usualmente permitidas somente quando há uma justificativa pelo risco apresentado no momento da intervenção da equipe de enfermagem (PERKINS

et al, 2012). Tem como objetivo único e exclusivo de realizar o controle do comportamento do paciente para preservar a sua própria segurança e da integridade da equipe de enfermagem (ROCCA et al, 2006), portanto classificamos em nosso estudo como uma intervenção de segurança e não como recurso terapêutico.

Segundo a Resolução do COFEN Nº 427 de 2012 a contenção física somente deverá ser empregada quando for o único recurso disponível para garantir a integridade física do paciente em crise e dos profissionais que estão prestando o cuidado, e a mesma deve ser prolongada além do tempo necessário para o controle da situação.

Quando a equipe de enfermagem vai operacionalizar a contenção física durante a UEP, os protocolos sugerem um mínimo de cinco membros, sempre avaliando a presença de um líder. Antes de todo o procedimento de contenção este líder deverá definir os papéis de cada membro da equipe de enfermagem e, no ato da intervenção o líder define o momento correto do início do procedimento e coordena toda a equipe (MARCOLAN et al, 2013). Esta intervenção deve ser mantida o mínimo de tempo possível e que o paciente deva ser acompanhando e avaliado por uma equipe multiprofissional e monitorado a cada 15 minutos durante toda a contenção.

Mantovano (2010) refere que as contenções classicamente podem ter efeitos físicos e psicológicos deletérios sobre os pacientes e toda a equipe de enfermagem. O processo de contenção pode expor o paciente ao grave risco de um impacto psicológico significativo e apresentar complicações clínicas, tais como a redução de sua perfusão tecidual de extremidades, embolia pulmonar, risco de aspiração, asfixia e fraturas (BAK et al, 2012).

Dessa forma a contenção é reconhecida como último recurso para realizar o controle do comportamento do paciente em agitação psicomotora durante a UEP, reduzindo assim os riscos de violências e danos, quando outras opções não forem efetivas. Essa é uma técnica que, embora seja disseminada, não é terapêutica, é extremamente controversa e pouco avaliada por investigações metodologicamente apropriadas (ARAUJO et al., 2010).

Portanto no manejo das UEP onde o paciente apresenta alterações comportamentais como agitação psicomotora, encontramos desafios éticos, operacionais e contextuais. Deparamos com uma singularidade de cada caso, onde avaliação da equipe de enfermagem frente a estas cenas cria uma análise crítica e inviabiliza uma institucionalização de práticas únicas ou técnicas protocolares pratica de enfermagem correta. A educação permanente e a discussão de casos são necessárias para manter a evolução e o manejo da equipe de enfermagem.

Contenção química

A contenção química nada mais é do que uma sedação do paciente durante uma UEP, uma sedação plena já foi considerada em outros estudos como objetivo principal no manejo do paciente em agitação psicomotora. Nos estudos atuais encontramos a consideração de que a sedação excessiva é um efeito não esperado durante o manejo do paciente em sofrimento mental, esta sedação interfere na avaliação da equipe multiprofissional (MILLER DD et al, 2004).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (2013), os principais medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central e são utilizados na Atenção Primária a Saúde pertencem a 4 classes:

- I. Antipsicóticos ou Neurolépticos que agem bloqueando a transmissão de dopamina no cérebro e gerando efeito motor de contenção. Ex: Clorpromazina e Levomepromazina;
- II. Benzodiazepínicos que agem ativando o sistema Gaba, que é um sistema inibitório da função neuronal. Daí seus efeitos sedativos, relaxantes musculares e mesmo anticonvulsivantes. Ex: Diazepam e Clonazepam;
- III. “Antidepressivos” que agem regulando alterações importantes e persistentes de humor. Ex: Amitriptilia e Fluoxetina;
- IV. “Estabilizadores de humor” que agem evitando os ciclos de elevações e depressões patológicas do humor, características nos transtornos bipolares. Ex: Carbonato de Lítio e Ácido Valpróico.

Portanto, o principal objetivo do uso de medicação é de tranquilizar o paciente o mais rapidamente possível, assim podendo reduzir os riscos de auto e heteroagressividade. Esse tipo de manejo é realizado através de prescrição médica e nunca deve ser realizada única e exclusivamente como método restritivo e de punição. A equipe de enfermagem segue o direcionamento de acompanhamento de avaliação de sinais vitais a cada 15 minutos durante a contenção química obtendo a redução significativa dos sintomas de agitação e agressividade sem a indução de sedação mais profunda ou prolongada, mantendo-se o paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo (MCALISTER et al, 2002).

Considerações Finais

A realização deste estudo foi desafiador e mostrou que quanto maior for a experiência da equipe de enfermagem, os processos de manejo do paciente nas urgências e emergências psiquiátricas serão minimizados, diminuindo a chance de ocorrência de atos violentos. Buscar realizar a adequação do comportamento da equipe de enfermagem neste manejo da UEP torna-se fundamental para uma prevenção de agressão física ou danos materiais.

Nas situações de UEP em que o paciente apresenta alterações psicomotoras do estilo agressividade e a equipe não consegue realizar o manejo adequado, encontramos o entendimento de que é fundamental que todos os membros envolvidos no processo do manejo da situação possam avaliar conjuntamente cada decisão tomada, cada abordagem, cada procedimento instituído. Portanto o passo inicial de uma avaliação adequada da equipe de enfermagem é permitir que todos os envolvidos inclusive o paciente, expressem seus sentimentos com relação ao ocorrido e que compreendam que a UEP é claramente decorrente de uma sintomatologia que o paciente apresenta, e que os profissionais evitem que essa experiência possa vir a influenciar de maneira negativa nas situações semelhantes.

Ao realizar uma análise de cada ação e manejo de UEP, é necessário que a equipe de enfermagem busque identificar eventuais erros para que ocorra a possibilidade de um aprimoramento das ações de enfermagem no manejo de uma situação no futuro. No entanto, para que aconteça um efeito de aprendizado com a experiência de fato, toda a abordagem da equipe de enfermagem deve ser feita em uma maneira cuidadosa acolhedora e isenta de caráter coercitivo e punitivo.

O cuidado realizado pela equipe de enfermagem em uma UEP é muito complexo e desafiador. As UEP podem ocorrer em todos os contextos da assistência, portanto possuem uma diversidade nas suas apresentações clínicas, complexidades, bem como, em sua evolução.

Todos os cuidados em UEP envolvem em seu escopo ações que são diretamente voltadas para o preparo do atendimento, avaliação, detecção e a intervenção precoce dos sintomas e comportamentos durante o manejo da UEP. A equipe de enfermagem deve sempre estar coesa, reparada para que este atendimento seja consistente, humanizado e holístico. Portanto, finalizamos com o pensamento de que faz-se necessário a reflexão e avaliação constante das ações e condutas adotadas frente as intercorrências, resultados, sentimentos relacionados, alternativas de aprimoramento do cuidado ofertado pela equipe de enfermagem no manejo das urgências e emergências psiquiátricas.

Cada paciente tem em seu comportamento características que os torna único e imprevisível, portanto, não é possível que a equipe de enfermagem possa prever o comportamento agressivo e este é um sinal de risco eminente. Entretanto, a equipe de enfermagem pode estar capacitada e realizar uma avaliação do histórico funcional do paciente e de todo seu atual estado, onde estima-se o risco do comportamento agressivo e quando ele irá se manifestar. Deste modo, esse processo requer que a equipe de enfermagem tenha uma atuação imediata pois este estudo avaliou que a tensão entre a observância de todos os princípios éticos, como a autonomia, beneficência, não maleficência e confidencialidade entre equipe e paciente.

Este estudo vislumbra uma evolução técnica e nos leva a um único pensamento, o de que devemos fomentar estudos que tragam para evolução da enfermagem na especialidade de saúde mental, a quebra de paradigmas e um aumento da educação permanente profissional.

Referências

- ARAÚJO, E. M. MARTINS, E.S.; ADAMS, C.E. COUTINHO, E.S.F.; HUF, G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 2, p. 94-98, 2010.
- BERGK, J.; EINSIEDLER, B.; FLAMMER, E.; STEINERT, T. A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric Services*, Washington, v. 62, n. 11, p. 1310-1317, 2011.
- CANABRAVA DS, C.F.S- Prevenção do suicídio: Estratégias de Abordagem aplicadas no município de Campinas – SP. Tese de Doutorado apresentada a Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2012.
- BAK J, BRANDT-CHRISTENSEN M, SESTOFT DM, ZOFFMANN V. Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? - A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* v. 48, n.2, p.83–94, 2012.
- BONFADA D, N. Prevenção do suicídio. *Debates. Psiquiatria Hoje. Associação brasileira de psiquiatria*, v. 2, n.1, p. 11-12, 2012.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 427/ 2012 [normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes]. Brasília/DF, 07 de maio de 2012.
- DEU-BEM.; WRIGHT, K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times*, London, v. 107, n. 9, p. 22-25, Mars 2017.

- FLEURY, M.T., FLEURY, A espectrometria de massas, um método diagnóstico de alta precisão. **Revista médica**. V.44, n.1, 2010.
- GUIMARAES S.E. BRUCE, M.L.; TEN HAVE, T.; ALEXOPOULOS, G.S.; MULSANT, B.H.; REYNOLDS, C.F.; COHEN, A. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, London, v. 48, p. 59-69, Jan. 2014.
- HOLANDAS GS BERENDS, L.; KENNY, P.; SWAN A.; JENNER, L.; HUNTER, B.; MUGAVIN, J. **Alcohol and Other Drug Withdrawal: Practice Guidelines**, 2nd ed. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2016.
- KANTORSKI, L.P. et.al. Serviço de atenção diária de saúde mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. **Rev. Saúde URCAMP**, v.4,n.1, p.74-82, Jan-Jun, 2018.
- GUEDES MVC, M.; BERENDS, L.; KENNY, P.; SWAN A.; JENNER, L.; HUNTER, B.; MUGAVIN, J. **Alcohol and Other Drug Withdrawal: Practice Guidelines**, 2nd ed. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2014.
- MARCOLAN, J.F. **Técnica Terapêutica da Contenção Física**. 1 ed. São Paulo: Roca, 2013.
- MACALISTER, S. A. et al. **Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES)**. *General Hospital Psychiatry*, v. 36, n. 1, p. 113-118, 2012.
- MANTOVANI, C.; MIGON, M. N.; ALHEIRA, V. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, s. 2, p. 96-103, 2011.
- MILLER DD, FURLAN PM, D'ELIA A, D'ONOFRIO MR, LEGGERO P, PUNZO F, VIDINI N, VILLARI V. Emergency psychiatry: a review of the literature. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 374, s1, p.1-51, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica Saúde Mental**. Brasília/DF, nº 34, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 354, de 10 de Março de 2014. [Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas Para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”]. **Diário Oficial da União**, Brasília, D. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html, acessado em 15/11/2020.
- PERKINS E, PROSSER H, RILEY D, WHITTINGTON R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? **International Journal of Law and Psychiatry**, 2012; 35 (1) 43–49.
- PICAZO-ZAPPINO, J. Suicide among children and adolescents: a review. **Actas Españolas de Psiquiatria**, 42(3): p. 125-32. 2012.
- QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Emergências Psiquiátricas. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.; 21. REGISTRED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) **Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour**. 2013.
- ROCCA, P.; VILLARI, V.; BOGETTO, F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 586-598, June 2006.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria:** ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

STUART GW, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. **Journal of Affective Disorders.** 2012; 139(3):205-16. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.024.

WRIGHT, K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? **Nursing Times,** London, v. 107, n. 9, p. 22-25, Mars 2011.

SAÚDE MENTAL DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Beatriz Andrade de Almeida
Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

Introdução

Com o aumento dos diversos tipos de tecnologias e o crescimento do capitalismo, as atividades laborais passaram a exigir maior qualificação e maior produtividade o que contribui para um desgaste físico e mental do trabalhador (SANTOS et al., 2017; WORM et al., 2016).

No ambiente hospitalar o enfermeiro e sua equipe trabalham prestando uma assistência de alta complexidade, com alta rotatividade de pacientes, distintas patologias e procedimentos. Prezam a reabilitação da saúde do indivíduo utilizando-se de equipamentos e buscando sempre estar capacitados. Porém, cabe salientar que muitas vezes faltam certos recursos a esses profissionais, pois, possui por objetivo cumprir metas, aumentar a produtividade dos serviços e dos lucros enquanto instituição financeira (FERREIRA; MEDEIROS; CARVALHO, 2017).

Com isso, fica evidente que o profissional apresenta dificuldades para se adaptar as mudanças na gestão e as exigências do trabalho, acarretando angústia, tédio, desprazer e incertezas, o que culmina prejudicando sua qualidade de vida e dos serviços prestados (SANTANA et al, 2016).

Outro fator é que no meio hospitalar o profissional de saúde lida diariamente com o paciente e seus familiares convivendo com sentimento de dor, morte e muita tensão emocional, o que podemos inferir que essas atividades realizadas, causam sofrimento desagradáveis tornando os mais fragilizados frente aos diversos riscos ocupacionais (MACHADO et al., 2014; REZENDE et al., 2015).

A fadiga é uns dos primeiros sinais perceptível de esgotamento físico e mental, é identificada pelo organismo como um alarme que necessita de mudança na rotina e descanso, é reconhecida por alterações físicas como algias generalizadas (termo técnico da saúde que significa dores pelo corpo), esgotamento mental, tristeza, ansiedade e frustração (SILVA et al., 2016).

Estudo realizado em ambiente hospitalar demonstrou um alto número de profissionais suspeitos de transtornos mentais destacando-se os profissionais de enfermagem identificando o estresse como o principal fator (RODRIGUES et al., 2014). Frente a isso, o presente estudo tem como objetivo analisar o nível de saúde mental do enfermeiro na urgência e emergência e expor estratégias que visam minimizar o sofrimento do enfermeiro e da sua equipe.

Esta pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, descritiva exploratória, em publicações nas bases de dados SciELO durante o período temporal de (2014 a 2018), com o propósito de ampliar os conhecimentos com relação a saúde mental vivenciada pelo enfermeiro no setor hospitalar de urgência e emergência.

Urgência e emergência: sofrimento mental do enfermeiro

Conforme a Portaria Nº 354, de 10 de março de 2014, que trata de Resolução de "*Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência*", referenda que o termo emergência é a constatação de situações de agravo a saúde, implicando no sofrer intenso ou risco iminente de morte, estabelecendo que a equipe de saúde realize tratamento imediato. Já a urgência é considerada um a ocorrência inesperada de agravo a saúde com ou sem o risco potencial a vida, porém o indivíduo também necessita de atenção imediata (BRASIL, 2014).

Sendo assim, a urgência e emergência hospitalar disponibiliza atendimento imediato de alta complexidade a pacientes com risco eminente de morte buscando a reversão de agravos e recuperação da saúde (ACOSTA; LIMA, 2015).

Em alguns setores as situações são mais críticas como na (Unidade de Terapia intensiva-UTI; Centro Cirúrgico-CC e Pronto Socorro-PS) pois lidam com a vida e a morte a todo momento, trabalham com alta demanda e possuem maior complexidade, sendo um ambiente vulnerável aos riscos ocupacionais, riscos químicos (medicamentos), físicos (estrutura), biológicos (micro-organismo), psicossocial (estresse) e ergonômico (excesso de peso). Serviços desenvolvidos nesses setores apresentam uma intensa rotina dos cuidados juntamente a alta complexidade faz com que o enfermeiro seja submetido a um estresse prolongado, podendo ocasionar até erro a segurança do paciente e uma má assistência prestada (SOUZA; JÚNIOR; MIRANDA, 2017; AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017; NAZARIO; CAMPONOGARA; DIAS, 2017).

Desse modo, é importante ressaltar que a saúde do trabalhador é acometida por agravos sendo considerados multifatoriais, estando relacionados a fatores patogênicos e como o trabalhador reage aos estressores ao longo da vida (MACHADO et al., 2014).

O enfermeiro é pontualmente acometido pois se envolve com o sofrimento do paciente participando de todo processo desgastante e cansativo, tendo que demonstrar mecanismo de defesa mesmo sendo de forma inconsciente buscando não deixar o sofrimento do outro afeta sua saúde mental e física, porém não são todos que consegue usar desse mecanismo deixando notável as alterações mentais (FARIAS, 2014).

Assim, as condições de trabalhos vivenciadas pelos enfermeiros impactam de forma negativa em sua saúde e são refletidas em alterações osteomusculares, respiratória e cardiovasculares. Alterações no sono, o ganho de peso, pouca atividade física e transtornos mentais também predomina nesses profissionais (GUERRA et al., 2016; RODRIGUES et al., 2014).

A enfermagem se empenha em observar o ser humano sendo necessário possuir um conhecimento científico teórico o que irá auxiliá-lo na prática. Porém é salutar ressaltar que as condições que os enfermeiros vivenciam durante o trabalho ocasionam um desgaste físico e emocional. As más condições de trabalho contribuem para que haja um sofrimento, tornando-o frágil, o que ao longo do tempo ocasionará um risco a sua saúde (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015).

A doença mental resultante do excesso de atividades trabalhistas aliada ao emocional gerado pelo ambiente de trabalho e as condições para executá-las, devem ter como foco a saúde do trabalhador, pois, os sentimentos desenvolvidos podem afetar diretamente seu trabalho como o estresse e a depressão comprometendo as atividades em exercício. Sendo assim é importante evocar a atenção dos gestores, supervisores, gerentes para à atenção à saúde desses trabalhadores, uma vez que os mesmos, em sua grande maioria já estão com desgaste mental e acabam não dando a devida importância, bem como, ao decorrer dos dias acabam por comprometerem a assistência ao doente, podendo

este quadro evoluir para uma ocorrência mais grave do estado emocional e de saúde do profissional da saúde (KNUTH et al., 2015; CORDEIRO; ARAÚJO, 2017).

Devido as pressões psicológicas que os enfermeiros e sua equipe enfrentam em decorrência da quantidade de serviços a serem desenvolvidos, o pouco espaço de tempo para realizá-los, a deficiência de profissionais, entre outros, faz com que apresentem sintomas psíquicos menores como ansiedade, depressão e somatização o que acaba por proporcionar maiores chances na redução da capacidade de envolvimento no trabalho, podendo resultar em insatisfação ocasionando um desgaste físico e mental (PAI et al., 2015).

Fatores de sofrimento psíquico: a enfermagem na urgência e emergência

Atualmente as mudanças nos processos de trabalho vem sofrendo, tanto em nível de produção quanto de organização, o que têm acarretado dos profissionais, um empreendimento maior, devido uma maior exigência na qualidade da assistência prestada e, portanto, ocorrendo a necessidade de incrementar novas habilidades por parte do trabalhador nos mais diferentes setores (SILVA et al, 2015).

Podemos inicialmente nos referirmos sobre o estresse que popularmente se tornou conhecido como o “mal-do-século”, tornando-se um problema de saúde pública pela sua complexidade e por apresentar-se de forma negativa na vida dos trabalhadores, sendo propagado com destaque nos diversos meios de comunicação. O estresse contínuo ligado ao trabalho torna-se um fator desencadeante para possíveis transtornos mentais como a depressão e outras patologias como diabetes, distúrbio do sono, síndrome de Burnout (OLIVEIRA et al., 2014; TAVARES; SOUZA; SILVA, 2014).

A síndrome de Burnout (SB) é uma doença onde há um longo período de exposição ao estresse crônico junto a sobrecarga de trabalho intenso de natureza física e mental. Essa patologia pode causar ao trabalhador problemas na relação com o trabalho, pacientes e colegas, apresentando insatisfação no ambiente de trabalho (SILVA et al., 2015; OLIVEIRA; VILELA 2017). Burnout tem como significado “queimar-se” ou “consumir-se” sendo caracterizado pela soma de vários sintomas identificados pelos profissionais que se queixam de esgotamento físico, mental, irritabilidade, falta de motivação para trabalhar e desvalorização (TAVARES; SOUZA; SILVA, 2014).

De acordo com Pereira (2014), a Síndrome de Burnout se apresenta de diversas formas, dentre elas:

- **Física** – caracterizada por fadiga continua, dores musculares, distúrbio do sono, cefaleias, perturbações gastrointestinais, alterações respiratórias; transtornos cardiovasculares e disfunções sexuais

- **Psíquica** - falta de atenção, lentidão do pensamento alterações da memória, baixa autoestima, paranoia, ansiedade, frustração; sentimento de solidão e impotência; astenia (perda ou diminuição da força física), desânimo, depressão; dificuldade de auto aceitação e baixa estima.

- **Comportamental** -o profissional apresenta-se negligente no trabalho, irritabilidade, dificuldade para relaxar, comportamento de auto risco, suicídio; aumento do consumo de substâncias: como bebidas alcoólicas ou mesmo o cafezinho.

- **Defensiva** – o profissional tende a querer ficar em isolamento, sentimento de impotência, perda do interesse pelo trabalho ou lazer, intenção de abandonar o trabalho e ironia e cinismo.

É preciso conhecer Burnout em sua mais ampla essência quando se pretende realizar medidas de prevenção e tratamento, para que não haja distorções em seu entendimento como acontece referindo-se como estresse quando que na verdade é um

estresse crônico, nesse sentido é importante vincular esses termos com a prática conforme cada cenário organizacional (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2016).

Silva et al, (2015) aponta que o esgotamento emocional é um fator de relevância que leva ao comprometimento da qualidade de saúde e de vida, ao desgaste emocional, o enfermeiro está exposto à realidade com recursos insuficiente e o sofrimento do próximo que aliado as características individuais de cada profissional dá início ao processo de estresse, e conseqüentemente resultando no desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

É importante destacar preocupação com as condições de trabalho da enfermagem em hospitais, os enfermeiros junto da equipe de enfermagem, devem participar da identificação dos problemas existentes e assim reconhecer os agentes estressores da profissão. Pois, as conseqüências de Burnout é identificada a partir de fatores dentro do ambiente de trabalho relacionado a fatores laborais sendo o enfermeiro um profissional predisposto a um maior risco para o seu desenvolvimento, devido as demandas diárias e a resolutividades de problemas do setor acarretando no acúmulo de atividades de sua competência (HOLMES, FARIAS E HOLMES, 2014).

As situações de trabalho vivenciadas pelo enfermeiro como o cuidado com enfermos, o manuseio de produtos químicos, fatores ergonômicos, sociais, a sobrecarga de serviço, carga horária superior a 40 horas semanais, trabalho aos finais de semana, sujeita esse profissional a doenças e risco de acidentes durante o trabalho, por isso é de grande relevância a promoção e prevenção da Síndrome de Burnout (SILVA et al, 2016).

Quando os sintomas de estresse e a alteração de humor aumenta e perdura por muito tempo é caracterizada como depressão, a pessoa que passa por esse transtorno enxerga o mundo e realidade de forma diferente. Os profissionais de enfermagem estão entre os mais vulneráveis a desenvolver um problema de saúde mental como a depressão e um risco ao suicídio, pois lidam com o sofrimento humano diariamente (ESPÍNOLA, 2014; SILVA et al, 2015).

Os sintomas depressivos estão em destaque desde a antiguidade (500 a.C-100 d.C), sendo conhecida como melancolia apresentando os sintomas de falta de apetite, tristeza e desejo de morte. Com o passar do tempo e o avanço da ciência evidenciou-se que melancolia é um subtipo de depressão (DUALIB; SILVA; JUBARA, 2015).

A correlação entre o risco ao suicídio e auto realização demonstra que quanto menos sucesso o enfermeiro ter na sua profissão maiores serão as respostas negativas para si próprio e para o ambiente de trabalho, sintomas como irritabilidade, baixa produtividade, baixa autoestima, falta de apetite, redução por interesse sexual, distanciar-se de relação interpessoal com colegas e depressão agregaram para um risco ao suicídio, em períodos de fragilidade emocional e psicológica. Dessa forma, ocorre uma maior predisposição para o comportamento suicida, seguido por sentimento de onipotência, vitimização existencial, fracasso por alguma situação vivenciada em decorrência de quadros depressivos que levam a arquitetar um ato suicida (SILVA, 2015).

Em 2016 no Brasil 7500 trabalhadores foram afastados dos empregos sendo que 75% não aderem ao tratamento por não saber que estão com depressão e os que sabem se negam a buscar ajuda de um profissional da área da saúde mental, como psiquiatra ou psicólogo, devido o preconceito existente tanto por parte do indivíduo quanto da sociedade. Através de estudos identificou-se que a atividade ocupacional desenvolvida pelo enfermeiro no setor de urgência e emergência é a quarta profissão mais estressante do setor público pelo fator de haver doenças críticas, situações de morte, cargas horárias exaustivas, recursos de materiais insuficientes, dificuldade nas tomadas de decisões (VILELA; SANTIAGO, 2015).

São inúmeros os fatores que determinam a causa do estresse ocupacional na urgência e emergência no qual o enfermeiro vivencia por estar à frente de situações

desgastante que vai desde conflitos, o gerenciamento, a assistência prestada por sua equipe, e ainda sendo exposto a atribuições que vão além da sua competência técnica causando um mal-estar e desconforto tendo início a desmotivação resultante das dificuldades ocupacionais vivenciadas (DUARTE et al, 2017).

Vale ressaltar que existe vários sinais e sintomas provocado pelo estresse ocupacional dentre os principais destacam-se cefaleia, sensação de desânimo pela manhã, dificuldade para dormir, conflitos emocionais, perda do senso de humor, raiva, frustração, medo, raiva, irritabilidade, ansiedade, entre outros. Estas situações que ocorrem com o enfermeiro e sua equipe colabora para o surgimento de estresse e ansiedade, por razões na maioria das vezes devido ao autoritarismo perante os subordinados, submissão da equipe médica e ainda a desvalorização profissional. O gerenciamento e o cuidar são funções do enfermeiro e não havendo uma boa comunicação entre a equipe multidisciplinar, aliada a competitividade entre os profissionais aumenta a chance do adoecimento de depressão e o estresse (DUARTE et al, 2017; OLIVEIRA, 2015).

Quanto a questão da ansiedade a mesma pode ser motivada por situações vivenciadas dentro do ambiente de trabalho assim mostra um estudo feito com profissionais de enfermagem, por exemplo a instabilidade no estado de saúde do paciente, falta de materiais, a alta complexidade de determinados procedimentos, o grau de responsabilidade e situações de urgência e emergência evidenciando assim a intensidade da rotina física e mental, podendo gerar angústia e ansiedade (ALVES, 2015).

Através de estudo realizado por Magnago (2015) referente ao absentismo no trabalho por doença em um hospital foi identificado a relação dos afastamentos por motivos referentes a transtornos psíquicos, tendo o sexo feminino como o maior número de afastamento principalmente do setor de enfermagem hospitalar. Esta situação acaba por ser justificada devido o profissional enfermeiro possuir mais de um vínculo empregatício para se manter, devido a precarização salarial, o cuidar da família e o não reconhecimento dos trabalhos realizados ocasionando na insatisfação e a longo prazo servindo como ponto de partida para os transtornos mentais.

Corroborando com o estudo acima citado, com intuito de identificar a depressão em trabalhadores no setor de emergência mostra-se que 90% desses profissionais apresentaram depressão e a maioria dos enfermeiros não percebiam seu sofrimento mental e não o conciliava ao trabalho e possivelmente não acreditava que poderia influenciar na sua assistência (OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015).

Sofrimento psíquico do enfermeiro: cuidando de quem cuida

Faz se necessário um olhar especial para esses trabalhadores, da mesma forma que ele cuida ele precisa ser cuidado, buscando prevenir e minimizar agravos psíquicos e físico que o enfermeiro possa vir desenvolver (PAI et. al., 2015).

O profissional de enfermagem deve ser visto muito além do que apenas um trabalhador de saúde, ele é uma pessoa que também pode sofrer com agravos a sua saúde. Sendo assim, é importante dar atenção aos riscos de transtornos mentais que estão expostos, tanto no trabalho quanto na vida pessoal que por muitas vezes por descuido passa despercebido pelos próprios profissionais. Evidências mostram a necessidade de identificar o mais cedo possível fatores de risco para depressão e possivelmente o suicídio para profissionais dessa categoria, somados a elementos que possa permitir que o enfermeiro os identifique dentro da sua equipe (SILVA et al, 2015).

A qualidade de vida dos trabalhadores de saúde está sendo apontada pelos estudos de forma negativa uma vez que os profissionais lidam no dia a dia com o sofrimento do ser humano, cobranças por parte dos usuários e a deficiência de materiais para a realização

dos procedimentos inerentes a profissão e a necessidade do paciente. Junto a isso há o fato de alguns profissionais possuírem dupla jornada tendo a saúde física e mental comprometida, isso se reflete na segurança da assistência prestada podendo causar riscos e falhas (RODRIGUES; SANTOS; SOUZA, 2017).

A facilidade com que o profissional tem acesso a determinadas substâncias químicas faz com haja uma maior facilidade da automedicação que de forma abusiva trará risco a sua saúde e ao cuidado prestado, acarretando em efeitos negativos e reações indesejáveis (SILVA et al., 2015). As pressões que os profissionais de saúde enfrentam tanto em hospital público quanto privado são as mesmas, porém no privado há alternativas que ajuda o profissional a lidar com eventos que envolve o sofrimento e o desgaste em qual são expostos apresentando também a melhor prática para desenvolver as atividades que necessitam (SANTOS et al., 2017).

As estratégias defensivas têm como objetivo diminuir ou combater e até mesmo ocultar o sofrimento como meio de proteger a saúde mental do trabalhador. É o agir, o modo de pensar e o sentir compensatório que auxilia a suportar o sofrimento podendo ser estratégias coletivas ou individuais de grande valor para a saúde mental do profissional (DEJOURS, 2015).

Conforme estudo realizado por Rushton et al., (2015) demonstra que a resiliência ajuda os enfermeiros na exaustão emocional e colabora para a realização pessoal, diminuindo a vulnerabilidade da exaustão emocional. Outra questão é que o aumento da resiliência está associado a redução do estresse servindo de defesa contra Burnout. O enfermeiro ao aumentar o grau de resiliência faz com que melhore diretamente na elaboração de ambientes mais saudáveis para o trabalho, para a cultura organizacional e estímulo ao enfermeiro na participação organizacional. Sendo assim, o objetivo da resiliência é obter aspectos saudáveis fazendo com que haja a flexibilidade no enfrentamento das dificuldades auxiliando no bem-estar da saúde mental e ocupacional das equipes de enfermagem.

Silva et al. (2016) expõem métodos de ações para a prevenção e tratamento da Síndrome de Burnout, agrupando-os em três níveis: 1) métodos individuais: práticas de solucionar problemas, o treinamento na assertividade, administrar o tempo de maneira eficaz. 2) métodos grupais: apoio social no trabalho por parte dos gestores. 3) métodos organizacionais: o problema tem origem no contexto laboral como resultado a organização deve elaborar os programas de prevenção direcionados a melhorar o clima organizacional.

Quanto há a efetividade do *cooping* (respostas comportamentais e cognitivos que lida com perda, dano ou ameaça) pode haver uma diminuição da emoção provocada por uma determinada situação e até mesmo a solução do problema, os tipos de *cooping* são suporte social, reavaliação positiva, confronto, resolução de problemas, autocontrole, e aceitação de responsabilidade (LIMA et al., 2015). As estratégias de enfrentamento são as mais utilizadas pelos profissionais para ser aplicadas aos trabalhadores com estresse, tendo ainda outras opções como grupo operativos e gestão de pessoas, psicodinâmica no trabalho atividades físicas, auricoloterapia, técnicas de valores organizacionais, aromaterapia e psicoeducativas (SILVA; SILVA, 2015).

A prática do *mindfulness* (estado de atenção plena no momento presente) vem sendo uma técnica muito utilizada, pois, contribui para o contentamento e desempenho no trabalho, diminuição na exaustão emocional, Burnout e melhora o convívio profissional. O *mindfulness* está relacionado diretamente a vitalidade, bem-estar, melhora do relacionamento interpessoal e redução da ansiedade, depressão e estresse. Essas estratégias aplicadas no ambiente de trabalho prepara o profissional para os desafios diários proporcionando uma melhor qualidade de vida (MARKUS; LISBOA, 2015).

Estratégias de intervenção podem ser implementadas como realização de atividade física, como meio de enfrentar a depressão, a prática regular de atividades físicas de modo geral, auxilia a manter o equilíbrio psicossocial proporcionando um efeito tranquilizante em decorrência da liberação pelo organismo de beta-endorfina e dopamina (FERREIRA; LUCCA, 2015). A psicoterapia aliada ou não a fármacos é uma das opções mais utilizadas para o tratamento a depressão traz consigo a coragem para encarar a doença (MELO et al., 2017).

As organizações de saúde deveriam proporcionar programas de saúde do trabalhador que visam estratégias de humanização do trabalho, disponibilizar apoio social e psicológico aos profissionais, buscando a preservação da saúde mental e física (GOUVEA et al, 2014; BARROS et al., 2016). Desse modo, é relevante ações de melhoria na prevenção da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e nas condições de trabalho tendo como resultado uma assistência prestada com qualidade (SANTOS et al, 2014). Segundo Rocha (2014), com o passar dos tempos os tratamentos para ansiedade evoluiu tendo várias opções para o tratamento e o cuidado do profissional como a psicoterapia, oficinas ou terapia pela atividade e terapia medicamentosa.

Considerações Finais

Estudar a saúde mental do enfermeiro no âmbito da urgência e emergência permitiu compreender os motivos que podem levar enfermeiro a desenvolver algum distúrbio mental dando destaque para a ansiedade, estresse, Burnout, depressão e possivelmente o risco ao suicídio.

A unidade hospitalar exige muito do enfermeiro diariamente, são cobranças por busca de resultados por uma melhor assistência é uma pressão psicológica que eles precisam lidar aliado ao sofrimento do paciente, resultando em uma saúde mental prejudicada que conseqüentemente trará prejuízos a assistência prestada, os estudos citados ao longo do trabalho demonstram a porcentagem de trabalhadores afastados por conta da saúde mental prejudicada.

Em decorrência disso as conseqüências que o enfermeiro terá poderá ser a longo prazo, na vida pessoal e profissional pois ao desenvolver distúrbios mental todos ao redor será afetado. Sendo assim, é preciso que os gestores e as unidades de saúde estejam atento a todos profissionais que possam apresentar algum sinal ou sintomas de distúrbio mental, bem como, a situações que contribua para o aparecimento, propondo estratégias para prevenção e tratamento de forma humanizada preservando a qualidade de vida do profissional.

Referências

- ACOSTA, A.; LIMA, M. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 337- 44. 2015.
- ALVES, V. M. et al. Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers. **Medical Express (São Paulo, online)**, São Paulo, jun 2015; v. 2, n. 3, M150305.
- AZEVEDO B. S., NERY, A. A., CARDOSO, J. P. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto & contexto enferm.**; v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017.
- BARROS, M. M. S. et al. Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas: Estudo em UTIs de Sergipe. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, 2016; v.24, n.1, p.377-389.

BRASIL. **PORTARIA Nº354**, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de projeto de resolução “Boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência”, 2014.

CORDEIRO, T.M.S.C., ARAÚJO, T.M. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. **Rev BrasMedTrab**, v.15, n. 2, p. 150-7. 2017.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**: 6. ed. São Paulo: Cortez,2015.

DUALIB, K.; SILVA, A. S. M.; JUBARA, C. F. B. Depressão. **Rev. Bras. Med.** v.72, n.12, p.40-41.2015.

FARIAS; M. C. O. N. **Os cuidados da enfermagem no tratamento da esquizofrenia Florianópolis**, 2014. Monografia apresentada ao Curso de (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

FERREIRA, D. K. S.; MEDEIROS, S. M; CARVALHO, I.M. Sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. [s.l.], v. 9, n.1. Mar. 2017.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo. v. 18, n. 1, p. 68-79. Mar. 2015.

GOUVÊA, P. B. et al. **Manifestações psicossomáticas associadas à síndrome de burnout referidas por trabalhadores da saúde**. Saúde, Santa Maria, v. 40, n.1, p. 45-52, 2014.

GUERRA, P. C. et al. Sleep, quality of life and mood of nursing professionals of pediatric intensive care units. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.279-285, abr. 2016.

HOLMES, E. S; FARIAS, J. A; HOLMES, D. C. S. C. **Síndrome de burnout em enfermeiros da estratégia saúde da família**. Recife. v. 8, n. 7, p.1841-1847. Jul.2014.

KNUTH, B. S; SILVA, R. Z; OSES, J. P; RADTKE, V. A; COCCO, R. A, JANSENK. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481-8, 2015.

LIMA, P. C. et al. Fatores estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros hospitalares: revisão. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Bogotá; v.17, n. 2, p. 51-65, 2015.

MACHADO, L. S. F, et al. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s.l.], v. 67, n. 5, p. 684-691. Ago. 2014.

MAGNAGO, T. S. B. S; PROCHNOW, A; URBANETTO, J.S; GRECO, P.B.T; BELTRAME, M. LUZ. Relação entre capacidade para o trabalho na Enfermagem e distúrbios psíquicos menores. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 362-70, 2015.

MARKUS, P. M. N.; LISBOA, C. S. M. Mindfulness e seus benefícios nas atividades de trabalho e no ambiente organizacional. **EDIPUCRS**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 1-15, 2015.

- MELO, D. S. et al. Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 51, 2017
- NAZARIO, E.G; CAMPONOGARA, S; DIAS, G.L. Riscos ocupacionais e adesão a precauções-padrão no trabalho de enfermagem em terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 42, 2017.
- OLIVEIRA, F.P; MAZZAIA, M.C; MARCOLAN J.F. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta paul enferm.**, v. 28, n. 3, p. 209-15, 2015
- OLIVEIRA, J. D; PESSOA, J. M.; MIRANDA, F. A; CAVALCANTE, E. S; ALMEIDA M. G. Stress of nurses in emergency care: A social representations study. **Online Brazilian Journal of Nursing**.; v. 13, n. 2, p. 150-157, 2014.
- OLIVEIRA, L. P. S.; ARAÚJO, G. F. Características da síndrome de burnout em enfermeiros da emergência de um hospital público. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v.5, n.1, p.34-42. Jan/Jun. 2016.
- OLIVEIRA, R. F.; LIMA, G. G.; VILELA, G. S. Incidência da síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v.7, p. 1383, 2017.
- PAI, D.D; LAUTERT, L; SOUZA, S.B.C; MARZIALE, M.H.P; TAVARES, J. P. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**. 49(3):460-8.2015
- PEREIRA, A. M. T. B. **Bournout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.2014.
- REZENDE, L. C. M, et al. Acidentes de trabalho e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. [s.l.], v. 29, n. 4, p. 307-317, 2015.
- ROCHA, R.M. **Enfermagem em saúde mental**: 2.ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2014.
- RODRIGUES, C. C. F. M; SANTOS, V. E. P.; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Enferm.** v. 79, n. p. 1141-7, 2017.
- RODRIGUES, E. P. et al. Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s.l.], v. 67, n. 2, p. 293-301. Abr.2014
- RUSHTON, C.; BATCHELLER, J.; SCHROEDER, K.; DONOHUE, P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. **American Journal of Critical Care**. v. 24, n. 5, p. 412-421, 2015.
- SANTANA, L. L, et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s.l.], v. 69, n. 1, p. 30-39, 2016.
- SANTOS, A; MONTEIRO, J.K.; DILÉLIO, A.S.; SOBROSA, G.M.R.; BOROWKI, S.B.V. Contexto hospitalar público e privado: impacto do adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 15, n. 2, p.421-438. Ago.2017

- SANTOS, N. A. C. et al. Principais causas de afastamento do trabalho na equipe de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **RAS**. v. 16, n. 64. Jul/set.2014.
- SANTOS, S. V. M. et al. Work accidents and self-esteem of nursing professional in hospital settings. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. [s.l.], v. 25, p. 28-72. Abr. 2017.
- SILVA, A. B. N. et al. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**. v. 14, n.1, p. 79-86.2016.
- SILVA, A. N. et al. Automedicação: o descuido de si entre os profissionais do serviço móvel de urgência e emergência. C&D – **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista. v.8, n.2, p.125-140. Jul/dez 2015.
- SILVA, D. P.; SILVA, M. N. R. M. O. O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro. v.13, n.1, p. 201-214.2015.
- SILVA, D. S. D., et al. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo**. v. 49, n. 6, p.1023-1031, 2015.
- SILVA, J. L. L., et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de *Burnout* entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Revista brasileira de terapia intensiva**, São Paulo.v. 27, n. 2, p.125-133. Abr/Jun., 2015
- SILVA, R. et al. Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. 8, n.1, p. 3646-3666. Mar. 2016.
- SILVA, R. N., SILVA, P., COSTA, C.M., MENDES, J. SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM **Rev. Saúde em foco**, Teresina; v. 2, n. 2, art. 7, p. 94-106.Ago/dez.2015
- SOUZA, J. D., JÚNIOR, J.M.P., MIRANDA F. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. **Rev. Enf. Ref.** ser IV v. 12, p. 107-16, 2017.
- SOUZA, M. M. T., PASSOS, J.P., TAVARES, C.M.M. Suffering and precarious ness at work in nursing. **J. res.: fundam. care**. Online. v. 7, n. 1, p. 2072-2082. Jan/mar.2015.
- TAVARES, K. F. A., SOUZA, N.V. D. O., SILVA, L. D. Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes Prevalence of burnout syndrome among resident nurses. **Acta Paul Enferm**. v. 27, n. 3, p. 260–265, 2014.
- VILLELA, M. P. C., SANTIAGO, P. S. N. Stress na equipe de enfermagem da urgência e emergência: a acupuntura como estratégia de cuidado. **Enfermagem Revista**. v. 18, n. 1, p. 136-152. 2015.
- WORM, F. A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Revista Cuidart** [s.l.], v. 7, n. 2, p.1288-1296. Jul.2016.

AUTORES

Aline Moraes da Silva

Possui graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2004). Pós-graduada em enfermagem em nefrologia pela Escola Luiza de Marillac (São Camilo). Mestre em Psicologia da Saúde pela UCDB. Doutoranda em Saúde e Desenvolvimento pela UFMS.

Ana Luíza Zílio

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2002). Pós-Graduada em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde.

Ayron Vinícius Pinheiro de Assunção

Possui graduação em Ciências Contábeis pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (2014). Especialista em Controladoria pela instituição Centro Universitário Leonardo da Vinci; Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional pela Universidade do Estado e da Região do Pantanal (2017), Doutorando em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional pela Universidade do Estado e da Região do Pantanal (2019).

Beatriz Andrade de Almeida

Enfermeira graduada pela Faculdade Mato Grosso do Sul (Facsul), Pós-graduada em Assistência nas urgências emergências e UTI.

Camila de Oliveira Ribeiro

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) pós-graduada em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade Novoeste, Campo Grande, MS.

Célia de Menezes Saralegui

Enfermeira, Universidade Anhanguera Uniderp pós-graduada em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade Novoeste, Campo Grande, MS.

Christiane Nascimento de Arruda

Acadêmica do Curso de Serviço Social, Centro de Formação Leonardo da Vinci (Uniasselvi), Campo Grande/MS.

Eva Borges Oliveira

Possui graduação em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade Anhanguera - Uniderp (2011). Atualmente é técnico em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Especialista em Urgência e Emergência pela Instituição de Ensino Leonardo Da Vinci.

Fernanda Guerreiro de Paula

Graduada em Fisioterapia pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP, Especialista em Fisioterapia Hospitalar pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP, Especialização - Residência em Fisioterapia Cardiopulmonar pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. FAMERP, Especialização em Fisioterapia Ortopedia, Traumatologia e Desportiva - Faculdade Inspirar. Mestre em Saúde pela Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul FACULDADE DE MEDICINA no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste- UFMS.

Igor Domingos de Souza

Possui graduação em Tecnologia em Radiologia pela Faculdade Unigran Capital (2013). Graduação em Turismo com ênfase em empreendedorismo e políticas públicas pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (2017). Formação pedagógica em Ciências Biológicas pela (Unifran) (2020), Especialização em Administração Hospitalar pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp) (2019), Especialização em Saúde pública pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp) (2019), Especialização em Gestão de custos e planejamento estratégico pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp) (2020).Especialização em Hotelaria Hospitalar (Unibf) (2020). Mestre em Saúde e desenvolvimento da Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- UFMS (2016) e Doutorando em Saúde e desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

Kelly Cristina Garcia Vilena

Graduação em Enfermagem.

Keli Dania Aldana Parava

Enfermeira graduada pela Universidade UNIDERP, pós-graduanda em Assistência nas urgências emergências e UTI.

Laynara Soares Vilagra

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2016) - CRP 14/068039-0, Especialização em Psicopedagogia Clínica, Institucional e Hospitalar Uniasselvi Centro Educacional (2019) e Mestrado (em andamento) em Saúde e desenvolvimento da Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- UFMS (2016).

Leandro Júnior de Lima

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (2005). Possui especialização em auditoria em sistemas de saúde pela Universidade UNIGRANRIO. Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2019).

Liara Ferreira dos Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP). Pós graduada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em Enfermagem em Infectologia e em Enfermagem do Trabalho pela UNIDERP. Mestranda do Programa de Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional da UNIDERP. Tem experiência na docência, gestão educacional, Pesquisa Clínica e Saúde do Trabalhador. Enquanto pesquisadora dedica-se à área de doenças infecciosas e parasitárias.

Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Graduada em Psicologia, especialista em Psicologia Hospitalar e em Administração Hospitalar, mestre em Psicologia da Saúde, Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Pós-doutora em Saúde Mental pela UNICAMP- FCM/DPMP (1994) e em Medicina do Estresse pelo Instituto Karolinska, Estolcomo, Suécia.

Patrícia Trindade Benites

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1994). Especialização em Urgência e Emergência pela UFMS (2003), Especialização em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Unyleya (2017), Especialização em Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.

Priscila Gonçalves Soares dos Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP (2005). Pós-graduação em Nefrologia pela União Social Camiliana - SÃO CAMILO (2008). Especialização em Saúde da Família - Área de concentração em Atenção Básica pela UFMS (2012). Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS (2019). Doutoranda em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2020). Atualmente Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde - PMCG.

Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica Dom Bosco (2007), Especialização em Saúde da Mulher pela Universidade Anhanguera - UNIDERP, e mestrado em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2015), doutoranda em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Faz parte do Grupo de Pesquisa em Ética e Cuidado ligado ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB.

Rosana de Mello Souza Marzolla

Graduada em Enfermagem (UFMS/2007); Pós-graduada nos cursos de especialização em: Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino; Gestão em Saúde Pública pela UFCE/FIOCRUZ; Atenção Básica em Saúde da Família pela UFMS/FIOCRUZ e em Auditoria em Serviços de Saúde pela Cândido Mendes. Pós-graduanda no curso de Mestrado em enfermagem pela UFMS.

Rodrigo G. S. Almeida

Possui graduação em Enfermagem (Bacharelado e Licenciatura) pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP.

Thamyres Ribeiro Pereira

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2016); Mestranda em Psicologia da Saúde pela UCDB e Pós-graduada em – Psicopedagogia Clínica, Institucional e Hospitalar

Valdir Aragão do Nascimento

Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste PPGSD/UFMS - (Área de concentração: Saúde e Sociedade). Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia PPGAnt (Área de concentração: Antropologia Sociocultural) da Universidade Federal da Grande Dourados [UFGD]. Especialização em Metodologia do Ensino de Filosofia e Sociologia [Centro Universitário Leonardo Da Vinci - UNIASSELVI 2019-2020]. Graduado em Sociologia [Licenciatura] pelo Centro Universitário Leonardo Da Vinci - UNIASSELVI (2018). Graduado em Ciências Sociais [Bacharelado] pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2003).

Valter Aragão do Nascimento

Possui graduação em Física pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1999), mestrado em Física pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2002) e doutorado em Física pela Universidade de São Paulo (2006). Pós-Doutorado em Física no Instituto de Física Teórica - IFT/UNESP (2006-2008). Tem experiência na área de Física, com ênfase em átomos e moléculas especiais, desenvolvendo projetos na área de modelagem molecular aplicada a materiais, biomateriais, moléculas especiais e análise térmica; Física Atômica e molecular atuando principalmente no seguinte tema: Estudos de Condensado de Bose-Einstein teórico. Desenvolve projetos na área de espectroscopia de emissão óptica com plasma aplicada a sistema biológicos.

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2000).

Yasmine Braga Theodoro

Graduação em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (2013), graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2013) e mestrado em Sociologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (2017).

Ran Shin Tair

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (Janeiro de 2005). Atualmente é chefe do Centro Cirúrgico do Hospital Militar de Área de Campo Grande e Preceptor da Cirurgia Geral do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian.