

Andrea Almeida Zamorano

# ATÉ QUE A MORTE NOS SEPARE!

A interface dos distúrbios psíquicos ao suicídio como dispositivos do cuidado à saúde mental



**ATÉ QUE A MORTE NOS SEPRE! A  
INTERFACE DOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS  
AO SUICÍDIO COMO DISPOSITIVOS DO  
CUIDADO À SAÚDE MENTAL**

---

Andrea Almeida Zamorano

**ATÉ QUE A MORTE NOS SEPARE! A  
INTERFACE DOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS  
AO SUICÍDIO COMO DISPOSITIVOS DO  
CUIDADO À SAÚDE MENTAL**

Edição 1

Belém-PA



2021

---

© 2021 Edição brasileira  
by RFB Editora  
© 2021 Texto  
by Autor(es)  
Todos os direitos reservados

RFB Editora  
Home Page: [www.rfbeditora.com](http://www.rfbeditora.com)  
Email: [adm@rfbeditora.com](mailto:adm@rfbeditora.com)  
WhatsApp: 91 98885-7730  
CNPJ: 39.242.488/0001-07  
R. dos Mundurucus, 3100, 66040-033, Belém-PA

**Diagramação**

Diogo Wothon Pereira da Silva

**Design da capa**

Priscila Rosy Borges de Souza

**Imagens da capa**

[www.canva.com](http://www.canva.com)

**Revisão de texto**

Os autores

**Bibliotecária**

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

**Gerente editorial**

Nazareno Da Luz

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558891819>

**Catálogo na publicação**  
**Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

Z25

Zamorano, Andrea Almeida

Até que a morte nos separe! A interface dos distúrbios psíquicos ao suicídio como dispositivos do cuidado à saúde mental / Andrea Almeida Zamorano – Belém: RFB, 2021.

Livro em PDF

94 p.

ISBN 978-65-5889-181-9

DOI: 10.46898/rfb.9786558891819

1. Saúde mental. 2. Enfermagem. 3. Síndrome de Burnout. I. Zamorano, Andrea Almeida. II. Título.

CDD 616.89

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde mental



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade do(s) autor(es).

Obra sob o selo *Creative Commons*-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

### **Conselho Editorial**

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA (Editor-Chefe)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Roberta Modesto Braga-UFPA

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva-IFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Elizabeth Gomes Souza-UFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Neuma Teixeira dos Santos-UFRA

Prof.<sup>a</sup> Ma. Antônia Edna Silva dos Santos-UEPA

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho-UFSJ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE

Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares-UFPI

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Welma Emidio da Silva-FIS

### **Comissão Científica**

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Me. Darlan Tavares dos Santos-UFRJ

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Me. Francisco Pessoa de Paiva Júnior-IFMA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA

Prof. Me. Antonio Santana Sobrinho-IFCE

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Elizabeth Gomes Souza-UFPA

Prof. Me. Raphael Almeida Silva Soares-UNIVERSO-SG

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Andréa Krystina Vinente Guimarães-UFOPA

Prof.<sup>a</sup> Ma. Luisa Helena Silva de Sousa-IFPA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva-IFPA

Prof. Dr. Marcos Rogério Martins Costa-UnB

Prof. Me. Márcio Silveira Nascimento-IFAM

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Roberta Modesto Braga-UFPA

Prof. Me. Fernando Vieira da Cruz-Unicamp

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Neuma Teixeira dos Santos-UFRA

Prof. Me. Angel Pena Galvão-IFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof.<sup>a</sup> Ma. Antônia Edna Silva dos Santos-UEPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Viviane Dal-Souto Frescura-UFSM

Prof. Dr. José Moraes Souto Filho-FIS

Prof.<sup>a</sup> Ma. Luzia Almeida Couto-IFMT

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof.<sup>a</sup> Ma. Ana Isabela Mafra-Univali

Prof. Me. Otávio Augusto de Moraes-UEMA

---

Prof. Dr. Antonio dos Santos Silva-UFPA  
Prof<sup>a</sup>. Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG  
Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tiffany Prokopp Hautrive-Unopar  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Rayssa Feitoza Felix dos Santos-UFPE  
Prof. Dr. Alfredo Cesar Antunes-UEPG  
Prof. Dr. Vagne de Melo Oliveira-UFPE  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro  
Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Érima Maria de Amorim-UFPE  
Prof. Me. Bruno Abilio da Silva Machado-FET  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laise de Holanda Cavalcanti Andrade-UFPE  
Prof. Me. Saimon Lima de Britto-UFT  
Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho-UFSJ  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Patrícia Pato dos Santos-UEMS  
Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE  
Prof. Me. Alisson Junior dos Santos-UEMG  
Prof. Dr. Fábio Lustosa Souza-IFMA  
Prof. Me. Pedro Augusto Paula do Carmo-UNIP  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dayana Aparecida Marques de Oliveira Cruz-IFSP  
Prof. Me. Alison Batista Vieira Silva Gouveia-UFG  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Gonçalves Brito de Arruda-UFPE  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nairane da Silva Rosa-Leão-UFRPE  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Adriana Barni Truccolo-UERGS  
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares-UFPI  
Prof. Me. Fernando Francisco Pereira-UEM  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cátia Rezende-UNIFEV  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Katiane Pereira da Silva-UFRA  
Prof. Dr. Antonio Thiago Madeira Beirão-UFRA  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Dayse Centurion da Silva-UEMS  
Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Welma Emidio da Silva-FIS  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Elisângela Garcia Santos Rodrigues-UFPB  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thalita Thyrsa de Almeida Santa Rosa-Unimontes  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luci Mendes de Melo Bonini-FATEC Mogi das Cruzes  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Francisca Elidivânia de Farias Camboim-UNIFIP  
Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Catiane Raquel Sousa Fernandes-UFPI  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Silvano Almeida-Unespar  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Marta Sofia Inácio Catarino-IPBeja  
Prof. Me. Ciro Carlos Antunes-Unimontes

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros científicos de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

*Equipe RFB Editora*

---



---

# SUMÁRIO

PREFÁCIO .....	9
CAPÍTULO 1	
SÍNDROME DE BURNOUT NA ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE REFLEXIVA DOS ESTRESSORES EMOCIONAIS E INTERPESSOAIS CRÔNICOS NO TRABALHO SOB O VIÉS DO SUICÍDIO .....	11
Andrea Almeida Zamorano	
DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.1	
CAPÍTULO 2	
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ENFOQUE À SAÚDE MENTAL DIANTE DAS ADAPTAÇÕES ANATÔMICAS, FUNCIONAIS E EMOCIONAIS DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL SOB O VIÉS DA ENFERMAGEM.....	41
Andrea Almeida Zamorano	
DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.2	
CAPÍTULO 3	
INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM LEUCEMIA SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: LUTO ANTECIPATÓRIO AO ADOECIMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO .....	57
Andrea Almeida Zamorano	
DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.3	
CAPÍTULO 4	
INTERFACE DOS POLIUSUÁRIOS DE DROGAS AO MANEJO FAMILIAR NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	73
Andrea Almeida Zamorano	
DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.4	
ÍNDICE REMISSIVO.....	92
SOBRE A AUTORA .....	93

---





---



## PREFÁCIO

Prezados leitores,

A obra intitulada: Até que a morte nos separe! Interface dos distúrbios psíquicos ao suicídio como dispositivos do cuidado à saúde mental tem como objetivo atribuir uma análise reflexiva sobre as questões éticas e legais envolvendo o tema. São apresentados dados epidemiológicos, manifestações do comportamento suicida entre adolescentes e profissionais da saúde, definições e questões vinculadas à prevenção. Algumas questões devem ser observadas a que se refere aos tipos de suicídio: Atos nos quais impera a impulsividade, como forma de expulsar a dor; ações em que predomina a busca de alívio e consolo pela morte; processos em que a morte é considerada como a única saída para o sofrimento e forma de aliviar o fardo de pessoas próximas; e o planejamento racional do suicídio.

A desintegração psíquica, da sensação de aniquilamento, a morte pode ser forma de escape, o que pode justificar o maior índice de suicídios entre pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, devemos estar abertos à escuta de pessoas com ideação ou tentativa de suicídio, deixando em suspenso crenças, valores e pontos de vista.

Torna-se um enorme desafio sobre como devemos compreender a destrutividade como sintoma para lidar com o ambiente hostil; enfrentar a dor psíquica e o desamparo, incluindo a morte de si mesmo; exposição a condutas de risco; falta de cuidados na doença; intoxicação por overdose medicamentosa e outras drogas; depressão associada à síndrome de Burnout; depressão pós-parto no ciclo gravídico-puerperal; luto antecipatório ao adoecimento onco-hematológico; interface dos poliusuários de drogas ao manejo familiar no contexto da dependência química, entre outros.

Não obstante, a intencionalidade do ato pode indicar que se está no campo do suicídio propriamente dito.

---





## CAPÍTULO 1

---

# **SÍNDROME DE BURNOUT NA ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE REFLEXIVA DOS ESTRESSORES EMOCIONAIS E INTERPESSOAIS CRÔNICOS NO TRABALHO SOB O VIÉS DO SUICÍDIO**

Andrea Almeida Zamorano

DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.1

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância da temática associada a síndrome de Burnout na enfermagem: uma análise reflexiva dos estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho sob o viés do suicídio de forma a contribuir na valorização da saúde mental destes profissionais. Buscando descrever a etiologia, principais fatores de risco, ações preventivas e as contribuições de especialistas no reconhecimento e intervenções através do diagnóstico precoce como forma de amenizar o sofrimento psíquico deste profissional e repercussões da dor psíquica na vida social, profissional e familiar diante do principal fator desencadeante do suicídio, que é a depressão, gerado por alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas devido aos elevados níveis de estresse por sobrecarga de trabalho, plantões noturnos, baixo salário, péssimas condições de trabalho, dificuldades nas relações interpessoais no ambiente laboral, esgotamento físico e emocional, que acaba levando o profissional à perda motivacional e prejudicando na execução das tarefas, e se não tratado em tempo adequado, possui elevados riscos de apresentar comportamento suicida. Por meio de uma revisão bibliográfica e sistemática da literatura, observamos que sua etiologia foi totalmente esclarecida e que o tratamento deve ser realizado de forma multidisciplinar. Trata-se de um estudo de revisão de literatura com abordagem narrativa. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de artigos acadêmicos disponíveis nas bases de dados: Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Online Medical Literature Search and Analysis System (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico no idioma Português constituídos principalmente de livros e artigos científicos por serem plataformas de ampla indexação online de materiais bibliográficos científicos em saúde.

**Palavras-chave:** Síndrome de Burnout. Depressão. Suicídio.

## ABSTRACT

The objective of this work is to emphasize the importance of the theme associated with Burnout syndrome in nursing: a reflective analysis of chronic emotional and interpersonal stressors at work under the perspective of suicide, in order to contribute to the appreciation of these professionals' mental health. Seeking describes the etiology, main risk factors, preventive actions and contributions from specialists in the recognition and procedures of early diagnosis as a way to alleviate the psychological suffering of this professional and repercussions of psychological pain in social, professional and family life prior to the main triggering factor of suicide, which is depression, generated by emotional, cognitive, behavioral and physical

changes due to stress levels due to work overload, night shifts, low wages, poor working conditions, difficulties in interpersonal relationships in the work environment, physical and emotional exhaustion, which ends up leading the professional to a loss of motivation and impairing the performance of tasks, and not treated in a timely manner, has high levels of suicidal behavior. Through a bibliographical and systematic review of the literature, we observed that its etiology was clarified and that the treatment should be carried out in a multidisciplinary way. This is a literature review study with a narrative approach. The bibliographic search was carried out from academic articles available in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Online Medical Literature Research and Analysis System (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Academic in the Portuguese language consisting mainly of books and scientific articles as they are platforms for extensive online indexing of scientific bibliographic materials in health.

**Keywords:** Burnout syndrome, Depression. suicide.

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como a prática de violência contra si mesmo onde o indivíduo tem consciência do resultado final. Entende-se também pela morte voluntária provocada pelo próprio indivíduo de forma intencional. Geralmente este ato está relacionado a problemas psicológicos, crenças e costumes sociais. A vítima opta pela morte por entender que é a única forma de acabar com um determinado problema ou acabar com alguma dor interna, sentindo-se incapaz de prosseguir a vida (SILVA, ALVARES., 2019).

É também considerado um problema de saúde pública que gera impactos econômicos, financeiros e sociais para a sociedade como um todo. Ele é gerado por múltiplos elementos, não possui uma causa única ou isolada. Dentre os principais fatores de risco destaca-se a existência de doenças mentais e questões sociais relacionadas à vida moderna como estresse, violência e ausência de expectativa (SILVA, et al., 2015).

As Tentativas de Suicídio (TS) podem ser conceituadas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte. Atualmente, no Brasil, tais tentativas são consideradas agravos de notificação compulsória e envolvem aspectos culturais, mitos, tabus, estigmas e fatores biopsicossociais pouco discutidos na literatura, apesar da progressão das taxas de suicídio em âmbito nacional (FÉLIX,et al., 2016).

No que tange às TS, há uma estimativa de que apenas 25% das pessoas que tentam suicídio procuram serviços públicos, não sendo estes casos, necessariamente os mais graves. Por outro lado, há uma estimativa que para cada morte por suicídio ocorram outras vinte tentativas de suicídio. Os registros são importantes para a pesquisa e prevenção, pois, aqueles que tentam suicídio estão mais sujeitos a novos comportamentos suicidas, podendo inclusive vir a cometer suicídio (MACHADO, PEREIRA, 2017).

A TS é um importante preditor para suicídio e tem gerado encargos econômicos e familiares decorrentes de lesões incapacitantes e do adoecimento do núcleo de convívio da pessoa que tentou suicidar-se. Pesquisas mostram que cada ato suicida afeta profundamente e por tempo prolongado pelo menos cinco pessoas próximas (FÉLIX,et al., 2016; BOAVENTURA, MARTINS, XAVIER, 2018).

O Brasil está classificado como oitavo país em números absolutos correspondentes a esse agravo, entretanto as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio ainda têm aplicabilidade limitada, devido à dificuldade de identificar essa demanda para estabelecer a produção do cuidado como preconizado, devendo os profissionais da saúde estarem aptos a detectar precocemente o comportamento suicida e a desenvolver projetos terapêuticos a grupos de risco e de pessoas que tentaram o suicídio e sobreviveram, desenvolvendo ações que envolvam a família com o objetivo de prevenir danos e promover reabilitação psicossocial (FÉLIX,et al., 2016; ARAUJO, ALVES, BARROS, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas se suicidam no mundo anualmente, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundos, com uma taxa de 10,7 mortes por 100 mil habitantes. A cada 3 segundos uma pessoa faz uma tentativa de suicídio. A autoagressão está entre as três primeiras causas de morte entre as pessoas com idade entre 15-35 anos em todo o mundo. Para cada suicídio completado, há mais pessoas que tentam suicídio todos os anos. Entre os métodos de tentativa de suicídio, as intoxicações exógenas são uma das mais utilizadas (RIBAS, et al., 2018; OLIVEIRA, et al., 2015).

A intoxicação é um conjunto de sinais e sintomas que demonstram a existência de um desequilíbrio nas funções vitais promovido pela ação de uma substância tóxica, resultando num estado patológico do organismo, estando relacionada à ingestão accidental, proposital ou dosagem exagerada de substância tóxica em grande quantidade, sendo comumente conhecida como intoxicação exógena (SILVA, 2016; KLINGER,et al., 2016).

Os medicamentos são produtos farmacêuticos preparados com finalidade profilática, curativa, paliativa, até mesmo para fins de diagnóstico, mas seu uso excessivo e irracional pode causar danos à saúde do paciente e em muitos casos, levar a óbito. Atualmente, apresentam-se em quase 60% dos casos de TS, devido a sua disponibilidade em domicílio, muitas vezes armazenados de forma incorreta, tornando-se uma alternativa viável para as vítimas que tentam cometer o suicídio. O uso de medicamentos cresce significativamente, fazendo parte do cotidiano da maioria dos brasileiros, ocupando segundo estudos, o primeiro lugar nos casos de intoxicações no Brasil, sendo as mulheres um dos grupos mais vulneráveis, principalmente quanto aos casos de tentativa de suicídio (CHAVES,et al., 2017; ARAÚJO; ALVES; BARROS, 2019; KLINGER,et al., 2016; GONÇALVES, et al., 2017).

Pelo fato do estresse de trabalho estar ligado a diversos fatores relacionados ao ambiente de trabalho, muitos até mesmo extenuantes, os trabalhadores acabam desenvolvendo problemas psicológicos, como é o caso da depressão, que tanto tem feito vítimas, entre elas os profissionais de enfermagem que desenvolvem uma função cansativa devido as longas jornadas de plantão e que mexe com o lado emocional (BISSOLLI, 2017).

A depressão representa uma das três principais patologias que afetam os profissionais de enfermagem. Por isso, discutir sobre a depressão, sua origem e consequências é de suma relevância, pois são altos os índices de depressões e suicídios que marcam a vida dos profissionais de saúde, uma doença que envolve inúmeros fatores relacionados ao ambiente de trabalho e esgotamento físico, afetando na qualidade de vida pessoal, social e de trabalho e que pode levar ao suicídio (SILVA et al., 2015).

A depressão é uma patologia caracterizada por transtorno mental que altera o estado afetivo do indivíduo, o qual passa a emitir diversos sintomas que alteram seu estado emocional normal, em reflexo de diversos fatores relacionados às condições de trabalho, vida familiar, etc. (SILVA et al., 2015).

Segundo o relato do autor Reisdorfer, 2015 a depressão aumenta os riscos de a pessoa tentar suicídio, de entrar em estado de coma, de sofrer comorbidades, etc., pois quando a pessoa sofre mais de um tipo de transtorno mental, os riscos de atentar contra a vida tendem a se elevar. Por isso, a depressão trata-se de um assunto de emergência na área de saúde, pois são grandes os riscos de morte iminente, estando ligada a fatores de comportamento agressivo na busca de amenizar o sofrimento.



A depressão é uma perturbação do estado do humor que atinge a esfera dos interesses, da vontade, da capacidade cognitiva e a regulação dos instintos. Não deve ser confundida com sentimentos de alguma tristeza (o “estar em baixo” ou “desmoralizado”), geralmente em resposta a acontecimentos marcantes da vida, que passam com o tempo e que, geralmente, não impedem a pessoa de ter uma vida de acordo com o que pretende e com um estilo protetor do próprio (CARVALHO et al., 2017, p. 2).

Os sintomas emitidos por uma pessoa com depressão costumam permanecer por um determinado tempo (de duas semanas ou mais, durante o dia todo ou parte dele), agem de forma diferenciada em cada indivíduo, sendo os sinais mais frequentes: a tristeza, solidão, aborrecimento, irritação, nervosismo, agitação, aflição, preocupação, insegurança, falta de interesse por atividades habituais, medo, distúrbio de apetite, de sono, de desejo sexual, mudança de peso (a perda de peso é mais frequente), dor crônica, problemas digestivos, enxaqueca, mal-estar, baixa autoestima, pessimismo, pensamentos de morte, entre outros sinais e sintomas que podem levar a ruína e até mesmo a tentativa de suicídio (CARVALHO et al., 2017, p. 3).

Sob a perspectiva dos autores Ascari; Schimitz; Silva, 2013 os profissionais atuantes na área de saúde pertencem a um grupo vulnerável a desenvolver este tipo de doença, pois realizam diariamente tarefas estressantes que mexem com seu estado emocional, as quais estão relacionadas aos pacientes (acidentes, mortes, doentes terminais), assim como o desgaste físico causado pelos longos plantões, péssimo ambiente de trabalho, instalações inadequadas, etc. que acabam levando a perda motivacional e prejudicando na execução das tarefas.

A exposição do trabalhador a diversas situações de estímulos físicos e mentais causadas pelas exigências do trabalho, as péssimas condições do ambiente, o tempo prolongado de serviços, os plantões noturnos, o baixo salário, são alguns fatores que acabam induzindo a quadros estressantes que levam a depressão. E se a pessoa não tiver uma base familiar para lhe ajudar, esta pode até mesmo tentar suicídio (GALVÃO, 2017).

No caso da profissão dos enfermeiros, diversas ocorrências que marcam seu cotidiano de trabalho podem vir a contribuir para desencadear níveis de estresse, afetando de forma negativa sua produtividade, estado emocional, desgastes físicos e mentais, sentimento de incapacidade diante do que faz, gerando insatisfação com o trabalho e absenteísmo (ASCARI; SCHMITZ; SILVA, 2013).

Os profissionais de enfermagem representam um grupo suscetível a desenvolver depressão e praticar o suicídio, pois lidam diariamente com pessoas doentes, ajudam os que precisam, fornecem cuidados, orientam o doente e sua família, trabalha na maioria das vezes em ambientes de péssimas condições, com falta de equipamentos, medicamentos, escasso de profissionais de saúde para atender a demanda (SILVA et al., 2015).

A maior prevalência de profissionais com doenças psiquiátricas tem sido os enfermeiros que realizam trabalho noturno. Os plantões noturnos trazem sérios problemas a saúde do trabalhador, pois além de ser cansativo, também gera muito desgaste e essas consequências se elevam ainda mais quando o ambiente de trabalho apresenta condições críticas, como por exemplo: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que tendem a intensificar ainda mais os efeitos na saúde mental (SILVA et al., 2015).

Os enfermeiros estão diariamente expostos a fatores de estresse, de instabilidade, pressão geradas no cotidiano da profissão, os quais são vistos como elementos determinantes no comprometimento da saúde e surgimento de doenças desses profissionais (ARAÚJO et al., 2014).

Estudos evidenciam que os enfermeiros com maior grau de capacitação estão mais predispostos a depressão e mesmo que haja estímulos por parte da sociedade e da área de saúde para que estes profissionais mantenham-se em constante aperfeiçoamento, aderir uma nova titulação, conquistar o crescimento profissional e ganhar aumento salarial acabam por também elevar as exigências do trabalho, as sobrecargas, o adoecimento. E os enfermeiros mais jovens representam o grupo de maior risco, tendo em vista ainda serem inseguros para lidar com as situações do dia-a-dia (SILVA et al., 2015).

Esses trabalhadores ficam expostos a diversos fatores estressantes, sofrem agressões verbais no decorrer dos plantões e quando vão prestar o atendimento já estão com seu equilíbrio emocional e racional abalados, e toda a carga sobre os cuidados com os pacientes ainda recai sobre os enfermeiros (PAI et al., 2015).

Por esta razão, devem-se levar em consideração as questões da saúde e a qualidade de vida do enfermeiro, pois sua jornada de trabalho é cercada por realidades complexas, que envolvem riscos, doenças, morte e esses profissionais precisam lidar cotidianamente com diversas situações que acabam comprometendo o cuidado com sua própria saúde. É preciso enxergar o enfermeiro como uma pessoa que também está vulnerável a adoecer e ter sua saúde comprometida (GALVÃO, 2017).

Os enfermeiros mais vulneráveis a desenvolver a depressão são os:

[...] que realizam atividades em ambientes insalubres, com conflituosas relações interpessoais familiares e no ambiente de trabalho, casados, com alto nível de estresse, com falta de autonomia profissional, com insegurança para desenvolver as suas atividades laborais, mais jovens, com maior nível educacional, que trabalham em plantões noturnos, com baixa renda familiar, vários vínculos empregatícios e com sobrecarga de trabalho (ROCHA et al., 2018, p. 3).

Outras questões que influenciam no estado de saúde mental do indivíduo é a baixa renda familiar, pois quanto menor a remuneração mais riscos do trabalhador desenvolver algum transtorno mental. Essa relação é comprovada segundo estudo realizado com graduandos do curso de enfermagem, e ainda, estes profissionais buscam cada vez mais agregar vários vínculos empregatícios para elevar a renda mensal, tornando a jornada de trabalho mais desgastante e aumentando os riscos de patologias mentais (SILVA et al., 2015).

Segundo Barbosa et al., 2012, relata a importância de que o estresse associado à depressão causa uma ruptura no cotidiano de vida do sujeito, uma vez que passa a emitir sintomas dolorosos, dificultar a realização das atividades cotidianas, geram insatisfação diante do trabalho, da vida pessoal e social. Essas duas patologias afetam a pessoa de forma semelhante, porém, apresentam sintomas diferentes, os sinais da depressão mostram-se mais acentuados e tem duração de no mínimo duas semanas, altera mudanças de comportamento e humor, a pessoa fica triste, se desespera, sente-se cansada e incapaz para realizar qualquer atividade.

O ambiente hospitalar é um local progenitor do estresse, pois os enfermeiros prestam cuidados a diversos pacientes, realizam múltiplas tarefas que vão desde as técnicas básicas e rotineiras até as mais complexas, como por exemplo: monitoramento dos sinais vitais, triagem, avaliação do estado do paciente, atuam em situações de urgência e emergência, administram medicamentos, entre muitas outras atividades de manutenção a vida do paciente, buscando amenizar o sofrimento e os riscos de agravo que colocam sua vida em risco. Os serviços de saúde são ambientes onde tem um grande movimento de pessoas, correrias, pacientes que chegam em estado grave precisando de socorro (VASCONCELOS, 2012).

Os estressores ocupacionais mais referidos pelos enfermeiros que atuam no ambiente de urgência e emergência são escassez de recursos humanos, recursos materiais e instalações físicas inadequadas, carga horária de trabalho, plantões noturnos, interface trabalho e lar, relacionamentos interpessoais, trabalhar em clima de competitividade e distanciamento entre teoria e prática (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012, p. 156).

Criado por Herbert Freudenberger, um psicanalista Alemão, o termo Burnout é derivado do verbo inglês “tobum out”, que em português é utilizado para expressar a frase “queimar por completo” / “consumir-se”. O Psicanalista empregou esse termo para explicar as patologias que afetam o estado mental do sujeito, gerando sentimento de fracasso e exaustão, devido ao desgaste físico excessivo e pelos recursos internos (FRANÇA et al., 2014).

[...] a Síndrome de Burnout não traz consequências prejudiciais apenas para o indivíduo, é um conjunto, uma cascata que desaba com um dominó. Com o prejuízo na qualidade do trabalho realizado, as faltas constantes, os costumes, maneiras de tratamento e atitudes negativas que o cercam, como também outras características peculiares, estas acabam por atingir também aqueles dos quais dependem dos serviços prestados por este profissional, assim como os colegas de trabalho e a própria instituição (ROCHA, 2013, p. 10).

A síndrome de Burnout se desenvolve de forma gradual, desgastando o humor e gerando baixa estima, associados a outros sinais físicos e psicológicos. Isso faz com que o trabalhador perca a afinidade com seu trabalho, tornando as coisas ainda menos significantes em sua vida (BISSOLI, 2017).

A Síndrome de Burnout refere-se a um processo de enfraquecimento sofrido pela pessoa após ter passado por um longo período de estresse profissional. Esta síndrome é uma resposta emitida pelo organismo devido à tensão crônica gerada pelo contato direto com o trabalho, pela centralização e responsabilidade profissional. Trata-se de uma experiência subjetiva cognitiva, emocional e comportamental que tem caráter negativo, como uma resposta crônica laboral ao estresse em associar a jornada de trabalho, a vida pessoal e social (FRANÇA et al., 2014).

Sob a análise de Gasparino, 2014, p.233 os profissionais de enfermagem são as pessoas que mais convivem com pacientes no ambiente hospitalar, e por esta razão, são um grupo muito vulnerável ao risco de desenvolver Burnout. E quando isso ocorre, essa doença acaba provocando sequelas importantes na vida desses sujeitos, levando-os a desenvolver sentimentos descontentes de insatisfação e sobrecarga de trabalho, e isso acaba por refletir na qualidade do seu trabalho, diretamente no cuidado com o paciente que acaba tendo sua assistência prejudicada.

A falta de informações dos profissionais de enfermagem sobre os fatores de risco que podem levar ao surgimento de doenças mentais, pode contribuir para o descompasso entre as necessidades do sujeito com os riscos a que ele está exposto, como é o caso do suicídio. O comportamento suicida é desencadeado por diversos fatores, dentre os quais estão: quadros depressivos, uso de substâncias químicas, esquizofrenia, momentos de desespero, etc., onde os sinais de desesperança e a ne-

cessidade de ajuda na maioria das vezes passam despercebidos pelos familiares e colegas de trabalho (REISDORFER, 2015).

Quando a pessoa acumula ao longo do tempo excesso de angústia, sofrimento, cansaço e aflições, ela começa a sentir dificuldades para admitir os problemas que tem enfrentado, e diante disto, encontra no suicídio uma alternativa para acabar com essa dor. O desgaste emocional aliado ao preconceito acaba dificultando ainda mais na identificação desse problema e na sua ajuda. Isso é muito comum dentro do próprio ambiente hospitalar onde dificilmente os enfermeiros percebem a atitude suicida de alguns pacientes, e com isso, não conseguem os ajudar nesta questão (REISDORFER, 2015).

Os profissionais de saúde precisam atentar-se para questões de transtorno mentais, diagnosticando-as e tratando-as ainda no início, antes que a doença evolua e passe a afetar seu desempenho profissional (BARBOSA et al., 2012).

A enfermagem é uma área da saúde onde os profissionais lidam diariamente com pacientes doentes, executando atividades exaustivas, e além de tudo, que afetam o lado emocional devido a doenças graves, acidentados, mortes. Esses profissionais executam sucessivamente atividades curativas, estando expostos na maior parte do tempo a riscos visíveis ou não. Manter contato constantemente com pessoas doentes tende a influenciar físico e psicologicamente o trabalhador, pois a situações que muitas vezes são desagradáveis e repulsivas que levam ao desgaste físico e mental (ASCARI; SCHMITZ; SILVA, 2013).

A depressão e o suicídio podem ser induzidos devido alguns fatores internos que ocorrem no ambiente de trabalho, como relacionamentos, carga de trabalho, problemas de escola, longos plantões, trabalho noturno, desgaste físico e mental, cobrança do trabalho, conflitos, insegurança, ambiente, equipamentos e recursos precários para execução do trabalho, etc. Também existem os fatores externos como a idade do trabalhador, sexo, exceto de trabalhos gerado devido a mais de um emprego, financeiro, falta de suporte, qualidade da saúde, peculiaridades pessoais devido a doenças, etc. (FERNANDES; MARCOLAN, 2017).

A prevenção ao suicídio configura-se como uma das principais demandas para as Políticas Públicas do século XXI. Com números superiores a 800 mil mortes por ano em todo o mundo, o suicídio é compreendido como um problema de saúde pública e uma expressão do adoecimento psicológico da população em geral. Em comparação a outros fenômenos fatais, o suicídio é responsável por 57% das mortes

violentas no planeta, com um total de vítimas superior à soma de homicídios e mortes em guerras (WHO, 2018).

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Contextualização da temática sob dados epidemiológicos**

Segundo a World Health Organization (WHO), em 2016 o suicídio foi a segunda causa de morte no mundo entre pessoas da faixa etária de 15 a 29 anos de idade, totalizando 800.000 mortes por ano. Além disso, para cada suicídio confirmado, temos 20 outras tentativas, ou seja, o número de pessoas que buscam tirar a própria vida é ainda maior (WHO, 2018). Dados recentes do Ministério da Saúde nos trazem um alerta sobre o número crescente de óbitos por suicídio na população brasileira.

As estatísticas mostram um grave problema de saúde pública atingindo proporções de epidemia. Entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos por suicídio. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com notificação de 11.433 mortes (BRASIL, 2018).

De acordo com estes índices, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) classifica o suicídio como um problema de saúde pública, que pode ser evitado em tempo hábil e com um investimento pequeno. O suicídio se apresenta como um fenômeno global que atinge inclusive os países mais desenvolvidos, 79% dos casos de 2016, ocorreram em países com baixa e média renda (OPAS, 2018).

Entre os fatores que levam os indivíduos a cometer suicídio se destacam os transtornos mentais, como a depressão e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. No entanto, os altos níveis de estresse têm sido vistos como uma causa recorrente, principalmente entre os adultos. Dentre os meios mais utilizados pelas vítimas, o principal é intoxicação por agrotóxicos com taxa de 20% em regiões agrícolas, seguido de enforcamento e armas de fogo (WHO, 2018).

Devido à complexidade do fenômeno suicídio, a prevenção e controle exige coordenação e cooperação de múltiplos setores da sociedade, como saúde, educação, políticas e meios de comunicação. Restringir o acesso aos meios de cometer o suicídio também se faz necessário, como por exemplo, limitar o acesso aos medicamentos com potencial para abuso, bebidas alcoólicas, armas de fogo e agrotóxicos (WHO, 2018).

Dentre os muitos fatores elencados acima, que levam um indivíduo a tirar a própria vida, merece destaque o esgotamento físico e psíquico exacerbado em



determinadas profissões. Evidenciando estes fatos, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), alertam que no caso da enfermagem, as situações estressantes do dia a dia na rotina hospitalar, levam o enfermeiro a estados de adoecimento mental, com frequência, sendo obrigados a afastar-se das atividades laborais ou em muitos casos trabalham esgotados física e mentalmente, indo além de seus limites, apresentando sintomas depressivos e outros transtornos, por medo do julgamento dos colegas de trabalho e da sociedade, evitando assim buscar ajuda e correndo risco de entrar para as estatísticas crescentes de suicídios (COFEN, 2019; COREN, 2017).

A rotina do enfermeiro é com frequência exaustiva, exigindo além dos seus limites, ocasionando fadiga, esgotamento físico e emocional, acidentes de trabalho, sentimentos negativos em relação a vida profissional e dificuldade nas relações interpessoais no ambiente laboral, conseqüentemente o indivíduo começa a isolar-se, apresenta humor deprimido e se não tratado em tempo adequado, possui elevados riscos de apresentar comportamento suicida em resposta a uma soma dos fatores geradores de sofrimento (SANCHES et al., 2018).

Segundo dados da World Health Organization, ocorre um suicídio a cada 40 segundos no mundo, constituindo um fenômeno global que atinge não só países de alta renda, mas afeta também todas as regiões do globo. Em 2016 países de média e baixa renda somaram 79% dos casos de suicídio entre a população total. Transtornos mentais como depressão e uso de álcool contribuem para o aumento destas estatísticas, porém não são os únicos fatores, levamos em conta também a violência, os abusos físicos, crises financeiras, conflitos, perdas, isolamentos e transtornos mentais como a depressão, como agentes intimamente ligados aos casos de suicídio entre a população mundial (WHO, 2018).

Em 2007 foram registrados 7.737 casos, já em 2017 esse número aumentou em cinco vezes, sendo notificados 36.279 novos casos, 49% concentrados no Sudeste, 25% no Sul e o Nordeste com os menores índices, registrou 2%. As mulheres ocupam quase 70% dos casos por intoxicação exógena, os medicamentos correspondem a 74,6% dos meios mais utilizados. As mortes por enforcamento somam 60% do total entre as causas sendo predominante entre os homens seguido pelas armas de fogo (BRASIL, 2018).

Os indivíduos com histórico prévio de tentativa de suicídio apresentam maiores índices de probabilidade de atentar contra a própria vida novamente, mas há fatores que dificultam a abordagem do tema suicídio entre a população tais como o preconceito, o julgamento por parte dos demais levando os indivíduos doentes a

absterem-se de procurar ajuda especializada por medo de serem tachados e estigmatizados, tornando difícil às vezes prevenir o suicídio (MORAES et al., 2016).

A conduta suicida é multifatorial e influenciada por um conjunto de fatores biológicos, socioambientais e psicológicos, cada um dentro de suas especificidades, porém agindo mutuamente, pois nenhum por si só é capaz de explicar o ato suicida. Segundo os autores 90% dos indivíduos que cometem suicídio sofrem de transtornos psiquiátricos passíveis de diagnóstico e tratamento, no entanto, o medo de carregar o estigma de uma patologia mental tem um impacto negativo sobre quem busca por um tratamento (NAVARRO; MARTINEZ, 2012).

Os dados epidemiológicos demonstram uma crescente incidência nas taxas de suicídio na população brasileira. Outros dados estatísticos revelam que as taxas de autoextermínio entre adolescentes e idosos são as que mais tendem a aumentar, e que as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio durante a adolescência aumentaram de 2,6 para 12,9 por 100 mil habitantes, o que caracteriza o suicídio como segunda ou terceira causa de morte entre adolescentes em muitos países e um problema emergente de saúde pública. Torna-se preocupante o número de óbitos decorrentes de autoextermínio entre adolescentes, uma vez que cerca de 3.590 jovens morreram no ano de 2010 vítimas da violência auto infligida (SILVA et al., 2015; ROSA et al., 2015; RIBAS et al., 2018).

Diversos países, em especial os da América Latina, constataam acréscimos constantes em suas taxas de suicídio, além do crescimento exponencial nos casos de ideação suicida e tentativas de suicídio. Apesar do aumento do agravo a nível mundial, a WHO estima que cerca de 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados, enfatizando o monitoramento das populações de risco e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental, além do investimento necessário para qualificar trabalhadores que atuem nesta problemática (WHO, 2018; BOTEAGA, 2014; BERTOLETE; FLEISCHMANN, 2002).

Para além das análises históricas, as Políticas Públicas podem ser resumidas como a construção de soluções para problemas públicos, alinhadas ou não com determinados projetos políticos e que englobam uma série de ações e instrumentos disponíveis aos governos. As Políticas Públicas de Prevenção ao Suicídio possuem um histórico peculiar de conquistas e retrocessos em agendas políticas de diferentes países. As primeiras experiências de prevenção ao suicídio na perspectiva de ação do Estado são registradas em Londres, com a criação do Suicide Prevention Department of the Salvation Army (Departamento de Prevenção ao Suicídio do Exército da Salvação) e em New York, com a National Save-A-Life League (Liga Nacional da



Salve uma Vida) ambos em 1906. Em 1948, a cidade de Vienna instituí a Agência de Prevenção ao Suicídio, e em 1956 o governo de Berlim criou o Serviço de Prevenção ao Suicídio (BERTOLOTE, 2004, p.148).

[...] Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais; Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde; Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário; Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros [...] (BRASIL, 2006).

Percebe-se uma preocupação especial para pacientes com ideação e tentativa de suicídio dentro das normativas de emergências do território. Contudo, estas normas foram revogadas em 2018 e incorporadas as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS (BRASIL, 2018).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e suas famílias aos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, um dos princípios da RAPS é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).

Recentemente, o governo nacional sancionou uma nova lei que instituí, em todo território brasileiro, a “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio” (PNPAS), através da Lei nº 13.819, publicada no Diário Oficial da União no 26 de abril de 2019. Esta lei entra em vigor em julho de 2019 e tem como principais objetivos. Expressos em seu Artigo 3º:

I – promover a saúde mental; II – prevenir a violência autoprovocada; III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV – garantir o

acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas. (BRASIL, 2019).

Nas prerrogativas desta nova lei, o país renova suas iniciativas em instituir uma política pública específica para a prevenção do suicídio e inclui uma ação não prevista nas Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio – manter, através do poder público, um serviço telefônico para atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico (Art. 4º da Lei 13.819/2019).

Art. 5º Para pacientes com suspeita de violência ou tentativa de suicídio, deverá ser realizada a notificação compulsória e o encaminhamento aos Programas de Prevenção a Acidentes e Violência (PAVs) das Regionais de Saúde, conforme as determinações da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS No. 737/ GM de 16 de maio de 2001). (BRASIL, 2019).

Ao verificar o processo político que constitui a criação e implementação de Políticas Públicas, vemos que sua dinâmica evidencia a complexidade, tanto dos movimentos sociais, quando do contexto político e social, para sua efetivação. Utilizando-se de exemplos de políticas públicas de prevenção ao suicídio que se constituíram no Brasil, a complexidade deste fenômeno é ainda mais evidente. Atualmente, a prevenção ao suicídio ganhou destaque nas agendas políticas de muitos países, em especial devido as iniciativas da Organização Mundial da Saúde, que constatou, em 2017, que cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio no mundo, todos os anos. Este número colocou o suicídio entre as dez principais causas de morte do planeta, superando o total de vítimas de homicídios e mortes em guerras (WHO, 2018).

No Brasil, as taxas de suicídio vêm aumentando gradativamente, chegando a registrar mais de 13 mil mortes em 2017 (DATASUS, 2018), além de índices de mortalidade muito superiores à média nacional nos estados do sul e centro-oeste do país. Historicamente, o estado do Rio Grande do Sul possui os maiores índices de suicídio do Brasil, e abriga algumas das regiões com os maiores índices do mundo, a exemplo da região do Vale do Rio Pardo. Dados recentes, publicados pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS), mostram que o Vale do Rio Pardo possui uma média de 17,2 óbitos a cada 100 mil habitantes, o que coloca a região no mapa do suicídio mundial (CEVS, 2018).

## **2.2 Suicídio na enfermagem**

De acordo com o COFEN, com mais frequência os trabalhadores da enfermagem têm tirado a própria vida em uma demonstração última e desesperada de pedido de socorro, alívio da dor e do sofrimento emocional, fazendo um alerta sobre o quanto está sendo difícil ser profissional da enfermagem. Estes muitas vezes são esquecidos como seres humanos que são e passam a ser vistos como aqueles que apenas prestam assistência sem necessitar da mesma, o que é um grande equívoco, pois para prestar um bom atendimento ao enfermo, o profissional deve ter um equilíbrio entre saúde física e mental para executar uma assistência humanizada e de qualidade (COFEN, 2019).

Pode-se elencar diversos fatores que geram sofrimento emocional levando os profissionais de enfermagem ao adoecimento psíquico e risco de suicídio dentre eles estão: grande carga de trabalho, desvalorização como profissionais e seres humanos, baixa remuneração salarial, condições precárias de trabalho, plantões noturnos, convívio direto e constante com a dor e o sofrimento de pacientes e suas famílias, fragilidade nas relações interpessoais e familiares (COFEN, 2019).

Estudos comprovaram uma relação estreita entre a profissão da enfermagem e a alta prevalência de sintomas depressivos, ansiedade e a ideação suicida entre os profissionais da área, principalmente entre os enfermeiros. O ambiente hospitalar altamente insalubre também contribui de forma negativa. Estas informações contrastam com o trabalho que a enfermagem desempenha, afinal é de quem se espera vir o cuidado e muitas vezes esses se encontram severamente fragilizados na sua própria saúde física e mental (BARBOSA et al., 2012).

Segundo as observações feitas pelo autor Sábado, 2010 o enfermeiro lida no dia a dia de suas atividades laborais com grande carga de sofrimento, dor, angústia, desespero, entre outros sentimentos negativos, associados a condição de doença

em que se encontram os pacientes. Este também é responsável pela realização do cuidado e acolhimento desses indivíduos em situação de vulnerabilidade física e psíquica e tem por agente e sujeito do seu trabalho, o homem. Ao mesmo tempo, o enfermeiro é supervisor de uma equipe e trabalha com toda a responsabilidade que isso traz, como por exemplo, atuar na resolução de conflitos interpessoais e lidar com situações geradoras de estresse quase que na totalidade do seu turno de trabalho devido à complexidade e responsabilidade obviamente exigidas pelo cargo quando se trata de cuidar de seres humanos adoecidos.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) classifica a enfermagem como a profissão mais estressante e causadora de adoecimento ocupacional, dentre os agravantes ocupacionais a Síndrome de Burnout se destaca, causando conflitos no ambiente de trabalho, exaustão e dissimulação afetiva. Grande parte dos enfermeiros possui mais de um vínculo empregatício isso interfere nas relações sociais e familiares causando prejuízos nos laços afetivos, os quais se sujeitam a turnos exaustivos de trabalho, impactando diretamente sobre a saúde física e mental (GARÇON; AGUIAR; VOLTARELLI, 2019).

A OMS reconhece o suicídio como prioridade na saúde pública e vem tentando incentivar os países membros a fortalecer suas estratégias de prevenção e controle de novos casos. No Brasil o Ministério da Saúde lançou em 2006 a portaria 1.876 que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, aumentou o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criou o Centro de Valorização à Vida (CVV) e tem investido na qualificação dos profissionais do SUS, capacitando-os para intervir em casos de suicídio, tentativas, ou mesmo evitar que o usuário do serviço chegue às vias de fato, por meio de campanhas de prevenção como o mês Setembro Amarelo e as escutas qualificadas voltadas para essa população (BRASIL, 2018).

### **2.3 Risco do uso indiscriminado de medicamentos**

Muitos métodos são utilizados na tentativa de suicídio como precipitação de lugares altos, ferimentos por arma de fogo ou por arma branca, enforcamento, sobredose medicamentosa, entre outros. Tais escolhas muitas vezes ocorrem devido à disponibilidade do meio, variando conforme o contexto histórico, social e cultural até pela motivação ao suicídio. Um exemplo é a disseminação das drogas psicoativas em áreas urbanas que podem assumir a liderança das opções (OLIVEIRA et al., 2015).

O comportamento para a tentativa de suicídio geralmente é caracterizado pela baixa intencionalidade e pela impulsividade do ato, portanto o método utilizado está diretamente relacionado à sua disponibilidade e facilidade de acesso. Sendo o autoenvenenamento o método mais utilizado nas tentativas de suicídio ou suicídio. Logo, observou-se que grande parte (72,1%) de tentativas de suicídio estava relacionada a ingestão de medicamentos armazenados no próprio domicílio (OLIVEIRA et al., 2015; ROSA et al., 2015).

Esse achado confirma pesquisa realizada no município de Maringá - PR, que observaram domicílios com quantidade de medicamentos em estoques domésticos acima de 50%. O estoque de medicamentos é uma prática comum nas famílias brasileiras, denominada “cultura da pílula”, o que intensifica o fenômeno da medicalização, favorece a prática de automedicação e de uso indevido de medicamentos, e facilita a ocorrência de intoxicação por ingestão acidental ou intencional (ROSA et al., 2015).

A intoxicação acidental e intencional devido a sua alta taxa de prevalência é um grande problema, até pelo baixo nível de prevenção e estratégias para o controle também relacionado ao fácil acesso da comunidade à substâncias com alto grau de toxicidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as intoxicações são causa de agravo à saúde. O uso racional de medicamentos é iniciado desde sua aquisição na farmácia onde o atendimento deve ser efetuado de maneira correta para que o paciente tenha suas necessidades terapêuticas atendidas, de comum acordo com a prescrição, seguindo dosagem e período de tratamento necessário (SILVA, ALVARES, 2018).

A OMS argumenta que, embora o medicamento seja o recurso terapêutico com melhor relação custo-efetividade, porém o seu uso inadequado traz consequências à saúde e à economia. Estudos nacionais têm mostrado que o estoque domiciliar de medicamentos favorece a automedicação e o acesso como meio para tentativas e suicídios (ROSA et al., 2015; GONÇALVES et al., 2017).

É importante lembrar, entretanto, a alta instabilidade clínica causada pela intoxicação. Necessitando de assistência ininterrupta pela alta gravidade inerente do potencial de toxicidade dos agentes, assim como, pela quantidade ingerida e a expressiva debilidade hemodinâmica do paciente intoxicado (SILVA, ALVARES, 2018; ROSA et al., 2015).

Com o manejo clínico e tratamento adequado, o paciente pode evoluir para recuperação completa, com retorno às condições prévias de saúde sem qualquer

sequela. Em contrapartida, a ação tóxica do agente e as eventuais complicações decorrentes da intoxicação podem favorecer o surgimento de sequelas ou evoluir para um desfecho fatal (FELIX et al., 2016; ROSA et al., 2015; GONÇALVES et al., 2017).

Evidenciando a necessidade da equipe de saúde estar devidamente treinada e capacitada, para elaboração de estratégias que previnam essas situações neste grupo etário. Incluindo a utilização do plano de diretrizes de prevenção ao suicídio, por meio da edição da Portaria nº 1.876/06, elaborada para fins de demonstrar a preocupação social com o problema do suicídio, que não recebia a atenção necessária dos três poderes, bem como para fins de possibilitar a intervenção do Estado de forma mais eficaz. Essas diretrizes significaram, sem dúvidas, o início de uma séria caminhada no sentido de intervir sobre este complexo e trabalhoso fenômeno social, para fins de evitá-lo, tendo em vista suas implicações negativas para a saúde pública (BATISTA, MARANHÃO, OLIVEIRA, 2018).

Assim, a prevenção do suicídio ocorre por meio do reforço dos fatores de proteção, que são métodos pessoais ou sociais de se neutralizar o impacto dos riscos; e pela tentativa de diminuição dos riscos, sendo estes elementos com alta potencialidade de desencadear situações indesejáveis. A busca pela prevenção do comportamento autossuicida significa, além de evitar mortes, levar em consideração todas as consequências que o suicídio provoca no seio social, isto porque, indubitavelmente, a ocorrência de um suicídio, ou de sua tentativa, dão causa a diversos desafios quanto a compreensão do que o motivou, bem como os fatores éticos a ele relacionados (MACHADO, PEREIRA, 2017; BATISTA, MARANHÃO, OLIVEIRA, 2018).

Com isso, é perceptível que, mesmo diante de tantas dificuldades para fins de averiguação precisa da magnitude do suicídio no seio social, os resultados apontam no sentido de que esses comportamentos são, em regra, desenvolvidos em adolescentes e adultos jovens; o que, conseqüentemente, configura importante problema de saúde pública, que deve buscar desenvolver pesquisas envolvendo o tema, para fins de identificar fatores de risco, para que seja possível o desenvolvimento de estratégias preventivas, bem como assistenciais (MONTE et al., 2016; BATISTA, MARANHÃO, OLIVEIRA, 2018).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica e sistemática de literatura com abordagem narrativa. A pesquisa foi realizada a partir de artigos acadêmicos disponíveis nas bases de dados: Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Online Medical Literature Search and Analysis System (MEDLI-



NE), e Scientific Eletronic Library Online (SciELO) por serem plataformas de ampla indexação online de materiais bibliográficos científicos em saúde. Os critérios de inclusão considerados foram: textos na íntegra, disponíveis em português e inglês, sendo utilizadas publicações no período de 2010 a 2019. Foram excluídas teses, dissertações, relatos de caso e estudos que não respondiam à questão de pesquisa. A busca foi realizada nos meses de junho e julho de 2021, resultando em 1801 publicações, sendo 1722 no MEDLINE, 45 na plataforma LILACS e 34 na plataforma SciELO. Ao aplicar dos critérios de inclusão e exclusão foram descartadas 1794 pesquisas. Dessa forma compuseram a amostra final nove artigos, que integram o corpus da pesquisa, sendo sete dos quais respondiam diretamente à questão de pesquisa e dois que respondiam de forma subjetiva a questão, ambos atendiam aos critérios de inclusão e exclusão.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os autores dos artigos selecionados trazem a depressão como um dos fatores de risco para o suicídio, o que vai de encontro a dados da World Health Organization (2018), pois é o distúrbio mental mais associado a risco de suicídio na população em geral. O suicídio é a décima principal causa de morte no mundo (DAVIDSON et al., 2018) e no Brasil há um crescente número de suicídios entre a população brasileira, nos colocando em quarto lugar nas estatísticas (SILVA et al., 2015). Dados relatam que existe uma predominância de suicídio em mulheres, (DAVIDSON et al., 2018), confirmando assim, os dados trazidos pelo Ministério da Saúde (2018). Alguns autores nos trazem como geradores de risco para suicídio alguns indicadores de qualidade de vida que são fatores: sociais, biológicos e psicológicos (SILVA et al., 2015), confirmado pelo estudo de Navarro e Martinez (2012).

Outras pesquisas nos trazem estimativas de suicídio de enfermeiros sobressaindo-se em relação a população em geral (CHUNG et al., 2012; BRAQUEHAIS et al., 2015; SILVA et al., 2015; DAVIDSON et al., 2018), da mesma forma que o Conselho Federal de Enfermagem (2019) já havia manifestado preocupação sobre o caso do suicídio de profissionais de enfermagem. Estudos revelam uma relação estreita entre depressão e ideação suicida tendo como agravante o ambiente hospitalar muitas vezes insalubre e adoecedor como algo que contribui de forma negativa para a saúde mental desse trabalhador ali inserido (CHUNG et al., 2012; CHEUNG; LEE; YIP, 2015; SILVA et al., 2015).

O meio influencia de forma negativa contribuindo para doenças como a depressão, associada intimamente a ideação suicida no trabalhador de enfermagem (BARBOSA et al., 2012). Pesquisas abordam algumas questões difíceis vivenciadas

pelos enfermeiros no seu dia a dia como, por exemplo, conviver com o sofrimento humano de perto, a dor, as perdas de pacientes e os conflitos interpessoais entre membros da equipe (CHUNG et al., 2012; ALVES et al., 2015; DAVIDSON et al., 2018).

Essa reflexão sobre a grande carga de responsabilidade sobre o paciente, que a profissão enfermagem traz, sendo o profissional o gestor do serviço, o agente do cuidado e a questão de trabalhar diretamente com a dor e o sofrimento do próximo sendo difícil não adoecer mentalmente ao vivenciar tais experiências (SÁBADO, 2010; FONSECA; MELLO, 2016).

Existem uma série de fatores adoecedores específicos da enfermagem como possíveis agentes indutores de ideação suicida dentre eles estão o estresse causado pela própria profissão, a insalubridade do meio, falta de autonomia como profissionais, falta de recursos, dificuldades nas relações interpessoais, carga de trabalho, condição clínica grave, óbitos dos pacientes e baixa remuneração (SILVA et al., 2015; CHEUNG; LEE; YIP, 2015).

Outro estudo apresenta dados com trabalhadores de enfermagem apontando esses mesmos fatores como adoecedores para estes profissionais (UENO et al., 2017). Ainda são evidenciados fatores que aparecem com menos frequência nos estudos, porém não menos importantes, como por exemplo, a associação entre a doença ocupacional, Síndrome de Burnout e risco de suicídio (SILVA et al., 2015; DAVIDSON et al., 2018).

A diminuição da convivência com a família gerada pela necessidade de ter mais de um emprego causa prejuízo nas relações desses trabalhadores levando à exaustão física e emocional, dissimulação afetiva e consequente desenvolvimento da síndrome (GARÇON et al., 2019).

Os estudos enfatizam a questão do desenvolvimento tecnológico na área da saúde que trouxe melhora para o atendimento dos pacientes, no entanto, quanto mais complexo for esse atendimento, maior será a exigência sobre os profissionais que manuseiam essas tecnologias, causando mais pressão sobre os mesmos no sentido de prestar uma assistência de alta qualidade, porém muitas vezes, não há espaço para erro, pois isso causaria risco de vida ao paciente (CHUNG et al., 2012; CHEUNG; LEE; YIP, 2015; SILVA et al., 2015; DAVIDSON et al., 2018).

Fonseca e Mello (2016), pontuaram essa questão sobre a exigência de alta qualificação e capacitação dos enfermeiros sobrecarregando dessa forma a saúde



emocional dos mesmos. Uma pesquisa que analisou por meio dos prontuários os principais meios de suicídio desses profissionais, nos trouxe que eles tendem a suicidar-se por overdose de drogas em número maior do que a população em geral, o autor atribui essa característica ao fato de os enfermeiros e médicos possuírem conhecimento sobre farmacologia, facilidade de acesso a medicamentos e conhecimento também sobre como implementar meios letais de overdose por medicamentos (BRAQUEHAIS et al., 2015).

Outro estudo ressalta os mesmos fatores como o conhecimento sobre a toxicidade e letalidade das drogas, sendo possível dessa forma, implementar meios letais de suicídio por overdose (DAVIDSON et al., 2018). Um resultado importante aponta que a população de enfermeiras mulheres apresenta um número elevado de suicídio sobre os demais (CHEUNG; LEE; YIP, 2015), são 70% dos casos de morte por overdose medicamentosa (BRASIL, 2018). Conforme Mello, Reis e Ramos (2018), é importante identificar os agentes adoecedores dos profissionais da saúde visando a implementação de intervenções médicas e psicológicas que ajudem esse profissional a lidar com essas demandas.

A World Health Organization (2018) reconhece o suicídio como prioridade de saúde pública e propõe o fortalecimento das estratégias de prevenção para que se reduzam em pelo menos 10% os óbitos por suicídio, por meio de realização de ações e metas com a finalidade de reduzir as estatísticas. Um estudo realizado na Espanha, traz o relato de um Programa de Cuidados Integrals de Barcelona para Profissionais da Saúde implementado para captar enfermeiros e médicos em risco de suicídio, os mesmos devem se afiliar por meio de seus conselhos regentes para poderem ser atendidos. Enfermeiros de toda região podem ser encaminhados ao hospital quando identificados distúrbios causadores de ideação suicida e doenças mentais. Durante esse período de internação dos profissionais é possível então coletar dados sobre os meios de suicídio predominantes, dessa população específica e identificar os causadores de sofrimento como por exemplo problemas psicossociais e ambientais assim como possíveis patologias mentais como a depressão e implementar medidas para evitar o suicídio (BRAQUEHAIS et al., 2015).

É importante identificar os agentes adoecedores dos profissionais da saúde visando a implementação de intervenções médicas e psicológicas que ajudem esse profissional a lidar com essas demandas (MELLO; REIS; RAMOS, 2018). Outro estudo realizado nos Estados Unidos implementou um Programa de Educação e Referência para Enfermeiros (HEAR). É um programa inicialmente desenvolvido para médicos, mas foi expandido para os enfermeiros devido ao crescentes índices de

suicídio entre a classe. O HEAR faz um rastreamento dos enfermeiros em risco de suicídio e encaminha para cuidados de saúde mental. Durante os primeiros seis meses 172 enfermeiros preencheram questionários, 74% da amostra foi classificada como de alto risco para suicídio, 55% com risco moderado 7% relataram pensamentos ativos de ideação suicida ou automutilação e 11% relataram tentativas anteriores de suicídio, 89% eram enfermeiras, mais de 40% apresentavam sintomas depressivos moderados ou altos (DAVIDSON et al., 2018).

Este estudo é considerado o primeiro programa para prevenir suicídio entre enfermeiros, à medida que visa educar os mesmos sobre o desgaste emocional da profissão, sobre a depressão e o suicídio. Também tem como objetivo desestigmatizar o tratamento de saúde mental encorajando-os a serem proativos na procura de ajuda passando por triagem, avaliação e encaminhamento dos indivíduos em risco de suicídio (DAVIDSON et al., 2018).

A World Health Organization (2018) reconhece o suicídio como prioridade de saúde pública e propõe o fortalecimento das estratégias de prevenção para que até 2022 se reduzam em pelo menos 10% os óbitos por suicídio de acordo com o Plano de Ação Sobre Saúde Mental lançado em 2013 por meio de realização de ações e metas com a finalidade de reduzir as estatísticas.

Alguns autores não trazem medidas para diminuir os índices de suicídio, porém falam sobre a necessidade de agir de alguma forma sobre essa questão, amenizando dessa forma os geradores de risco do suicídio (CHUNG et al., 2012; ALVES et al., 2015; CHEUNG; LEE; YIP, 2015; SILVA et al., 2015; DAVIDSON et al., 2018).

É importante associar a estratégia psicológica de ideação positiva para a redução do risco de suicídio. Ideação positiva é a capacidade do indivíduo em lidar com situações negativas de uma forma que as mesmas não tragam prejuízos a sua saúde mental de maneira que busca na psicologia positiva o entendimento das forças humanas, esperança e coragem como ideias capazes de formar um fator de proteção ao comportamento suicida (CHUNG et al., 2012).

A implementação de medidas preventivas é necessária para tratar e diagnosticar fatores de risco de suicídio, como a depressão. Em tempo de prevenir as complicações, este estudo traz a avaliação dos cronótipos biológicos dos enfermeiros, mostrando uma relação entre o período do dia em que o profissional trabalha com os fatores geradores de sofrimento, por exemplo, o trabalho no período noturno altera o ritmo circadiano, o que para alguns cronótipos é desgastante, porém outros podem ter um melhor aproveitamento, e conseqüentemente, menos adoecimento

psíquico se estiver trabalhando no período em que seu corpo mais se adapta (ALVES et al., 2015).

Um estudo sugere que o governo implemente iniciativas de prevenção do suicídio melhorando o acesso a saúde mental, devido as altas taxas de suicídio entre enfermeiros (CHEUNG; LEE; YIP, 2015). Outra pesquisa propõe que os próprios enfermeiros podem diminuir o risco de suicídio por meio de uma abordagem proativa dos estressores em seu local de trabalho pelo método de triagens de risco, esses enfermeiros podem ser identificados e encaminhados para tratamento (DAVIDSON et al., 2018). As medidas para melhoria de relações interpessoais no ambiente de trabalho dos enfermeiros, por meio da escuta, diálogo, vínculo e acolhimento podem ser úteis na prevenção de adoecimento do profissional (SILVA et al., 2015).

A Tentativa de Suicídio (TS) consiste no ato consciente e não efetivado de autodestruição. Apesar da relação entre distúrbios suicidas e mentais ainda há casos de suicídios que ocorrem de forma impulsiva devido a momentos de crise. O suicídio apresenta em média, uma taxa de 1,4% de todas as mortes que ocorrem mundialmente, tornando-se a segunda maior causa de morte entre jovens (OLIVEIRA et al., 2019).

A TS pode estar relacionada a fatores sociodemográficos diversos, que mudam segundo o contexto cultural, histórico e político. No entanto, observa-se maior prevalência de TS em mulheres, adolescentes e jovens, pessoas que vivem sozinhas, desempregados e indivíduos com baixa escolaridade (FELIX et al., 2016; CHAVES et al., 2017).

Os adolescentes constituem um dos grupos mais sensíveis aos graves problemas mundiais da atualidade: fome, miséria, desnutrição, analfabetismo, violência, abandono, prostituição e desintegração familiar. Incluindo várias situações que, muitas vezes, são indesejadas, inoportunas e de difícil solução como é o caso do uso de drogas, da gravidez na adolescência e da infecção pelo HIV/AIDS (SILVA, 2016; SILVA et al., 2015).

Na sociedade atual, o adolescente vivencia períodos de incertezas, sendo cada vez mais cobrado por suas atitudes. Ele se torna contestador, impetuoso, mas ao mesmo tempo apresenta comportamento imaturo e inseguro. As mudanças vivenciadas, associadas aos desafios impostos pela sociedade contemporânea, podem gerar angústias e medos que, se não forem adequadamente manejados, podem incorrer em tentativas de autoextermínio (SILVA et al., 2015; ARAUJO, ALVES, BARROS, 2019).

Estudos demonstram que cerca de 70% dos indivíduos que tentam se matar buscam os serviços de saúde até três meses antes das tentativas. Assim, reconhecer os fatores de risco e identificá-los durante um atendimento é imprescindível para auxiliar o indivíduo que pensa no suicídio a romper com o ciclo de desespero em que se encontra (SILVA et al., 2015).

## 5 CONCLUSÃO

Os estudos evidenciam que os transtornos mentais associados ao quadro depressivo é um problema constante no cotidiano dos profissionais de enfermagem, pois representam um grupo suscetível à tentativas suicidas ou suicídios. Diversos fatores podem vir a contribuir através dos níveis de estresse gerados, muitas vezes, pela síndrome de Burnout, afetando de forma negativa sua produtividade, desgaste físico e emocional, executando atividades exaustivas e trabalhando em clima de competitividade, agregando vários vínculos empregatícios para elevar a renda mensal, tornando a jornada de trabalho mais desgastante e aumentando os riscos de patologias mentais.

Vimos que o comportamento suicida é desencadeado por diversos fatores, dentre os quais estão: quadros depressivos, uso abusivo de substâncias químicas, overdose medicamentosa acidental ou intencional, momentos de desespero, etc. onde os sinais de desesperança e necessidade de ajuda na maioria das vezes, passam despercebidos pelos familiares e colegas de trabalho.

Percebemos que a rotina do enfermeiro apresenta frequência exaustiva, exigindo além dos seus limites, ocasionando fadiga, esgotamento físico e emocional, acidentes de trabalho, sentimentos negativos em relação a vida profissional e dificuldades nas relações interpessoais no ambiente laboral, com tendência a isolar-se, apresentar humor deprimido e elevados riscos de apresentar comportamento suicida em resposta a uma soma dos fatores geradores de sofrimento.

Existem outros fatores desencadeantes, como a desvalorização profissional decorrente da baixa remuneração salarial, condições precárias de trabalho, plantões noturnos, sobrecarga de trabalho, que contribuem à tendência ao suicídio geralmente praticado por overdose medicamentosa intencional pelo fato de os enfermeiros possuírem conhecimento sobre farmacologia, facilidade de acesso a medicamentos, assim como conhecimento sobre a toxicidade e letalidade das drogas, sendo possível dessa forma, implementar meios letais de suicídio por overdose.

Considera-se a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes de suicídio podem ser evitados por meios de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso destes profissionais afetados psicologicamente, ao atendimento especializado, quando necessário, por uma equipe multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. M.; SANTOS, M. B. F.; NASCIMENTO, L. M. S.; FERRO, G. C.; SILVA, L. K. B.; TENÓRIO, F. E.; NARDI, A. E. **Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers**. Medical Express. v. 2, n. 3, 2015.
- ARAÚJO, L.S., ALVES, J.M.F., BARROS, K.B.N.T. **Intoxicação por medicamentos nas regiões Nordeste e Sudeste: Estudo comparativo no período de 2013 a 2016**. Mostra Científica da Farmácia, v. 5, 2019.
- ARAÚJO, G.S et al. **Perfil de trabalhadores de Enfermagem acompanhados por equipe multiprofissional de saúde mental**. Rev Rene, v.15, n.2, p. 257-63. 2014.
- ASCARI, R. A.; SCHMITZ, S. S.; SILVA, O. M. **Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: revisão de literatura**. Rev Uningá Review, v. 15, n. 2, p.26-31, jul-set., 2013.
- BARBOSA, K. K. S. et al. **Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar**. Rev Enferm UFSM, v. 2, n. 3, p. 515-522, set-dez., 2012.
- BARBOSA, K. K. S.; VIEIRA, K. F. L.; ALVES, E. R. P.; VIRGÍNIO, N. A. **Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar**. Revista de Enfermagem da UFSM. v. 2, n. 3, p. 515-22, 2012.
- BATISTA, M. D., MARANHÃO, T. L. G., OLIVEIRA, G. F. **Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção**. Id onLine Rev. Mult. Psic. V.12, N. 40, 2018.
- BRAQUEHAIS, M. D.; EIROA-OROSA, F. J.; HOLMES, K. M.; BRAVO, P. L. M.; MEZZATESTA, X. M. M.; CASANOVAS, M.; PUJOL, T.; SHER, L. **Differences in physicians" and nurses" recent suicide attempts: an exploratory study**. Archives os Suicide Research. 2015.
- BERTOLOTE, J. M. **Suicide prevention: at what level does it work?** World Psychiatry., oct; n.3,v.3; 2004, p.147-51.
- BERTOLOTE, J. M., & FLEISCHMANN, A. **Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective**. World Psychiatry, 1. 2002.
- BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. **Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura**. Acta Paul Enferm.,v. 25, nº especial 2, p. 151-156, 2012.



BISSOLI, A. S. R. **Depressão no profissional de enfermagem: reflexos na assistência prestada.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes – RO, 2017. 40fls.

BOAVENTURA, Y. C.; MARTINS, J.; XAVIER, P. B. **Tentativas de suicídio: principal causa de intoxicação exógena no Município de Mossoró, RN.** Anais de Medicina, p. 97-98, 2018.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia.** Psicol. USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. Doi: 10.1590/0103- 6564D20140004

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada: Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0.** [2019].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 dez. 2011, p. 230.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2006.** Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério de Saúde. (2019). **Estatísticas vitais, mortalidade.** 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio.** 2018.

CARVALHO, s. et al. **A Depressão é uma doença que se trata. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares – ABED.** Março, 2017.

CHAVES, L.H.S., et al. **Intoxicação exógena por medicamentos: aspectos epidemiológicos dos casos notificados entre 2011 e 2015 no Maranhão.** Revista Ciência & Saberes-Facema, v. 3, n. 2, p. 477- 482, 2017.

CHEUNG, T.; LEE, H. P.; YIP P. S. F. **Suicidality among Hong Kong nurses: prevalence and correlates.** Journal of Advanced Nursing, v. 72, n. 4, p. 836-48. 2015.

CHUNG, C. C.; LIN, M. F.; CHING, Y. C.; KAO, C. C.; CHOU, Y. Y.; HO, P. H.; CHANG, H. J. **Mediating and moderating effects of learned resourcefulness on depressive symptoms and positive ideation in hospital nurses in Taiwan.** Wiley Periodicals, v. 35, n. 6, p. 576-88, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Suicídio de enfermeira no MS acende alerta quanto à sobrecarga de trabalho.** 2019.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Enfermagem é uma das principais classes a sofrer com o suicídio: diálogo pode ser a solução.** 2017.

DAVIDSON, J. E.; STUCK, A. R.; ZIZOOK, S.; PROUDFOOT, J. **Testing a strategy to identify incidence of nurse suicide in the United States.** *Journal of Nursing Administration.* v. 48, n. 5, p. 259-65, 2018.

DAVIDSON, J. E.; ZIZOOK, S.; KIRBY, B.; DEMICHELE, G.; NORCROSS, W. **Suicide prevention: a healer education and referral program for nurses.** *Journal of Nursing Administration.* v. 74, n. 16, p. 35-61, 2018.

FÉLIX, T.A., et al. **Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil.** *Revista Contexto & Saúde,* v. 16, n. 31, p. 173-185, 2016.

FONSECA, T. C. P.; MELLO, R. **Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital público.** *Revista Enfermagem UFPE.* v.10, n.1, p. 296- 303, 2016.

FRANÇA, T. L. B. et al. **Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção.** *Rev enferm UFPE, Recife,* v. 8, n. 10, p. 3539-46, out., 2014.

FERNANDES, E. K. V. et al. **A Importância da Ginástica Laboral na Prevenção de Doenças Ocupacionais.** *Anhaguera - Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande,* p. 19-26, 2017.

GALVÃO, R. (Org.). **Suicídio: principais fatores de risco.** 2017. Disponível em: <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/enfermagem/suicidio-principais-fatores-risco.htm>.

GARÇON, T. A. F.; AGUIAR, L. A.; NASCIMENTO, E. S.; VOLTARELLI, A. **Fatores desencadeantes de estresse do enfermeiro na unidade de urgência e emergência.** *Revista Enfermagem Atual InDerme.* v. 87, n. 25, 2019.

GASPARINO, R. C. **Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem de um hospital universitário.** *Cogitare Enferm.,* v. 19, n. 2, p. 232-238, abr-jun., 2014.

GONÇALVES, C. A. et al. **Intoxicação medicamentosa.** *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente,* v. 8, n. 1, p. 135-143, 2017.

KLINGER, E.I., et al. **Intoxicação exógena por medicamentos na população jovem do Rio Grande do Sul.** *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção,* v. 1, n. 1, p. 44-52, 2016.

MACHADO, L.V., PEREIRA, M. E. **Tentativa de suicídio por intoxicação exógena, no período de 2009 a 2014, Araucária/ PR: Um olhar sobre a violência.** *SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO,* v. 3, n. 2, p. 64-78, 2017.

MELLO, R. C. C.; REIS, L. B.; RAMOS F. P. **Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional.** *Revista Interinstitucional de Psicologia.* v. 11, n. 2, p. 193-207, 2018.

MONTE, B. S. et al. **Estudo Epidemiológico das intoxicações por medicamentos registradas pelo Centro de Informação Toxicológica do Piauí-CITOX.** *Revista Interdisciplinar,* v. 9, n. 3, p. 96-104, 2016.

MORAES, S. M.; MAGRINI, D. F.; ZANETTI, A. C. G.; SANTOS, M. A.; VEDANA, K. G. G. **Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados.** Acta Paul Enfermagem. v. 29, n. 6, p. 643-9, 2016.

NAVARRO, C.; MARTÍNEZ, P. **Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional.** Revista Latino-Am. Enfermagem. v. 20, n. 6, 2012.

OLIVEIRA, E.N., et al. **Tentativa de suicídio por intoxicação exógena: contexto de notificações compulsórias.** Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 3, p. 2497-2511, 2015.

OLIVEIRA, S. M. et al. **Tentativas de suicídio por intoxicações exógenas: Análise em um centro de informações e assistência toxicológica.** Mostra Científica da Farmácia, v. 5, 2019.

PAI, D. D. et al. **Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar.** Rev Esc Enferm USP, v.49, n.3, p.460-468, 2015.

REISDORF, N.; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida.** Ver Enferm UFSM, v. 5, n. 2, p. 295-304, abr-jun., 2015.

RIBAS, A., et al. **Tentativa de suicídio por intoxicação exógena na faixa etária de 10-19 anos no Brasil.** Caderno de Publicações Univag, n. 09, 2018.

ROCHA, F. F. et al. **Síndrome de burnout em profissionais da saúde.** 2013. Artigo de Revisão. Disponível em: [https://www.corenmg.gov.br/documentos/20143/1174580/Sindrome +de+Burnout.pdf/05f52eb2-5a57-f512-2e7c-571ae9a-1da99](https://www.corenmg.gov.br/documentos/20143/1174580/Sindrome+de+Burnout.pdf/05f52eb2-5a57-f512-2e7c-571ae9a-1da99).

ROCHA, S. et al. **Fatores relacionados à depressão em profissionais da enfermagem: revisão narrativa.** [Artigo de revisão]. Faculdade Integrada de Santa Maria. Out., 2018. 4 fls.

ROSA, N. M. et al. **Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes.** Revenferm UFPE online., Recife, 9(2):661-8, fev., 2015.

SÁBADO, J. T. **Síndrome de Burnout y riesgo suicida em enfermeiras de atención primaria.** Enfermería Clínica. v. 20, n. 3, p. 173-78, 2010.

SANCHES, A. C. D.; FERREIRA, B. A.; PEREIRA, N. R.; DUCCA, P. S.; SILVA, V. J.; MAIA, L. F. S. **Saúde do Trabalhador: depressão e suicídio entre os profissionais de enfermagem.** Seminário de Produção Científica da Saúde. Anais. Carapicuíba, 2018.

SILVA, D. S. D.; TAVARES, N. V. S; ALEXANDRE, A. R. G; FREITAS, D. A.; ALBUEQUERQUE, M. C. S.; LEÃO, V. **Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 2, p. 1027-36, 2015.



SILVA, D. S. D. et al. **Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa.** Ver Esc Enferm USP, v. 49, p. 6, p. 1027-1036, 2015.

SILVA, L.L.T.,et al. **O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 5, n. 3, 2015.

SILVA, E. R. ; ÁLVARES, A. C. M. **Intoxicação medicamentosa relacionada à tentativa de autoextermínio.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 2, n. 2, p. 34-40, 2019.

SILVA, R. A. et al. **Tentativa de suicídio em adolescentes por intoxicação: ações de enfermagem.** 2016.

VASCONCELOS, M. L. L. **Relação de estresse, depressão e qualidade de vida na enfermagem.** 2012. [Artigo de revisão]. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/590/1/Vasconcelos.MaraLarissaLima.2012.001.BAHIANA.pdf> f. Acesso em: 10/05/2019.

WHO. World Health Organization. **Suicídio, datos y cifras.** 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Endereço eletrônico oficial da entidade. 2018.



## CAPÍTULO 2

---

# **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ENFOQUE À SAÚDE MENTAL DIANTE DAS ADAPTAÇÕES ANATÔMICAS, FUNCIONAIS E EMOCIONAIS DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL SOB O VIÉS DA ENFERMAGEM**

Andrea Almeida Zamorano

DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.2

## RESUMO

**E**ste artigo ressaltar a importância temática baseada no enfoque à saúde mental sob adaptações anatômicas, funcionais e emocionais do ciclo gravídico-puerperal e as contribuições do enfermeiro no reconhecimento e intervenções através do diagnóstico precoce da DPP como forma de amenizar o sofrimento psíquico da parturiente e repercussões da dor psíquica na vida social e familiar. Relata a importância do pré-natal intermediado por alterações que podem acarretar à depressão pós-parto. O presente estudo busca esclarecer a etiologia, a importância do diagnóstico precoce, suas variadas formas de tratamento e ações preventivas para a depressão pós-parto do qual são decorrentes de alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas desencadeadas do início gestacional até a fase puerperal. Por meio de uma revisão bibliográfica e sistemática da literatura, observamos que sua etiologia não foi totalmente esclarecida sob a forma de múltiplos fatores de risco envolvidos e que o tratamento deve ser realizado de forma multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-Parto. Puérpera. Intervenções da Enfermagem

## ABSTRACT

This article highlights the thematic importance based on the focus on mental health under anatomical, functional and emotional adaptations of the pregnancy-puerperal cycle and the contributions of nurses in the recognition and interventions through the early diagnosis of PPD as a way to alleviate the psychological distress of the parturient and its repercussions of psychic pain in social and family life. It reports the importance of prenatal care mediated by changes that can lead to postpartum depression. This study seeks to clarify the etiology, the importance of early diagnosis, its various forms of treatment and preventive actions for postpartum depression, which result from emotional, cognitive, behavioral and physical changes triggered from the gestational beginning to the puerperal stage. Through a bibliographical and systematic review of the literature, we observed that its etiology was not fully clarified in the form of multiple risk factors involved and that the treatment should be carried out in a multidisciplinary way.

**Keywords:** Postpartum Depression. Postpartum. Nursing Interventions

## 1 INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro clínico severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido a gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. Todo ciclo gravídico-puerperal é con-

siderado período de risco para o psiquismo devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Esta experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem se ver frente a situações em que a rede social falha. Esta acomete entre 10% e 20% das mulheres, podendo começar na primeira semana após o parto e perdurar até dois anos.

A Depressão pós-parto (DPP), não afeta apenas a puérpera, mas todos os à sua volta, pode ser caracterizada como um transtorno no desempenho físico, comportamental, cognitivo e emocional, atingindo aproximadamente 15% das mulheres em geral, podendo ter início até 12 meses após o parto (ARRAIS; FRAGALLE; MOURÃO, 2014). Tendo diversos fatores de risco associados, dentre os quais alguns se destacam, tais como: histórico de algum transtorno psíquico, ter menos de 16 anos, baixa autoestima, solidão, gravidez não planejada, menor escolaridade, não estar casada em regime legal (solteira ou divorciada), abortamento espontâneo ou de repetição, desemprego da puérpera ou do companheiro, situações estressantes nos últimos 12 meses, ausência ou pouco amparo social, bebê do sexo oposto ao esperado, relacionamento insatisfatório (ALFAIA; MAGALHÃES; RODRIGUES 2016), a gravidez, parto (parto traumático, prematuro e histórico de aborto) e estresse (desemprego ou mortes), e por último a vida socioeconômica. Podendo observar se há histórico de depressão na família, e se mesma já apresentou algum episódio (ARRAIS; FRAGALLE; MOURÃO, 2014).

Os sintomas usualmente observados são: ansiedade, ideias de morte e suicídio, sentimento de culpa, diminuição do humor, diminuição ou perda do prazer, menor desempenho, distúrbio do sono (ALFAIA; MAGALHÃES; RODRIGUES 2016).

Estudos apontam a possível relação entre o risco de depressão pós-parto com fatores relacionados anteriormente à tensão pré-menstrual. Essa relação é devido às semelhanças apresentadas em ambos os casos. Apresentando situações de alternância na esfera hormonal, tanto na queda dos níveis de progesterona como na função tireoidiana reduzida, as quais tem ligação direta com a qualidade de vida da mãe e do bebê (CABRAL; MARINI; MORAIS 2013).

Faz-se de extrema importância o acompanhamento pré-natal, pois segundo o Ministério da Saúde (MS) o foco desse acompanhamento é assegurar o desenvolvimento de uma gestação saudável com benefícios para a mãe e o bebê permitindo o nascimento de um bebê saudável e sem transtornos para a mãe em todos os seus aspectos, inclusive psicossocial (BOSKA; LENTSCK; WISNIEWSKI 2016).

Esse olhar cuidadoso do enfermeiro voltado a todas as gestantes, com medidas e ações de cuidado integral durante essa fase de mudanças e transições, poderá prevenir diversas complicações que podem ser provenientes da depressão pós-parto (ALFAIA; MAGALHÃES; RODRIGUES 2016).

Esta detecção deve ser feita no início de pós-parto ou então nas consultas pré-natais anteriores. Isto permite um tratamento adequado para as mães, para a relação mãe-recém-nascido e, mais tarde, para o equilíbrio psicológico da criança. Portanto, o impacto na vida dos envolvidos requer um trabalho não só remediativo, mas também preventivo, a fim de evitar este grave transtorno. (ARRAES, ARAÚJO, SCHIAVO 2018).

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém um período de importante vulnerabilidade emocional, onde sentimentos diversos são vividos, sendo essa fase uma transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões. Causa mudança de identidade e redefinição de papéis. Mudanças iniciadas na descoberta da gravidez que se estendem além do parto, a depender da vivência de cada mulher (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

Segundo Medeiros et al., (2016), mesmo se tratando de um fenômeno natural, deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar, a fim de diminuir as intercorrências durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. Pois, uma assistência eficiente pode diminuir o surgimento de problemas reais e potências, facilitar a identificação dos diagnósticos, planejamento e implementação dos cuidados necessários. No pós-parto, a mulher pode apresentar maior risco para problemas de ordem física, mental e social. Atingindo também a família e a criança, sendo manifestados, muitas vezes, por: dores/incômodos; medos/preocupações; percalços sexuais; redução da autoestima e do cuidado pessoal; dificuldades interacionais com familiares e/ou com o filho; depressão e outros (TEIXEIRA et al., 2015).

Martinez et al., (2016), afirmam que durante o pós-parto, a condição psiquiátrica mais comum é a depressão pós-parto (DPP), um problema de saúde pública de escala mundial. E que apesar de uma proporção significativa das mães, enquanto usuárias da atenção primária de saúde (APS), apresentem para tal alto ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.15 n.27; p. 2018, ainda sim os transtornos depressivos geralmente não são detectados ou tratados, apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes. Este quadro manifesta-se, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e atinge, habitualmente, sua intensidade máxima nos seis primeiros meses (GALVÃO et al., 2015). Muitos fatores podem estar relacionados à DPP, como: histórico de depressão, transtor-

no mental, ansiedade ou problemas emocionais na gravidez, eventos estressantes, apoio social ou financeiro ausente ou insuficiente. E muitas são as consequências desse episódio, como o comprometimento da relação entre mãe e filho (BRITO et al., 2015).

Em mulheres com história prévia de depressão pós-parto (DPP), observa-se risco 70% maior de desenvolverem outro episódio depressivo, e em casos de DPP prévia e melancolia da maternidade, *baby blue*, este risco aumenta para 85%. (HARTMANN; MENDONZA-SASSI; CESAR, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), a depressão é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. É um importante fator de risco para o suicídio e é considerado um transtorno mental comum, caracterizada por tristeza persistente e uma perda de interesse e incapacidade de realizar atividades que a pessoa normalmente gosta e as atividades diárias por 14 dias.

Para o diagnóstico da DPP, a utilização de medicamentos antidepressivos tem se mostrado o primeiro recurso para o tratamento, embora ocasione prejuízos no aleitamento materno e poucas pesquisas tenham sido realizadas. Outro recurso, muito verificado que se mostrou eficaz foi a Terapia Cognitivo-Comportamental – TCC (KROB, LEITE & MORI, 2017).

A Depressão pós-parto (DPP), não afeta apenas a puérpera, mas todos à sua volta, pode ser caracterizada como um transtorno no desempenho físico, comportamental, cognitivo e emocional, atingindo aproximadamente 15% das mulheres em geral, podendo ter início até 12 meses após o parto (ARRAIS; FRAGALLE; MOURÃO, 2014) tendo diversos fatores de risco associados, dentre os quais alguns se destacam, tais como: histórico de algum transtorno psíquico, ter menos de 16 anos, baixa autoestima, solidão, gravidez não planejada, menor escolaridade, não estar casada em regime legal (solteira ou divorciada), abortamento espontâneo ou de repetição, desemprego da puérpera ou do companheiro, situações estressantes nos últimos 12 meses, ausência ou pouco amparo social, bebê do sexo oposto ao esperado, relacionamento insatisfatório (ALFAIA; MAGALHÃES; RODRIGUES 2016), a gravidez, parto (parto traumático, prematuro e histórico de aborto) e estresse (desemprego ou mortes), e por último a vida socioeconômica. Podendo observar se há histórico de depressão na família, e se mesma já apresentou algum episódio (ARRAIS; FRAGALLE; MOURÃO, 2014).

Os sintomas usualmente observados são: ansiedade, ideias de morte e suicídio, sentimento de culpa, diminuição do humor, diminuição ou perda do prazer, menor desempenho, distúrbio do sono, (ALFAIA; MAGALHÃES; RODRIGUES 2016) descontrole emocional por estresse do parto, apresentando assim algumas disfunções como tristeza pós-parto, abatimento, choro repentino e incapacidade. Modificações do humor nas primeiras quatro semanas do puerpério, podendo ser leve e passageira ou piorar para uma neurose psicótica, sentimento de incapacidade, sono prejudicado, pensamento obsessivo, rejeição do bebê, riscos de suicídio ou infanticídio são características da doença (ARBOIT; DAANDELS; SAND, 2013).

Existem ainda fatores que podem sim ser predisponentes para o desenvolvimento de complicações e até mesmo uma depressão pós-parto. Podemos citar, por exemplo, o parto cesáreo, que tem sido realizado cada vez mais frequentemente e pode acarretar consigo transtornos de adaptação no pós-parto. A episiotomia, que segundo a OMS a indica em apenas 10% a 15% dos partos normais, no Brasil ela é realizada em aproximadamente 90% dos partos normais, o que ressalta seus agravos pois, pode trazer consequências não apenas físicas mas também psicológicas à mulher no pós-parto (BOSKA; LENTSCK; WISNIEWSKI 2016).

A ausência (ou não permissão) de um acompanhante durante o trabalho de parto e o momento do parto. A mulher, segundo a Lei do Acompanhante pode escolher alguém para acompanhá-la durante esse momento tão marcante em sua vida. Tendo consigo um acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, segundo o Ministério da Saúde, a mulher se sentirá mais confiante e segura, o que possibilita a diminuição no uso de medicamentos analgésicos, a duração do trabalho de parto e até mesmo o número de partos cesáreas realizadas (BOSKA; LENTSCK; WISNIEWSKI 2016).

O programa de pré-natal psicológico é uma forma diferenciada dando assistência integral, trabalhando o processo gravídico-puerperal, complementando o pré-natal, onde trabalham vários aspectos importantes como modificações, confiança, vínculo com o bebê, cuidados na amamentação, tornando um local para expressar medos e ansiedades (ARRAIS; FRAGALLE; MOURÃO, 2014).

De que forma o enfermeiro poderá intervir para a prevenção à saúde mental da puérpera nos casos de depressão pós-parto e quais os benefícios do diagnóstico precoce de casos DPP acarretam a melhora do quadro e diminuição dos agravos à saúde mental da parturiente?



O profissional de saúde que assiste a parturiente deve conhecer e compreender os fatores socioculturais, ambientais, a fisiologia do processo do parto, fatores que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de proporcionar uma assistência humanizada e integral. Ressaltando a importância de identificar precocemente possíveis sintomas e fatores de risco, contribuindo assim, amenizar o sofrimento psíquico da parturiente e familiares através de tratamento medicamentoso e ações sociais e terapêuticas.

Buscamos analisar a depressão pós-parto a partir do enfoque à saúde mental da puerpera sob a perspectiva da enfermagem, a prevalência de fatores de risco e detecção precoce da sintomatologia referente à DPP entre as fases gestacional e puerperal; Investigar o papel do enfermeiro como corresponsável pelo acolhimento à puerpera promovendo subdiagnóstico; Ressaltar a importância do pré-natal e do apoio social e familiar como preventivo à DPP.

## **2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

Foi realizada uma revisão crítica das publicações na PUBMED, SCIELO e LILACS referidos à Depressão Pós-Parto. Foram excluídos os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão, àqueles que apresentaram duplicidade de dados e os artigos que após leitura pormenorizada não atenderam ao objetivo proposto nessa revisão.

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura do qual foi realizada busca em bases de dados eletrônicos, usando estratégias com os termos “Depressão Pós-Parto”. Os critérios de inclusão foram aplicados aos registros obtidos em três etapas: títulos, resumos e textos completos de 25 artigos científicos publicados. Foram adotados como critérios de inclusão, artigos cujo título e/ou resumo sugerisse resultados originais sobre a prevalência ou incidência de DPP no presente estudo.

Foram excluídos 13 artigos em que faltavam informações sobre delineamento com foco apenas em adolescentes, HIV positivas ou pertencentes a minorias étnicas ou que não fosse possível distinguir resultados (Depressão Maior ou Menor) relativos a outros transtornos.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Foram identificados através dos resultados obtidos em pesquisa que utilizaram mulheres nos períodos de gravidez, pós-parto imediato e tardio, com ou sem histórico reprodutivo, dez fatores de risco considerados determinantes para o surgimento da depressão pós-parto, sendo eles: insatisfação com a gravidez; história

de depressão; abuso sexual e violência doméstica antes, durante ou após a gravidez; maior número de estressores vivenciados ao longo da vida; história de depressão pós-parto; baixo índice de saúde mental; depressão pré-natal; sofrimento emocional durante a gravidez e/ou parto; aleitamento por menos de seis meses e baixo índice de ômega 3.

Gauthreaux et al. (2017), afirmou que a gravidez indesejada ou tardia está fortemente associado aos sintomas da DPP em relação às mulheres que desejavam engravidar. Para Turkcapar et al., revelou em suas pesquisas que mulheres com DPP era resultante da insatisfação com a gravidez atual. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.15 n.27; p. 2018.

Segundo Gauthreaux et al. (2017), foi realizado um processo avaliativo através de questionários do qual esse achado foi obtido pelas mulheres categorizadas como gravidez indesejada ou tardia, o maior percentual por ter vivenciado em algum momento da sua vida um episódio depressivo. De acordo com Chojeta et al. (2016), a história de depressão se deve aos sintomas da DPP do qual o total de 5.219 mulheres que deram à luz, 820 apresentaram sintomas depressivos pós-parto.

As evidências de Guathreaux et al. (2017) e Turkcapar et al. (E3), resultantes de questionários avaliativos aplicados às gestantes e parturientes, relataram que a gravidez indesejada ou tardia decorrente do abuso sexual e violência doméstica antes ou durante a gravidez, também considerando o seu histórico de reprodução, expressaram maior percentual de ocorrência de sintomatologia da DPP.

Para Gauthreaux e colaboradores (2017), foram considerados estressores: ter um membro da família doente; separação ou divórcio do parceiro; falta de moradia; a entrevistada ou o cônjuge perderam o emprego; conflitos com o parceiro; cônjuge não desejava gravidez; ser incapaz de pagar as contas; estar em uma luta física; a entrevistada ou o parceiro foram para a prisão; alguém perto da entrevistada usa drogas ou álcool ou alguém perto da entrevistada morreu. Foram achados para a amostra identificada como gravidez indesejada ou tardia, os seguintes resultados, quando: presença de 1 a 2 estressores - aumentou a probabilidade de DPP pela metade; presença de 3 a 5 estressores - duplicou a chance de DPP e a presença de 6 ou mais estressores - quadruplicou a possibilidade dessas mulheres desenvolverem DPP. De acordo com Chojeta et al. (2016), foi realizado em seu processo avaliativo, os fatores de risco associados à DPP já vivenciados, tornando o fato episódico através de uma gestação atual comprometida com a DPP comparado às gestações anteriores, tornando-o recorrente. Esse achado fortalece o estudo de Turkcapar et al. (2015), que avalia mulheres que apresentaram sintomas da DPP atual, histórico

de depressão pós-parto, as quais demonstravam insatisfação com a atual gravidez e pensamentos suicidas em período gestacional.

Para avaliação de Chojeta et al. (2016), concluiu que as mulheres com sintomas de DPP apresentaram baixo índice de saúde mental, associados ao bem estar físico e emocional dessas mulheres, ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.15 n.27; p. 2018 10 também foi avaliado por esse questionário, sendo possível considerar a forte associação entre o baixo nível de saúde mental e a depressão pós-parto.

Existem evidências em todos os estudos analisados sobre a depressão pré-natal, porém somente Turkcapar et al.(2015), considerou em seus resultados que a depressão pré-natal está relacionado a sintomatologia da DPP.

O sofrimento emocional durante a gravidez ou no parto foi demonstrado por Chojeta et al. (2016) e Markhus et al. (2013). Questionários aplicados expressaram relatos das puérperas sobre os eventos emocionais que envolveram a gestação e parto. Conclui-se que esse fator, quando associado a outros fatores de risco experimentados por elas, pode desenvolver um episódio de depressão no pós-parto.

Para Chojeta et al. (2016), este fator foi considerado um fator materno de risco para a DPP, após analisar no histórico reprodutivo e na gravidez atual, a desistência do aleitamento antes dos seis meses. Os estudos mostraram que o aleitamento por menos de seis meses afetou a relação da mãe com o bebê, diminuindo o vínculo materno. Concluindo que, quando associado a outros fatores de risco, podem interferir no bem-estar físico e mental da mulher, contribuindo para o surgimento de um episódio depressivo maior no puerpério (DPP).

Markhus et al(2013), realizou um estudo com 43 mulheres grávidas de 24 semanas, sugerindo que o baixo índice de ômega 3 no final da gestação, por volta de 28 semanas, vai interferir na saúde mental da gestante. Visto que, há uma grande demanda de ômega 3 para o feto e que a baixa reposição dietética ou mesmo a não reposição deste, pode comprometer o bem-estar mental dessa mãe e por consequência influenciar no surgimento da depressão pós-parto. Sua amostra foi avaliada através de questionários e de exames laboratoriais, onde conseguiu provar a forte associação entre o baixo nível de ômega 3 no fim da gestação e a presença do episódio depressivo no pós-parto.

Enfim, com base em dados coletados, a DPP é uma desordem psicológica que tem cura e que os profissionais acarretam o transtorno a uma formação acadêmica

deficiente para se obter uma conduta protocolada na Atenção Primária, ressaltando a importância de um tratamento medicamentoso e psicoterapia com suporte para um apoio social e familiar.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos artigos em análise. Recife, Pernambuco, 2019.

<b>Autor / Ano de Publicação</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Síntese/ Considerações</b>
ARRAES, A. R.; ARAÚJO, T.C. ; SCHIAVO, A.R. 2018	Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico (PNP).	Identificar fatores de risco e de proteção associados à Depressão Pós-Parto (DPP); e avaliar a contribuição do Pré-Natal Psicológico (PNP) como programa de prevenção em Saúde da Mulher.	Entende-se que fatores individuais e subjetivos de cada mulher impactam diretamente à vivência de maternidade. Ainda são necessários mais estudos para que ampliem a expansão da prática do PNP para que não seja só utilizada em contexto hospitalar e sim durante essa fase transitória da vida.
ALFAIA, J.R.M., RODRIGUES, L.R., MAGALHÃES, 2016.	Uso da escala de Edinburg pelo enfermeiro na identificação da depressão pós-parto: Revisão Integrativa da	Analisar o uso da Escala de Edinburg pelo enfermeiro na identificação da Depressão Pós-Parto.	É perceptível que o infanticídio e o suicídio estão entre as complicações mais graves decorrentes da DPP, sendo assim faz-se necessário o

	Literatura.		acompanhamento cuidadoso de gestantes. Além de que o uso da escala de Edinburgh é extremamente eficaz para o diagnóstico de DPP.
BOSKA, G.A., WISNIEWSKI, D., LENTSCK, M.H.,2016.	Sintomas depressivos no período puerperal:	Identificar sintomas depressivos e associá-los às características sociodemográficas e clínicas de mulheres no puerpério tardio.	Ressalta-se a importância de acompanhar os dados estatísticos para associarmos à evolução no diagnóstico prevalente da DPP em período puerperal.
CHOJENTA CL, Lucke JC, Forder PM, Loxton DJ, 2016.	Fatores de saúde materna como riscos para a depressão pós-natal: um estudo longitudinal prospectivo.	Explorar a relação entre uma série de fatores e o PND e construir um modelo dos preditores de PND.	É pertinente dizer então, que a compreensão do histórico de saúde mental de uma mulher desempenha um papel importante na detecção das pessoas mais vulneráveis ao

			PND.
DAANDELS, N., ARBOIT, E.L., SAND I.C.P, 2013.	Produção de enfermagem sobre a depressão pós- parto.	Caracterizar estudos elaborados por enfermeiros sobre depressão pós-parto.	Conclui-se que os enfermeiros estrangeiros têm- se envolvido com o aprofundamento dessa temática há cinco anos e que seus estudos são mais quantitativos.
GAUTHREAUX C.; NEGRON J.; CASTELLANOS D.; WARD- PETERSON M.; CASTRO G.; RODRIGUEZ DE LA VEGA P.; ACUNA J.M, 2017	Associação entre a adoção da gravidez e a experimentação de sintomas de depressão pós- parto entre novas mães nos Estados Unidos.	Verificar a associação entre a depressão pós- parto e a ocorrência do aleitamento materno exclusivo.	Infer-se que são diversos fatores associados dentre os principais está a importância de estudos que investigue a influência da saúde mental da puérpera, devido às repercussões causadas na interação mãe- bebê e na prática do AME, a fim de subsidiar ações que promovam atenção integral à saúde materno-

			infantil.
HARTMANN, M.J ; MENDONZA-SASSI R. A, ; CESAR, A. J. 2017.	Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.	Medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de depressão entre puérperas residentes em um município de médio porte no extremo Sul do país.	Dessa forma, entende-se os fatores protetores que se mostraram significativamente associados a essa condição foram suporte profissional e apoio da equipe de saúde durante o parto, enquanto ser adolescente, ter maior paridade e histórico de depressão prévia ou na família foram considerados fatores de risco.
KROB, D A; GODO Y, J.; LEITE, P. K; MORI, G. S; 2017.	Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna nesse contexto.	Explanar a responsividade materna no contexto da depressão pré-natal e no pós-parto.	Conclui-se que são necessários instrumentos e intervenções apropriadas para essa patologia, sendo essencial a avaliação sobre a depressão desde a



			gestação. Além de que ainda é um desafio para a área da saúde o diagnóstico de DPP realizado após o nascimento do bebê.
MORAIS, E.A., MARINI, F.C., CABRAL, A.C., 2013.	Associação entre sintomas emocionais da tensão pré-menstrual e o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto.	Verificar a possível associação entre a situação emocional no pré-menstrual (TPM emocional) e risco de depressão puerperal.	Percebe-se que existe sim uma relação associativa entre sintomas emocionais no período pré-menstrual e a ocorrência de risco aumentado para depressão puerperal no pós-parto imediato.
MARKHUS MW, Skotheim S, GRAFF IE, FROYLAND L, BRAARUD HC, STORMARK KM, Malde MK. 2017	O índice de ômega-3 baixo na gravidez é um fator de risco biológico para a depressão pós-parto.	Investigar se o baixo índice de Omega-3 é um possível fator de risco para a depressão pós-parto.	Conclui-se com base nesses estudos que o baixo índice de ômega-3 está associado com a DPP.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos evidenciam que a DPP é um problema constante no cotidiano de profissionais da Atenção Básica do qual apresenta-se em posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento da DPP do qual identificamos que sensibilidade materna é influenciada por fatores sócio-cognitivos e afetivos. A depressão pós-parto é reconhecida como um problema de grande incidência no Brasil. O diagnóstico precoce pode possibilitar a identificação da DPP e evitar que a mesma ocasione prejuízos à saúde da mãe e do bebê. Sabendo que o profissional da enfermagem é um dos responsáveis pelo direcionamento e orientação da gestante. Nesse sentido, é importante dizer que para identificar a depressão pós-parto é necessário um aprofundamento do histórico de vida da puérpera desde sua situação clínica e familiar. Para se chegar à conclusão desses argumentos, utilizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico e descritivo com coleta de dados em teses, artigos, livros e banco de dados eletrônicos que tratam da temática em questão.

A fase gestacional é caracterizada por uma transformação psíquica na mulher em razão das mudanças sociais, biológicas, culturais e históricas, ligadas ao estereótipo feminino. Apesar da gestação ser vista como um episódio normal na vida de uma mulher, exigem adaptações anatômicas, funcionais e emocionais. Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados a serem praticados pelas próprias gestantes, parceiro, família e especialmente pelos profissionais da rede de atenção básica de saúde. Nesse sentido, o papel da enfermagem dentro dessa perspectiva é que os profissionais têm um papel de grande importância na atuação da depressão pós-parto na intervenção eficaz no controle, prevenção e condução da gravidez na adolescência, tendo em vista a complexidade e especificidade assistencial desse tipo de público. O enfermeiro deve sempre agir como educador e os familiares como co-educadores para então, solucionar juntos, problemas de fundamentos comuns como a resistência e a desesperança. O profissional de saúde que assiste a parturiente deve conhecer e compreender os fatores socioculturais, ambientais, a fisiologia do processo do parto, fatores que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de proporcionar uma assistência humanizada e integral.

## REFERÊNCIAS

ALFAIA, J.R.M., RODRIGUES, L.R., MAGALHÃES, M.M. **Uso da escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão Pós Parto: Revisão Integrativa da Literatura.** Revista Ciência e Sociedade : vol. 1, n. 1, 2016. Disponível em < <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/cienciaesociedade/article/view/2091>.>

ARRAIS, A.R., MOURÃO, M.A., FRAGALLE, B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Saúde Soc.: vol. 23, n. 1, p. 251- 264, 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sau-soc-23-01-00251.pdf> >

BOSKA, G.A., WISNIEWSKI, D., LENTSCK, M.H. **Sintomas depressivos no período puerperal:** identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. J Nurs Health: vol. 1, n. 1, pag. 38-50, 2016. Disponível < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5525>. >

CHOJENTA CL, LUCKE JC, FORDER PM, LOXTON DJ. **Fatores de saúde materna como riscos para a depressão pós-natal: um estudo longitudinal prospectivo.** PLoS One. 2016 Jan 19;11(1):e0147246. doi: 10.1371/journal.pone.0147246. eCollection 2016.

DAANDELS, N., ARBOIT, E.L., SAND I.C.P. **Produção de enfermagem sobre a depressão pós parto.** Cogitare Enfermagem: vol. 18, n. 4, p. 782-8, 2013. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34937> >

ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer- Goiânia, v.15 n.27; p.2018.

GAUTHREAUX C.; NEGRON J.; CASTELLANOS D.; WARD-PETERSON M.; CASTRO G.; RODRIGUEZ DE LA VEGA P.; ACUNA J.M. **Associação entre a adoção da gravidez e a experimentação de sintomas de depressão pós-parto entre novas mães nos Estados Unidos.** Medicine (Baltimore). 2017 Feb;96(6):e5851. doi: 10.1097/MD.00000000000005851.

HARTMANN, M.J ; MENDONZA-SASSI R. A, ; CESAR, A. J. **Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.** Cadernos de Saúde Pública, 01 October 2017, Vol.33(9)

KROB, D A; GODOY, J.; LEITE, P. K; MORI, G. S. **Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto.** Revista Psicologia e Saúde, 01 September 2017, Vol.9(3), pp.3-16.

MARKHUS MW, Skotheim S, GRAFF IE, FROYLAND L, BRAARUD HC, STORMARK KM, Malde MK. **O índice de ômega-3 baixo na gravidez é um fator de risco biológico para a depressão pós-parto.** PLoS One. 2013 Jul 3;8(7):e67617. doi: 10.1371/journal.pone.0067617. Print 2013.

MORAIS, E.A., MARINI, F.C., CABRAL, A.C. **Associação entre sintomas emocionais da tensão pré-menstrual e o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto.** Rev Med Minas Gerais: vol. 23, n. 3, pag. 281- 283,2013. Disponível em < <http://rmmg.org/artigo/detalhes/208> >

TURKCAPAR, A.F; Kadioğlu, N.; ASLAN, E.; TUNC, S.; Zayıfoğlu, M.; Mollamahmutoğlu L. **Sociodemographic and clinical features of postpartum** et al 2015.



## CAPÍTULO 3

---

# **INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM LEUCEMIA SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: LUTO ANTECIPATÓRIO AO ADOECIMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO**

Andrea Almeida Zamorano

DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.3

## RESUMO

O objetivo desse trabalho foi mostrar a importância das intervenções terapêuticas em pacientes com leucemia submetidos ao TCTH diante do luto antecipatório ao adoecimento onco-hematológico e que a atuação integral e humanizada da assistência de enfermagem contribui efetivamente na recuperação mais eficaz do paciente. Buscou esclarecer os tipos de leucemia, a etiologia, a incidência, diagnóstico laboratorial, variadas formas de tratamento e ações preventivas e identificar a melhor forma de amenizar o sofrimento psíquico e repercussões da dor psíquica na vida social e familiar. Para se chegar à conclusão desses argumentos, utilizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico e descritivo com coleta de dados eletrônicos que trata da temática em questão. Observamos que a temática foi totalmente esclarecida sob a forma de múltiplos fatores de risco envolvidos e que o tratamento deve ser realizado de forma multidisciplinar com a finalidade de acolher o paciente em todas as suas especificidades.

**Palavras-chave:** Transplante de células-tronco hematopoiéticas. Sofrimento psíquico. Assistência de enfermagem.

## ABSTRACT

The objective of this study was to show the importance of therapeutic interventions in patients with leukemia undergoing HSCT in the face of anticipatory mourning for onco-hematological illness and that the comprehensive and humanized performance of nursing care effectively contributes to the most effective recovery of the patient. It sought to clarify the types of leukemia, etiology, incidence, laboratory diagnosis, various forms of treatment and preventive actions as a way to alleviate psychological distress and repercussions of psychological pain on social and family life. To reach the conclusion of these arguments, a bibliographic and descriptive research was used with electronic data collection that deals with the theme in question. We observed that the theme was fully clarified in the form of multiple risk factors involved and that the treatment should be carried out in a multidisciplinary way, with the aim of welcoming the patient in all of his/her specificities.

**Keywords:** Hematopoietic stem cell transplantation. Psychic suffering. Nursing care.

## 1 INTRODUÇÃO

O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é indicado para o tratamento de doenças hematológicas malignas e não malignas, herdadas ou ad-

quiridas. Dentre as desordens malignas, estão alguns tipos de leucemias, linfomas, mielofibroses, síndrome mielodisplásica (SMD) e mielomas; entre as não malignas, destacam-se anemia aplástica (AA), anemia falciforme (AF) e talassemia maior (AZEVEDO et al., 2017); além de imunodeficiências, como a síndrome de Wiskott-Aldrich; doenças congênitas, como a disceratose congênita; alguns tumores sólidos e doenças autoimunes, como a esclerose múltipla (SOUZA et al., 2018).

É classificado em autólogo, alogênico (aparentado e não aparentado), haploidêntico e singênico. O tipo autólogo utiliza a medula ou as células precursoras que provêm do próprio indivíduo transplantado (receptor); o alogênico é quando as células provêm de outro indivíduo doador; no haploidêntico, o doador tem haplótipo 50% compatível com o do receptor, e o singênico se caracteriza pela coleta de células de um gêmeo idêntico (CRUZ; SANTOS, 2013; SABOYA, 2010).

O TCTH é constituído pelas seguintes etapas: a primeira etapa é o pré-transplante, em que são resolvidas as questões burocráticas e realizados os exames necessários para o reconhecimento das condições clínicas do(s) indivíduo(s) (CRUZ; SANTOS, 2013; BRAGA et al., 2017).

A segunda etapa é o TCTH em si, caracterizado pela hospitalização e pelos procedimentos de condicionamento, que implicam na administração de quimioterápicos antineoplásicos com irradiação corporal total ou não, para induzir a aplasia medular, quando se faz necessário o controle de sinais vitais, peso diário, balanço hídrico, administração da quimioterapia prescrita com conferência de nome, medicação, dosagem, horário, via de administração e posterior infusão da medula coletada; procedimento de responsabilidade do enfermeiro, o qual deve estar atento às complicações através de avaliação diária do cateter, controle hidroeletrólítico, prevenção e detecção precoce de infecções, exames de sangue, observação das mucosas, além de manter o paciente e a família orientados quanto às fases críticas e tranquilas para prosseguir com o tratamento em que se fazem necessários os cuidados de enfermagem até a alta hospitalar, período que contempla a terceira e última fase, chamada de pós-TCTH, que se divide em imediato e tardio (BRAGA et al., 2017).

Após submeter-se ao TCTH, o paciente necessita de acompanhamento rigoroso e supervisão direta do enfermeiro. Dentre os cuidados imediatos, destacam-se os seguintes: suporte por meio de hemotransfusões através de avaliação laboratorial diária, administração de medicamentos, em especial, o fator estimulador de colônias granulocitárias (G-CSF), manutenção de métodos de isolamento, realização de cuidados com a pele, higiene corporal e mucosite (KUHNEN; BURENSTEIN, 2016).

Segundo estudo anual do INCA, o índice de mortalidade em 2012, nos pacientes com leucemia, mundial foi de 265 mil. E em 2016, 5.540 mil novos casos de leucemia em homem e 4.530 mil em mulheres foram estimados no Brasil (INCA, 2016). Informações apontam que a leucemia é o tipo mais comum entre crianças e adolescentes (0-19 anos) no mundo, indicando cerca de 30% dos tumores que surgem abaixo dos 15 anos, e 20% dos que surgem abaixo dos 20 anos. No primeiro ano de vida há uma prevalência de LMA, porém a LLA tem maior incidência na primeira infância (crianças menores de 5 anos) (COOK, e cols., 2014; HOWLADER e cols., 2014). Em adolescentes e adultos jovens (de 15 a 29 anos) no Brasil, a leucemia representa 8% de todas as neoplasias que atingem esse público. A taxa de incidência de LMA aumenta conforme a idade, enquanto a incidência de LLA diminui gradualmente com a idade (INCA, 2015).

Diante desses dados epidemiológicos, torna-se mister ressaltar que o transplante pode causar prejuízo emocional aos pacientes, uma vez que, por conta do tratamento, estão sujeitos à perda de peso, dificuldades de se alimentar, náuseas, êmeses (vômitos), alopecia (queda de cabelo), o que, para muitas mulheres, é interpretado como perda da identidade, além de ansiedade, medo da morte e incerteza do sucesso do tratamento (LEITE et al., 2016).

O Transplante com Células-Tronco Hematopoiético (TCTH) é amplamente usado no tratamento de pacientes com neoplasias hematológicas, uma série de doenças malignas e para várias doenças congênitas e adquiridas de origem hematopoiética, genética ou imunológica (MASTROPIETRO e cols, 2010; PASSWEG e cols, 2013). É uma modalidade que consiste na infusão intravenosa de células-tronco hematopoiéticas (CTH) do próprio paciente (autólogo) ou de um doador da mesma espécie (allogênico), com a finalidade de restabelecer a função da medula óssea e imune do transplantado (LIMA; BERNADINI, 2014; HAMERSCHLAK, p 299, 2010).

O transplante de células-troncos hematopoiéticas allogênicas é um tratamento com efeito curativo para uma gama de doenças hematológicas malignas e benignas. Inicialmente foi considerado uma abordagem para resgatar pacientes dos efeitos colaterais ocasionado por altas doses de radiação e quimioterapia usadas para tratar várias patologias através do TCTH com a capacidade de reconstruir a hematopoese (GYURKOCZA; REZVANI; STORB, 2010). O TCTH allogênico possuem duas categorias: aparentados, quando o doador é irmão ou parente próximo compatível com o paciente; e o não-aparentado, doador sem vínculo sanguíneo com o paciente (SBTMO; 2014).



Apesar da sua rápida evolução, existe uma possibilidade de cura para os pacientes com leucemias agudas. A quimioterapia, alternativa base do tratamento, geralmente é incapaz de controlar a doença a longo prazo, desta forma o TCTH alogênico é o tratamento eficaz na consolidação da remissão das leucemias agudas (LAMEGO e cols; 2010). Em muitos casos o TCTH alogênico apresenta-se como melhor opção terapêutica para cura de paciente com leucemias de alto risco e para os pacientes que sofrem recaídas, exibindo resultados bastante satisfatórios (LIMA; BERNADINO, 2014).

As complicações relacionadas com o TCTH aumentam na proporção da diferença de compatibilidade, que inclui o risco de rejeição, de desenvolvimento tardio ou incompleto do enxerto e de Doença do Enxerto-Contra-Hospedeiro (DECH) (INCA, 2012).

Portanto, essas pessoas necessitam de cuidados que requerem certa especificidade. Nesse contexto, o enfermeiro tem grande papel como agente da assistência, pois é ele o responsável pela recepção e acolhimento do paciente, promoção das orientações iniciais quanto às rotinas do serviço e orientações quanto à importância de seguir corretamente as recomendações em relação ao autocuidado (CRUZ; SANTOS, 2013).

A medula óssea é um tecido esponjoso, rico em células progenitoras, encontrado no interior dos ossos, com capacidade de proliferação e diferenciação em eritrócitos, leucócitos e plaquetas, possui características como auto-renovação e circulam no sangue periférico, bem como nos vasos do cordão umbilical. É um procedimento com propriedades mielo e imunoablativas e consiste na infusão intravenosa de sangue de medula óssea, células tronco hematopoiéticas (CTH) (MERCÊS; ERDMANN, 2010; NARDI, 2011).

Após a escolha do condicionamento e administração do mesmo, ocorre a infusão da medula óssea. O dia da infusão é chamado dia zero e segue-se a contagem nos dias subsequentes (dia 0, +1, +2, +3...). Quando a infusão for de células crio preservadas, o descongelamento deve ser feito na unidade de TCTH em banho-maria, e infundidas imediatamente após o descongelamento através de um cateter semi-implantado (NARDI, 2011).

As intercorrências que podem ocorrer após a infusão de CTH incluem alterações cardíacas, dispneia, náuseas, vômitos, reações alérgicas, hipotensão ou hipertensão, tremores, febre, dor torácica, sensação de constrição da laringe, cólica abdo-

minal, diarreia, sobrecarga hídrica, hemoglobínúria nas 24 horas e exalação, através dos pulmões de um odor característico até 36 horas após infusão (NARDI, 2011).

O TCTH é um procedimento agressivo que traz complicações não só em múltiplos órgãos, mas também causa uma depressão imunológica, em razão da toxicidade das medicações utilizadas no condicionamento e também da predisposição do paciente em adquirir infecção. As alterações do sistema hematopoiético ocorridas no período pós infusão, são comuns e esperadas. Os cuidados com cateteres, infusões de hemoderivados e medicamentos, cuidados para evitar infecções e o medo da doença do enxerto versus hospedeiro (DECH), são causas frequentes de ansiedade e medo do paciente e da família (VIANA; LEAO; FIGUEIREDO, 2010).

O processo de TCTH é dividido nas fases pré-TCTH, TCTH propriamente dito (condicionamento e infusão) e pós TCTH. A avaliação do paciente para definição do condicionamento, tipo de transplante e doador ocorre na fase pré-TCTH. A primeira avaliação deve ser muito cuidadosa, pois é nesse momento que o paciente e o doador serão orientados quanto aos riscos e benefícios do tratamento (NARDI, 2011).

Por se tratar de um processo complexo e que passa por constantes avanços tecnológicos, esta especialidade da oncologia requer uma equipe de enfermagem treinada e capacitada através de participação em programas de atualização e reciclagem. Para melhor execução do cuidado, a equipe além de necessidade de treinamento específico precisa ser dinâmica e estar apta a planejar e executar da melhor forma uma assistência de qualidade. O enfermeiro é responsável por estar atento a todas as necessidades físicas e psicoemocionais para intervir em tempo hábil as diversas complicações decorrentes do tratamento (NARDI, 2011).

O objetivo desse trabalho foi mostrar a importância das intervenções terapêuticas em pacientes com leucemia submetidos ao TCTH diante do luto antecipatório ao adoecimento onco-hematológico. Trata-se de um estudo de cunho bibliográfico e sistemática de literatura com pesquisa realizada a partir de artigos acadêmicos disponíveis nas bases de dados eletrônicos: Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Online Medical Literature Search and Analysis System (MEDLINE) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) por serem plataformas de ampla indexação online de materiais bibliográficos científicos em saúde. Os critérios de inclusão considerados foram: textos na íntegra, disponíveis em português e inglês, sendo utilizadas publicações no período de 2010 a 2020. Foram excluídas teses, dissertações, relatos de caso e estudos que não respondiam à questão de pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Leucemia

Leucemia é uma doença monoclonal e progressiva, resultante de uma mutação cancerígena nas células precursoras hematopoiéticas, provocando uma produção clonal descontrolada dessas células na medula óssea e consequente acúmulo celular. Isso acontece pois há perda do controle na proliferação celular (HALL, p. 403, 2011; MANISHA, 2012; ANVISA, 2014).

As células leucêmicas possuem capacidade de mobilização para a corrente sanguínea. Essas células sanguíneas precursoras desenvolvem, através de mutações genéticas, grande capacidade de crescimento e metástase (WHITEHEAD e cols., 2016).

O desenvolvimento normal da produção de células sanguíneas, chamado de hematopoese, envolve o controle da expressão gênica que direciona a progressão das células progenitoras sanguíneas e hematopoiéticas. O processo inicia-se com uma célula-tronco hematopoiéticas pluripotente capaz de se autorrenovar ou dar origem a células progenitoras multipotentes, podendo se diferenciar em progenitor mieloide (precursor de células granulocíticas) e progenitor linfóide (precursor de células B, T e Natural Killer (NK)) (LENTO e cols., 2013).

As células precursoras são capazes de responder à fatores de crescimento hematopoiéticos que, após divisão e diferenciação, permitem a célula alcançar um estágio maduro (eritrócitos, granulócitos, monócito, megacariócitos e linfócitos) (HOFFBRAND; MOSS, p. 4, 2013).

Na doença leucêmica, os processos de autorrenovação, diferenciação e expansão das células progenitoras são interrompidos, levando ao acúmulo de células imaturas e não funcionais (GREENBLATT; NIMER, 2014).

A leucemia é dividida em duas categorias, a primeira baseia-se no tipo de célula afetada pela desordem (linfóide ou mieloide) e a segunda se baseia na característica da doença (aguda ou crônica) (MANISHA, 2012).

[...]Caracteriza-se como Leucemias Agudas (LAs) o aumento rápido de células precursoras sanguíneas imaturas, fazendo com que a medula óssea (MO) não produza células saudáveis. Entretanto na forma crônica, esse aumento excessivo é formado por células maduras anormais e a progressão da doença é lenta (INCA, 2015).

## 2.2 Cuidados Assistenciais às Pessoas no TCTH

Permeado por cuidados específicos na busca de superar o prejuízo orgânico decorrente desse processo, a relação enfermeiro-paciente torna-se mais estreita, sendo assim, o enfermeiro atuante na área necessita de embasamento científico para acompanhar com expertise todas as fases do tratamento, para reduzir, assim, danos e potencializar resultados positivos da terapia. Para tanto, torna-se pertinente que tais conhecimentos devam ser adquiridos através de treinamentos e capacitações por não fazerem parte da formação inicial do enfermeiro. Sendo esses treinamentos importantes para direcionar a prática clínica dos enfermeiros (LIMA; BERNARDINO, 2014; GUIMARÃES, et al., 2014; FERREIRA et al., 2017).

Dentre os processos que antecedem a infusão das CTHs, período denominado pré TCTH, destaca-se a fase de mobilização, que se dá através do uso de fator estimulante de colônia granulocitárias (G-CSF), a induzir a migração das células da medula óssea (MO) para o sangue periférico, onde são coletadas, por meio de leucocitaférese, para, em seguida, serem criopreservadas e armazenadas (transplante autólogo) ou administradas o quanto antes (transplante alogênico), modalidade que também dispõe da coleta direta por múltiplas punções em região da crista ilíaca realizada em centro cirúrgico (GUIMARÃES et al., 2014; LIMA; BERNARDINO, 2014; RODRIGUES et al., 2015).

Concomitantemente a esse processo, o paciente realiza o condicionamento, período em que se submete a elevadas doses de medicamentos quimioterápicos que o levarão a aplasia medular, tendo como principais cuidados de enfermagem, durante esse período, a realização de controle hídrico rigoroso, exame físico, monitorização de sinais vitais, orientações quanto à alimentação, ingesta hídrica e controle diário de peso corporal (GUIMARÃES et al., 2014; LIMA; BERNARDINO, 2014; RODRIGUES et al., 2015).

[...]Foi considerado que a intensidade do regime de condicionamento ao qual o paciente é submetido depende do tipo de TCTH e influencia diretamente no tempo da enxertia, por isso esse período é relacionado ao tempo de neutropenia, o que torna o indivíduo propenso ao desenvolvimento de infecções, uma vez que o sistema imunológico se encontra deprimido, assim o processo de recuperação do paciente torna-se prolongado (CASTANHO et al., 2020).

Segundo Pereira et al. (2013), é necessária a inserção de um Cateter Venoso Central (CVC) de longa permanência para a infusão das CTHs, que permite um acesso prolongado ao sistema vascular, sendo o cateter de Hickman o indicado para os pacientes submetidos ao TCTH, por atender às características que o tratamento exige. Porém, segundo o estudo de Rodrigues et al. (2015), o uso desse dispositivo

exige capacitação dos profissionais, pois poderá levar a uma série de complicações, as quais podem estar relacionadas à manutenção e ao manuseio do cateter, além de oclusão, embolia e trombose, sendo a ICSRC a mais frequente, devido à neutropenia típica do processo.

Ainda sobre o uso do CVC, Silveira et al. (2010) destaca como opção de cobertura o filme transparente de poliuretano, o qual, segundo evidências, permite a visualização do sítio de saída do cateter com troca em intervalos maiores, porém refere ainda que sua troca adicional aumenta a toxicidade cutânea o que dificulta a identificação de calor local, ao relacioná-lo à presença de infecção no sítio de inserção. Já Castanho et al. (2020) recomenda o uso do curativo com gel de clorexidina em pacientes neutropênicos como medida de redução de ICSRC, porque considera a indicação de protocolos para manuseio com o intuito de otimizar seu uso.

## 2.3 Cuidados Gerenciais às Pessoas no TCTH

O cateter de Hickman, manipulado exclusivamente pela equipe de enfermagem é beneficiado por boas práticas para sua manutenção, o que proporciona tratamento seguro aos pacientes submetidos ao TCTH. O uso de protocolos é necessário para o cuidado padronizado no cateter de Hickman, estes contribuem para a prevenção de incidentes, situação pontuada no estudo que comprometeria a viabilidade das CTHs, porque causa prejuízos ao processo de enxertia medular, seja por situações como obstrução, exteriorização do cuff, fratura ou ruptura do cateter e infecção (PONTES, 2018)

## 2.4 Etiologia

A etiologia da doença ainda é desconhecida e provavelmente multifatorial, porém acredita-se que alguns fatores genéticos e ambientais são potenciais causadores do acometimento com risco de alta letalidade. Dentre os fatores ambientais associados estão: exposição a irradiação ionizante, exposições oriundas do ambiente, principalmente o do trabalho, e consumo de produtos nocivos, idade, infecção por certos vírus (KLIEGMAN; MACDANTE, cap. 155, 2017).

Em relação aos fatores genéticos, existem inúmeras translocações não randômicas identificadas nas células leucêmicas. Uma translocação pode levar à produção gênica, cuja expressão pode, consequentemente, formar uma nova proteína com propriedades transformadoras. Por exemplo, na leucemia linfóide aguda uma translocação entre cromossomos 9 e 22, produz um gene que agrega parte de outros dois genes, BCR e ABL, cuja proteína formada executa relevante papel no desenvolvimento das leucemias. Indivíduos com síndromes geneticamente herdadas, como

a Síndrome de Down, possuem um risco maior de desenvolver leucemia aguda que um indivíduo sem síndrome. Nesse caso ainda não se sabe o motivo pelo risco ser elevado (KLIEGMAN; MARCDANTE, cap. 155, 2017).

## 2.5 Tipos de leucemias

As leucemias são classificadas em leucemias mieloide aguda (LMA), leucemia linfóide aguda (LLA), leucemia mieloide crônica (LMC) e leucemia linfóide crônica (LLC). Normalmente as células mais diferenciadas podem estar participando de um processo crônico, e quanto mais indiferenciada é a célula, mais aguda é a leucemia, geralmente levando a morte dentro de poucos meses se não for tratada (HALL, p. 403, 2011).

Na leucemia crônica a doença tem uma progressão lenta, geralmente encontrada em pacientes adultos de idade avançada. Há o aumento excessivo de células maduras anormais, levando meses ou anos para progredir (STONE; HUMPHRIES, p. 732, 2011; HOFFBRAND; MOSS, p. 192, 2013; BORGES-OSÓRIO; ROBINSON, p.417, 2013; INCA, 2015). Leucemias agudas são doenças onde as transformações malignas ocorrem em células-tronco da hematopoese ou células progenitoras.

Acredita-se que os danos genéticos resultam em aumento da proliferação celular, diminuição da apoptose e bloqueio da diferenciação. A consequência desses eventos é um acúmulo de células progenitoras hematopoéticas, chamadas blastos (HOFFBRAND; MOSS, p.179, 2013).

Entretanto, o aspecto clínico dos pacientes com leucemias agudas é inespecífico, visto que, sinais de fadiga, fraqueza, palidez, febre, hemorragias, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatia e petéquias podem surgir em outras doenças, este fato contribui para o diagnóstico tardio (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2013).

## 2.6 Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial para leucemias agudas é baseado no exame morfológico de esfregaço sanguíneo e de medula óssea, e complementado com a observação celular através das técnicas adicionais, incluindo análises citoquímicas e imunofenotípicas e estudos de genética molecular. O quadro leucêmico é caracterizado pela contagem de blastos acima de 20% na contagem diferencial de 200 células no sangue periférico ou 500 células na medula óssea (ZERBINI e cols., 2011; SBP, 2016).



## 2.7 Tratamento

O objetivo do tratamento é a destruição das células leucêmicas com a missão da Medula Óssea (MO) voltar a produzir células não alteradas. O processo para obter a cura total da leucemia envolve vários meios como os poliquimioterápicos, radioterapia, controle das infecções hemorrágicas e prevenção ou combate da doença no sistema nervoso central. Em alguns casos é usado o Transplante de células tronco da medula óssea (INCA, [2017]).

A quimioterapia, pode ser associada a outras terapias, com de objetivo controlar, inibir ou destruir as células leucêmicas. Essa terapia é a base do tratamento das leucemias agudas, porém é incapaz de controlar a doença a longo prazo (MACÊDO e cols., 2014).

Outro tratamento empregado é a radioterapia, onde usa-se radiação ionizante para destruir ou inibir o crescimento de células leucêmicas em uma determinada área. Pode ser combinado com a quimioterapia, para tratamento antecedente ao TCTH (ABRALE, 2016).

O TCTH é o procedimento recomendado quando a quimioterapia não apresenta resultados e a doença estiver avançada (ABRALE, 2016). Estudos apontam que os transplantes de células tronco (TCT) reduzem o risco da leucemia reincidir mais do que a quimioterapia padrão, porém é mais propenso a ter complicações graves e limitações (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014).

O TCTH é um procedimento utilizado no tratamento de doenças malignas e consiste na administração de altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia seguido de infusão de células-tronco com o objetivo de substituir a medula comprometida e restabelecer um sistema hematopoiético ou imune defeituoso do paciente (LIMA; BERNARDINO, 2014; PDQ, 2017).

## 2.8 Seleção de doadores

No registro brasileiro a probabilidade de encontrar um doador, com 100% de compatibilidade, não aparentado é em média 1 em cada 100 mil pessoas. O doador aparentado (HLA idêntico) pode ser, especialmente, um irmão ou um dos pais, entretanto a chance de encontrar um doador neste quesito é de 25%. Primeiro procura-se um irmão HLA genotipicamente idêntico, pois este é o parente com maior probabilidade de compatibilidade e possuem resultados de melhor prognóstico nos transplantes. Se não encontrado, a busca é estendida pela família o que inclui pessoas com primeiro grau de parentesco. Se não houver doadores compatíveis na



família, restam apenas procurar um doador não aparentado (CORGOZINHO; GOMES; GARRAFA, 2012; REDOME, [2017]).

### 3 CONCLUSÃO

Concluimos que a importância temática foi totalmente esclarecida provando que o TCTH é um procedimento agressivo que traz complicações não só em múltiplos órgãos, mas também causa uma depressão imunológica em razão da toxicidade da quimioterapia e da radioterapia e da predisposição do paciente em adquirir infecção.

É importante que a equipe de enfermagem tenha total conhecimento sobre todas as fases que o paciente submetido ao TCTH pode enfrentar, incluindo as complicações como o risco de rejeição ou diferença de compatibilidade.

De fato, o transplante pode causar prejuízo emocional aos pacientes, uma vez que, por conta do tratamento, estão sujeitos a vários efeitos colaterais das medicações caracterizados por seus sintomas físicos e psicoemocionais.

### REFERÊNCIAS

ABRALE. **Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Tratamento – LMC.** 2016.

ABRALE. **Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Tratamento – LLA.** 2016.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Typical Treatment of Most Types of Acute Myeloid Leukemia (Except Acute Promyelocytic M3).** 2014.

ANVISA - **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** RDC nº 34, de 11 de junho de 2014.

AZEVEDO, I.C. et al. **Transplante de células – tronco hematopoéticas em um serviço de referência: aspectos clínicos e epidemiológicos.** Rev Enf UFPE on line. Recife, v.11, n.2, 2017.

BORGES-OSÓRIO, M. R.; ROBINSON, W. M. **Genética Humana.** 3. ed. Artmed Editora, 2013.

BRAGA, M. et al. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas.** Revista Saúde. Santa Maria, v. 43, n. 1, 2017.

CASTANHO, L.E.C. et al. **Curativo gel de clorexidina no transplante de células-tronco hematopoéticas.** Acta Paul. Enferm. São Paulo, v.33, 2020.

CORGOZINHO, M. M.; GOMES, J. R. A. A.; GARRAFA, V. **Transplantes de medula óssea no Brasil: dimensão bioética.** Revista Latino-americana de Bioética, v. 12, n. 1, 2012.

CRUZ, K.R.P.; SANTOS, A.C.F. **Assistência de Enfermagem ao paciente submetido a Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH)**. Revista UNINGÁ. Paraná, n.37, jul. /set. 2013.

FERREIRA, M. et al. **Competências de enfermagem nos cuidados críticos de crianças submetidas a transplante de células-tronco hematopoiéticas**. Rev. Eletr. Enf. Goiás, v. 19, a. 29, 2017.

GUIMARÃES, C.S. et al. **Transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas para esclerose sistêmica: ações de enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. Goiás, v.16, n.1, 2014.

GREENBLATT, S. M.; NIMER, S. D. **Chromatin modifiers and the promise of epigenetic therapy in acute leukemia**. Leukemia. v. 28, n. 7, p. 1396-1406, 2014.

GYURKOCZA, B.; REZVANI, A.; STORB, R. F. **Allogeneic hematopoietic cell transplantation: the state of the art**. Expert review of hematology, v. 3, n. 3, p. 285-299, 2010.

HALL, J. E. Guyton E Hall **Tratado de fisiología médica**. 12. ed. Elsevier Health Sciences, 2011.

HAMERSCHLAK, N. **Manual de hematologia**. 552p. 2010.

HOFFBRAND, A.V.; MOSS, P.A.H. **Fundamentos e hematologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HOWLADER, N. e cols. **Providing clinicians and patients with actual prognosis: cancer in the context of competing causes of death**. Journal of the National Cancer Institute Monographs, v. 2014, n. 49, p. 255-264, 2014.

INCA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA. **Leucemia Tratamento**. [2017].

INCA. **Tópicos em transplante de células-tronco hematopoiéticas/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva** – Rio de Janeiro: INCA, 192p, 2012.

KLIEGMAN, R.; MARCDANTE, K. Nelson. **Princípios de pediatria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil. 784 p. 2017.

KUHNEN, A.E.; BORENSTEIN, M.S. **O processo de cuidar das enfermeiras no transplante de medula óssea em Santa Catarina (1997-2009)**. Hist enferm: Rev Eletrônica. Brasília, v. 7, n. 2, 2016.

LAMEGO, R. M. e cols. **Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas em leucemias agudas: a experiência de dez anos do Hospital das Clínicas da UFMG**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 32, n. 2, p. 108-115, 2010.

LENTO W e cols. **Wnt signaling in normal and malignant hematopoiesis.** *Cold Spring Harbor perspectives in biology*, v. 5, n. 2, p. a008011, 2013.

LEITE, A.M.C. et al. **O transplante sob o olhar do transplantado: Relato de experiência.** *Anais do I simpósio interdisciplinar do Vale do São Francisco*. nov. /2016.

LIMA, K.; BERNARDINO, E. **O cuidado de enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas** *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v.23, n.4, 2014.

MACÊDO, T.M. e cols. **Função pulmonar de crianças com leucemia aguda na fase de manutenção da quimioterapia.** *Revista Paulista de Pediatria*, v. 32, n. 4, p. 320-325, 2014.

MANISHA, P. **Leukemia: a review article.** *International Journal of Advanced Research in Pharmaceutical & Bio Sciences*, v. 1, n. 4, p. 397-408, 2012.

MASTROPIETRO, A. P. e cols. **Impacto da DECH crônica na qualidade de vida pósTCTH alogênico.** *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 32, n. 5, p. 358-364, 2010.

MERCÊS, N.N.A.; ERDMANN, A.L. **O cuidado complexo e o transplante de células-tronco hematopoiéticas.** IN: *Especializações em Enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem*. Volume II. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

MOC. **Manual de Oncologia Clínica do Brasil. Classificação das Leucemias Agudas Segundo a Organização Mundial Da Saúde (OMS).** [2017].

NARDI, M.B. **Cuidados de Enfermagem aos pacientes adultos submetidos a Transplante de Medula Óssea: uma revisão integrativa.** *Trabalho de Conclusão de Curso*, Porto Alegre, 2011.

PASQUINI, R; COUTINHO, E. **Fundamentos e biologia do transplante de células-tronco hematopoiéticas.** In: Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. *Tratado de hematologia*. São Paulo: Atheneu, p. 711-29, 2013.

PASSWEG, JR e cols. **Hematopoietic SCT in Europe: data and trends in 2011.** *Bone Marrow Transplantation*, v.48, n. 9, p.1161-7, 2013.

PDQ. CONSELHO EDITORIAL DO TRATAMENTO PEDIÁTRICO DO PDQ. **Transplante de células hematopoiéticas da infância (PDQ®): Health Professional Version.** 2017 Set 28.

PEREIRA, J.Z.A. et al. **Permanência do cateter de Hickman em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas alogênico: estudo retrospectivo.** *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v.59, n.4, 2013.

PONTES, L. et al. **Incidentes relacionados ao cateter de Hickman: identificação de dano.** *Rev Bras Enferm* [Internet]. Brasília, v.71, n.4, 2018.

REDOME. **Como é Feita a Busca por um Doador.** [2017].

REDOME. **Como são Obtidas as Células para o Transplante.** [2017].

RODRIGUES, H.F. et al. **Cateter de Hickman no transplante de células-tronco hematopoiéticas: implante cirúrgico, retirada e assistência de enfermagem.** Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3 2015.

SABOYA, R. et al. **Transplante de medula óssea com doador familiar parcialmente compatível.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. São Paulo, v. 32, supl. 1, 2010.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. **Revisão da classificação das neoplasias mielóides da Organização Mundial da saúde; fique por dentro das atualizações.** 2016.

SBTMO. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea,** 2012.

SILVEIRA, R.C.C.P. et al. **O uso do filme transparente de poliuretano no cateter venoso central de longa permanência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.16, n.6, 2010.

SOUZA, G.P.S.C.M. et al. **Caracterização epidemiológica de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas em um centro de referência de Curitiba, Paraná, Brasil, 2011-2015.** ABCS Health Sci. Santo André, v. 43, n.2, 2018.

STONE, C. K.; HUMPHRIES, R. L. **Current diagnosis & treatment emergency medicine.** McGraw-Hill Education LLC. 2011.

VIANA, D.L; LEÃO, E.R.; FIGUEIREDO, N.M.A. (orgs.). **Especialização em Enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem,** volume II. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2010.

WHITEHEAD, T. P. e cols. **Childhood leukemia and primary prevention. Current problems in pediatric and adolescent health care,** v. 46, n. 10, p. 317-352, 2016.

ZERBINI, M. C. N. e cols. **Classificação dos tumores hematopoiéticos e linfoides de acordo com a OMS: padronização da nomenclatura em língua portuguesa.** 4 ed. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 47, n. 6, p. 643-648. 2011.





## CAPÍTULO 4

---

# **INTERFACE DOS POLIUSUÁRIOS DE DROGAS AO MANEJO FAMILIAR NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Andrea Almeida Zamorano

DOI: 10.46898/rfb.9786558891819.4

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância do manejo familiar e clínico na reabilitação do dependente químico e salientar que a dependência química é uma patologia decorrente de uma estrutura familiar disfuncional que requer também passar pelo processo terapêutico e medicamentoso como forma de amenizar o sofrimento psíquico de todos os envolvidos, combatendo assim, a abstinência e como saber lidar em casos de recaídas. Verificar a existência de prejuízo aos familiares do dependente químico; compreender os efeitos do consumo das drogas e seus sintomas; Analisar os tipos de abordagens no tratamento; compreender a contribuição que as intervenções podem ter na convivência familiar e investigar a importância da inclusão da família no tratamento. Não obstante, quanto maior é o número de familiares participantes do grupo de terapia multifamiliar, melhor é a adesão do usuário na redução do impacto da dependência de cunho psicológico e físico. Trata-se de um tema relevante e de importância para o meio acadêmico e sociedade em geral. A pesquisa foi iniciada online através de artigos científicos por intermédio da base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e periódicos eletrônicos em psicologia (PepSic), através de dissertações das principais universidades e revistas eletrônicas do país.

**Palavras-chaves:** Dependência Química. Abstinência. Consumo de drogas. Manejo Familiar.

## ABSTRACT

The objective of this work is to emphasize the importance of family and clinical management in the rehabilitation of the dependent chemist and emphasize that chemical dependence is a pathology resulting from a dysfunctional family structure that also requires going through the therapeutic and drug process as a way to alleviate the psychological distress of all involved, thus fighting abstinence and how to deal with relapses. Check the existence of damage to the family of the dependent chemist; understand the effects of drug use and its symptoms; Analyze the types of approaches to treatment; understand the contribution that interventions can have on family life and investigate the importance of including the family in the treatment. Nevertheless, the greater the number of family members participating in the multifamily therapy group, the better the user's adherence to reducing the impact of psychological and physical dependence. It is a relevant and important topic for the academic world and society in general. The research was published online through scientific articles through the Scientific Electronic Library Online database



(SciELO) and electronic journals in psychology (PepSic), through dissertations from the main universities and electronic journals in the country.

**Keywords:** Chemical Dependency. Abstinence. Drug Use. Family Management.

## 1 INTRODUÇÃO

O alcoolismo é uma doença crônica, que possui características socioeconômicas e comportamentais, marcada pelo consumo compulsivo do álcool. Ocorre um desejo persistente de consumir a bebida ou um esforço infrutífero para reduzir e controlar seu uso. Dessa forma, o usuário vai progressivamente se tornando tolerante à intoxicação causada pela droga e desenvolverá sinais e sintomas de abstinência, caso a mesma seja retirada (Varella 2019).

O alcoolismo se torna uma doença da família, onde todos os familiares sofrem os impactos e adoecem junto ao usuário, necessitando de cuidado e assistência tanto quanto o dependente (Mangueira, Lopes 2014; Oliveira, Da Silva, Albuquerque 2016).

Nesse contexto, o enfermeiro se vê diante de dois lados igualmente necessários de atenção: o alcoolista, que sofre com as consequências físicas, mentais e sociais da dependência; e a família, desorientada que também é afetada pelos impactos do vício, sem saber como lidar com a desestruturação do lar. Cabe ressaltar que o enfermeiro é um dos profissionais mais qualificados na assistência à saúde mental do etilista e sua família, atuando tanto na promoção, reabilitação e prevenção da dependência (Da Silva et al. 2009).

As substâncias psicoativas, segundo Borges, Jesus e Schneider (2018), quando usadas de forma abusiva, provocam significativos danos não só à saúde do usuário, mas também à sociedade como um todo, sendo preciso atentar também às formas de uso e à relação do sujeito com a droga.

Conforme dito por Leal, Muñoz e Serpa Jr (2019), deve-se considerar como mudanças na saúde decorrentes do abuso de drogas: alterações de humor, de comportamento, da cognição e estado de consciência. Esta última agrava-se pela alteração da atividade perceptiva, cognitiva e/ou afetiva de cada indivíduo.

Aos usuários de drogas que já podem ser caracterizados como adictos, a tarefa de se autodeterminar, tende a perecer diante da compulsão, que leva o drogadicto normalmente aos problemas da síndrome de abstinência e ao rebaixamento do pensamento crítico racional. Pesquisas revelam que a experiência de cada indivíduo

com a droga é particular, já que é determinada por vários elementos tais como: o estado mental precedente ao uso, a individualidade, a experiência biológica e o modo como a experiência é vivida; o que demonstra a complexidade da questão. (Leal, Muñoz, Serpa Jr. 2019).

Uma recente publicação de Marangoni et.al (2020) investigou o desenvolvimento de crianças cujas mães relataram o uso de drogas durante a gestação. Os resultados indicaram atrasos no desenvolvimento escolar de tais crianças, hiperatividade e problemas de relacionamento na família, ainda que as entrevistadas não associassem os referidos fenômenos ao uso de substâncias químicas na gravidez.

Os grupos dependentes em cocaína apresentam prejuízo significativo nas funções executivas quando comparados aos grupos de controle, sendo a idade um fator discriminante às alterações neuropsicológicas e padrões de uso de drogas. Eles ainda apresentam que a memória de trabalho, atenção sustentada e memória declarativa foram afetadas em usuários de cocaína precoce enquanto os usuários de início mais tardio têm menor desempenho na atenção dividida. LOPES et al. (2017).

Segundo Silva et al (2018) as doses altas de Cannabis sativa afetam a memória recente e trazem dificuldade de concentração. Os usuários crônicos da droga podem demonstrar uma capacidade diminuída de estabelecer novas conexões relacionadas à memória, lembrar-se de fatos passados e transferência de memória imediata para a de longo prazo.

Os poliusuários apresentam prejuízos nas funções emocionais e variações nas funções cognitivas. Isso desencadeia influências negativas das emoções nos processos cognitivos como memória, tomada de decisão e atenção, e mudanças de comportamento e personalidade por meio de drogas, dificultando a vida social do adicto e podendo ser a causa de depressão e ansiedade, além de ser um dos fatores de risco para o suicídio. FORTES (2019).

Fortes (2019) percebe que as pesquisas relacionadas à memória não conseguem padronizar os resultados confirmando que os usuários perderiam ou não a memória, pois dependem de fatores como tempo de uso, quantidade e quantas drogas usavam ao mesmo tempo de uso periódico. Todavia afirma que se é real esse estado de coisas também é possível acreditar que em alguns casos haja uma reversão das consequências através da abstinência.

Ferreira et al. (2017) sobre o efeito de prática de atividades físicas no tratamento da dependência do uso de substâncias químicas aponta que, o uso de psicotrópicos

causa danos por vezes irreparáveis ao organismo, sendo o sistema nervoso central o mais afetado, e no caso do álcool, o consumo pode gerar problemas cognitivos, emocionais e até mesmo somatossensoriais.

De acordo com Galvão, Pinheiro, Gomes e Ala (2017), o consumo de álcool por jovens ocorre normalmente como refúgio do estresse, ansiedade e depressão. Os autores advertem, todavia que já está provado cientificamente que a longo prazo os efeitos são totalmente prejudiciais à saúde física, mental e social, sendo provável uma potencialização da ansiedade, perda de sono e agressividade do usuário.

Os recentes estudos de Garami e Moustafa (2020) mostram que a impulsividade, associada sempre à ansiedade, é uma característica central do abuso de drogas. De acordo com Moura, Monteiro e Freitas (2016), o uso/abuso de álcool e outras drogas na adolescência, provocam um comportamento violento e agressivo. Os adolescentes apresentam sintomas psíquicos como alucinações, delírio, ansiedade, impulsividade, inquietação, perda de memória e dificuldade de concentração. Afirma-se que o uso de substâncias psicoativas são os maiores causadores de violência por agressão e assalto na adolescência.

Nos anos 2000 o Ministério da Saúde empreendeu esforços significativos para que os quadros de dependência química pudessem ser acolhidos e tratados no SUS. Diante disso, é preciso que o Território ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, visando atender à necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para o tratamento dos dependentes químicos e suas famílias (BRASIL, 2011a).

No tocante às estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento do uso de álcool e drogas, em abril de 2002, se instituiu, no âmbito do SUS, pela Portaria nº 816/GM/MS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas; em junho de 2009, pela Portaria nº 1.190/GM/M, se instituíram as diretrizes do Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas; em maio de 2010, por meio do Decreto nº 7.179, se institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; e, por último, em dezembro de 2011, pela Portaria nº 3.088 se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

Em suma, o tratamento da Dependência Química sempre esteve associado à internação psiquiátrica (SHIMOGUIRI, 2019; SHIMOGUIRI et. al., 2019; SHIMO-

GUIRI, 2016; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014). Mesmo depois da criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – e demais estabelecimentos da RAPS, se constata que a internação continuou sendo um recurso muito utilizado; uma das explicações plausíveis para isto é o fato da formação médica não se dedicar à Saúde Pública, menos ainda à Saúde Mental, no que toca a Atenção Psicossocial.

Os CAPS são os principais responsáveis pelas estratégias de desinstitucionalização, por exemplo, pela organização da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, por isso são tão importantes. São serviços de saúde municipais, abertos e comunitários que oferecem atendimento diariamente com objetivo de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários; a atenção psicossocial inclui no tratamento o contexto familiar e sociocultural, indo além do que tradicionalmente caracterizava a clínica médica (SHIMOGUIRI; SERRALVO, 2017, p. 70).

Enquanto um problema de saúde pública compreende-se que, não só a pessoa que faz uso abusivo de drogas tende a ter a sua saúde comprometida, como a violência gerada em torno da produção, distribuição e consumo de drogas, com a ruptura de vínculos sociais e familiares e o aumento do sentimento de insegurança, afetam as condições de vida e da saúde das comunidades. As populações mais pobres são mais vulneráveis a esses efeitos. Nesse sentido, a questão das drogas deve ser compreendida em suas múltiplas facetas, demandando ações e políticas intersetoriais, de educação, geração de renda e saúde. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e se torna importante ter uma compreensão global do problema. Pode-se afirmar que o consumo de drogas é um grave problema de saúde pública. Para se estabelecer diretrizes, ações e metas na constituição de políticas do Ministério da Saúde é importante ter uma perspectiva transversalizada que compreenda o fenômeno das drogas de modo integrado e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, educativas e promotoras da saúde (ROCHA, 2015, p. 12).

Sobre o trabalho intersetorial, a RAPS tem por objetivo ampliar as possibilidades de boa evolução do tratamento partindo do pressuposto de que, embora as intervenções ocorram na maior parte das vezes no CAPS, em todos os estabelecimentos de Saúde, se pode propor alguma ação voltada para a Dependência Química, “Os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social” (BRASIL, 2011b, p. 34).

## 2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Para esse estudo foi escolhido a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura, de caráter qualitativo. Esse método consiste em um estudo secundário onde se procura mapear, encontrar e agregar resultados de estudos primários cujos temas são relevantes para a pesquisa. Nessa revisão, usa-se os estudos como referências para que sejam preenchidos os objetivos do trabalho. O termo sistemático implica a forma que são analisados os artigos, tratando-se de um método desenhado para que exista uma revisão imparcial, precisa, auditável, replicável e atualizável (Cortez et al. 2009b; Neves 2018). A pesquisa foi iniciada online por artigos científicos por intermédio da base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e periódicos eletrônicos em psicologia (PepSic), através de dissertações das principais universidades e revistas eletrônicas do país.

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa. A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa desenvolvido com finalidade de sintetizar os achados em pesquisa a respeito de um determinado tema ou assunto, por meio do qual torna-se possível construir uma análise mais ampla dos dados de literatura empírica e contemporânea, proporcionando uma compreensão mais abrangente da questão em estudo. Permite também, construir um corpo de conhecimento mais vasto do tema de interesse. e apontar lacunas, além de dar suporte para a tomada de decisão (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A abordagem ou a análise qualitativa se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. A pesquisa qualitativa refere a subjetividade, busca compreender o significado que os acontecimentos têm para pessoas comuns, em situação particulares, caracteriza aquelas cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números, trabalha com crença, valor, representações, hábitos, atitudes e opiniões. O objetivo é conseguir um entendimento mais profundo do objeto de estudo, sem preocupar-se com medidas numéricas e análises estatísticas (BOSI, 2012).

Foram incluídos nessa pesquisa os estudos acadêmicos disponíveis nas bases de dados selecionadas, com texto completo, nos idiomas português, inglês, espanhol, publicados entre 2010 e 2020. Foram excluídos os textos duplicados, comentários e opiniões e ou que não correspondiam ao escopo da pesquisa.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Manejo Familiar X Dependente Químico

O apoio familiar é indispensável ao tratamento do dependente químico. As influências positivas da família no tratamento envolvem conseguir ouvir os profissionais que estão tratando o paciente, tornar-se disponível para participar do tratamento junto ao paciente, evitar boicotar o tratamento, motivando o paciente, buscando um tratamento para o paciente por meio da visualização de um problema, e por meio da compreensão da doença (HERZOG; WENDLING, 2013).

Porém, a família nem sempre está apta a ajudar, na maioria das vezes por falta de informação. Nestes casos a família exerce um papel oposto ao pretendido, ao dar maus exemplos; não se engajando com o tratamento; ao chamar de volta o dependente antes do prazo; ao distorcer o problema: dependência química como falta de amor; visualizar o dependente como único problema e infantilizar o dependente; por meio da superproteção; tomando todas as decisões em seu lugar (HERZOG; WENDLING, 2013).

Essa dificuldade de engajamento no tratamento do dependente está relacionada também ao impacto que recai sob a família quando um membro se torna dependente. Esse impacto acontece nos âmbitos emocional, socioeconômico e legal; provocando adoecimento psíquico e físico; violência doméstica, física e psicológica, sintomas de codependência (MACIEL et al, 2013)

O uso de drogas é impulsionado por problemas familiares, como falta de diálogo, falta de interesse nos problemas vivenciados pelo membro, que muitas vezes recorre às drogas para fugir de seus problemas ou até mesmo chamar a atenção da família. Quando a família, por sua vez, não dá importância para o que está acontecendo e não reconhece que existe um problema instalado (neste caso, o uso de drogas) e evita falar sobre o assunto, o problema torna-se ainda mais agravado. Nestes casos, o dependente químico sente-se abandonado, como sem importância e afunda-se ainda mais no vício. Por outro lado, quando a família percebe o problema e dialoga sobre a dependência química, torna-se mais fácil do usuário aceitar o tratamento (GABATZ et al, 2013).

Alguns problemas familiares que podem desencadear o uso de drogas, mais especificamente do crack são: deficiência de suporte parental aos usuários; cultura familiar de uso de álcool e de outras drogas, e conflitos familiares; desinformação e



desconhecimento familiar sobre o uso do crack e outras drogas (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

O apoio familiar oferecido durante o período crítico pode não ser reconhecido pelo dependente no exato momento. Porém posteriormente, a criação de um ambiente de apoio na família, livre de julgamentos, é notado por estes dependentes que notam a presença dos membros familiares em meio às dificuldades. Percebem que a família é a base para a estruturação de uma mudança de vida. Além disso, com a perda da percepção causada pelo abuso de substâncias químicas, o dependente perde também alguns valores como honestidade, humildade e sinceridade. Esses valores serão resgatados posteriormente, com o tratamento (SILVA, 2012).

Para ajudar o dependente químico e oferecer apoio, os membros da família precisam entender a dependência química como uma doença. É necessário que reconheçam também a importância do tratamento para a abstinência, além de reconhecer a eficácia dos programas médicos voltados para esse aspecto, como as oficinas terapêuticas realizadas nos Centros de Apoio Psicossocial. Sobre este programa, os familiares “destacaram o impacto positivo do CAPS em suas trajetórias de tratamento e de vida, na melhoria da harmonia familiar, na estabilidade e diminuição das crises do transtorno mental, na redução dos danos associadas ao consumo de drogas” (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 341).

Os profissionais de saúde devem fornecer informação aos familiares, proporcionar condições de “acesso das famílias ao serviço através de suporte financeiro”, garantindo-lhes que “seu membro dependente químico será bem acolhido nos serviços de saúde, além de ofertar apoio familiar através de outros recursos” (MACIEL et al, 2013, p.193).

Esta abordagem é centrada no cliente a tarefa do clínico é de evocar a divulgação do cliente e abraçar sua ambivalência, em vez de confrontá-la; desenvolvendo discrepâncias entre os comportamentos atuais e os objetivos pessoais dos clientes e eliciando a linguagem do cliente em relação à alteração de seus comportamentos. Ele é incentivado a explorar discrepâncias entre o uso atual de substâncias e as metas futuras em um ambiente sem julgamento e de apoio. Esta estratégia consiste além de traçar metas, trazer perspectivas para os jovens, o engajar em um equilíbrio decisivo, de gerenciar o uso de substância (limitar seu próprio uso, usando seletivamente e reduzindo o uso), plano de mudanças ou plano de prevenção de recaídas e articular objetivos claros. Ao utilizar essa técnica, o clínico demonstra empatia e respeito pelo cliente e sua autonomia, em vez de assumir uma posição de especialização (STEWART et al., 2016); BRACISZEWSKI et al, 2018).



### 3.2 Consequências das substâncias psicoativas ao adicto

O uso abusivo de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública que afeta todas as dimensões da vida de seus usuários, o que vem contribuindo drasticamente para o aumento de inúmeros problemas encontrados não só em quem usa as drogas e/ou depende delas, como também nos contextos sociais em que estão inseridos: comportamento violento; menor capacidade de julgamento; dificuldades profissionais; abandono dos estudos; rompimento de vínculos, inclusive familiares; problemas psiquiátricos, entre outros (Assis, 2011; Ribeiro, Nappo & Sanchez, 2012).

O prazer associado à droga é intenso e muitas vezes imediato, o que facilita a compulsão pelo uso/abuso de drogas de forma desenfreada e as alterações fisiológicas do cérebro, anormalidades comportamentais e dificuldades sociais. Diante da complexidade de sua natureza, o uso abusivo de substâncias psicoativas é considerado por alguns estudiosos como uma doença crônica, necessitando de abordagens de tratamento que integram todas as áreas afetadas (Bordin, Grandi, Figlie & Laranjeira, 2010; Laranjeira, 2012).

O uso de droga na adolescência, para alguns faz parte do processo normal de busca de novas experiências e autonomia. A maioria dos adolescentes experimentaram a droga mas, não se torna dependente. No entanto, ao experimentarem a substância é um risco para se tornarem usuários e desenvolver a dependência. O uso nocivo da substância por adolescentes pode diminuir o autocontrole e promove comportamentos de risco como sexo desprotegido ou comportamento perigoso na estrada, traumatismo, afogamento, exposição a infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e outros comportamentos de riscos. O álcool é a droga relacionada com maior fator de risco, o consumo de substâncias nessa população por período de tempo mais prolongado e na vida adulta apresentarão mais problemas de saúde (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011; WHO, 2017).

Outros problemas relacionados ao uso de droga nesta fase de vida, é o transtorno por uso de substância, as psicopatologias nessa população são o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), o transtorno de conduta (TC) e o transtorno desafiador de oposição (TDO). Além de outras psicopatologias relacionadas com a população adulta, como os transtornos de ansiedade (TA), os transtornos de humor (TH) e as psicoses (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011).

O consumo de drogas sempre existiu na história da humanidade, e praticamente em todas as culturas. Contudo, por seus malefícios à saúde e suas consequên-

cias à sociedade, é considerado um dos maiores problemas de saúde pública (REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014).

Segundo Abreu e Malvasi (2011), o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno cultural, os diferentes contextos socioculturais regem o consumo, eles estabelecem o consumo de determinadas substâncias, os diferentes padrões de uso, abuso, as situações para o consumo, os significados particulares para as drogas, os comportamentos desejados como também controles e tratamentos para os efeitos considerados indesejados (ABREU; MALVASI, 2011).

O tratamento de substituição de opióides (OST) sendo considerado como estratégia de RD, é uma intervenção de tratamento de primeira linha para dependência de heroína entre adultos. Os principais medicamentos utilizados no OST são a metadona, um agonista completo ou a buprenorfina, um agonista parcial. No entanto, existem poucas evidências de OST para farmacoterapia para dependência em jovens adolescentes. Por consequência, existem obstáculos legislativos e administrativos em muitas jurisdições para o fornecimento de OST a adolescentes (SMYTH; ELMUSHARAF; CULLEN, 2018).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Dados Comparativos das Substâncias Psicoativas**

Levantamento importante realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas (CEBRID) sobre o consumo de drogas em estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino em 2010, revelaram que dos 50.890 estudantes que participaram da pesquisa, 25,5% referem uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% uso no último ano e 5,5% uso no último mês. As substâncias mais consumidas pelos estudantes foram álcool e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% no último ano. Em seguida, estão os inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetaminas (1,7%). As faixas etárias que apresentaram maior uso de droga foram entre 16 e 18 anos e maiores de 19 anos de idade, havendo também relato de consumo na faixa etária de 10 a 12 anos (CARLINI et al., 2010).

Segundo o Relatório Mundial sobre Droga, estima-se que um em cada 20 adultos tenha consumido pelo menos uma droga em 2014, o que representa 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos. Outro dado importante é que mais de 29 milhões de usuários de drogas sofrem de algum transtorno relacionado ao uso e, desses, 12 milhões usam drogas injetáveis, dos quais 14% são portadores do vírus HIV (UNODC, 2016).

O aumento do consumo de substâncias psicoativas começou a partir do século XIX, com a comercialização destas, o que veio a acarretar certas consequências a saúde e a sociedade, tal como infecção por HIV/AIDS, infecção por hepatite B e C, morte por overdose, suicídio e trauma e, em decorrência disso, a problematização do uso e do abuso de drogas. Considerando esta situação problemática as estratégias e políticas públicas para o enfrentamento dos problemas relacionado ao consumo de álcool e outras drogas apresentaram dois posicionamentos: o proibicionismo e a redução de danos (ALVES, 2009; MACHADO; BOARINI, 2013).

As políticas de proibicionismo pautam-se na redução da oferta e demanda, com ações contra o uso e a favor da abstinência, as quais baseiam-se no modelo norteamericano de guerra contra às drogas. No entanto, pensar na noção de vulnerabilidade e nos grupos de riscos levam ao questionamento dessas estratégias e também a buscar um novo caminho para diminuir os possíveis danos causados pelo consumo de drogas ao invés de proibir o uso e amedrontar a população (ALVES, 2009; SILVA; RODRIGUES; GOMES, 2015).

A redução de danos surgiu na década de 80, como uma nova forma de tratamento e prevenção ao uso de drogas para atenuar as consequências danosas do consumo de substâncias psicoativas, sem necessariamente interromper o uso. Essa proposta fundamenta-se na ideia de que se o consumo de drogas sempre existiu na história da humanidade e não desaparecer da sociedade, pelo menos é possível traçar estratégias para diminuir seus danos. A assistência em saúde, nessa perspectiva, é considerada de “baixa exigência” por não exigir do usuário a abstinência, mas conciliar o estabelecimento de metas intermediárias. Nesse sentido, a atenção é focada nas necessidades sociais do usuários (ALVES, 2009; DUAİLBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011; SILVA; RODRIGUES; GOMES, 2015).

Neste contexto, a redução de danos contempla programas, ações e estratégias. Os mais difundidos são os programas de troca de seringas, kits seguros para o consumo de crack e os de tratamento do uso e substituição de drogas. Mas, as estratégias de redução de danos abrangem várias práticas, como os processos de prevenção do consumo, orientação e promoção de estilo de vida saudável, conscientização e educação sobre os riscos que o consumo de droga provoca, alerta para os riscos de overdose, estratégias seguras de administração, assim como ações dirigidas a comunidade no objetivo de evitar a marginalização desses indivíduos e também facilitar o acesso aos serviços de saúde (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015).

Portanto, a redução de danos é um conjunto de estratégias sociopolíticas e programas que visam minimizar as consequências adversas do uso prejudicial de

substâncias psicoativas. Essa abordagem visa favorecer a escolha e o respeito a liberdade do indivíduo, procura compreender a relação que o sujeito mantém com a droga. Objetiva promover o fortalecimento da autonomia e o respeito aos direitos humanos, priorizando o bem-estar dos indivíduos (DUAILIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011; MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015; SILVA; RODRIGUES; GOMES, 2015).

Segundo estudos epidemiológicos do CEBRID (2010) e outros autores Bittencourt; França e Goldim (2015) a fase de vida mais vulnerável ao consumo de drogas e que apresenta maior incidência para o consumo é a adolescência. Nesse sentido, a adolescência é conhecida como a porta de entrada das substâncias psicoativas na vida do indivíduo, ou seja, é a fase de desenvolvimento humano mais susceptível ao consumo de drogas (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015).

A adolescência é a fase de grande impacto no desenvolvimento do ser humano, é a fase de construção como ser social e de subjetividade. Essa fase é marcada por influências, desequilíbrios, instabilidades internas e externas, mudanças corporais, psicológicas, comportamentais e vulnerabilidades sociais que fazem parte desse contexto. Nesse processo de mudança que se caracteriza como transição da infância para a vida adulta, a sociedade na qual vive o adolescente tem grande influência nessa transformação, na formação da sua personalidade e identidade, visto que muitas vezes ele busca alcançar as expectativas culturais da sua sociedade. Significa que o adolescente se espelha no padrão apresentado pela sua comunidade e que existe desejo de estar inserido no grupo, na sociedade, de ser aceito, podendo se deparar com crises e conflitos internos. Tal fato, somado a característica psíquica do ser, ambiente familiar não estruturado e com conflitos acaba aumentando a vulnerabilidade do indivíduo ao uso de substâncias psicoativas (SILVA; RODRIGUES; GOMES, 2015; TEIXEIRA, 2014).

Esta fase de vida é de grande importância no desenvolvimento humano, na construção no desenvolvimento como ser social, é um momento de novas descobertas e experiências possibilitando o reconhecimento de potencialidades e limites e o desenvolvimento da personalidade. É considerado como um momento de reestruturação e reorganização psíquica em que os conflitos infantis estão sendo reelaborados, gerando instabilidade emocional e psíquica, permeada pelo processo de maturação transformando a criança em adulto (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015; SIMÕES, 2006; ZAPPE; DAPPER, 2017).

O consumo de substâncias psicoativas existe desde a pré-história. Os ancestrais nas suas buscas pela sobrevivência contra a fome que assolava o mundo, fa-

ziam das frutas, nozes, raízes e tubérculos sua principal fonte de alimentação. As plantas psicoativas faziam parte de sua dieta alimentar e eram consumidos como alimento (CARNEIRO, 2014).

Com a civilização humana o significado e a forma de usar a droga mudou. Deixou de ser um simples alimento para ser uma substância de consumo festivo, religioso, sacramental e medicinal. A substância era livre para experimentação e uso, as plantas psicoativas alucinógenas eram incorporadas aos rituais de purificação e êxtase (CARNEIRO, 2014).

A partir do século XIX, com o surgimento do vinho, abertura de salão de ópio e consumo da maconha, as substâncias passaram a serem usadas com finalidade recreativa. A nova situação das substâncias serem utilizadas como instrumento de ritual e produtos de consumo para fins prazerosos e recreativos, proporcionou novos padrões de uso e que são influenciados por fatores individuais, demográficos, econômicos e sociais de uma determinada população (PANTANI; PINSKY, 2019).

Os danos causados pelo consumo de substâncias são de natureza física, psicológico e social. Os indivíduos em situação socioeconômica desvantajosa sofrem mais danos do que pessoas em situação econômica melhor dentro do mesmo nível de consumo, o que pode ser relacionado à maior exclusão social e menos acesso aos tratamentos (PANTANI; PINSKY, 2017).

O problema das drogas não está somente nos padrões de uso das drogas ilícitas mas também, nos padrões de uso das drogas lícitas. O álcool sendo uma droga lícita, é um dos principais fatores de risco para doenças e invalidez mundial. Segundo a classificação internacional de doenças, está associado a mais de 200 tipos de doenças e problemas relacionados à saúde, tais como HIV/AIDS, meningite, hepatite A e B, doenças respiratórias e cardiovasculares, câncer e diabetes. Além de poder estar relacionado a violência doméstica, acidente de trânsito e dependência (PANTANI; PINSKY, 2017).

Ainda mais, as estratégias de redução de danos abrangem tanto o campo social como a discriminação, marginalização, vulnerabilidade, criminalização, estigmatização, desigualdade e exclusão social e quanto ao campo da saúde, múltiplas infecções hepatite, overdose e AIDS (MORERA; PADILHA; ZEFERINO, 2015).

Neste contexto a redução de danos é um conjunto de estratégias sociopolíticas e programas para atenuar as consequências negativas do uso prejudicial de drogas. As estratégias de redução de danos contemplam ações de prevenções, promoção

de estilos de vida saudável, educação e conscientização do consumidor. É focada na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, bem como foca em pessoas que fazem uso de drogas. Possibilitando o acesso dos consumidores aos serviços terapêuticos, promovendo a orientação do comportamento saudável do usuário por meio de projetos educativos (MORERA; PADILHA, ZEFERINO, 2015; TEXEIRA, 2016).

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou enfatizar a importância da temática sobre a interface de poliusuários de drogas ao manejo familiar no contexto da dependência química, partindo do pressuposto a discriminação, marginalização, vulnerabilidade, criminalização, estigmatização, desigualdade e exclusão social sob questões éticas e legais.

Não obstante, o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno cultural, os diferentes contextos socioculturais regem o consumo, eles estabelecem o consumo de determinadas substâncias, os diferentes padrões de uso, abuso, as situações para o consumo, os significados particulares para as drogas, os comportamentos desejados como também controles e tratamentos para os efeitos considerados indesejados, ressaltando a importante missão das estratégias de redução de danos que contemplam ações de prevenções, promoção de estilos de vida saudável, educação e conscientização do consumidor.

Constatamos que, quando a família, por sua vez, não dá importância para o que está acontecendo e não reconhece que existe um problema instalado (neste caso, o uso de drogas) e evita falar sobre o assunto, o problema torna-se ainda mais agravado. Nestes casos, o dependente químico sente-se abandonado, como sem importância e afunda-se ainda mais no vício.

Não menos importante vale ressaltar que, a experiência de cada indivíduo com a droga é particular, já que é determinada por vários elementos, tais como: o estado mental precedente ao uso, a individualidade, a experiência biológica e o modo como a experiência é vivida; o que demonstra a complexidade da questão.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. C.; MALVASI, P. A. **Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química.** In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 67.



ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2.309-2.319, nov. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001100002>.

ASSIS, W. O. (2011). **Dependência química: experiências em psicoeducação.** Goiânia: Ed. da PUC Goiás.

AZEVEDO, D; MIRANDA, F. A. N. **Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares.** Esc Anna Nery, v. 15, n. 2, p. 339-45, 2011.

BESSA, M. A.; BOARATI, M. A.; SCIVOLETTO, S. Crianças e adolescentes. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Orgs. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011. Parte V. p. 359.

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. **Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas.** Rev. Bioét. [online], Brasília, v. 23, n. 2, p. 311-319, ago. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232070>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0311.pdf>.

BORGES, ClaudiaD.; JESUS, Luciana O.; SCHNEIDER, Daniela R. **Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas.** Em: Revista Psicologia em Pesquisa, v.12, n. 2. Juiz de Fora, Maio-Agosto, 2018, 1-9.

BOSI, M. L. M. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300002>.

BRACISZEWSKI, J. M. et al. **Developing a tailored substance use intervention for youth exiting foster care.** Child Abuse Negl., Oxford, v. 77, p. 211-221, Mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.013>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213418300255>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a **Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm).

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011b.

CARLINI, E. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e**



**Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2010.** São Paulo, SP: CEBRID; UNIFESP; Brasília, DF: SENAD, 2010.

DA SILVA MRM et al. 2009. **Reflexões sobre a responsabilidade do profissional de enfermagem no processo de aplicação do Bacilo de Calmette e Guérin: Revisão de literatura.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 1, n. 2, p. 178- 190.

FORTES, Paula M.;HESS, Adriana R.B.;MARRONE, Daniela D.;HUTZ, Claudio S;ALMEIDA, Rosa M. M. **Avaliação neuropsicológica do funcionamento executivo, níveis de ansiedade, depressão e raiva de poliusuários de drogas: um estudo comparativo.**Em:Revista Neuropsicologia Latinoamericana,v. 11, n. 1. 2019, 28-37.

GABATZ, R. I. B. et al. **Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 1, p. 140-146, 2013

GALVAO, Ana; PINHEIRO, Marco; GOMES, Maria José;ALA, Sílvia. **Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool.** Em: Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n.spe5. 2017, 8-12.

HERZOG, A; WENDLING, M. I. **Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos.** Aletheia, n. 42, p. 23-38, 2013.

LARANJEIRA, R. (2012). **Bases do tratamento da dependência de crack.** In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.). O tratamento do usuário de crack (2a ed., pp. 23-29). Porto Alegre: Artmed.

LEAL, Erotildes; MUÑOZ, Nuria; SERPA JR, Octavio. **Além da compulsão e da escolha: autonomia, temporalidade e recuperação pessoal.** Em: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 22, 2019, 130 -149.

LOPES, Mayara; GONÇALVES, Priscila; OMETTO, Mariella; SANTOS, Bernardo; CAVALLET, Mikael; CHAIM-AVANCINI, Tiffany; SERPA, Mauricio; NICASTRI, Sergio; MALBERGIER, André; BUSATTO, Geraldo; ANDRADE, Arthur; CUNHA, Paulo. **Distinct cognitive performance and patterns of drug use among early and late onset cocaine users.** In: Addictive Behaviors: An International Journal, v.73, Outubro, 2017, 41-47.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos.** Psicol. Ciênc. Profis. [s.l.], v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932013000300006>.

MACIEL, L. D. et al. **Consequências e dificuldades da dependência química no âmbito familiar: uma revisão de literatura.** Revista de APS, v. 16, n. 2, 2013.

MANGUEIRA SO, LOPES MVO. 2014. **Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.61, n.1. <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100149](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100149)>.

MARANGONI, Sônia Regina;ROSA, Ohana Panatto; GAVIOLI, Aroldo; GUEDES, Márcia Regina Jupi; ORTIZ, Mirella Machado; LIMA, Paola Kallyanna Guarneri

Carvalho; DIAS, Lashayane Eohanne; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. **Crianças nascidas de mulheres usuárias de múltiplas drogas na gravidez: Estudo de segmento.** Brazilian Journal of Development. Curitiba, v.6, n.8,p. 61636-61656, Agosto2020.

MORERA, J. A. C.; PADILHA, M. I. C. S.; ZEFERINO, M. T. **Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas.** Rev. Baiana Enferm., Salvador, v. 1, n. 29, p. 76-85, mar. 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9046/9545>.

MOURA, Natana; MONTEIRO, Ana; FREITAS, Rodrigo. **Adolescentes usuários de drogas (i)lícitas e práticas de violência.** Em: Revista de enfermagem UFPE on line, v.5, 2016, 1685-1693.

MOUSTAFA, Ahmed A. **Cognitive, Clinical, and Neural Aspects of Drug Addiction.** Academic Press, 2020.

OLIVEIRA MP, DA SILVA ICM, ALBUQUERQUE GG. 2016. **Pesquisa científica no curso de Enfermagem: revisão integrativa.** Revista Práxis, v. 8, n. 16.

RIBEIRO, L. A., NAPPO, S. A., & SANCHEZ, Z. V. D. M. (2012). **Aspectos socioculturais do consumo de crack.** In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.). O tratamento do usuário de crack (2a ed., pp. 50-56). Porto Alegre: Artmed.

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R. **Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. 4, n. 10, p. 125-133, set. 2016.

ROCHA, G. M. S. **Estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento do uso de drogas ilícitas.** Dissertação (Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública "Sergio Arouca", Rio de Janeiro, 2015.

SELEGHIM, M. R. et al. **Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n.3, p. 263-268, 2013.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do crescimento na saúde coletiva.** Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguiari\\_afdt\\_me\\_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguiari_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y).

SHIMOGUIRI, A.F.D.T.; PÉRICO, W. **O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade.** Revista de Psicologia da UNESP, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442014000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004).

SHIMOGUIRI, A.F.D.T.; SERRALVO, F. S. **A importância da abordagem familiar na Atenção Psicossocial: um relato de experiência.** Nova Perspectiva Sistêmica, v. 57, p. 69-84, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v26n57/n26a06.pdf>.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **Um tratamento possível da toxicomania no Centro de Atenção Psicossocial: a oficina terapêutica sob viés da psicanálise.** *Simpósio de Psicanálise e Prática Multidisciplinar na Saúde*, n. 1, p. 148-154, nov. 2019. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/sppms/article/view/618>.

SILVA, R. L.; OLIVEIRA, F. S. **O sentido da vida para jovens dependentes químicos.** *Psicologia Argumento*, v. 30, n. 71, 2012.

SILVA, Adriana; GOMES, Jayne; PALHANO, Morgana; ARANTES, Ana; YAMASHIRO, Ana. **Maconha Nas Perspectivas Contemporâneas: Benefícios e Malefícios.** Em: Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA, Ariqueemes, v.9, n.2, 2018, 786-795.

SILVA, A. G.; RODRIGUES, T. C. L.; GOMES, K. V. **Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: a redução de danos como estratégia de prevenção.** *Rev. Psicol. Polít.*, São Paulo, v. 15, n. 33, p. 335-354, ago. 2015.

SIMÕES, M. P. **Adolescência e uso de drogas.** In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Orgs. *Panorama atual de drogas e dependências.* São Paulo: Atheneu, 2006. p. 281.

SMYTH, B. P.; ELMUSHARAF, K.; CULLEN, W. **Opioid substitution treatment and heroin dependent adolescents: reductions in heroin use and treatment retention over twelve months.** *BMC Pediatr.*, London, v. 18, Art. n. 151, [12f], 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1137-4>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Jan.-Mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

STEWART, D. G. et al. READY or not: findings from a school-based MI intervention for adolescent substance use. *J. Subst. Abuse Treat.*, New York, v. 71, p. 23-29. DOI:10.1016/j.jsat.2016.08.007.

TEIXEIRA, P. S. **Adolescentes em semiliberdade: consumo de álcool e outras drogas e atendimento em uma unidade do interior do estado de São Paulo.** 2014. 109 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World drug report 2016.* New York: 2016. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2016/>.

VARELLAD.2019.**Alcoolismo.**<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/alcoolismo-artigo/>.

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

Atenção 24, 25, 29, 36, 44, 55, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 84, 88

## C

Consumo 21, 65, 74, 75, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91

## D

Depressão 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 30, 32, 33, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 55, 56, 62, 68, 76, 77, 89

Drogas 27, 32, 34, 35, 37, 48, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91

## E

Emocional 12, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 26, 31, 32, 33, 35, 39, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 60, 68, 80, 85

## F

Familiar 12, 15, 16, 18, 34, 42, 47, 50, 55, 58, 71, 74, 78, 80, 81, 85, 87, 89, 90

Fatores 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 55, 56, 58, 63, 65, 76, 86, 88

## G

Gravidez 34, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 55, 56, 76, 82, 90

## M

Mental 12, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 37, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 75, 76, 77, 81, 87, 88

Morte 13, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 25, 30, 32, 34, 43, 46, 60, 66, 84

## P

Pacientes 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 31, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 70, 71

Pós-parto 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 55, 56

Prevenção 14, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 46, 55, 56, 59, 65, 67, 75, 81, 84, 87, 88, 91

Profissionais 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 40, 49, 55, 65, 75, 80, 81, 82

## R

Risco 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 56, 58, 61, 65, 66, 67, 68, 76, 82, 86

## S

Saúde 12, 14, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 37, 38, 39, 43, 45, 46, 56, 62, 68, 70, 77, 78, 88, 89, 90, 91

Sintomas 14, 15, 16, 18, 22, 26, 33, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 56, 68, 74, 75, 77, 80

Social 12, 15, 18, 19, 25, 27, 29, 42, 43, 44, 45, 47, 50, 58, 76, 77, 78, 79, 85, 86, 87, 90

Suicídio 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 45, 46, 76, 84

## T

Transplante 58, 60, 67, 68, 69, 70, 71

Tratamento 12, 19, 23, 28, 33, 34, 42, 44, 45, 47, 50, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 74, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91

## V

Vida 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 26, 30, 31, 35, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 55, 58, 60, 68, 70, 76, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 91

## **SOBRE A AUTORA**

### **Andrea Almeida Zamorano**

Licenciatura Plena em Pedagogia com habilitação em Administração Escolar e Magistério ( Séries Iniciais ao Ensino Médio)- **FUNESO/UNESF**; Bacharelado em Enfermagem – **UNIBRA**; Mestra em Psicanálise e Especialista em Clínica Psicanalítica -SPSIG (Sociedade Psicanalítica Sigmund Freud de São Paulo) pelo **INSTITUTO GAIO**; Pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Mental e Dependência Química – **FCHE/ESUDA**; Pós-graduação em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica e Neuropsicologia da Educação – **FCHE/ESUDA**; Pós-graduação em Hematologia, Hemoterapia e Terapia de Suporte – **UNIBF**; Pós-graduação em Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo (ABA) – **UNIBF**; Pós-graduação em Transtorno Borderline e Terapia Cognitivo-Comportamental – **UNIBF**; Pós-graduação em Psicopedagogia Clínica e Institucional –**ALPHA**; Pós-graduação em Educação Especial e Inclusiva – **ALPHA**; Pós-graduação Enfermagem em Oncologia – **UNIFAVENI**. Pós-graduanda em Contribuições da Neurociências, Neuroeducação e Neuropsicopedagogia para Educação- **FACULDADE CAMPOS ELÍSEOS- FCE**; Pós-graduanda em Docência do Ensino Médio, Técnico e Superior em Enfermagem- **FACULDADE CAMPOS ELÍSEOS- FCE**; Pós-graduanda em Gestão Hospitalar e Auditoria em Serviços da Saúde- **FACULDADE ESTRATEGO**. Possui vasta experiência nas áreas de formação acadêmica (Educação/Saúde) com embasamento Clínico/Institucional em projetos terapêuticos interligados à psicoterapia Individual e Grupal ( crianças, adolescentes, idosos e portadores de necessidades especiais) com o objetivo de contribuir no processo saúde-doença, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde através do acesso, registro, organização e arquivamento dos prontuários em seus variados casos clínicos; acompanhamento clínico e medicamentoso do desenvolvimento global do quadro; triagens que consistem na escuta qualificada e que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e objetiva a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, limites de comunicação ou impossibilidade de convivência fundamentais no processo de construção da autonomia; oficinas terapêuticas realizadas através da arteterapia, musicoterapia, práticas meditativas, oficinas de expressão criativa, psicomotricidade, oficinas de memória-afetiva, entre outros; Oficineria em práticas ludopedagógicas contribuindo no treino atencional, flexibilidade cognitiva, memória operacional e ensino de estratégias para lidar com suas dificuldades; avaliações periódicas para acompanhamento do progresso como resultado de intervenção e redirecionamento para áreas de maior dificuldade, compensar suas próprias limitações, melhorar seus relacionamentos, e produzir mudanças a partir da compreensão do problema e da descoberta de suas capacidades;

Palestrante nas áreas de Saúde Mental e Neuroeducação; Experiência em desenvolvimento e orientação de projetos de pesquisas e de extensão e autora de diversos artigos aguardando publicações. Atuante como psicanalista, realizando atendimentos presencial/ on-line. E-mail: **andreazamorano2011@hotmail.com**

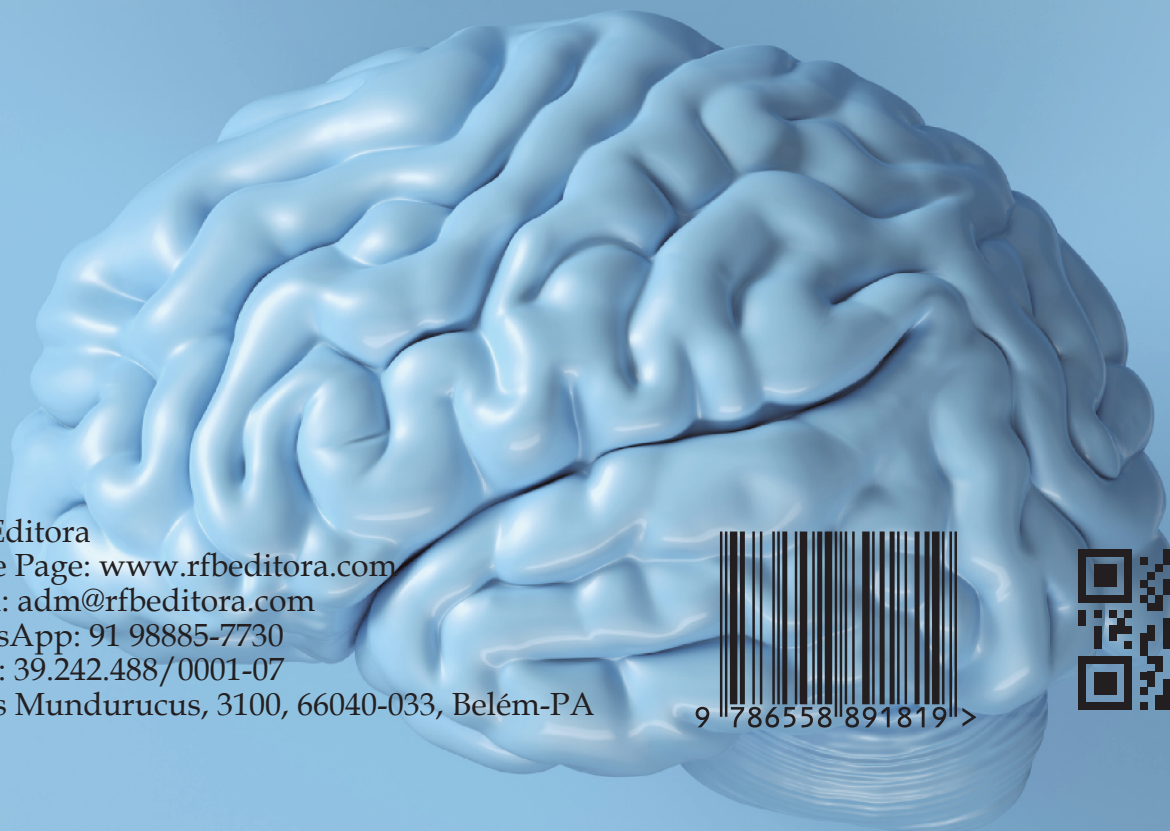
---



Andrea Almeida Zamorano

# ATÉ QUE A MORTE NOS SEPRE!

A interface dos distúrbios psíquicos ao suicídio como dispositivos do cuidado à saúde mental



RFB Editora  
Home Page: [www.rfbeditora.com](http://www.rfbeditora.com)  
Email: [adm@rfbeditora.com](mailto:adm@rfbeditora.com)  
WhatsApp: 91 98885-7730  
CNPJ: 39.242.488/0001-07  
R. dos Mundurucus, 3100, 66040-033, Belém-PA



9 786558 891819 >

