

A Sociedade Cearense de Psiquiatria - SOCEP oferece aos psiquiatras e aos demais estudantes e profissionais do campo da saúde mental, nas instituições de educação superior, pesquisa e extensão, tanto quanto nas políticas públicas, na gestão de serviços e na atenção individual e coletiva, o número inicial de uma revista eletrônica planejada para ser permanente, a sua “Diálogos Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental - DIPSMM”.

Na transição das décadas de 1970/80, a SOCEP teve uma revista impressa, anual, a Revista Cearense de Psiquiatria. Com escopo mais abrangente, na temática, na periodicidade e no público-alvo, ousa-se agora explorar as possibilidades da editoria eletrônica, como a parceria inestimável da Universidade Estadual do Ceará - UECE, em cuja plataforma de publicações *on line* encontramos abrigo.

Na formação profissional, na produção de conhecimento e em sua divulgação, a SOCEP tem demonstrado, em seus 55 anos de existência, a grande capacidade de se oferecer como estímulo aos avanços e esteio para as práticas públicas e privadas. Direta ou indiretamente busca criar condições de valorização do médico psiquiatra, como também do campo no qual ele interage, sabendo que a Psiquiatria é uma especialidade médica, mas também é uma Medicina Especial, em decorrência da complexidade radical do comportamento humano.

A SOCEP estimulou e apoiou a criação de projetos de extensão e de educação continuada, sobretudo o desenvolvimento das Residências Médicas. Temos hoje, no Ceará, duas em Fortaleza (Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará e Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto) e duas no interior do estado (Sobral e Iguatu).

Juntamente com a defesa do Sistema Único de Saúde - SUS, produto do grande movimento pela reforma sanitária no Brasil, simultânea com a luta pela redemocratização do Estado brasileiro e de nossa Sociedade, a SOCEP estimulou e apoiou o processo de superação dos paradigmas asilar e hospitalocêntrico, focando o reforço das políticas públicas no sentido da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da integralidade, assim constituindo o paradigma da atenção psicossocial territorial, articulada em redes.

A SOCEP pretende continuar protagonizando os bons combates, pela democracia, pela construção de conhecimento novo no campo psi e pela responsabilidade social dos profissionais que congrega. Para isto ofertamos a DIPSMM como veículo.

#### Os Editores

Prof. Dr. Eugênio de Moura Campos  
Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

## Transtornos de personalidade na literatura\*

*Dr. Nilson de Moura Fé<sup>1</sup>*

(★ 03/08/1938 - † 15/12/2009)

\* Conferência apresentada durante a X<sup>a</sup> Jornada de Saúde Mental e Cidadania de Quixadá, realizada nos dias 5 e 6 de dezembro de 2002.

---

<sup>1</sup>Nascido em Simplicio Mendes (Piauí), o Dr. Nilson se formou pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e obteve o título de Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Prestou relevantes serviços à coletividade cearense, particularmente no campo da saúde mental. Psiquiatra criativo e inovador, implementou significativas medidas no âmbito da assistência aos doentes mentais. Foi Diretor do Hospital de Saúde Mental de Messejana, no qual organizou e consolidou o primeiro Programa de Residência Médica de Psiquiatria do Estado do Ceará, uma iniciativa que teve profunda repercussão na formação pós-graduada dos psiquiatras cearenses. Incentivou o treinamento de clínicos gerais de cidades do interior do Estado no atendimento às pessoas acometidas de transtornos mentais, com o objetivo de assegurar que esses pacientes fossem atendidos nos locais onde moravam. Foi Coordenador de Saúde Mental do Estado, função em que implantou dezenas de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), descentralizando a atenção psiquiátrica no Estado do Ceará e contribuindo de forma decisiva para a redução do fluxo de pacientes psiquiátricos do interior para a cidade de Fortaleza. Presidiu a Sociedade Cearense de Psiquiatria e foi agraciado pelo Conselho Regional de Medicina do Ceará com a “Medalha de Honra ao Mérito Profissional”. O trabalho do Dr. Nilson de Moura Fé lhe valeu o reconhecimento dos pacientes, dos seus colegas de profissão e da sociedade cearense.

### Transtornos de personalidade na literatura

A busca do outro tem sido e continuará sendo uma constante no comportamento do homem. Revelada em suas manifestações expressivas, seja como fórmula indireta da procura de si mesmo ou do que lhe falta, seja por motivações outras - nem sempre bem definidas. De fato, as tentativas de caracterização do outro têm sido objeto de estudo desde os tempos remotos até os dias de hoje.

É antiga a crença de que, através da leitura da mão de uma pessoa, podia-se prever os traços de sua personalidade e mesmo de seu caráter, surgindo então a Quiromancia como arte da adivinhação. Sabe-se também que era crença de Hipócrates que o formato do corpo humano revelava traços de personalidade. Aristóteles chegou a preconizar que um “nariz pontudo significava irritabilidade, nariz aquilino indicava caráter semelhante ao da águia”.

A teoria dos quatro humores favoreceu aos hipocráticos os fundamentos para caracterizarem a personalidade humana em coléricos, fleumáticos, sanguíneos e melancólicos quatro séculos antes de Cristo e serviu de instrumento para Teofrasto, continuador de Aristóteles, escrever seus *Caracteres*, uma tentativa de definição de tipos de personalidade. Estas buscas se continuaram por meio de outros estudiosos, reativando-se no século XVIII através das conclusões do neuroanatomista Gall, que correlacionou tamanho, forma e protuberâncias do crânio com o temperamento das pessoas.

Na segunda metade do século XIX, Cesar Lombroso defendeu a ideia da configuração física das pessoas estar relacionada com a criminalidade, com a concepção do ‘criminoso nato’ e chegou a descrever estupradores (nome cunhado por ele) da seguinte forma: “pouca altura com um peso relativamente elevado, mãos e braços curtos, fronte estreita, semicircunferência anterior da cabeça muito curta, anomalias frequentes dos órgãos genitais e do nariz e, quase sempre, inteligência pouco desenvolvida”. Também “fisionomia bestial e cínica, paixão pelo jogo, lábios espessos, cabelo abundante e negro, a voz rouca”. Por esta mesma época, Krafft-Ebing assim desenhava o perfil dos pedófilos: “falta de virilidade, caráter de desonestidade e muitas vezes de inépcia...

impotência”. Inicialmente, eram chamados de “depravados”, depois, em 1906, Forel designou de “pedorose” e só depois de 1925 tomou o nome de pedofilia.

A preocupação em descobrir na configuração corporal das pessoas seus traços de personalidade tem um equivalente filosófico quando compreende a função a partir da configuração, premissa que se modifica por meio do pensamento crítico quando estabelece o princípio do “primado” da função sobre o objeto, reorientando maneiras de ver as pessoas em seus traços pessoais, não mais como consequência de sua constituição física, mas como resultado de sua interioridade subjacente.

Os transtornos de personalidade, descritos por Kurt Schneider como ‘Personalidades Psicopáticas’, são “aquelas que sofrem com sua anormalidade ou que assim fazem sofrer a sociedade” e que, para este autor, não constituem doenças, mas os modos de ser dessas pessoas, que se destacam em suas peculiaridades - são inúmeras estas peculiaridades -, dificultando uma classificação tipológica satisfatória, pois, para se categorizar, as formas são necessárias para o enquadramento de várias individualidades em grupos de formas definidas, o que não acontece com os conteúdos individuais das pessoas, informes por natureza. Por isso, no estudo dos transtornos de personalidade encontrados nos sistemas classificatórios como a CID-10, DSM-IV e outros, a caracterização dos tipos é difícil de ser definida. Já os encontrados na literatura apresentam-se mais precisos, talvez pela despreocupação em agrupá-los, mas não apenas.

A literatura, forma de expressão estabilizadora da linguagem, constitui-se numa fonte inesgotável de criações artísticas e de representações de conteúdos pessoais, de sorte que as configurações de personagens com transtorno de personalidade surgem com uma riqueza de traços característicos que se acentuam no desenvolver de seus contextos, tornando-os modelos exemplares de qualquer tipologia científica.

Alguns escritores sobressaíram-se de forma tão peculiar em suas produções literárias, que proporcionaram condições para que seus nomes fossem usados para nominarem transtornos

mentais, como foram os casos de Marquês de Sade e Sacher Masoch para o sadismo e o masoquismo. Sobre este aspecto é importante salientar que, originariamente, o termo “sadismo” significava um gênero literário no qual eram apresentadas cenas eróticas para transmitir ideias filosóficas. Só depois da publicação da *Psychopathia Sexualis*, de Krafft-Ebing, em 1876, o termo “sadismus” passou a denominar uma patologia sexual. Mas, embora esta mudança semântica tenha, em parte, obscurecido as qualidades literárias de seu autor, a crítica atual considera *Justine ou Os Infortúnios da Virtude*, romance de Sade, como “a maior contribuição à ficção europeia do século XVIII” e, segundo Baudelaire, “Precisa-se sempre retornar a Sade para observar a humanidade em seu estado natural e compreender a qualidade do mal”.

Foi baseado nas obras literárias de Sade e de Masoch que Gilles Deleuze realizou um estudo detalhado e profundo sobre sadismo e masoquismo, concluindo, entre outras observações, tratar-se de duas entidades distintas e não apenas de uma, o sadomasoquismo, como se encontra na atual Classificação Internacional de Doenças, a CID-10. Demonstra, de forma clara, que o masoquismo encontrado nos sádicos é diferente do masoquismo dos masoquistas, e também que o sadismo encontrado nos masoquistas é diferente do sadismo dos sádicos. Considera improvável que um masoquista se submeta a um sádico ou que um sádico aceite um masoquista como parceiro.

O Homem, depois de procurar-se no outro através de sua exterioridade perceptível, de sua aparência ou de sinais reveladores outros, e não encontrando o que procurava, terminou por direcionar-se para dentro de si mesmo. Talvez, se tivesse observado melhor os ensinamentos dos antigos, encontraria no passado babilônico a história de Gilgamés, que só encontrou a paz quando entendeu-se com Enkidu, seu eu interior. Por isso mesmo é que os escritores orientaram a apresentação de seus personagens com transtornos mentais como pessoas comuns, que podem confundir-se com qualquer um e serem despercebidas por todos ou quase todos, tornando próximo o distante e colocando o “marginal” não mais como situado numa marginalidade periférica, mas no centro do contexto social.

Assim, Chichikov, personagem principal de *Almas Mortas* de Gogol, é uma personalidade com transtorno bem definido e que pode ser identificado como uma personalidade antissocial, pois projetou a compra de almas mortas (servos mortos) que ainda figurassem como vivas nas listas de recenseamento dos proprietários rurais para, assim fazendo, diminuir-lhes seus impostos, e, para si mesmo, conseguir empréstimos bancários para a compra de terras com as almas (servos) adquiridas. A apresentação de Chichikov é descrita assim: “A carruagem era ocupada por um cavalheiro nem feio nem bonito, nem magro nem gordo, nem velho nem novo. Sua chegada à cidade passou completamente despercebida”.

Nozdriov, outro personagem de *Almas Mortas*, é apresentado da seguinte maneira: “Semelhantes tipos não são raros. São chamados bons rapazes e passam, em sua infância, por camaradas sinceros, o que, com frequência não lhes impede de serem espancados. Seu rosto exprime sempre retidão e audácia. Precipitam a amizade, tuteiam-nos desde logo, parecem entregar-nos toda a sua afeição, mas ocorre comumente que, à noite, nos vêm em cima no decurso de agradáveis comezainas. São charlatões, trapaceiros, presunçosos, briguentos... Mentia sem a mínima necessidade... Os Nozdriov não desaparecerão tão depressa. Existem muitos deles entre nós outros, mas como sem dúvida, trocaram a indumentária, os espíritos superficiais não os reconhecem”.

Da mesma forma, Georges Vigarello mostra, em dois exemplos da literatura, a ausência de traços distintivos e a aproximação com o comum das pessoas em portadores de transtornos mentais envolvidos em crimes, citando a novela de Mirbeau, *Assassino da rua Montaine*, na qual o personagem, um homem que estupra e mata as prostitutas parisienses, é percebido da seguinte maneira: “Eu o encontrei ontem. Andava rápido, feria o ar com sua bengala, cantarolava e fumava um charuto... É um personagem agradável, amável, com afetuosa e simpática aparência”. Em *La Petite Roque*, conto de Maupassant, o autor conta a história de uma menina de 13 anos, estuprada e assassinada por Renardet, prefeito da cidade, onde era respeitado por todos. Renardet era “um homem gordo e grande, pesado e vermelho, forte como um boi e muito estimado na região, embora fosse excessivamente violento”.

A insensibilidade tem sido apontada como uma das principais características dos transtornos de personalidade, principalmente nos antisociais, verificada por meio de atitudes de “frieza” diante determinados atos de crueldade ou de assassinatos. Mas aqui é necessário averiguar se realmente se trata de abolição da sensibilidade ou apenas uma forma diferente de sensibilidade.

Kurt Schneider chama de “psicopatas insensíveis às pessoas destituídas ou quase destituídas de compaixão, vergonha, sentimento de honra, arrependimento, consciência. Em seu modo de ser, são frequentemente sombrias, frias, rabugentas, em seu modo de reagir, compulsivas e brutais”. Esse transtorno de personalidade não é assim distinguido nem na CID-10 nem na DSM-IV, mas resolvemos referi-lo em virtude da frequência encontrado na literatura e na linguagem dos jornais.

Pierre Klossowski, em um trabalho intitulado *O Filósofo Celerado*, desenvolveu um estudo sobre a filosofia do Marquês de Sade, no qual enfatiza alguns aspectos importantes sobre o modo de ser e agir dos personagens de Sade (todos com transtorno de personalidade), especialmente sobre a psicologia do sensível, tentando explicar a polimorfia sensível e a busca da apatia em seus ensinamentos. Segundo Klossowski, “Para Sade, a consciência moral corresponde apenas a um esgotamento das forças impulsivas (a “calma dos sentidos”), poupando este intervalo em que a imagem repulsiva do ato cometido se reapresenta como uma promessa de gozo”. Para Klossowski, o perverso de Sade (o termo ‘perverso’ neste trabalho equivale ao de uma pessoa com transtorno de personalidade) se distingue por uma ideia fixa e subordina seu prazer à execução de um gesto único e, assim, o situa no contexto social: “Considerado em si, o perverso não pode se significar a não ser por esse gesto: executá-lo vale para a totalidade do fato de existir. Por isso mesmo, a perversão não tem nada a dizer, quanto a seu gesto, que seja inteligível ao nível da reciprocidade entre indivíduos. O perverso está ao mesmo tempo aquém e além do nível individual: em relação a este, que constitui um conjunto de funções subordinadas conforme as normas da espécie, o perverso oferece a subordinação arbitrária das funções habituais de viver a uma só função insubordinada, ou seja, a uma apetência incongruente por seu objeto. A esse respeito ele está aquém dos indivíduos mais grosseiros; mas, enquanto essa insubordinação de uma função só

pode se concretizar e, em consequência, conseguir se individuar em seu próprio caso, ele sugere, à reflexão de Sade, uma possibilidade múltipla de redistribuição das funções e, neste sentido, para além dos indivíduos “normalmente” constituídos, abre uma perspectiva mais vasta: a da polimorfia sensível”.

A idéia de polimorfia sensível, apresentada por Klossowski em relação à peculiaridade do modo de sentir dos perversos de Sade, poderia ser estendida a outros transtornos de personalidade, fornecendo uma lógica compreensiva para muitas condutas ou muitos comportamentos até então percebidos como sem lógica. Querelle, personagem de *Querelle de Brest*, de Genet, habitualmente assassinava seus comparsas após os assaltos que fazia; uma vez, ao encontrar um marujo usando a boina do mesmo jeito que ele usava, jeito esse que considerava que fosse dele, mandou-o usar a boina de outro jeito e como o marujo não o entendesse, agrediu-o brutalmente. Sentiu-se roubado e entendeu a agressão como uma vingança. Poderia explicar também o enlouquecimento de Vassia Chunkov, no conto *Coração Frágil* de Dostoiévski, por sentir-se muito feliz, e a morte de Biêlikov no conto *O Homem num Estojo*, de Tchekov. Biêlikov, após sentir-se alvo de mofa na pequena cidade onde morava, em virtude de uma caricatura sua passeando com sua noiva que alguém fez e divulgou, e logo depois de ter levado uma queda na escada da casa da noiva e esta ter dado uma gargalhada, foi para casa, retirou da mesa o retrato da noiva, deitou-se e não mais se levantou, vindo a falecer três dias depois.

E para que o perverso não sinta arrependimentos ou remorsos, Sade sugere a prática da apatia, na qual ele considera que “o que se chama de ‘alma’, ‘consciência’, ‘sensibilidade’, ‘coração’ são apenas as diversas estruturas que a concentração das mesmas forças impulsivas afeta. Elas podem elaborar a estrutura de um órgão de intimidação sob a pressão do mundo institucional, como a de um órgão de subversão sob a pressão interna dessas forças, e isso sempre de maneira instantânea. Mas são sempre os mesmos impulsos que nos intimidam ao mesmo tempo que nos insurgem”. Sade entende que “O ato passionalmente reiterado sobre o mesmo objeto se deprecia (ou se diversifica) em favor da qualidade do objeto. Desde que se multiplique o objeto e que o número dos objetos os deprecia, tanto melhor se afirma a qualidade do próprio ato reiterado na

apatia”.

Conforme encontramos em *Diário de um Ladrão* e no prólogo de *O Balcão*, livros autobiográficos de Jean Genet, os mecanismos utilizados por ele para assumir a profissão de ladrão assemelham-se aos ensinamentos de Sade, como podemos ver: Depois de criado num orfanato, foi adotado por uma família pobre, e aos 10 anos de idade foi enviado ao reformatório de Mettray sob acusação de roubo. Quando a sociedade o acusou de ladrão, ele aceitou. “Eu sabia o desprezo dos outros por mim, mais fortes e mais ruins do que eu. Para sobreviver à minha desolação, quando minha atitude era mais retraída, eu elaborava uma disciplina rigorosa. O mecanismo era mais ou menos o seguinte: a cada acusação, mesmo injusta, do fundo do coração, eu responderia sim. Mal eu tinha pronunciado essa palavra – ou a frase que a significava – em mim mesmo eu senti a necessidade de me tornar aquilo que os outros me acusavam de ser”. Este mecanismo de Genet corresponderia à prática da apatia de Sade, pois a afirmação iterativa das acusações sofridas de Genet equivaleria à iteração dos atos negados de Sade.

Raskolnikov, personagem maior de *Crime e Castigo*, de Dostoiévski, assassinou uma velha usurária e sua irmã para roubar, baseado em um “princípio” que ele mesmo forjara, realizando um crime quase perfeito; mas, após sua confissão, seu julgamento e sua prisão, faz estas reflexões, enquanto ainda preso: “Ainda se o destino ao menos lhe tivesse enviado o arrependimento... um arrependimento lancinante que lhe devorasse o coração e lhe tirasse o sono, um arrependimento desses perante cujos espantosos sofrimentos uma pessoa pensa em enforcar-se ou atirar-se à água, oh, como se teria, assim alegrado! Torturas e lágrimas... Isso também era vida! Mas ele não se arrependia da sua culpa”. Esta reflexão leva-nos a pensar sobre a importância do sentimento de culpa na consciência moral das pessoas e também na falta deste sentimento. O não sentir culpa seria mais doloroso do que senti-la? Depreende-se afirmativamente da reflexão de Raskolnikov, pois sentir culpa é vida, com todo o sofrimento que possa acarretar, ficando implícito que o não sentir culpa seria uma não vida, e isto deve ser muito mais doloroso para quem vive. Sobre a temática da culpa, pode-se deduzir também que os suicídios de Svidrigailov, personagem secundário de

*Crime e Castigo*, e de Smierdiakov, em *Os Irmãos Karamasov* de Dostoiévski, ocorreram em consequência de alguma forma de culpa pelos atos cometidos por ambos.

O caso Rivière, apresentado por Michel Foucault e seus auxiliares, revela também algumas características peculiares no que diz respeito à sensibilidade diante de atos praticados. Jean Pierre Rivière, agricultor, de 20 anos de idade, natural e residente de uma pequena cidade francesa, assassinou sua mãe, sua irmã e seu irmão de forma brutal e premeditada no dia 3 de junho de 1835, uma hora da tarde, fugindo após os referidos crimes. Foi preso e, durante os interrogatórios “confessou que até então desejara fazer crer à justiça estar sofrendo de uma alienação mental. Acrescentou que matara a mãe porque esta atormentava continuamente seu pai, arruinava-o e levava-o ao desespero, a irmã porque tomava o partido da mãe, e ao irmão por amar a mãe e a irmã. Depois disso, declarou que assassinara seu irmão porque queria atrair para si o ódio de seu pai e tirar-lhe por antecedência qualquer tristeza por sua perda.”. Pode-se perceber um intuito premeditado na tentativa de aliviar o pai de uma tristeza. Conseguindo fazer com que o pai o odiasse, ele substituiria a tristeza pelo ódio, de acordo com uma lógica de que não se sente perda ou tristeza de quem se odeia. Em outras palavras, o assassinato do irmão também era para proteger o pai, embora tenha sido uma proteção diferente daquela que motivara o homicídio da mãe e da irmã. Pierre Rivière foi condenado à morte, pena esta depois comutada para prisão perpétua. Faleceu por enforcamento na prisão de Beaulieu, em 22 de outubro de 1840.

Em *Confissões do Impostor Felix Krull*, Thomas Mann nos mostra alguns traços do caráter de seu personagem que aparecem com frequência em muitas pessoas com transtorno de personalidade, ressaltando-se os que se referem ao fingimento, à mentira e à farsa, bem como tenta dar uma explicação da sua dificuldade de relacionamento interpessoal, de estabelecer amizades. Felix, desde criança, iniciou-se na prática de exercícios comportamentais que o satisfaziam, mas que vinham de encontro às normas vigentes. Uma das primeiras preocupações foi aprender a imitar a letra do pai da melhor maneira possível e utilizar esta habilidade para entregar bilhetes na escola, justificando suas faltas. Como não gostava da escola, às vezes fingia-se de doente – experiência que

treinou e o encantou quando conseguiu enganar o próprio médico de sua cidade e, mais tarde, a junta médica do exército, livrando-se do serviço militar. Seus primeiros furtos ocorreram ainda na infância, mas nunca aceitou o fato de que isso se tratasse de algo condenável. Considerava que “Só há mentira e fingimento, quando uma sensação é imitada de maneira imperfeita, quando os sinais não correspondem à verdade”. Numa troca de papéis em que teve que assumir o lugar de um marquês em viagem, sentiu-se muito feliz e diz que sua alegria não era pela distinção da posição de marquês que então ocupava, mas pelo fato de mudar de nome, ser outro e ser chamado como outro. Mudar de nome para ele fora sempre algo que invejava nas mulheres quando se lembrava da irmã que noivara e ia mudar de nome quando se casasse, coisa que ele não poderia fazer. Fê-lo depois por outras razões. Evitava as amizades para não se expor em “intimidades vulgares, expondo em demasia certos mistérios da minha natureza, por assim dizer, aguando a seiva da minha vida e enfraquecendo perniciosamente minhas forças”. Evitar as amizades poderia ser, então, um mecanismo de defesa para proteger fraquezas inconfessáveis. A solidão seria uma estratégia de convivência social. Observa-se na mentira da pessoa com transtorno de personalidade que ela não é apenas aquela pessoa que mente,

pois a realização e a satisfação do ato de mentir transforma-a na própria mentira, o mais das vezes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, Franz G. E Selesnick, S.T. História Da Psiquiatria – Ibrasa – São Paulo – 1968.
2. Cassirer, Ernst – A Filosofia Das Formas Simbólicas (Primeira Parte – A Linguagem) – Tradução De Marion Fleischer – Martins Fontes – S. Paulo – 2001.
3. Deleuze, Gilles – Apresentação De Sacher-Masoch (O Frio E O Cruel) – Tradução De Jorge Bastos – Livraria Taurus Editora – Rio De Janeiro – Brasil – 1983.
4. Dostoiévski, Fiodor M. - Crime E Castigo, Os Irmãos Karamazov E Coração Frágil – Obras Completas – Companhia Aguilar Editora – Rio De Janeiro – 1964.
5. Foucault, Michel – Eu, Pierre Rivière, Que Degolei Minha Mãe, Minha Irmã E Meu Irmão. (Um Caso De Parricídio Do Século Xix Apresentado Por Michel Foucault) – 6ª Edição - Tradução De Denize Lezan De Almeida – Edições Graal – Rio De Janeiro – 1977.
6. Genet, Jean – Diário De Um Ladrão, Querelle E O Balcão – Editoras Nova Fronteira S.A, Nova Fronteira S.A. E Victor Civita.
7. Gogol, Nicolai - Almas Mortas - Tradução De Costa Neves. Edições de Ouro.
8. Klossowski, Pierre – O Filósofo Celerado, Do Livro Sade-Meu Próximo – Tradução De Armando Ribeiro – Editora Brasiliense S. A – São Paulo – 1983.
9. Mann, Thomas – Confissões Do Impostor Felix Krull – Tradução De Lya Luft – Nova Fronteira – Rio De Janeiro – 1981.
10. Schneider, Kurt – Psicopatologia Clínica.
11. Tchekov, Anton Pavlovitch - Contos De Tchekov (O Homem Num Estojo) – Tradução De Boris Schnaiderman – Editora Civilização Brasileira – Rio De Janeiro – 1959.
12. Thomas, Donald – Vida E Obra Do Marquês De Sade, O Filósofo Libertino – Tradução De Múcio Bezerra – Editora Civilização Brasileira – Rio De Janeiro – 1992.
13. Vigarello, Georges – História Do Estupro – Violência Sexual Nos Séculos Xvi - Xx – Tradução De Lucy Magalhães – Jorge Zahar Ed. – Rio De Janeiro – 1998.

### Como citar:

Moura Fé, N. Transtornos de personalidade na literatura. Dialog Interdis Psiq S Ment. 2021;1(1):2-7.

# Existirmos, a que será que se destina? Considerações da Psicanálise para a Ética no Contexto das Práticas de Saúde Mental

*(To exist, what is the point? Considerations of psychoanalysis for ethics in the context of mental health practices)*

Lia Carneiro Silveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará

**Autor correspondente:** silveiralia@gmail.com

## RESUMO

Objetivamos nesse texto pensar as consequências da ética da psicanálise para a prática clínica na saúde mental. Para atingir este objetivo, abordaremos como se deu historicamente a construção do modelo da clínica médica moderna; discutiremos as principais correntes da ética na filosofia que sustentam essa prática e, finalmente, apresentamos a contribuição da psicanálise para o debate.

**Palavras – Chave:** Ética. Saúde Mental. Psicanálise.

## ABSTRACT

This text objectify to think the consequences of psychoanalysis ethics for clinical practice in mental health. To achieve this goal, we will cover how the modern medical clinic model was historically constructed; discuss the main currents of ethics in the philosophy wich supports this practice, and finally, present the contribution of psychoanalysis to the debate.

**Keywords:** Ethics. Mental Health. Psychoanalysis.

## RESUMEN

Nuestro objetivo en este texto es pensar las consecuencias de la ética del psicoanálisis para la práctica clínica en salud mental. Para lograr este objetivo, cubriremos cómo fue históricamente la construcción del modelo de la clínica médica moderna; discutiremos las principales corrientes de la ética en la filosofía que sustentan esta práctica, y, por último, presentaremos la contribución del psicoanálisis al debate.

**Palabras-clave:** Ética. Salud mental. Psicoanálisis.



## INTRODUÇÃO

Quem transita no atual campo da saúde mental sabe que ainda estamos longe de alcançar o ideário do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica-MBRP, proposta há quase trinta anos. A proposta desse movimento era a de passar do “modelo da doença” para aquilo que Rotelli<sup>1</sup> chama de “existência-sofrimento” das pessoas, numa estratégia de desmontagem do corpo de saberes e poderes que têm embasado historicamente nossa relação com a loucura. No plano da clínica, no entanto, a resposta que temos dado - não só os médicos, mas todos os profissionais de saúde - ainda continua fortemente marcada pelo paradigma biomédico.

Discutir a ética que perpassa a nossa prática faz-se importante nesse contexto pois ela pode nos orientar no sentido da construção de uma clínica mais comprometida com os sujeitos a quem atendemos. A psicanálise é um dos saberes que tem trazido contribuições para esta discussão, proporcionando uma leitura que pode permitir um posicionamento radicalmente diferente daquele que perpassa o discurso da tecnociência. Sendo assim, objetivamos nesse texto pensar as consequências da ética da psicanálise para a prática clínica na saúde mental.

## A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO MODELO DA MEDICINA MODERNA E SUA ÉTICA

O nascimento da ciência moderna pode ser datado por volta do século XVII e, embora seja produto de uma série de transformações que já vinham se desenvolvendo desde o século anterior, convencionou-se atribuir à René Descartes (1596 – 1650) a paternidade desse novo modo de pensamento. Ao afirmar a possibilidade de aceder ao conhecimento por meio da aplicação de um método, Descartes abre espaço para uma nova configuração das relações entre sujeito e verdade, onde a possibilidade mesma do acesso a esta verdade depende, doravante, do próprio homem e não de dogmas divinos, como regia o teocentrismo medieval. Para Foucault<sup>2</sup> o “momento cartesiano”, marco do início da Idade Moderna, começa quando admitimos que o que dá acesso à verdade é o conhecimento, e não somente o conhecimento.

É interessante observarmos que, ao mesmo tempo em que criam

as condições para o surgimento do sujeito - antes do momento cartesiano o único agente do universo era Deus - o nascimento da ciência moderna expulsa de suas condições de possibilidade exatamente tudo que diz respeito à subjetividade. Isso porque, a partir daí, nada do “ser de sujeito” do cientista participa dessa produção do conhecimento. Pelo contrário, espera-se dele a máxima neutralidade. Além da neutralidade, outras características desse pensamento são apresentadas por Santos<sup>3</sup>: quantificação, classificação e formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com vistas a prever o comportamento futuro dos fenômenos. Essas características da ciência moderna têm por objetivo reduzir a complexidade do mundo, tornando-o acessível às categorias do pensamento racional.

A Medicina buscou estabelecer suas bases científicas para reivindicar seu valor de verdade. Na obra intitulada “O Nascimento da Clínica”, Foucault<sup>4</sup> mostra o caminho que a Medicina percorreu para se transformar em ciência empírica. Ocorre que, como ciência, é preciso definir seu objeto, reduzindo a complexidade da experiência a algo que possa se submeter às condições de regularidade, previsibilidade e generalização exigidas. É a redução da doença ao corpo do doente, com sua localização anatômica, que vai permitir à Medicina adequar-se aos critérios de cientificidade. A clínica moderna, pautada no modelo médico, tem, portanto, como característica fundamental o fato de ser baseada na observação das alterações provocadas pela doença no corpo. Objetificando o corpo pelo olhar, ela pode lidar com as variáveis científicas.

Diversas áreas da Medicina se adequaram perfeitamente a esse novo modelo, mas a Psiquiatria foi a que mais sofreu com a mudança, entrando, como afirma Simanke<sup>5</sup>, num verdadeiro dilema. Se a doença precisa ser localizada no corpo, é a própria especificidade do objeto da Psiquiatria que está aniquilada, pois ela exigiria uma redução da mente, seu pretense objeto, ao cérebro. Isso equivaleria a transformá-la em Neurologia. A outra saída seria sustentar a especificidade da mente enquanto objeto, mas correndo o risco de ser desvalorizada como um saber “inferior”, pois menos científico.

Além disso, a complexidade daquilo com que a Psiquiatria se propõe a lidar, deixa-a em maus lençóis quando se trata de estabelecer limites entre o normal, dito saudável, e o não normal,

dito patológico, pois se o corpo permite estabelecer parâmetros para medir funções fisiológicas como a pressão arterial e a temperatura, no caso de emoções, sentimentos e pensamentos, isso se torna extremamente complicado.

No entanto, todos esses vieses têm sido sistematicamente ignorados no modelo hegemônico das práticas de saúde. Para adequar a babel de línguas que tentavam nomear os fenômenos psiquiátricos, decidiu-se instituir sistemas de classificação (DSM e CID)<sup>1</sup> que tem como propósito exatamente eliminar as arestas, reduzindo a complexidade do sofrimento humano a uma série de variáveis observáveis e quantificáveis. Mas o que esses sistemas, que se pretendem ateóricos, deixam entrever nas suas linhas é uma forte influência das teorias comportamentalistas que proliferaram nos Estados Unidos nas últimas décadas.

A despeito da insustentabilidade das teorias estritamente organicistas a intervenção pautada neste modelo tem sido majoritariamente de base medicamentosa, aliadas algumas vezes a intervenções de base comportamental. Estabelece-se assim um casamento perfeito entre a sistematização da classificação diagnóstica e os interesses do Capitalismo, com a criação de um mercado pronto a oferecer a pílula certa para cada “transtorno” e uma adaptação do indivíduo de acordo com as bases comportamentais.

Não se trata de criticar toda contribuição da ciência moderna ou de recusar as facilidades introduzidas pelo uso das medicações psicotrópicas em alguns casos. Mas, sim, de nos perguntarmos: submetidos a que estamos quando vestimos a capa desse discurso medicalizante nos serviços de saúde? Ou como diz o poeta: “existirmos, a que será que se destina?”<sup>II</sup>

Quando colocamos esta questão no plano da clínica que exercemos na saúde mental, estamos presentificando de alguma maneira a questão ética, ou seja, aquela que responde pela finalidade dos nossos atos.

Segundo o dicionário Abbagnano<sup>6</sup>:380, a Ética pode ser definida de uma maneira geral como a ciência da conduta. É possível identificar ao longo da história do pensamento humano duas

concepções fundamentais dessa ciência. A primeira considera a ética como “ciência do bem para o qual a conduta dos homens deve ser orientada e dos meios para atingir tal fim”. A segunda “a considera como a ciência do móvel da conduta humana e procura determinar tal móvel com vistas a dirigir ou disciplinar essa conduta”.

Na primeira corrente podemos situar as teorias da ética que partem do princípio de que o fim último das ações humanas é o Bem, entendido como ideal, realidade perfeita, essência rumo a qual a conduta humana se dirigiria. Os fundamentos dessa ética distinguem-se proeminentemente na Grécia Antiga, mas marcam também, em grande medida, o pensamento da Idade Média.

A elaboração da ética na Idade Média vai se manter dentro desta perspectiva finalista do Bem, mas com a diferença de que agora, como afirma Valls<sup>7</sup>:36 “o Deus de Abraão, Isaac e Jacó, já não se identifica com as forças da natureza”, mas está acima desta. As normas morais fundam-se, pura e simplesmente, no mandamento divino, e o caminho para a moralidade passa a residir na revelação, ou seja, no conhecimento da vontade de Deus.

O período que ficou conhecido como Idade Moderna, no entanto, vai tomar um caminho diferente em relação aos princípios que norteiam a conduta moral. Como afirma Abbagnano<sup>6</sup>, não se trata mais de uma ética finalista, mas de uma ética do móvel, ou seja, daquilo que move a vontade humana. Nessa concepção, o bem não aparece mais como ideal de perfeição a ser buscado, mas sim, como objeto de desejo humano.

Trata-se de uma concepção de ética antropocêntrica e fundada num otimismo em relação à racionalidade humana. A razão poderia, por si mesma, decidir sobre suas ações e conseqüente moralidade, sem recorrer a nenhum poder transcendente. A autoridade divina já não é mais garantia da conduta humana, mas sim a natureza do homem, ou seja, sua racionalidade.

## **A ÉTICA DA PSICANÁLISE: O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO E O ALÉM DO PRINCÍPIO DO PRAZER**

A Psicanálise é um dos saberes que, na modernidade, trouxe

<sup>1</sup> Siglas referentes aos manuais de classificação de diagnósticos médicos: DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, CID- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados.

<sup>II</sup> Verso da letra de “Cajuína”, composta por Caetano Veloso para o poeta Torquato Neto.

contribuições para pensarmos o campo da ética. Só que, apesar de ter seu terreno de surgimento na Idade Moderna, vai questionar as bases da racionalidade humana, abalando “profundamente algumas convicções a respeito das relações do homem com o Bem, exigindo que se repensassem os fundamentos éticos do laço social a partir da descoberta das determinações inconscientes da ação humana”<sup>8</sup>.

No texto “O Mal-estar na Civilização” de 1930, Sigmund Freud esboça os fundamentos da questão ética para a Psicanálise. O texto parte da premissa, já presente em Aristóteles, de que aquilo que o homem deseja realizar é a felicidade, entendida como “ausência de desprazer por um lado, e por outro, a experimentação de intensos sentimentos de prazer”<sup>9</sup>.

É aí que entra a enunciação da verdade inovadora da descoberta freudiana, cortante como uma lâmina: esse programa de busca da felicidade pelo homem está “em desacordo com o mundo inteiro, tanto com o macrocosmo, quanto com o microcosmo. Não há possibilidade alguma dele ser executado; todas as normas do universo lhe são contrárias. Ficamos inclinados a dizer que a intenção de que o homem seja ‘feliz’ não se acha incluída no plano da ‘Criação’<sup>9</sup>.

Esta afirmação é, no mínimo, espantosa, principalmente frente aos ideais positivistas da ciência moderna que se alinham com a aposta na possibilidade de progresso pela racionalidade humana<sup>III</sup>. Mas uma ideia dessas, na pena de um escritor rigoroso como Freud, não é mero pessimismo gratuito. Foram as descobertas que ele veio fazendo nesse campo do saber que o levaram a formular essa espécie de aforismo.

No “Mal-estar na Civilização” o caminho que ele segue começa por questionar a origem do sofrimento humano. Freud responde que elas derivam de três fontes: a) de nosso próprio corpo – condenado à decadência e dissolução; b) do mundo externo – que pode se voltar contra nós com forças de esmagadora destruição e c) de nossos relacionamentos com outros homens. Em seguida ele destaca essa última fonte, afirmando que este tipo de sofrimento é, para nós, o mais penoso de todos. Isso decorre do fato de que, as regras morais estabelecidas para proporcionar a vida em civilização (ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, sociedade e Estado) exige a frustração de

uma parcela de satisfação, especialmente sobre as pulsões sexuais e agressivas<sup>9</sup>.

Ocorre que consentir nessa perda de satisfação está, segundo Freud, na origem do desencadeamento dos sintomas neuróticos. A parcela não satisfeita da pulsão não desaparece ao ser recusada no processo civilizatório. Pelo contrário, ao ser reprimida ela tende a retornar, tentar se satisfazer. Nessa tentativa ela lança mão de alguns recursos, entre eles o sintoma.

Aqui entramos em outro conceito que a Psicanálise vai reformular. Enquanto para a Medicina o sintoma é um desequilíbrio, um transtorno a ser corrigido, para Freud o sintoma envolve paradoxalmente uma espécie de satisfação. Trata-se da maneira “às avessas” que a pulsão recalçada encontra para se satisfazer. Ou seja, aquilo que para a consciência é um sofrimento, para o inconsciente trata-se na verdade de uma espécie de “satisfação substitutiva”<sup>10</sup>.

Vale ainda ressaltar que esse mecanismo de abdicar da satisfação está, também, intimamente relacionado com o sentimento de culpa e de autopunição, pois o desejo recalçado retorna para o sujeito como um juiz impiedoso. Estabelece-se um verdadeiro conflito: de um lado, exigência de satisfação; do outro, recusa dessa mesma satisfação. Sendo assim, essa culpabilização se mostra, afirma Freud, o mais importante problema no desenvolvimento da civilização, mostrando o preço que temos que pagar por nossos avanços: a perda de felicidade e a intensificação do sentimento de culpa.

Estas afirmações põem em xeque o postulado da ética, e do qual o próprio Freud parte inicialmente, segundo o qual o homem busca o prazer e evita o desprazer, pois, o que a clínica mostra é que não repetimos aquilo que é prazeroso, pelo contrário, voltamos-nos frequentemente para certa experiência que é eminentemente causadora de desprazer<sup>11</sup>.

Seria então a Psicanálise uma proposta de hedonismo, onde o homem desvencilhando-se das imposições sociais deveria satisfazer todos os seus “instintos” em busca da felicidade perdida? Ou, por outro lado, o exercício de uma domesticação da vida pulsional, chegando assim a um indivíduo maduro, socialmente adaptado?

<sup>III</sup> Não é à toa que, por ocasião de uma visita aos Estados Unidos da América, Freud tenha dito que estava ali para levar “a peste”.

Nenhuma dessas saídas. A primeira delas seria inviável, pois a exigência de renúncia pulsional não é algo imposto de fora por instituições como a família, a escola ou o próprio corpo social. Com Jacques Lacan percebemos tratar-se, na verdade, de uma exigência estrutural, debitada na conta de nossa entrada na linguagem. Desde que falamos, não lidamos mais com o mundo objetivo, mas com representações construídas simbolicamente, ou, com diz Lacan: “é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas”<sup>12</sup>.

A palavra é aquilo que nos permite mediar nossa relação com o outro, mas é também o que nos insere no mundo do traumático. Isso porque, ela, não pode representar tudo. Sempre sobra um resto. O sintoma, portanto, é construído simbolicamente a partir desse impossível de simbolizar. Como diz Lacan, ele é “o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maia<sup>IV</sup>, ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição”<sup>12</sup>.

Desde que nascemos, precisamos recorrer ao outro para nos mantermos vivos. Porém, esse outro que acolhe a criança em seu desejo (geralmente a mãe), não é um outro completo, sem falhas. Em algum momento a criança se depara com o fato de que este outro não pode tudo, não vê tudo e não pode nomear tudo. Ou seja, ele também é alguém que deseja.

No complexo de Édipo formulado por Freud, esse momento corresponde àquele em que a criança percebe que a mãe se dirige ao pai como aquele que pode satisfazê-la. O Édipo foi o mito que Freud encontrou para ajudá-lo a dizer dessa impossibilidade. Com Lacan, vamos perceber que esse ponto de “falta” aparece, justamente, porque o outro também tem que recorrer à linguagem, impossível de dizer tudo. Como afirma Lacan<sup>13</sup>, “O gozo está vedado a quem fala”.

Nessa lacuna que se abre, marcada pela falta no Outro, é que o sujeito vai passar a se perguntar sobre o desejo: o que esse outro quer? E mais, o que ele quer de mim? A partir daí, o sujeito segue procurando responder a esta questão, tomando o desejo do outro por seu próprio desejo. Suas relações com a realidade, com os outros com quem ele irá se relacionar e inclusive a forma de

construção do seu sintoma, serão marcadas por esse momento estruturante.

Dessa operação sobra um resto, que corresponde ao impossível de ser simbolizado. Esse resto, que não para de se fazer presente, guiando as escolhas do sujeito, Lacan<sup>14</sup> localizou como o “objeto causa do desejo”. Ele o chama assim, pois não se trata de um objeto específico que poderia satisfazer o desejo. O objeto suposto satisfazer o desejo seria o objeto incestuoso, perdido desde sempre. Por isso, quando falamos em objeto causa do desejo, estamos nos referindo a uma espécie de vazio, impossível de ser preenchido por qualquer objeto do mundo, e em torno do qual produzimos nossa própria realidade.

Lacan toma emprestado de Heidegger a metáfora do oleiro para falar desse vazio criador. Na fabricação de um objeto de barro, usa-se um torno, argila e água. Mas não existe molde a ser coberto. O que vai moldar a forma do objeto é o vazio interior. É dando voltas em torno dele com as mãos que o artesão constrói seu vaso. Assim somos nós, construindo a realidade em torno do vazio do objeto.

Por outro lado, esse objeto também tem sua face de estranheza e hostilidade, contra a qual o sujeito se defende. Depreendemos, daí, porque a segunda saída que cogitamos para responder pela ética da escuta desse sujeito (aquela que tende à adaptação do sujeito às exigências da civilização) também é recusada pela psicanálise. Esse resto impossível de se dizer não pode ser eliminado. Ele está na própria possibilidade do surgimento do sujeito. Além disso, se tentamos calá-lo, tamponá-lo, ele encontra vias de retorno tão ou mais terríveis que aquela que nos levou a querer eliminá-lo. Seja na autopunição e culpabilização, quando esse retorno se dá sobre o próprio eu; seja na sua face de violência, segregação e hostilidade, quando localizamos no outro, nosso semelhante, aquilo que não suportamos (o mais estranho a nós mesmos que é, ao mesmo tempo, nosso gozo mais familiar). Isso é o que temos assistido na tentativa capitalista de promover o acesso ao gozo impossível através da oferta de objetos que supostamente poderiam preencher o vazio em torno do qual o sujeito se estrutura. O que essa lógica tem gerado não são sujeitos satisfeitos. Pelo contrário, no plano da clínica o que encontramos são sujeitos desanimados, impotentes, deprimidos.

<sup>IV</sup> O véu de Maia faz parte da mitologia hindu. É o nome dado por ela à nossa realidade física, marcada pela efemeridade e transitoriedade.

Depreendemos do ensino de Lacan que, uma ética que pretenda tamponar o objeto causa do desejo, seja com objetos, com medicação, ou mesmo o sentido (palavras de conforto, autoajuda, a oferta de um “bem” qualquer), só pode conduzir ao pior.

A ética da Psicanálise, portanto, consiste na possibilidade de sustentar esse espaço vazio do objeto causa do desejo, não para tamponá-lo, mas para fazer o sujeito falar. Como diz Lacan, uma ética do bem-dizer o desejo onde, tomando a palavra, cada um possa saber um pouco mais sobre isto que lhe causa, se aproximando um pouco mais desse desejo que é o que ele porta de mais estranho e de mais íntimo e reorganizando suas formas de extrair satisfação, para além da repetição do sofrimento<sup>15</sup>.

O analista é, como diz Lacan<sup>15</sup>, aquele que porta um “desejo prevenido”. Ele sabe que não pode desejar pelo seu paciente. Nem mesmo desejar seu “bem” (a eliminação dos seus sintomas, ou que ele volte ao trabalho, por exemplo). Qualquer coisa que o analista coloque nesse lugar só vai impedir que o próprio sujeito elabore seu desejo.

Por isso mesmo, a Psicanálise, ao contrário do que ocorre na clínica médica, não parte de um saber pré-determinado. Na clínica psicanalítica, o saber está do lado do sujeito do inconsciente, que se manifesta nas lacunas, entre os ditos daquele que fala. Além disso, não se trata de uma saída homogênea, aplicada indiscriminadamente. É uma aposta na singularidade do “cada um”, que vai construir as saídas possíveis para lidar com seu sofrimento, mas também com seu gozo. Nesse caso, o “saber” de que se trata, está do lado daquele que fala, ou seja, o paciente. É preciso sustentar essa escuta para que o saber inconsciente possa se manifestar.

Para poder operar nesse lugar, portanto, não podemos nos apoiar no tecnicismo. Esse lugar de escuta passa, antes, por uma espécie de “estética da existência”, onde somos convocados a escrever o poema que somos nós mesmos, com as palavras que dispomos. Como disse Clarice Lispector: “Eu não escrevo o que quero, escrevo o que sou.” Ou ainda, nas palavras de Lacan: “Eu não sou um poeta, sou um poema.” Nessa estética também temos que lidar com a tela em branco, sabendo que na arte, assim como na vida, nunca se preenche tudo. O valor artístico da obra está

exatamente em deixar um vazio, que poderá ser utilizado por quem dela se aproxima para ali depositar algo de seu. Por fim, podemos afirmar que essa experiência envolve ainda a elaboração de um estilo, no sentido da singularidade com que cada artista assina sua obra. Um traço a partir do qual podemos nos reconhecer e sermos reconhecidos.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sintoma é um subversivo que se interpõe para denunciar uma verdade. Verdade essa que vai na contramão das exigências da civilização<sup>16</sup>. A Psicanálise não se situa do lado dos ideais da civilização, mas do lado de quem se interessa por ouvir a verdade que esse sintoma tem a dizer.

Sendo assim, uma escuta do sofrimento psíquico no campo da saúde mental perpassada pela ética de sustentação do desejo, precisa considerar alguns pontos:

- 1 – O sofrimento psíquico não pode ser reduzido a alterações bioquímicas ou neurológicas. É preciso considerar o sintoma em sua face de mensagem a ser decifrada, mas também em sua dimensão de gozo, como forma de satisfação substitutiva.
- 2 – O profissional de saúde não pode ocupar um lugar de especialista. Ele precisa estar aberto à fala do outro. Se interessar pelo que este tem a dizer. Isso, muitas vezes, mobiliza a angústia, e daí a nossa pressa em responder à demanda com soluções imediatas. Ampliar o espaço de tempo entre ouvir a queixa e dar uma resposta pode favorecer que o próprio sujeito elabore suas questões, se implique naquilo de que vem se queixar.
- 3 – No campo da saúde mental, a separação entre normal e patológico é problemática. É preciso considerar que o sofrimento não é uma doença, e que uma certa dose dele é até mesmo necessária para que possamos nos constituir enquanto sujeitos. O ideal de cura, que permeia o campo da saúde pretende a eliminação do sintoma como foco do tratamento. O sintoma (enquanto fenômeno) pode até desaparecer, mas ele continua encontrando outras formas de dizer sua verdade. Permanece como uma carta não lida, que nunca chega ao seu destinatário. Nesse sentido, o desejo de curar o paciente (ou qualquer outro desejo que se imponha da parte de quem escuta) só faz dificultar a manifestação dessa verdade do inconsciente.
- 4 - Precisamos nos questionar sobre a formação necessária para realizar essa escuta do sofrimento psíquico na saúde mental. Para



ser um bom cirurgião, o profissional não precisa, necessariamente, ter passado por uma cirurgia. Seria até absurdo esperar isso dele. Mas, para a psicanálise, ouvir o outro implica, necessariamente, que em que possamos lidar com nossa própria falta. Só assim podemos sustentar esse espaço vazio onde o outro vai poder depositar suas questões. Daí ela ser o único método de “tratamento” que requer de todo aquele que se propõe a praticá-la, que ele mesmo se submeta a esta experiência.

5 – O profissional que trabalha na saúde mental também é requisitado a se posicionar eticamente frente às injunções do modo de produção socioeconômico no qual estamos inseridos. O simples fato de que nos contratam para exercer o papel de técnicos em saúde mental, já nos coloca em situação de ter que “aguentar a miséria do mundo”. No atual cenário o profissional de saúde mental é aquele convocado a dar conta de tudo aquilo que a sociedade não quer ver, o seu “outro” mais radical: loucos, drogados, suicidas. Mas Lacan deixa um recado que, talvez, não tenha ainda sido suficientemente debatido. Segundo ele, aguentar a miséria do mundo “é entrar no discurso que a condiciona, nem que seja a título de protesto” Os profissionais “psi” da saúde mental, “sabendo ou não, é isso que fazem”<sup>17</sup>; pelo que afirma, não basta denunciar (o capitalismo, a sociedade, o manicômio, a psiquiatria). Isso ainda é reforçar o discurso capitalista. Nem que seja pra se manter protestando. Como se posicionar no interior desse discurso sem reforçá-lo? Como não

permitir que os CAPS repitam a lógica dos manicômios que durante séculos foram os locais de depósito da miséria do mundo? São questões que deixo em aberto, pois elas não aceitam respostas padronizadas. No entanto, são muito propícias para incitar a discussão.

## REFERÊNCIAS

1. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-100.
2. Foucault M. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
3. Santos BS. Um Discurso Sobre as Ciências. 6a ed. São Paulo: Cortez; 2009.
4. Foucault M. O Nascimento da Clínica. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
5. Simanke RT. Metapsicologia Lacaniana: Os anos de formação. Curitiba: Editora UFPR; 2002.
6. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
7. Valls ALM. O que é Ética. 13a ed. São Paulo: Brasiliense; 2000.
8. Kehl MR. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
9. Freud S. Mal-estar na civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 75 a 171. (Originalmente publicado em 1930).
10. Freud S. Os caminhos da formação dos sintomas. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 419-439. (Originalmente publicado em 1917).
11. Freud S. Além do Princípio de Prazer. In: Obras psicológicas completas: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 13 a 90. (Originalmente publicado em 1920).
12. Lacan J. Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998. p. 238-324. (Originalmente publicado em 1953).
13. Lacan J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. Em J. Lacan, Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1998. p. 807-842. (Originalmente publicado em 1960).
14. Lacan J. O seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed; 2005.
15. Lacan J. O seminário, livro 7: a ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1997.
16. Alberti S. O Sintoma entre Marx e Lacan [Internet]. In: Anais do XI Encontro Da EPFCL- Brasil; 2011; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará; 2011. p. 8-9 [citado em 30 Jun 2021]. Disponível em: [https://issuu.com/epfclbrasil/docs/anais\\_encontro\\_fortaleza](https://issuu.com/epfclbrasil/docs/anais_encontro_fortaleza).
17. Lacan J. Televisão. In: Lacan J. Outros escritos (Org.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 529-531.

# O constructo personalidade em uma perspectiva da terapia cognitiva comportamental: considerações dos modelos de avaliação psicológica

*(The personality construct in a cognitive behavioral therapy perspective: considerations of psychological assessment models)*

Maria Suely Alves Costa<sup>1</sup>, André Sousa Rocha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, Sobral - CE.

<sup>2</sup>Universidade São Francisco.

**Autor correspondente:** suelycosta@ufc.br

## RESUMO

O constructo da personalidade vem sendo estudado pelas áreas que buscam compreender o comportamento humano. A noção de personalidade tem sofrido significativas mudanças em todo o seu processo de construção, refletindo a sua complexidade. O comportamento humano é influenciado por um conjunto de fatores que o modelam, sejam antropológicos ou culturais, socioeconômicos, biológicos ou fisiológicos e psicológicos. Nessa direção, a personalidade se desenvolve ao longo da vida, sendo influenciada pelos fatores biopsicossociais, tendo pontos de estabilidade e de mudanças ao longo do ciclo vital. Ao pensarmos a personalidade em duas abordagens, a idiográfica e a nomotética, reconhecemos as dimensões que partem do particular, mas que consideram a dimensão coletiva. O objetivo principal deste estudo foi apresentar o constructo personalidade em uma perspectiva da terapia cognitiva comportamental (TCC) e as considerações dos modelos de avaliação psicológica, além da apresentação das definições do constructo e de suas dimensões. O conhecimento do constructo personalidade influencia a avaliação do comportamento humano e as intervenções em TCC podem auxiliar os profissionais no desenvolvimento de estratégias de intervenção cada vez mais eficientes. Conclui-se, a partir dos estudos apresentados, que a compreensão acerca da personalidade exerce impactos significativos no desenvolvimento de instrumentos e de intervenções eficazes.

**Palavras-chave:** Avaliação da Personalidade. Psicopatologias. Técnicas interventivas.

## ABSTRACT

The personality construct has been studied by areas that seek to understand human behavior. The notion of personality has undergone significant changes through construction process, reflecting complexity. Human behavior is influenced by a set of factors that shape it, whether anthropological or cultural, socio-economic, biological or physiological and psychological. In this direction, the personality develops throughout life, being influenced by biopsychosocial factors, having points of stability and changes throughout the life cycle. When thinking about personality in two idiographic and nomothetic approaches, we recognize the dimensions that start from the particular, but that consider the collective dimension. The main objective of this study was to present the personality construct from a cognitive behavioral therapy (CBT) perspective and the considerations of psychological assessment models, in addition to presenting the definitions of the construct and its dimensions. Knowledge of the personality construct influences the assessment of human behavior and CBT interventions can help professionals to develop increasingly efficient intervention strategies. Based on the studies presented, it is concluded that the understanding of personality has significant impacts on the development of effective instruments and interventions.

**Keywords:** Personality Assessment. Psychopathologies. Intervention techniques.

## RESUMEN

El constructo de personalidad ha sido estudiado por áreas que buscan comprender el comportamiento humano. La noción de personalidad ha sufrido cambios significativos a lo largo de su proceso de construcción, reflejando su complejidad. El comportamiento humano está influenciado por un conjunto de factores que lo configuran, ya sean antropológicos o culturales, socioeconómicos, biológicos o fisiológicos y psicológicos. En esta dirección, la personalidad se desarrolla a lo largo de la vida, siendo influenciada por factores biopsicossociales, teniendo puntos de estabilidad y cambios a lo largo del ciclo vital. Al pensar en la personalidad en dos enfoques, el idiográfico y el nomotético, reconocemos las dimensiones que parten de lo particular, pero que consideran la dimensión colectiva. El objetivo principal de este estudio fue presentar el constructo de personalidad desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y las consideraciones de los modelos de evaluación psicológica, además de presentar las definiciones del constructo y sus dimensiones. El conocimiento del constructo de la personalidad influye en la evaluación del comportamiento humano y las intervenciones de la TCC pueden ayudar a los profesionales a desarrollar estrategias de intervención cada vez más eficientes. Se concluye, con base en los estudios presentados, que la comprensión de la personalidad ejerce impactos significativos en el desarrollo de instrumentos e intervenciones efectivas.

**Palabras llave:** Evaluación de la personalidad. Psicopatologías. Técnicas de intervención.

## INTRODUÇÃO

O constructo da personalidade vem sendo estudado pelas áreas que buscam compreender o comportamento humano. Contudo, devido à amplitude do termo, é sinalizado o quão complexo é tentar defini-lo. Nessa perspectiva, a forma como os indivíduos respondem ao seu meio fornece-nos indicativos do seu padrão de personalidade. Os fatores que influenciam a personalidade são estudados por diversas teorias da personalidade, a maneira como se caracteriza um indivíduo é descrita de diferentes formas nas diversas abordagens psicológicas (psicanalítica, humanista, psicossocial, dentre outras).

Podemos elencar as principais concepções de personalidade apresentadas no estudo de Carvalho et al.<sup>1</sup>. O estudo identifica cinco temáticas que envolvem a construção do conceito de personalidade: personalidade como constructo que engloba um conjunto de traços, caráter, identidade, temperamento; personalidade como modo típico de agir, pensar, sentir dos indivíduos; personalidade como padrão de comportamento ao longo do tempo; personalidade resultante da interação entre o indivíduo e o ambiente, visando a uma adaptação.

O conceito de temperamento é adotado por Pasquali<sup>2</sup>, nos seus estudos sobre a personalidade, por considerá-lo menos ambíguo. O pesquisador conceitua temperamento, para a área de Psicologia, como sendo o aspecto da personalidade que diz respeito às disposições e reações emocionais, bem como de sua rapidez e intensidade. Nessa perspectiva, a personalidade é composta por várias características, justificando as inúmeras teorias de personalidade e abordagens psicológicas.

Na Psicologia, o estudo da personalidade deu início na década de 1930, por Gordon Allport, que entende a personalidade de uma forma ambígua, trazendo uma concepção de uma essência espiritual única, a qual não pode ser completamente mensurada por métodos científicos, ao mesmo tempo em que traz uma compreensão behaviorista de traços, em que sistemas de hábitos e medidas seriam componentes básicos da personalidade<sup>1,3</sup>.

O estudo da personalidade apresenta um importante avanço desde os anos 30, com investimentos de pesquisadores brasileiros, de relevância inquestionável para o campo

epistemológico do estudo da personalidade, mas estudo de Carvalho et al.<sup>1</sup> ressalta a necessidade de maior atenção para o construto personalidade no que se refere à sua definição.

A personalidade é apresentada em duas vias de abordagens, sendo elas a idiográfica e a nomotética. No que diz respeito à abordagem idiográfica, esta considera o indivíduo como uma pessoa inteira e única, por isso, essa tendência busca na personalidade a compreensão dos aspectos individuais e singulares específicos de cada pessoa. Já a abordagem nomotética faz referência à procura de regras que possam ser aplicadas a vários indivíduos. Essa tendência busca aspectos gerais, aos quais os diversos indivíduos possam ser comparados<sup>4-5</sup>.

O comportamento humano é influenciado por um conjunto de fatores que o modelam. Fatores estes: antropológicos ou culturais, socioeconômicos, biológicos ou fisiológicos, psicológicos. Uma questão muito comum, nas discussões sobre personalidade, é sobre o que influencia seu desenvolvimento e sua capacidade de mudança. A personalidade se desenvolve ao longo da vida, sendo influenciada pelos fatores biopsicossociais, tendo pontos de estabilidade e de mudanças ao longo do ciclo vital<sup>6</sup>.

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) busca entender a relação do que chamamos de personalidade com a adaptação do indivíduo ao meio. Segundo Beck et. al.<sup>7</sup>, traços de personalidade são a expressão manifesta de estruturas subjacentes chamadas de esquemas. Sendo assim, os padrões comportamentais, que identificamos como traços, representam as estratégias interpessoais desenvolvidas a partir da interação entre os componentes filogenéticos e o ambiente.

No campo da avaliação psicológica, independente da teoria, a personalidade é avaliada por meio de diferenças individuais, por tipos ou traços. Tipos provenientes de abordagens psicológicas, como da Psicologia Analítica e traços, que podem ser medidos quantitativamente, presentes nos instrumentos psicométricos de avaliação da personalidade<sup>8</sup>.

O presente estudo tem como objetivo apresentar o constructo personalidade em uma perspectiva da TCC e nas considerações dos modelos de avaliação psicológica. Compreender o



constructo personalidade é de importante relevância por ser um dos construtos mais avaliados e ser alvo de intervenções no campo da Psicologia. O estudo justifica-se também pelo recorte realizado nesse vasto campo, por trazer o tema personalidade à luz dos modelos teóricos de avaliação psicológica e da Terapia Cognitiva Comportamental.

## OS MODELOS DE PERSONALIDADE

Diante do que foi explicitado, a personalidade oferece uma ampla gama de conceituações acerca da sua compreensão. De modo geral, a personalidade explica as diferenças individuais e molda como os indivíduos irão agir, pensar, sentir e se comportar. Por isso, são traços relativamente persistentes, duradouros e constantes, o que torna as pessoas singulares<sup>9</sup>. Além disso, existem modelos que fornecem elucidações plausíveis da concepção da personalidade, como as polaridades dimensionais de Millon (prazer *versus* dor; ativo *versus* passivo e eu *versus* outro)<sup>10</sup>; as dimensões interpessoais circunplex (domínio *versus* submissão, afiliação/amor *versus* ódio)<sup>11</sup>; o modelo Hexaco, que expande os cinco grandes fatores ao apresentar uma dimensão adicional, a saber, a honestidade-humildade<sup>12</sup> e o Riasec<sup>13</sup>, um modelo concentrado nas diferenças individuais em relação a interesses vocacionais e pessoais em vez de traços, sendo distinguido em: realista, investigativo, artístico, social, empreendedor e convencional.

Os modelos de sete fatores de Cloninger e o *Five Factor Model*, *Big Five* ou Cinco Grandes Fatores da Personalidade têm sido destacados na literatura de forma mais proeminente<sup>14</sup>. Contudo, diante do substancial volume de pesquisas do *Big Five*, que sinalizam para a replicação em diversas culturas e diferentes amostras populacionais, além de apoiar a universalização do modelo, optou-se por descrever os traços que o compõem. Os Cinco Grandes Fatores são um modelo hierárquico que visa a explicar a personalidade humana a partir da compreensão de cinco fatores abrangentes<sup>15 16</sup>. Ressalta-se, ainda, que não há um único autor responsável por elaborar a teoria e fundamentá-la. Ao contrário disso, esse modelo representa um avanço conceitual e empírico da teoria dos traços e análises fatoriais de diferentes autores (e.g. Allport Catell e Eysenck) situados em tradições de pesquisas dissemelhantes<sup>17</sup>.

A literatura apresenta o acrônimo OCEAN para melhor representar esses fatores, sendo *Openness to experience* (abertura à experiência), *Conscientiousness* (conscienciosidade), *Extraversion* (extroversão), *Agreeableness* (amabilidade) e *Neuroticism* (neuroticismo). A abertura à experiência está relacionada à curiosidade intelectual, imaginação criativa e apreciação à estética<sup>18</sup>. Pessoas com elevados níveis desse traço se apresentam como ativas por novas experiências, são aventureiras, criativas, imaginativas e há engajamento perceptivo e estético<sup>19</sup>. Já pessoas que possuem escassa habilidade nesse traço prezam por manutenção da rotina, são convencionais e autocontroladoras. Estudos demonstraram suporte empírico de que esse fator está relacionado à inteligência e à criatividade<sup>20-23</sup>.

A extroversão pode ser caracterizada pela cordialidade, sociabilidade e assertividade<sup>23</sup>. Pessoas extrovertidas tendem a ser comunicativas, sociáveis, ter apreço por companhias e estilo dominante. Pelo polo oposto, indivíduos que preferem realizar atividades sozinhos, são reservados, quietos e assumem uma postura passiva, geralmente, pontuam baixo nesse fator<sup>24</sup>. Reitera-se que a extroversão se associa à quantidade das relações interpessoais estabelecidas, bem-estar subjetivo<sup>25</sup>, satisfação no trabalho<sup>26</sup> e eficácia de liderança<sup>27</sup>.

A amabilidade é concebida como um fator relacionado à polidez, empatia e compaixão, ao respeito pelos outros e às condutas altruístas<sup>28</sup>. Por um lado, pessoas que pontuam alto em amabilidade são descritas como agradáveis, respeitosas, gentis, cooperativas e prestativas. Por outro lado, grosseiras, sádicas, insensíveis, maldosas e vingativas podem ser características salientes em indivíduos com baixa amabilidade. Estudos reportaram a relação de amabilidade com trabalho voluntário<sup>29</sup>, comportamento cooperativo<sup>30</sup> e desempenho no trabalho<sup>31</sup>.

A conscienciosidade diz respeito à organização, persistência e produtividade, além de confiança e responsabilidade<sup>32</sup>. Por esse motivo, pessoas altamente conscienciosas exibem comportamentos disciplinados, focados em metas e objetivos, são engajadas e cumprem com os compromissos estabelecidos<sup>28</sup>. Já indivíduos desorganizados, desleixados, desleais, desonestos e irresponsáveis estão situados no polo oposto desse fator.

Desempenho acadêmico<sup>33</sup>, desempenho no trabalho<sup>31</sup> e risco relacionado à saúde comportamental<sup>34</sup> apresentaram relações com essa dimensão.

Por fim, o neuroticismo está intrinsecamente associado à depressão, ansiedade e volatilidade emocional. Experimentar emoções negativas do tipo raiva, tristeza e estresse são comuns em quem apresenta elevado nível de neuroticismo<sup>32</sup>. Não obstante, pessoas resilientes, otimistas e esperançosas são aquelas consideradas estáveis emocionalmente. Estudos apresentaram que transtornos mentais clínicos<sup>35</sup> e baixo bem-estar subjetivo<sup>25</sup> podem afetar as pessoas mais vulneráveis e vão requerer a necessidade de realizar-se um processo avaliativo para abordar as questões psicológicas encontradas.

## OS MODELOS DE PERSONALIDADE E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica é um processo técnico, científico e limitado no tempo, que pode se utilizar de testes psicológicos, além de um conjunto de fontes fundamentais e complementares<sup>36-38</sup>. As técnicas e os instrumentos, quando integrados de forma ética e consciente pelo profissional, podem trazer resultados benéficos ao paciente<sup>39</sup>. Por isso, recomenda-se utilizar as orientações e as diretrizes postas pelo Conselho Federal de Psicologia, a fim de, eventualmente, reduzir as potenciais chances de incorrer em erros éticos<sup>36</sup>. Além disso, o objetivo da avaliação psicológica é situar a posição de um indivíduo no que tangencia os construtos e/ou as variáveis latentes de diferenças individuais. Esse propósito é alcançado por meio da normatização, uma vez que contém uma amostra representativa da população que passou pelo estudo do desenvolvimento do instrumento.

Os instrumentos de personalidade podem fornecer subsídios importantes na tomada de decisão dos profissionais ao avaliar um caso específico. Seja para elaborar um diagnóstico diferencial, uma avaliação compreensiva ou pensar em estratégias de prognóstico ou de prevenção, o foco será ponderado a partir dos objetivos estabelecidos na avaliação em sintonia com a queixa elaborada pelo paciente<sup>40</sup>. Dentro da avaliação da personalidade, os modelos dos cinco grandes fatores têm sido tradicionalmente relacionados aos

questionários, às escalas e aos instrumentos de autorrelato<sup>41</sup>. Ainda que existam diferentes medidas que utilizam esse modelo com referencial teórico de construção de medidas, parece que o *Big Five Inventory* (BFI)<sup>42</sup> e o *Neo Personality Inventory Revised Comercial* (Neo- Pi- R)<sup>23</sup> são os mais frequentemente utilizados e com parâmetros de validade. Essas evidências podem ser sustentadas pelos artigos seminais, que caracterizam excelentes propriedades psicométricas, que incluíram fidedignidade e validade convergente e discriminante com outras medidas. Tais parâmetros são considerados requisitos mínimos para que um instrumento seja considerado confiável<sup>43</sup>.

## ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DA PERSONALIDADE

Os Transtornos de Personalidade (TP) se originaram de uma variedade de tradições teóricas e foram descritos, pela primeira vez, em 1952, com o lançamento da primeira edição do Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM)<sup>44</sup>. Os TP são compreendidos por padrões inflexíveis do comportamento humano, que geram prejuízos significativos na vida dos indivíduos, sobretudo em aspectos sociais e interpessoais<sup>45</sup>. A despeito disso, duas ou mais das seguintes áreas devem apresentar sofrimento para caracterizar um TP: a cognição, a afetividade, o funcionamento interpessoal e o controle de impulsos. Dessa forma, esses comportamentos causam desconforto tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, além de causarem disfunção e serem estatisticamente incomuns<sup>46</sup>. Em outras palavras, são condutas que se desviam da normalidade de uma determinada cultura.

Um dos instrumentos mais utilizados por profissionais da área da saúde para a avaliação de traços de personalidade é o Manual de Diagnóstico dos Transtornos Mentais, que se encontra na 5ª edição. Esse manual, atualmente, dispõe de 10 categorias de TP, divididos em três *cluster*, que se agrupam por semelhança descritiva. O Grupo A é formado pelos paranoides, esquizoides e esquizotípicos. Eles possuem em comum o comportamento esquisito ou excêntrico. Já o grupo B se constitui pelo antissocial, *borderline*, narcisista e histriônico, com estereótipos de indivíduos dramáticos, emocionais e erráticos. Por último, o grupo C se compõe pelo esquivo, dependente e obsessivo-compulsivo e são caracterizados por parecerem ansiosos e

apreensivos. Reitera-se que os outros tipos de transtornos não distribuídos entre os grupos citados podem ser transtornos não especificados ou se concentram em transição por questões médicas<sup>46</sup>.

Para uma avaliação acurada da personalidade, há uma discussão emblemática na literatura sobre três perspectivas, que se diferem com base em sua estrutura e em seus critérios diagnósticos, ou seja, nos sintomas<sup>47</sup>. O modelo categórico, presente, por exemplo, no DSM-5, organiza os sintomas em uma lista de verificação com base em categorias. Ao final da avaliação, o paciente terá ou não determinada a sintomatologia psiquiátrica. O modelo dimensional (que pode ser encontrado em escalas, inventários e instrumentos psicológicos), por sua vez, sistematiza os sintomas dentro de um espectro de traços<sup>48</sup>. Nesse sentido, a ideia subjacente é verificar, dentro de um *continuum*, quais são as características individuais mais salientes do indivíduo e se elas podem ser um marcador de transtorno de personalidade<sup>49</sup>. Finalmente, o modelo híbrido compreende a união dos dois modelos supracitados para uma compreensão global e assertiva da avaliação da personalidade.

## **TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE**

A TCC é uma abordagem psicológica de caráter não farmacológico. Ela se caracteriza por ser breve, direta, estruturada, orientada em metas e focalizada na resolução de problemas<sup>50</sup>. O principal fundamento da TCC é compreender a influência que os pensamentos podem exercer na maneira que o indivíduo interpreta e reage aos diversos eventos do cotidiano<sup>50-51</sup>. Portanto, não são os acontecimentos em si que podem ocasionar dissabores, mas a maneira como eles foram processados, pode-se dizer que tais padrões têm origem na necessidade e na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio. Entretanto, esses padrões, quando presentes de maneira rígida, inflexível e constante, podem dar origem ao que chamamos de transtornos de personalidade. Além disso, esses padrões rígidos de pensar, de sentir e de se comportar podem originar também o que chamamos de síndromes sintomáticas, aumentando os diagnósticos de transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, entre outros<sup>52</sup>.

Para o trabalho com pacientes com transtornos de personalidade, é necessário coletar informações básicas, como a história do desenvolvimento geral do indivíduo, lembranças e experiências emocionalmente salientes. Para tanto, é imprescindível formular a conceitualização cognitiva, isto é, compreender melhor o caso a ser trabalhado, a fim de proporcionar maior adesão do paciente ao processo psicoterápico<sup>53</sup>. Posteriormente, é relevante assimilar como o paciente visualiza a si mesmo e os outros à sua volta; quais os pressupostos condicionais e crenças imperativas adotadas que envolvem as cognições do tipo “se” e “então”, por exemplo, se eu sou incapaz, então não mereço amor. Por último, as estratégias comportamentais superdesenvolvidas, que são os comportamentos que o paciente utiliza para reforçar suas crenças<sup>54</sup>.

Existem diversos procedimentos comportamentais e técnicas cognitivas para o manejo de pacientes com transtornos de personalidade. Pode-se utilizar a psicoeducação, por meio de recursos científicos e de fácil entendimento, com a finalidade de ensinar e conscientizar o paciente sobre o seu transtorno<sup>55</sup>. No registro de pensamento disfuncional (RPD), o foco é o paciente entender a relação entre pensamento e comportamento e, assim, poder identificar pensamentos disfuncionais e corrigi-los<sup>56</sup>. O questionamento socrático propõe-se a partir de uma série de perguntas reflexivas levantadas pelo psicoterapeuta ao paciente, a fim de que ele seja capaz de aprofundar e apreender seus próprios pensamentos<sup>57</sup>. As técnicas de habilidades sociais também têm sido empregadas para que os pacientes consigam atingir seus objetivos e manter a relação com o outro. Ou seja, a ideia é usar a comunicação assertiva em detrimento da passiva e agressiva<sup>58</sup>.

Ressalta-se que é constante desafio de psicoterapeutas a atuação com tal público, uma vez que o modo de agir desses pacientes pode impactar negativamente durante o tratamento. Por isso, a primeira etapa é constituir uma aliança terapêutica sólida, em que o paciente possa confiar integralmente em seu psicoterapeuta, para que ambos possam trabalhar focados no problema, com o intuito de resolvê-lo<sup>59</sup>. Em outras palavras, a aliança terapêutica está no cerne do empirismo colaborativo. A ideia é que psicoterapeuta e cliente possam atuar de forma colaborativa como uma equipe e juntos possam traçar o plano de intervenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo apresentar o constructo personalidade em uma perspectiva da TCC e as considerações dos modelos de avaliação psicológica, além da apresentação das definições do constructo e de suas dimensões. Dessa forma, pode-se verificar a complexidade e a riqueza do constructo personalidade e o avanço dos estudos nessa temática entre os pesquisadores vinculados ao campo de estudo do comportamento humano.

A apresentação das definições do construto e de suas dimensões colabora com a reflexão de que a personalidade é um conceito multifacetado, aglutinando inúmeras teorias e explicações, que, por vezes, podem ser contraditórias. Portanto, pensar a personalidade em duas abordagens, a idiográfica e a nomotética, que partem do particular, mas consideram a dimensão coletiva, auxilia-nos, enquanto estudiosos do comportamento humano, a identificar fatores que influenciam a construção dos comportamentos e o que os desenvolvem e colaboram com sua manutenção.

Não se pode deixar de ressaltar que o conhecimento do constructo personalidade influencia a avaliação do comportamento humano, que pode ser mensurado pelo modelo dimensional para investigar as diferenças individuais em termos de grau, por meio de instrumentos e questionários. Além disso, as intervenções em TCC podem auxiliar os profissionais no desenvolvimento de estratégias de intervenção cada vez mais eficientes. Logo, facilitará o prognóstico de determinado caso.

Novas pesquisas devem ser realizadas para explorar ainda mais a compreensão de personalidade e os modelos adotados na avaliação e na intervenção do estudo do comportamento humano. Conclui-se, a partir dos estudos apresentados, que a compreensão do construto personalidade exerce impactos significativos no desenvolvimento de instrumentos e intervenções eficazes.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho, LDF, Pianowski, G, Reis, AM, Silva, RGC. Personalidade: o panorama nacional sob o foco das definições internacionais. *Psicologia em Revista*. 2015; 23(1), 123-146, 2017. doi: [10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p123-146](https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p123-146).
2. Pasquali L. (2000). *Os Tipos Humanos: A Teoria da Personalidade*. Brasília. LabPAM, 2000.
3. Allport GW. *Personality: A psychological interpretation*. Holt. APA, 1937.
4. Baptista NJM. *Teorias da personalidade*. ISMAI. Portugal, 2008.
5. Tavares M. Validade clínica. *Psico-USF*. 2003; 8(2), 125-136, doi: [10.1590/S1413-82712003000200004](https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200004).
6. Roberts BW, Nickel, LB. A critical evaluation of the Neo-Socioanalytic Personality Development Across the Lifespan. 2017; 157-177. doi:10.1016/b978-0-12-804674-6.00011-9.
7. Beck, AT, Freeman, A, Davis DD. *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2005
8. Cloninger SC. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
9. Diener E, Lucas RE. *Personality Traits*. In: Diener-Biswas, R, Diener E. *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers; 2018.
10. Millon T, Davis RD. *Disorders of Personality*. New York: Wiley; 1996.
11. Wiggins JS. *Paradigms of Personality Assessment*. New York: Guilford, 2003.
12. Lee K, Ashton, MC. Psychometric properties of the hexaco personality inventory. *Multivar. Behav. Res.* 2004; 39(2), 329-358. doi: [10.1207/s15327906mbr3902\\_8](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3902_8).
13. Holland JL. *Making Vocational Choices: A Theory of Careers*. Prentice-Hall, Prentice-Hall series in counseling and human development, 1973.
14. McCrae RR, Allik, J. *The Five-Factor model of personality across cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002.
15. McCrae RR. *Cross-Cultural Research on the Five-Factor Model of Personality*. *Online Readings in Psychology and Culture*. 2002; 4(4). doi: [10.9707/2307-0919.1038](https://doi.org/10.9707/2307-0919.1038).
16. Trull TJ, Durrett, CA. *Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder*. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; 1(1), 355-380. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102, 20.
17. Nunes CHSSN, Zanon C, Hutz, CL. *Avaliação da Personalidade a Partir de Teorias Fatoriais de Personalidade*. In: Trentini CM, Bandeira DR, Hutz, CL. *Avaliação Psicológica da Inteligência e da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
18. Costa PT, McCrae RR. *NEO-PI-R: Professional Manual*, Florida: Psychological Assessment Resources Inc; 1992.
19. Shi B, Dai, DY, Lu Y. Openness to Experience as a Moderator of the Relationship between Intelligence and Creative Thinking: A Study of Chinese Children in Urban and Rural Areas. *Front. Psychol.* 7:641. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00641, 2016.
20. Ackerman PL, Heggstad ED. Intelligence, personality, and interests: evidence for overlapping traits. *Psychol. Bull.* 121(2), 219.
21. Kaufman SB, Quilty LC, Grazioplene RG, Hirsh JB, Gray JR, Peterson, JB, DeYoung, CG. Openness to experience and intellect differentially predict creative achievement in the arts and sciences. *J. Pers.* 2015; 84, 248-258. doi: 10.1111/jopy.12156.
22. Kerr B, McKay R. Searching for tomorrow's innovators: profiling creative adolescents. *Creat. Res. J.* 25, 21-32. doi: 10.1080/10400419.2013.752180
23. Ziegler M, Cengia A, Mussel P, Gerstorff D. Openness as a buffer against cognitive decline: the openness-fluid-crystallized-intelligence (OFCI) model applied to late adulthood. *Psychol. Aging* 30, 573-588. doi: 10.1037/a0039493.
24. McCrae RR, Costa PT. *The five-factor theory of personality*. In: John OP, Robins RW, Pervin, LA. *Handbook of personality: Theory and research*. The Guilford Press; 2008.
25. Hayes N, Joseph S. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality Individ. Differ.* 2003; 34(4), 723-727. doi: [10.1016/S0191-8869\(02\)00057-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00057-0).
26. Thoresen CJ, Kaplan SA, Barsky AP, Warren CR, de Chermont K. The affective underpinnings of job perceptions and attitudes: a meta-analytic review and integration. In: 17th Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, Toronto: An Earlier Version of This Study Was Presented at the Aforementioned Conference. American Psychological Association, 2003.
27. Hogan R, Curphy GJ, Hogan J. What we know about leadership: effectiveness and personality. *Am. Psychol.* 1994; 49(6), 493- 504. doi: [10.1037/0003-066X.49.6.493](https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.6.493).
28. Soto CJ, Kronauer A, Liang JK. *Five-Factor Model of Personality*. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*, 1-5, 2015. doi:10.1002/9781118521373.wbeaa0.
29. Carlo G, Okun MA, Knight, GP, de Guzman MRT. The interplay of traits and motives on volunteering: agreeableness, extraversion and prosocial value motivation. *Pers. Individ. Differ.* 2005; 38(6), 1293-1305.
30. LePine JA, Van Dyne L. Voice and cooperative behavior as contrasting forms of contextual performance: evidence of differential relationships with big five personality characteristics and cognitive ability. *J. Appl. Psychol.* 2001; 86(2), 326. doi: [10.1037/0021-9010.86.2.326](https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.2.326)
31. Sackett PR, Walmsley, PT. Which personality attributes are most important in the workplace? *Perspect. Psychol.* 2014; Sci. 9(5), 538-551. doi: [10.1177/1745691614543972](https://doi.org/10.1177/1745691614543972).
32. Soto CJ, John OP. Short and extra-short forms of the Big Five Inventory-2: The BFI-2-S and BFI-2-XS. *Journal of Research in Personality*. 2017; 68, 69-81. doi:10.1016/j.jrp.2017.02.004
33. Nofhle EE, Robins RW. Personality predictors of academic outcomes: big five correlates of GPA and SAT scores. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2007; 93(1), 116. doi: [10.1037/0022-3514.93.1.116](https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.1.116).
34. Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol. Bull.* 130 (6), 887. doi: [10.1037/0033-2909.130.6.887](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.6.887).
35. Ormel J, Bastiaansen A, Riese H, Bos EH, Servaas M, Ellenbogen M, Rosmalen JG, Aleman A. The biological and psychological basis of neuroticism: current status and future directions. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2013; 37(1), 59-72. doi: [10.1016/j.neubiorev.2012.09.004](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.09.004).
36. Resolução N° 009, de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções n° 002/2003, n° 006/2004 e n° 005/2012 e Notas Técnicas n° 01/2017 e 02/2017. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
37. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini C.M, Krug J.S. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
38. Urbina S. *Essentials of psychological testing* (2nd ed.). Hoboken: Wiley; 2014.



39. Noronha APP, Barros MVC, Nunes MFO, Santos AAA. Avaliação psicológica: Importância e domínio de atividades segundo docentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2014; 14(2), 524-538.
40. CUNHA JA. *Psicodiagnóstico*. - V. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
41. Mazer AK, Macedo BBD, Jurena MF. Transtornos de Personalidade. *Medicina*. 2017. 50: 85-97(1).
42. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford (in press); 1999.
43. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO-PI-R and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1992.
44. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, Narrow WE, Reed GM. Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*. 2017.18(2), 72–145. doi:10.1177/1529100617727266
45. Bertsch K, Herpertz SC. Personality Disorders, Functioning and Health. *Psychopathology* 2018; 51(2), 69–70. doi:10.1159/000487971
46. American Psychiatric Association (APA) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Washington (DC): APA; 2013.
47. Sevecke K, Schmeck K, Krischer M. The dimensional-categorical hybrid model of personality disorders in DSM-5 from an adolescent psychiatric perspective - criticism and critical outlook. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2014; 42(4) 279–283. doi: 10.1024 / 1422-4917 / a000300.
48. Krueger RF, Hobbs AA. An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*. 2020; 53, 126-132. doi:10.1159/000508538.
49. Huprich S. Moving beyond categories and dimensions in personality pathology assessment and diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2018; 213(6), 685-689. doi:10.1192/bjp.2018.149.
50. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30(2):54-64. doi: [10.1590/S1516-44462008000600002](https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002).
51. Greenberger D, Padesky, CA. *A mente vencendo o humor: Mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre: Artmed, 2017.
52. Zimmerman M, Black DH. Redefining Personality disorders: proposed revision for DSM-5. *Current Psychiatry*. 2011; 10:,26-38.
53. Araújo CF, Shinohara H. Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia*, 2002; 6(1), 37-43. doi: [10.5380/psi.v6i1.3191](https://doi.org/10.5380/psi.v6i1.3191).
54. Hunsley J, Allan T. Clinical assessment in cognitive-behavioral therapies. In: Dobson, KS, Dozois, DJA. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. The Guilford Press; 2019.
55. Ridolfi ME, Gunderson, JG. Psychoeducation for patients with borderline personality disorder. In: Livesley, WJ, Larstone, R. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. The Guilford Press; 2018.
56. Leahy RL. *Vença a depressão antes que ela vença você*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
57. Agostinho TF, Donadon MF, Bullamah, SK. Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2019; 15(1), 59-65. doi: [10.5935/1808-5687.20190009](https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190009)
58. Cordioli AV, Knapp P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais: editorial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30 (2) 51-53. doi: [10.1590/S1516-44462008000600001](https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600001).
59. Oliveira NH, Benetti, SPC. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2015; 67(3):125-138.

**Como citar:** Costa MS, Rocha AS. O constructo personalidade em uma perspectiva da terapia cognitiva comportamental: considerações dos modelos de avaliação psicológica. *Dialog Interdis Psiq S Ment*. 2021;1(1):15-22.

# Relação entre estresse percebido, funcionamento global e variáveis sociodemográficas e clínicas entre indivíduos na fase inicial da psicose

*(Relationship between perceived stress, global functioning and socio-demographic and clinical variables among individuals in the early stages of psychosis)*

Ana Carolina G. Zanetti<sup>1</sup>, Aline Cristina Carniel<sup>1</sup>, Amanda Heloísa Santana da Silva<sup>1</sup>, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato<sup>1</sup>, Isabela dos Santos Martin<sup>1</sup>, Kelly Graziani Giaccherro Vedana<sup>1</sup>, Larissa Amorim de Freitas<sup>1</sup>, Maria Neyrian de Fátima Fernandes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto - SP, Brasil.

**Autor correspondente:** carolzanettieerp@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Explorar a relação entre estresse percebido, funcionamento global e variáveis sociodemográficas e clínicas entre pacientes na fase inicial da psicose. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com 82 pacientes com psicose, atendidos em um serviço de intervenção precoce localizado em Ribeirão Preto, Brasil. Para a coleta de dados foram utilizados um formulário para caracterização sociodemográfica e clínica, a Escala de Estresse Percebido e a Escala de Avaliação Global de Funcionamento. Estatísticas descritivas e inferenciais foram utilizadas para análise dos dados. **Resultados:** Mulheres apresentaram maiores escores de funcionamento global e estresse percebido. Pacientes com companheiros apresentaram escores mais elevados de estresse percebido. Pacientes que não utilizavam substâncias apresentaram maior funcionamento global. Houve correlação inversa, fraca e significativa entre estresse percebido e renda familiar. Em relação ao estresse percebido e funcionamento global, os resultados indicam uma correlação inversa e fraca, mas não significativa. **Conclusão:** Os achados oferecem evidências que direcionam intervenções precoce estratégicas à indivíduos na fase inicial da psicose. Além disso, os resultados reforçam a necessidade do olhar cuidadoso para indivíduos em uso de substâncias e a utilização de outras modalidades terapêuticas, visando prevenir ou retardar prejuízos funcionais, principalmente entre a população masculina.

**Palavras-chave:** Transtornos Psicóticos. Estresse Psicológico. Psiquiatria.

## ABSTRACT

**Objective:** To explore the relationship between perceived stress, global functioning and sociodemographic and clinical variables among patients in the initial phase of psychosis. **Methodology:** Cross-sectional study conducted with 82 patients with psychosis treated at an early intervention service located in Ribeirão Preto, Brazil. For data collection, a form for sociodemographic and clinical characterization, the Perceived Stress Scale and the Global Assessment of Functioning Scale were used. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis. **Results:** Women had a higher global functioning and perceived stress scores. Patients with partners had higher perceived stress scores. Patients who did not use substances had a greater global functioning. There was an inverse, weak and significant correlation between perceived stress and family income. Regarding perceived stress and global functioning, the results indicate an inverse and weak, but not significant correlation. **Conclusion:** The findings provide evidence that direct strategic early interventions for individuals in the early stages of psychosis. In addition, the results reinforce the need for a careful look at individuals using substances and the use of other therapeutic modalities, aiming to prevent or delay functional impairment, especially among the male population.

**Keywords:** Psychotic Disorders. Stress, Psychological. Psychiatry.

## RESUMEN

**Objetivo:** Explorar la relación entre el estrés percibido, el funcionamiento global y las variables sociodemográficas y clínicas entre pacientes en la fase inicial de psicosis. **Metodología:** Estudio transversal realizado con 82 pacientes con psicosis atendidos en un servicio de intervención temprana ubicado en Ribeirão Preto, Brasil. Para la recolección de datos se utilizó un formulario de caracterización sociodemográfica y clínica, la Escala de Estrés Percibido y la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para el análisis de datos. **Resultados:** Las mujeres tuvieron puntuaciones más altas de funcionamiento global y estrés percibido. Los pacientes con parejas tenían puntuaciones de estrés percibido más altas. Los pacientes que no consumían sustancias tenían un mayor funcionamiento global. Hubo una correlación inversa, débil y significativa entre el estrés percibido y los ingresos familiares. En relación con el estrés percibido y el funcionamiento global, los resultados indican una correlación inversa y débil, pero no significativa. **Conclusión:** Los hallazgos proporcionan evidencia de que las intervenciones tempranas estratégicas directas para los individuos en las primeras etapas de la psicosis. Además, los resultados refuerzan la necesidad de una mirada atenta a las personas que consumen sustancias y el uso de otras modalidades terapéuticas, con el objetivo de prevenir o retrasar el deterioro funcional, especialmente entre la población masculina.

**Palabras clave:** Transtornos Psicóticos. Estrés Psicológico. Psiquiatria.

**Conflito de intereses:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

## INTRODUÇÃO

A psicose é uma das principais causas de desabilidade ou sobrecarga em saúde<sup>1</sup>. O primeiro episódio psicótico (PEP) ou a psicose precoce se referem ao início das manifestações dos sintomas psicóticos<sup>2</sup>. Os sintomas psicóticos, por sua vez, são caracterizados pela presença proeminente de delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal e sintomas negativos, caracterizando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade<sup>2,3</sup>. Embora existam controvérsias para conceituar o PEP, ele é considerado o primeiro contato com o serviço de saúde do indivíduo com sintomas psicóticos para tratamento<sup>4</sup>.

Um estudo multicêntrico desenvolvido em seis países, apontou uma incidência de aproximadamente 21 novos casos de PEP por 100 mil habitantes por ano, com maior ocorrência entre os homens. Observou-se também que os sintomas psicóticos aparecem com maior frequência entre os 18 e 24 anos, tanto para homens quanto para mulheres, podendo ser observado também aumento da incidência entre as mulheres na faixa dos 50-54 anos<sup>5</sup>.

A experiência de vivenciar o PEP pode gerar diferentes sentimentos no indivíduo acometido, como angústia, ansiedade e estresse<sup>6,7</sup>. Um estudo apontou que pessoas com melhores funcionamentos neuropsicológicos experimentam aumento dos níveis subjetivos de estresse nas semanas que antecederam o encaminhamento e contato com um serviço de saúde, ou seja, o indivíduo com melhor funcionamento neuropsicológico percebe a perda de potencial e apresenta experiência mais estressante<sup>8</sup>.

Sendo assim, o estresse pode ser caracterizado pela relação de resposta de um indivíduo à percepção de ameaça iminente (condições nocivas, situações sociais, entre outras), ocasionando a alteração da homeostasia e disparando a liberação de hormônio adrenocorticotrófico e glicocorticoides adrenais, resultando em desconforto e tensão emocional, ansiedade e dificuldade de adaptação<sup>9,10</sup>.

No entanto, dentre os três modos de medir o nível de estresse<sup>11</sup>, para este estudo, elegeu-se mensurar a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes

estressores. Essa percepção individual de estresse, ou melhor, o estresse percebido, é definido como o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes<sup>12</sup>.

Nesta perspectiva, os eventos da vida, a não adesão ao tratamento, o ambiente familiar com elevada emoção expressa, o baixo apoio social, o pior funcionamento global e a baixa autoestima podem contribuir para um ambiente estressor e conseqüentemente, piora dos sintomas psicóticos<sup>6,7,13</sup>. Indivíduos com níveis mais elevados de sintomas depressivos também apresentam relato de maior estresse<sup>6</sup>.

Desse modo, conhecer o perfil sociodemográfico e clínico, e os níveis de estresse percebido e funcionamento global das pessoas que procuram o serviço de saúde com os primeiros sintomas psicóticos pode constituir um elemento importante para definição de seu problema de saúde e elaboração de estratégias efetivas de intervenção na fase inicial da psicose, antes ou imediatamente após seu início, considerando a prevenção de complicações no funcionamento do indivíduo<sup>14</sup>. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo explorar a relação entre estresse percebido, funcionamento global e variáveis sociodemográficas e clínicas entre pacientes na fase inicial da psicose.

## MÉTODO

### Tipo de estudo e cenário

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, realizado no Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico (APEP), situado em um hospital geral, em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Esse ambulatório foi implantado em 2012 e presta assistência em saúde para pacientes no PEP residentes em um dos 26 municípios do Departamento Regional de Saúde DRS XIII - Ribeirão Preto. Esse serviço de saúde funciona uma vez por semana, atendendo, em média, 150 indivíduos no PEP e recebendo aproximadamente três casos novos por semana. Os indivíduos atendidos no APEP são recebidos por demanda espontânea após a ocorrência do PEP e iniciam o primeiro tratamento para o transtorno psicótico, e podem ser acompanhados por até cinco anos.



### Participantes do estudo

A população foi constituída por todos os indivíduos em seguimento no serviço ambulatorial, com diagnóstico de transtornos psicóticos, de acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5<sup>15</sup>, registrados em prontuário de saúde. Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de transtornos psicóticos de acordo com o DSM-5<sup>15</sup>, registrado em prontuário de saúde.

No período de novembro de 2015 a junho de 2016 foram recrutados 99 indivíduos. Desses, dez foram excluídos, por não atenderem aos critérios de elegibilidade do estudo. Desse modo, 89 pessoas foram elegíveis para participar do estudo. Sete indivíduos recusaram participar após serem convidados por três vezes. Assim, a amostra por conveniência foi constituída por 82 indivíduos que já estavam em tratamento no ambulatório. Cabe ressaltar que não foram recrutados apenas os indivíduos que estavam iniciando o tratamento no ambulatório, mas todos aqueles que já estavam em acompanhamento neste serviço de saúde. Assim, podemos considerar que os participantes do estudo estavam na fase inicial da psicose. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 68803317.6.0000.5393).

### Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta dos dados foram utilizados um formulário contendo variáveis sociodemográficas e clínicas, a Escala de Estresse Percebido (PSS) e a Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF). O formulário de caracterização da amostra do estudo foi elaborado pelos pesquisadores com base na literatura científica disponível sobre a temática<sup>16,17</sup> e na experiência dos pesquisadores. Deste modo, foram coletadas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, número de pessoas que viviam com a renda familiar, uso e tipo de substâncias psicoativas consumidas); e as variáveis clínicas dos pacientes (tempo de tratamento não APEP, registrada no prontuário de saúde; o registro do primeiro contato com o serviço de saúde, em meses, informado pelo paciente ou familiar e confirmado no prontuário de saúde; e a opção terapêutica). Considerou-se como opção terapêutica o número de combinações medicamentosas prescritas para o tratamento do paciente.

A PSS, validada para o contexto brasileiro, permitiu mensurar o estresse percebido em relação à autoavaliação do estado de saúde, percepção da situação econômica, da memória, satisfação com a vida e acontecimento de eventos negativos. O instrumento tem 14 questões, com opções de respostas que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre) para cada questão, referentes ao grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes durante o último mês. As respostas com conotações positivas (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) tem sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais respostas são negativas e devem ser somadas diretamente. O escore total da escala corresponde à soma das pontuações das 14 questões e os escores podem variar de zero a 56, no qual o zero indica ausência e 56, nível elevado de estresse percebido<sup>12</sup>.

A AGF corresponde ao Eixo V do DSM-IV-TR. Esse instrumento permite avaliar o funcionamento global de pacientes quanto à presença de sintomas, o funcionamento social, ocupacional ou escolar, a relação interpessoal, o comportamento, a capacidade de autocuidado, o risco de agressão ou suicídio, o pensamento e a capacidade de julgamento, entre outros. A pontuação varia de 0 a 100, no qual o zero é o pior grau e 100 o melhor grau de funcionamento<sup>18</sup>.

### Procedimentos de coleta de dados

Os participantes foram recrutados no ambulatório antes da consulta psiquiátrica. Inicialmente, os pacientes foram convidados por meio de uma breve explicação sobre o objetivo e natureza do estudo e, para aqueles que concordaram em participar, agendou-se dia e horário para a coleta dos dados. Para aqueles que compareceram no dia e horário agendado foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, foi realizada entrevista em ambiente privativo, onde os participantes puderam emitir suas respostas sem interferências. Inicialmente, os pacientes responderam as questões do formulário contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas, em seguida a escala de PSS. Os escores de funcionamento global foram obtidos por meio de consulta aos registros da aplicação da AGF no prontuário de saúde do paciente.

**Análise estatística**

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha no programa Excel. Utilizou-se a técnica de dupla digitação das respostas obtidas na coleta de dados, em seguida, os dados foram transportados para o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS). As variáveis categóricas (sexo, escolaridade, situação conjugal, opção terapêutica, uso de substância e tipo de substância) foram analisadas por frequência simples. As variáveis numéricas (idade, número de pessoas/renda familiar, renda familiar, tempo do primeiro contato do paciente com o serviço de saúde devido a vivência de sintomas psicóticos, tempo de tratamento no APEP, escores das escalas de PSS e da AGF) foram analisadas por medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio-padrão) e intervalo.

Para verificar a distribuição das variáveis numéricas foi adotado o teste Shapiro-Wilk que evidenciou que nenhuma variável apresentou distribuição normal. Desse modo, o teste U de Mann-Whitney foi selecionado para avaliar a comparação dos valores dos escores entre as medidas obtidas pela aplicação das escalas de PSS e da AGF e as variáveis sexo, situação conjugal, opção terapêutica e uso de substâncias. O teste de Kruskal Wallis foi utilizado para comparar os valores dos escores da PSS e da AGF e escolaridade. O teste de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação entre as medidas obtidas pela aplicação da PSS e da AGF e as variáveis idade, número de pessoas/renda familiar, data do primeiro contato do paciente com o serviço de saúde por sintomas psicóticos e tempo de tratamento no ambulatório. O nível de significância adotado foi de 0,05.

**RESULTADOS**

Dos 82 participantes, a maioria era do sexo masculino (56,1%) e vivia sem companheiro (80,5%), com média de 32 anos de idade (DP=14,3) e 47,6% tinham o segundo grau completo ou incompleto. A renda familiar média foi de R\$1.932,6 (DP=1573,7), sendo que a média de pessoas dependentes da renda familiar foi de 3,6 (DP=1,7). Dos pacientes investigados, 82,9% estavam na primeira opção terapêutica e 68,3% negaram uso de substâncias. A média de tempo de seguimento em meses no APEP foi de 9,9 (DP=8,8) e a média desde o PEP foi 15,6 meses (DP=13,9). A média de pontuação da AGF foi de 65,7 (DP=19,9) e da PSS foi de 24,9 (DP=10,5) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionamento global e estresse percebido (n=82). Ribeirão Preto, 2016.

<i>Variável</i>	<i>n (%)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Mediana (Intervalo)</i>
<b>Sexo</b>			
Feminino	36 (43,9)		
Masculino	46 (56,1)		
<b>Idade (anos)</b>		32,0 (14,3)	25,5 (18-86)
<b>Escolaridade</b>			
Até 1º grau completo	33 (40,2)		
2º grau completo/incompleto	39 (47,6)		
3º grau completo/incompleto	10 (12,2)		
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	16 (19,5)		
Sem companheiro	66 (80,5)		
<b>Número de pessoas/renda familiar*</b>		3,6 (1,7)	4 (1-9)
<b>Renda familiar mensal (reais)**</b>		1.932,6 (1.573,7)	1.500,00(0 – 10.000,00)
<b>Opção terapêutica</b>			
Primeira	68 (82,9)		
Segunda ou mais	14 (17,1)		
<b>Uso de substâncias</b>			
Sim	26 (31,7)		
Não	56 (68,3)		
<b>Tipo de substância*</b>			
Nenhuma	56 (68,3)		
Maconha	12 (14,6)		
Álcool	2 (2,4)		
Cigarro	7 (8,5)		
Maconha/Álcool	4 (4,9)		
<b>Tempo de PEP(meses)***</b>		15,6 (13,9)	14 (0-46)
<b>Tempo de tratamento no APEP (meses)</b>		9,9 (8,8)	6,5 (0-34)

\*n=81 \*\*n=77 \*\*\*n=76 \*\*\*\*n=78

DP: Desvio Padrão; PEP: Primeiro Episódio Psicótico; APEP: Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico; AGF: Avaliação Global de Funcionamento; PSS: Escala de Estresse Percebido.

Ao comparar as medidas obtidas pela aplicação das escalas de PSS e da AGF e as variáveis sexo, situação conjugal, opção terapêutica e uso de substâncias pelo teste U de Mann-Whitney apontou-se significância em relação aos valores dos escores entre o sexo, funcionamento global e estresse percebido. Os pacientes do sexo feminino apresentaram maiores valores para funcionamento global (p=0,022) e estresse percebido (p=0,046). Além disso, os pacientes com companheiro apresentaram maior valor para o estresse percebido, e essa diferença foi significativa (p=0,003). Aqueles que negaram uso de substâncias apresentaram maior valor para o funcionamento global e essa diferença foi significativa (p=0,030) (Tabela 2).

Os resultados da relação dos níveis de estresse percebido e funcionamento global mostraram que houve correlação fraca e inversa, mas sem significância estatística (r=-0,217; p=0,056).

**Tabela 2.** Comparação dos escores das escalas de PSS e da AGF e as variáveis sexo, situação conjugal, escolaridade, uso de substâncias e opção terapêutica. Ribeirão Preto, 2016

	AGF		PSS	
	Mediana (Intervalo)	p-valor	Mediana (Intervalo)	p-valor
<b>Sexo</b>		<b>0,022</b>		<b>0,046</b>
Feminino	80(23-91)		27(8-51)	
Masculino	61(20-95)		24(5-44)	
<b>Situação conjugal</b>		<b>0,651</b>		<b>0,003</b>
Com companheiro	75(23-95)		31(13-51)	
Sem companheiro	65(20-91)		24(5-50)	
<b>Escolaridade</b>		<b>0,817</b>		<b>0,575</b>
Até 1º grau completo	65(20-91)		25(8-51)	
2º grau completo/incompleto	70(25-90)		26(5-50)	
3º grau completo/incompleto	63(47-95)		21(13-38)	
<b>Uso de substâncias</b>		<b>0,030</b>		<b>0,573</b>
Sim	55(20-95)		24,5(10-50)	
Não	70(23-91)		26(5-51)	
<b>Opção terapêutica</b>		<b>0,840</b>		<b>0,478</b>
Primeira	70(20-91)		24,5(5-51)	
Segunda ou mais	65(32-95)		25,5(13-45)	

AGF: Avaliação Global de Funcionamento; PSS: Escala de Estresse Percebido

Ao comparar a relação entre o funcionamento global, estresse percebido e idade, número de pessoas/renda familiar, renda familiar, tempo de PEP em meses, e tempo do início do tratamento no APEP em meses, utilizando o teste de Correlação de Spearman, os resultados mostraram que houve correlação fraca, inversa e significativa apenas entre o estresse percebido e renda familiar (Tabelas 3 e 4).

**Tabela 3.** Correlação entre os escores da AGF e idade, número de pessoas/renda familiar, renda familiar, data do PEP e tempo de início do tratamento no APEP. Ribeirão Preto, 2016

AGF	Idade	Número de pessoas/renda familiar	Renda familiar mensal	Tempo de PEP	Tempo de tratamento no APEP
<b>r</b>	0,005	0,099	0,031	-0,032	-0,020
<b>p</b>	0,965	0,394	0,731	0,789	0,865

AGF: Avaliação Global de Funcionamento; PEP: Primeiro Episódio Psicótico; APEP: Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico.

**Tabela 4.** Correlação entre os escores da PSS e idade, número de pessoas/renda familiar, renda familiar, data do PEP, e tempo de início do tratamento no APEP. Ribeirão Preto, 2016

PSS	Idade	Número de pessoas/renda familiar	Renda familiar mensal	Tempo de PEP	Tempo de tratamento no APEP
<b>r</b>	0,120	-0,025	-0,229	0,017	0,102
<b>p</b>	0,282	0,826	<b>0,045</b>	0,887	0,360

PSS: Escala de Estresse Percebido; PEP: Primeiro Episódio Psicótico; APEP: Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico.

### DISCUSSÃO

Os estudos envolvendo as alterações no funcionamento global, severidade dos sintomas, estresse percebido e qualidade de vida são de considerável relevância para melhor compreensão no manejo de indivíduos na fase inicial da psicose<sup>19</sup>. Ainda, avaliar a relação dessas alterações com fatores sociodemográficos e clínicos pode auxiliar os profissionais de saúde na estruturação de intervenções específicas com enfoque na melhora do prognóstico. Assim, esse é o primeiro estudo realizado no Brasil com o objetivo de relacionar o estresse percebido, o funcionamento global e as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes no período inicial do tratamento do PEP.

De acordo com os resultados obtidos, os pacientes do sexo feminino apresentaram maiores valores para funcionamento global e estresse percebido, assim como, aqueles que não faziam uso de substâncias psicoativas também apresentaram maior escore para o funcionamento global. Outro dado significativo foi que os pacientes com companheiro apresentaram maior valor para o estresse percebido. Além disso, foi encontrada uma correlação fraca e inversa entre estresse percebido e renda familiar.

A relação entre mulheres apresentarem maior estresse percebido é também apontada em outros estudos com diferentes populações<sup>20-22</sup>. O papel de cuidadora exercido pela mulher, acarreta consequências negativas tanto para sua a saúde física, como saúde mental, devido sua exposição ao estresse<sup>23</sup>. No entanto, embora se percebam mais estressadas, as participantes, apresentaram o funcionamento global mais preservado, ou seja,

apresentam menos prejuízos, em relação ao funcionamento social, ocupacional ou escolar, às relações interpessoais, como também, maior capacidade de autocuidado, menor risco de agressão ou suicídio e melhor capacidade de julgamento.

Outros estudos conduzidos buscaram avaliar a diferença entre os sexos em pacientes na fase inicial da psicose em relação à idade de início da doença, resposta ao tratamento, estado civil, sintomatologia, duração da psicose não tratada, funcionamento e curso da doença<sup>24-26</sup>. Os resultados mostraram que indivíduos do sexo masculino têm um funcionamento global e curso da doença pior, quando comparados aos pacientes do sexo feminino, em consonância aos achados do presente estudo<sup>24-26</sup>. Cabe destacar, que as diferenças encontradas podem sugerir que o estresse percebido nas mulheres investigadas não tenha relação com o funcionamento global, uma vez que o uso de substâncias nessa clientela também foi menor.

Outra característica relacionada à um melhor funcionamento global foi o não uso de substâncias entre os participantes. A relação do uso da maconha e as psicoses têm sido exploradas na literatura, e constata-se que há associação significativa entre essas variáveis<sup>27-31</sup>. Além disso, o uso precoce e elevado de maconha é mais frequente em indivíduos vulneráveis às psicoses, evidenciando que o uso de maconha contribui para a redução da idade de início dos transtornos psicóticos<sup>29,30</sup>. Essa questão foi também objeto de investigação de um estudo prospectivo realizado no Reino Unido com 1027 indivíduos que estavam vivenciando o PEP<sup>30</sup>. Os resultados apontaram que o uso da maconha está relacionado ao aumento da gravidade dos sintomas psicóticos, piora dos sintomas de mania, depressão e piora no funcionamento global desses pacientes<sup>30</sup>. Nesse mesmo estudo, aqueles que faziam uso de maconha eram mais jovens que os não usuários, e pessoas do sexo masculino eram 2.17 vezes mais prováveis de consumir maconha.

Pode-se inferir que ser do sexo feminino e não fazer uso de substâncias psicoativas representem fatores de proteção, uma vez que a literatura aponta o melhor funcionamento global, quando observados esses dois aspectos. Desse modo, fatores como extenso período de psicose não tratada, má adesão ao tratamento e o uso de substâncias podem estar associados à piora da funcionalidade global do paciente<sup>30,32-34</sup>. Somando-se

negativamente a esse quadro o uso persistente de substâncias, envolvimento em problemas judiciais e baixa escolaridade podem complicar ainda mais uma melhora no funcionamento global futuro e possibilidade e oportunidade de trabalho<sup>34</sup>.

Outro achado deste estudo foi a relação entre a presença de companheiro e estresse percebido. Nesta direção, é importante ressaltar que as relações intrafamiliares e o ambiente familiar também são apontados pela literatura como agentes estressores, podendo estar relacionados aos fatores disparadores para a recorrência de sintomas e recaídas psiquiátricas, influenciando no prognóstico da doença<sup>35</sup>.

Outro fator observado em nossos resultados é a correlação fraca e inversa entre estresse percebido e renda familiar, ou seja, quanto menor a renda familiar informada pelo participante, maior o seu nível de estresse percebido. Um estudo realizado na cidade de São Paulo avaliou a ocorrência de experiências psicóticas na população em geral e mostrou que pessoas com baixo nível socioeconômico apresentaram maiores pontuações para experiências psicóticas e que a privação de bens materiais e atividades sociais pode estar relacionada a exposição contínua dessa população a ambientes estressores<sup>36</sup>. A baixa renda familiar está associada não apenas com a presença de maior estresse percebido no paciente, mas também nos familiares e cuidadores desses indivíduos, que apresentam esse fator como um obstáculo para cuidar dos pacientes<sup>37,38</sup>.

## CONCLUSÃO

O presente estudo, inovador no contexto brasileiro, apresentou<sup>8</sup> como objetivo explorar a relação entre estresse percebido, funcionamento global e variáveis sociodemográficas e clínicas entre pacientes na fase inicial da psicose. O resultados apontaram que indivíduos do sexo feminino apresentaram melhor funcionamento global e maiores níveis de estresse percebido. Ademais, aqueles que não faziam uso de substâncias psicoativas apresentaram melhor funcionamento global. Observou-se também, que ter um companheiro e baixa renda familiar estão associados ao maior estresse percebido. No tocante ao estresse percebido e o funcionamento global dos participantes do estudo, os achados apontaram correlação fraca e inversa, mas não significativa.

Os achados fornecem evidências que podem direcionar o planejamento de intervenções precoce estratégicas à indivíduos na fase inicial da psicose. Além disso, reforçam a necessidade do olhar cuidadoso para indivíduos em uso de substâncias, a utilização de outras modalidades terapêuticas para intervenção tanto junto ao paciente, como junto à família, visando prevenir ou retardar as perdas funcionais, principalmente entre a população masculina. Tais medidas, podem colaborar para a melhor adesão ao tratamento, evitar recaídas e assim, melhorar o prognóstico da doença.

Nossos resultados poderão agregar valor às reflexões dos profissionais de saúde mental no planejamento de estratégias de intervenção precoce aos pacientes frente à complexidade do tratamento das psicoses.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Este trabalho apresenta algumas limitações. O estudo apresenta delineamento transversal e foi conduzido com amostra pequena e específica e pequena, representando um único cenário do Brasil, portanto os resultados não podem ser generalizados.

Pesquisas futuras devem incluir amostras maiores e representativas. Outra limitação vivenciada foi a não possibilidade de abordar os indivíduos no momento do primeiro contato com o serviço de saúde mental, ou seja, no momento mais próximo ao PEP, devido a dinâmica do serviço e o tempo de realização do estudo.



**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope [Internet]. Geneva:WHO; 2001 [cited 2021 Oct 5]. 169p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR\\_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Gouvea ES, Noto C, Bonadia B, Senço NM, Gadelha A, Bressan RA, et al. Primeiro episódio psicótico: atendimento de emergência. *Debates Psiquiatr* [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 5];16-18. Available from: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/183/162>
3. Del-Ben CM, Rufino ACTBF, Azevedo-Marques JM, Menezes PR. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 5];32, Suppl 2:S78-S86. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/PkR3J8QGdrL65MRFLfrs9xw/?format=pdf&lang=pt>
4. Breitborde NJK, Srihari VH, Woods SW. Review of the operational definition for first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2009 [cited 2021 Oct 5];3(4):259–265. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451818/pdf/nihms437790.pdf>
5. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 24];75(1):36-46. Available from: [file:///C:/Users/ismartin/Downloads/jamapsychiatry\\_jongsma\\_2017\\_oi\\_170087%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ismartin/Downloads/jamapsychiatry_jongsma_2017_oi_170087%20(2).pdf)
6. Renwick L, Jackson D, Turner N, Sutton M, Foley S, McWilliams S, Kinsella A, O'callaghan E. Are symptoms associated with increased levels of perceived stress in first-episode psychosis? *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 28];18(3):186-94. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2009.00600.x/full>
7. Phillips LJ, Francey SM, Edwards J, McMurray N. Stress and psychosis: towards the development of new models of investigation. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2007[cited 2021 Oct 07];27(3):307–17. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735806001346?via%3Dihub>
8. Allott KA, Rapado-Castro M, Proffitt TM, Bendall S, Garner B, Butselaar F, et al. The impact of neuropsychological functioning and coping style on perceived stress in individuals with first-episode psychosis and healthy controls. *Psychiatry Res* [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 07];226(1):128–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114010257?via%3Dihub>
9. Fink G. Stress: concepts, definition and history. In: Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology [E-book on the Internet]. Elsevier; 2017 [cited 2021 Oct 07]. 9p. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/310767357\\_Stress\\_Concepts\\_Definition\\_History](https://www.researchgate.net/publication/310767357_Stress_Concepts_Definition_History)
10. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Pub Co; 1984.
11. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* [Internet]. 1983 [cited 2021 Oct 07];24(4):385-96. Available from: <https://webs.wofford.edu/steinmetzkr/teaching/Psy150/Lecture%20PDFs/PSS.pdf>
12. Luft CB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007[cited 2021 Oct 07];41(4):606-15. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bgpXDHZXQXNqVS8JLnLdLhr/?format=pdf&lang=pt>
13. Pruessner M, Iyer SN, Faridi K, Joobee R, Malla AK. Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophr Res* [Internet]. 2011[cited 2021 Oct 07];129:29–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996411001708?via%3Dihub>
14. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* [Internet]. 2008[cited 2021 Oct 07];7:148-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2559918/pdf/wpa030148.pdf>
15. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [E-book on the Internet]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. Available from: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>
16. Saeed AA, Bahnassy AA, Al-Hamdan NA, Almudhaibery FS, Alyahya AZ. Perceived stress and associated factors among medical students. *J Family Community Med*[Internet]. 2016[cited 2021 Oct 07];23(3):166-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5009887/pdf/JFCM-23-166.pdf>
17. Köhler O, Horsdal HT, Baandrup L, Mors O, Gasse C. Association between Global Assessment of Functioning scores and indicators of functioning, severity, and prognosis in first-time schizophrenia. *Clin Epidemiol*[Internet]. 2016[cited 2021 Oct 07];8:323–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5019159/pdf/clip-8-323.pdf>
18. American Psychiatric Association. Avaliação multiaxial. In: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 59-69.
19. Enderami A, Monesi FS, Zarghami M. One-year follow-up of patients with a diagnosis of first episode psychosis. *Mater Sociomed* [Internet]. 2017[cited 2017 Oct 28];29(1):21-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402367/pdf/MSM-29-21.pdf>
20. Lessmann JC, Silva DMGV, Nassar SM. Estresse em mulheres com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2021 Oct 07];64(3):451-6. Available from:<https://www.scielo.br/j/reben/a/3cKDZSJs9Tv7vYyC7zNvXmp/?format=pdf&lang=pt>
21. Cohen S, Janicki-Deverts D. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *J Community Appl Soc Psychol* [Internet], 2012[cited 2021 Oct 07];42(6):1320–34. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201815300824>
22. Davis MC, Matthews KA, Twamley EW. Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Ann Behav Med* [Internet]. 1999[cited 2021 Oct 07];21(1):83-97. Available from: <https://academic.oup.com/abm/article/21/1/83/4631429>
23. Mayor E. Gender roles and traits in stress and health. *Front Psychol* [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 07];6(779):1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4460297/pdf/fpsyg-06-00779.pdf>

24. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, Jorgensen P, Nordentoft M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2007 [cited 2021 Oct 07];195(5):396-405. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17502805/>
25. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophr Res Treatment* [Internet]. 2012 [cited 2021 Oct 07];2012:1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3420456/pdf/SPRT.2012-916198.pdf>
26. Pang S, Subramaniam M, Abdin E, Poon LY, Chong SA, Verma S. Gender differences in patients with first-episode psychosis in the Singapore Early Psychosis Intervention Programme. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 07];10(6):528-534. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12208>
27. Kelley ME, Wan CR, Broussard B, Crisafio A, Cristofaro S, Johnson S, et al. Marijuana use in the immediate 5-year premorbid period is associated with increased risk of onset of schizophrenia and related psychotic disorders. *Schizophr Res* [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 07];171(1-3):62-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4929616/pdf/nihms752585.pdf>
28. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case control study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019[cited 2021 Oct 07];6(5):427-36. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2819%2930048-3>
29. Ksir C, Hart CL. Cannabis and psychosis: a critical overview of the relationship. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 07];18(2):12. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11920-015-0657-y.pdf>
30. Seddon JL, Birchwood M, Copello A, Everard L, Jones PB, Fowler D, et al. Cannabis use is associated with increased psychotic symptoms and poorer psychosocial functioning in first-episode psychosis: a report from the UK National EDEN Study. *Schizophr Bull* [Internet]. 2016[cited 2021 Oct 07];42(3):619–25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838086/pdf/sbv154.pdf>
31. Coutinho LS, Honorato H, Higuchi CH, Cavalcante DA, Belangeiro S, Noto M, et al. Cannabis acute use impacts symptoms and functionality in a cohort of antipsychotic naive First Episode of Psychosis individuals. *Schizophr Res Cogn* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 07];16:12–16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6293028/pdf/main.pdf>
32. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005 [cited 2021 Oct 07];62:(9)975-983. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1108403>
33. Raghavan V, Mohan G, Gopal S, Ramamurthy M, Rangaswamy T. Medication adherence in first-episode psychosis and its association with psychopathology. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2019[cited 2021 Oct 07];61(4):342–46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6657546/>
34. Cotton SM, Lambert M, Schimmelmann BG, Filia K, Rayner V, Hides L, et al. Predictors of functional status at service entry and discharge among young people with first episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 07];52(5):575-85. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00127-017-1358-0.pdf>
35. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Basta M, Simos P, Lionisb C, Vgontzas AN. Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2015[cited 2021 Oct 07];62:1–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X15000978?via%3Dihub>
36. Loch AA, Chianca C, Alves TM, Freitas EL, Hortêncio L, Andrade JC, et al. Poverty, low education, and the expression of psychotic-like experiences in the general population of São Paulo, Brazil. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017[cited 2021 Oct 07];253:182–88. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116313890?via%3Dihub>
37. Severo AKS, Dimenstein M, Brito M, Cabral C, Alverga AR. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2007[cited 2021 Oct 07];59(2):143-55. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v59n2/v59n2a05.pdf>
38. Sadatha A, Muralidhar D, Varambally S, Gangadhar BN, Jose JP. Do stress and support matter for caring? The role of perceived stress and social support on expressed emotion of carers of persons with first episode psychosis. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 07];25:163-68. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201815300824?via%3Dihub>

**Como citar:** Zanetti AC, Carniel AC, Silva AH, et al. Relação entre estresse percebido, funcionamento global e variáveis sociodemográficas e clínicas entre indivíduos na fase inicial da psicose. *Dialog Interdis Psiq S Ment*. 2021;1(1):23-31.

# Qual o impacto das leis de desarmamento sobre o número de suicídios no Brasil?

*(What is the impact of disarmament laws on the number of suicides in Brazil?)*

Inis Stella Lacerda Borges de Sá<sup>1</sup>, Anna Carolina de Alencar Araripe<sup>1,2</sup>, Joel Porfírio Pinto<sup>1,2</sup>, André Luis Gadelha<sup>1</sup>, Matias Carvalho Aguiar Melo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto; <sup>2</sup>Universidade de Fortaleza.

Autor correspondente: matcarv01@yahoo.com.br

## RESUMO

**Introdução.** Em 2003, o Brasil introduziu uma reforma na regulamentação de armas de fogo. **Objetivo.** Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto do Estatuto do Desarmamento sobre os suicídios no Brasil. **Método.** As taxas de suicídio antes (1990-2003) e depois da mudança na legislação (2004-2017) foram comparadas. Foi utilizado um desenho de estudo de séries temporais interrompidas com modelo linear generalizado e cálculo da tendência ao suicídio por arma de fogo, outros métodos e o total de suicídios. **Resultados.** Entre 1990 e 2017, foram registradas 226.407 mortes por suicídio no Brasil. Após a Lei do Desarmamento, 2004-2017, houve uma aceleração na tendência de diminuição do suicídio por arma de fogo. Foi demonstrada uma tendência de aceleração no crescimento de suicídios sem arma. Porém, no total de suicídios, não foi observada mudança significativa. **Conclusão.** Mais esforços são necessários para prevenir o suicídio em nível populacional do que para restringir um método letal.

**Palavras-chave:** Suicídio. Armas de fogo. Estatuto do Desarmamento.

## ABSTRACT

**Introduction.** In 2003, Brazil introduced a reform in the regulation of firearms. **Objective.** This study aimed to evaluate the impact of Disarmament Statute on suicides in Brazil. **Method.** Suicide rates before (1990-2003) and after legislations change (2004-2017) were compared. A design of the study of interrupted time series was used with generalized linear model and calculation of the suicide tendency by firearm, other methods and the total of suicides. **Results.** Between 1990 and 2017, 226,407 suicide deaths were recorded in Brazil. After the Law of Disarmament, 2004-2017, there was an acceleration in the decreasing trend of suicide by firearm. A tendency of acceleration in the tendency toward growth in suicides by non-weapon has been demonstrated. However, in the total of suicides, a significant change was not observed. **Conclusion.** More efforts are needed to prevent suicide at the population level than to restrict a lethal method.

**Keywords:** Suicide. Firearms. Disarmament Statute. Gun laws.

## RESUMEN

**Introducción.** En 2003, Brasil introdujo una reforma en la regulación de armas de fuego. **Objetivo.** Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto del Estatuto de Desarme en los suicidios en Brasil. **Método.** Se compararon las tasas de suicidio antes (1990-2003) y después del cambio de legislación (2004-2017). Se utilizó un diseño del estudio de series de tiempo interrumpido con modelo lineal generalizado y cálculo de la tendencia al suicidio por arma de fuego, otros métodos y el total de suicidios. **Resultados.** Entre 1990 y 2017, se registraron 226,407 muertes por suicidio en Brasil. Después de la Ley de Desarme, 2004-2017, se aceleró la tendencia decreciente al suicidio por arma de fuego. Se ha demostrado una tendencia de aceleración en la tendencia al aumento de suicidios por no armas. Sin embargo, en el total de suicidios no se observó un cambio significativo. **Conclusión.** Se necesitan más esfuerzos para prevenir el suicidio a nivel de la población que para restringir un método letal.

**Palabras clave:** Suicidio. Armas de fuego. Estatuto de desarme.

**Conflito de interesses:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.



## INTRODUÇÃO

Quase 800.000 mortes por suicídio ocorreram anualmente em todo o mundo. No Brasil em 2019 estima-se uma taxa de 6,6 suicídios a cada 100.000 habitantes, sendo o Sul e Centro-Oeste as regiões com maior prevalência. Homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior que em mulheres, nas quais a taxa de suicídio foi de 2,9/100.000 habitantes (contrastando com 10,7/100.000 habitantes no sexo masculino). Ademais, houve um incremento expressivo na taxa de suicídio entre jovens, com um aumento estimado em 81%. Nesse ano de 2019 o maior número de suicídios se deu por envenenamento (60%) seguido por objetos cortantes (16%). Mortes por armas de fogo foram responsáveis por 0,5% do total<sup>1,2</sup>.

Restringir o acesso aos meios de suicídio é um componente importante na estratégia de prevenção do suicídio<sup>3</sup>. A disponibilidade de armas de fogo está associada a taxas mais altas de suicídio, contudo os resultados dos estudos são diversos, com alguns sugerindo que restringir o acesso a armas de fogo pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção do suicídio<sup>4,5</sup>. Em paralelo, outros mostram que a restrição não reduziu o número de suicídios totais, visto que se aumentou o número de autoagressões por outros métodos.<sup>6</sup>

O Brasil é um dos dez países com maiores números absolutos de suicídios<sup>7</sup>, afinal Trata-se de um país muito populoso. Ele aderiu ao Plano de Ação em Saúde Mental, lançado em 2013 pela Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup>, mas somente em 2017 o Ministério da Saúde lançou o primeiro Boletim Epidemiológico sobre Tentativas e Mortes por Suicídio no Brasil<sup>8</sup>.

A Lei Federal 10.826 de 22 de dezembro de 2003, conhecida como Estatuto do Desarmamento, significou um novo marco regulatório para o acesso a armas de fogo, implicando alterações nos seguintes requisitos: registro, posse, posse e comercialização de armas de fogo e munições em todo o território nacional<sup>9</sup>.

Indo na contramão de pesquisas mundiais sobre os benefícios das políticas de desarmamento, o Brasil a partir de 2019 voltou a facilitar a posse de armas. Por meio de decretos, lei e portarias o cidadão comum passou a ter acesso mais fácil à arma de fogo, com mudanças como aumento do número de armamentos, no

calibre e no número de munições. Além disso, o prazo de registro foi dobrado (de 5 para 10 anos). Estudos sobre como essa mudança impactará o número de suicídios ainda não estão disponíveis, contudo, já se percebe um alarmante aumento nas vendas armamentistas, com 2020 alcançando um alarmante aumento de 200% na venda de armas de fogo controladas pela Polícia Federal<sup>10</sup>.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da implementação do Estatuto do Desarmamento no Brasil sobre o número total de suicídios, suicídios por arma de fogo e outros métodos.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo de séries temporais interrompidas (STI) com suicídio registrado no Brasil entre 1990 e 2017. Esses dados foram obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). Eles foram codificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 9ª e 10ª Revisão.

As taxas de suicídio foram calculadas dividindo-se o número absoluto de suicídios para cada 100.000 habitantes. Foram excluídos os casos com idade inferior a 10 anos e idade ignorada. Os diferentes métodos foram agrupados em três categorias: arma de fogo, arma não de fogo e total.

Foram avaliadas as mudanças nessas taxas após a implementação do Estatuto do Desarmamento no Brasil. Um período de 14 anos antes de novas leis sobre armas de fogo (1990-2003) foi comparado com os 14 anos seguintes (2004-2017), usando um modelo linear generalizado.

Uma análise de previsão foi realizada. A distribuição logarítmica coincide com a distribuição linear pelo método dos mínimos quadrados. O cenário hipotético em que a intervenção não ocorreu e a tendência permaneceria inalterada, ou seja, a tendência "esperada" na ausência da intervenção, é referido como "contra fátual". Este cenário fornece uma comparação para avaliar o impacto da intervenção.

Todas as análises estatísticas foram realizadas no Excel versão

## QUAL O IMPACTO DAS LEIS DE DESARMAMENTO

2016 e IBM SPSS Statistics 24, com intervalos de confiança de 95%. Neste estudo,  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo e valores entre 0,05 e 0,1 indicaram tendência de associação. O teste F foi realizado para comparar as médias entre o período após a implementação da lei e o período contra factual. As flutuações aleatórias foram excluídas pelo teste t de Stuart.

### RESULTADOS

Entre 1990 e 2017, ocorreram 226.407 mortes por suicídio no Brasil, das quais 79% eram do sexo masculino. O método da arma de fogo foi responsável por 14,5% de todas as mortes. Considerando os 32.875 suicídios por este método, 87% foram cometidos por homens.

#### Suicídios por arma de fogo

A Figura 1 mostra a tendência das taxas anuais de suicídio em três cenários: pré-intervenção (linha tracejada), o cenário contra factual (linha tracejada) e a tendência pós-intervenção das taxas de suicídio (linha contínua). Uma tendência de estabilidade no número de suicídios por arma de fogo antes da lei (coeficiente angular = 0,00) foi seguida por uma tendência decrescente e significativa (coeficiente angular = -0,02;  $p < 0,01$ ) após a lei. Houve redução nas taxas pós-intervenção, o que representa um possível impacto positivo da diminuição do acesso a armas de fogo.

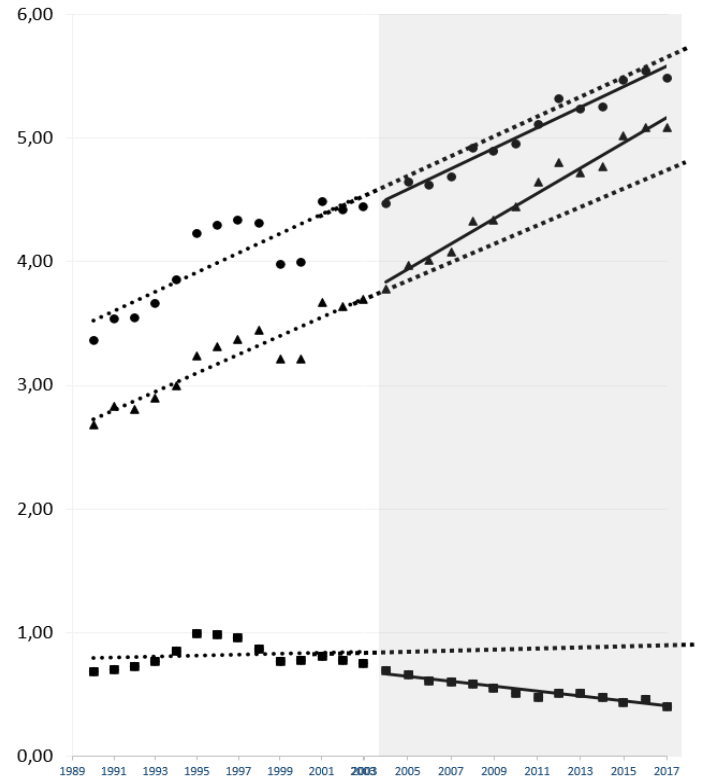
A Tabela 1 compara a média anual das taxas de suicídio por arma de fogo calculada por predição para estimar os valores se a intervenção não tivesse ocorrido (média: 0,87, IC 95%, 0,85-0,89) e a média anual das taxas de suicídio após a intervenção (média: 0,54, 95 % CI, 0,41-0,70). A razão entre as taxas pós-lei e as taxas previstas foi de 0,62 (IC 95%, 0,48-0,78) e foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

#### Suicídios por outros métodos

A Figura 1 mostra uma tendência de aumento no período antes da lei (coeficiente angular = 0,074) e, após a implementação da lei, houve uma tendência à aceleração desse crescimento (coeficiente angular = 0,10).

As taxas médias anuais de suicídio por outros métodos

**Figura 1.** Taxas de suicídio por ano de acordo com o método: anterior ao Estatuto do Desarmamento (linha tracejada), cenário contrafactual (linha tracejada) e depois de Lei (linha contínua). Brasil, 1990-2017



**Tabela 1.** Taxas de suicídio por ano e método antes e depois da Lei do desarmamento. Brasil, 1990-2017

	Modelo	1990-2003			2003-2017		
		R <sup>2</sup>	F	p	R <sup>2</sup>	F	p
Arma de fogo	Linear	0,02	0,25	0,63	0,92	133,67	0,00
	Logarítmico	0,02	0,25	0,62	0,92	134,14	0,00
	Exponencial	0,03	0,37	0,55	0,93	152,21	0,00
Outros	Linear	0,86	76,26	0,00	0,97	414,52	0,00
	Logarítmico	0,86	76,34	0,00	0,97	416,33	0,00
	Exponencial	0,87	76,89	0,00	0,97	348,57	0,00
Todos	Linear	0,72	31,25	0,00	0,96	285,02	0,00
	Logarítmico	0,72	31,31	0,00	0,96	285,62	0,00
	Exponencial	0,72	31,49	0,00	0,96	274,93	0,00

calculados por predição (se a intervenção não tivesse ocorrido) foi de 4,25 (IC 95%, 3,77-4,74) (Tabela 1). Paralelamente, a média anual das taxas de suicídio por outros métodos após a intervenção foi de 4,51 (IC de 95%, 3,78-5,09). A comparação entre as médias mostrou tendência de aumento das taxas de suicídio após mudança na legislação ( $p = 0,098$ ). Isso sugere que pode haver uma mudança na escolha do método de suicídio após restringir o acesso ao método de arma de fogo.

### Total de mortes por suicídio

A Figura 1 mostra uma tendência de crescimento antes (coeficiente = 0,078) e depois do Estatuto do Desarmamento (coeficiente angular = 0,083). A taxa média anual de suicídio prevista para o período foi de 5,13 (IC de 95%, 4,62-5,63) e a taxa de suicídio anual real foi de 5,05 (IC de 95%, 4,48-5,55) (Tabela 1). A proporção das médias das taxas de suicídio por todos os métodos foi de 0,98 (IC de 95%, 0,97-0,98). Reforça a hipótese de que restringir apenas um método, mesmo que altamente letal, é uma medida ineficaz para reduzir as taxas totais de suicídio.

### DISCUSSÃO

No Brasil, houve uma mudança para uma tendência decrescente de suicídios por armas de fogo após o Estatuto do Desarmamento, sugerindo um possível impacto positivo da redução do acesso a armas de fogo. Vários estudos epidemiológicos relataram declínios nas taxas de suicídio na última década. Na maioria deles, coincide com a redução da disponibilidade de métodos letais<sup>4,11</sup>. As evidências mostram que muitas pessoas com pensamentos suicidas impulsivos mudam de ideia quando encontram obstáculos. Assim, esforços para reduzir ou modificar a disponibilidade de métodos letais podem contribuir para a prevenção de suicídios.

Apesar da queda na tendência e nas taxas anuais de suicídio por arma de fogo, houve um aumento no número de suicídios por outros métodos no Brasil, e não houve mudança significativa na tendência e nas taxas de suicídio total quando comparadas antes e depois da lei. Sugere a substituição do método das armas de fogo por outros métodos letais, resultado semelhante ao encontrado em estudos de outros países<sup>12</sup>. Nos Estados Unidos e no Canadá, por exemplo, a taxa de enforcamento aumentou significativamente entre os jovens após a implementação das leis sobre armas<sup>6,12</sup>.

Em vários países, as mortes por armas de fogo e o total de mortes foram reduzidos após a implementação de leis que limitam o acesso a armas de fogo. Na Austrália, houve um declínio mais rápido nas mortes por armas de fogo após a reforma, mas também um declínio no suicídio e homicídio por outros métodos<sup>13</sup>. Um estudo americano relatou taxas de suicídio nove

vezes menores em estudantes universitários, atribuíveis a uma diminuição na disponibilidade de armas de fogo. Esses dados sugerem que mesmo quando o uso de armas de fogo é relativamente raro, a restrição do acesso pode ter um efeito benéfico para grupos específicos de alto risco de suicídio<sup>14</sup>.

Existem diferentes tipos de regulamentos sobre armas de fogo. Alguns deles estabelecem uma vigilância geral de indivíduos que possuem armas de fogo, enquanto outras leis impedem a posse de armas por indivíduos com tendências criminosas. Portanto, o impacto das regulamentações de acesso a armas de fogo na prevenção do suicídio pode variar dependendo da regulamentação<sup>15</sup>. No Brasil, o Estatuto do desarmamento em 2003 estabeleceu alterações nos seguintes requisitos: registro, posse, posse e comercialização de armas de fogo em todo o território nacional. Além disso, foram realizadas campanhas de conscientização e estímulo à população para a entrega de armas domésticas<sup>9</sup>. Com as novas mudanças na legislação em 2019 a posse de armas ficou novamente facilitada<sup>10</sup>.

Um problema de prevenção do suicídio ao restringir o acesso a métodos é a possibilidade de substituição. Teoricamente, algumas crises suicidas costumam ter curta duração e, se o desfecho fatal for evitado e tiver um manejo clínico adequado, não se repetirão. Porém, nos casos de suicídio ocorridos após um período de sofrimento, espera-se que a prevenção do suicídio por arma de fogo tenha pouco efeito, pois geralmente outro método é escolhido<sup>16</sup>. O maior número de suicídios é cometido por pessoas acometidas com depressão, o que leva à premissa de que viriam de período crônico de sofrimento, conseqüentemente aumentando as chances de substituição de método<sup>2</sup>.

Em suma, este estudo sugere que, no Brasil, restringir o acesso a armas de fogo não é uma forma eficaz de prevenção do suicídio. Outras práticas, como melhor identificação e tratamento dos transtornos mentais e melhor assistência toxicológica, devem ser necessárias.

Apesar de a restrição de armas de fogo não ter mostrado redução no índice de suicídios nesse estudo, inúmeros benefícios do Estatuto devem ser considerados. Segundo o estudo Carga Global de Doenças, ocorrem cerca de 251 mil mortes por armas de fogo no mundo, sendo o Brasil o país que lidera a lista,

## QUAL O IMPACTO DAS LEIS DE DESARMAMENTO

responsável por 43.200 mortes por armas de fogo em 2016. Dessas mortes, a faixa etária mais atingida são jovens de 20 a 24 anos, sendo que de 15 a 29 anos responsáveis por 54% das mortes por arma de fogo. (Adolescentes Brasil). Dessa forma, infere-se que restrição de armas de fogo no Brasil é uma medida de garantir segurança da população vulnerável<sup>17</sup>.

Estudos brasileiros mostraram que a restrição da posse de armas reduziu a violência armada no país, com tendência à estabilização nos números de homicídio. Visto que a população negra e de baixo poder socioeducacional são as mais atingidas pela violência no Brasil, a restrição de armas tende a ser uma medida benéfica para a proteção desses indivíduos<sup>17</sup>.

Suicídio é um fenômeno complexo e multicausal, portanto deve ser tratado levando-se em consideração sua heterogeneidade. Sua prevenção deve ser sempre visada, com medidas de intervenções individuais (como rastreio de fatores de risco, diagnóstico e encaminhamento correto) e coletivas (educação social e ações de conscientização)<sup>2</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. WHO. Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization; 2017; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1).
2. Ministério da Saúde, Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, 2021, v. 52.
3. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).
4. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc Sci Med*. 2010;70(10):1626-32.
5. Alban RF, Nuno M, Ko A, Barmparas G, Lewis AV, Margulies DR. Weaker gun state laws are associated with higher rates of suicide secondary to firearms. *J Surg Res*. 2018;221:135-42.
6. Langmann C. Effect of firearms legislation on suicide and homicide in Canada from 1981 to 2016. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234457. Published 2020 Jun 18. doi:10.1371/journal.pone.0234457
7. Varnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(6):545-51.
8. SAÚDE MD. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde: *Boletim Epidemiológico*; 2017.
9. SAÚDE MD. Guia Prático do Desarmamento 2015. 61 p.
10. Cerqueira D, Bueno S, Alves P, Ferreira H, Pimentel A, et al. Atlas da Violência, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Governo Federal. 2020, DOI: <https://dx.doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020>
11. Rodriguez Andres A, Hempstead K. Gun control and suicide: the impact of state firearm regulations in the United States, 1995-2004. *Health Policy*. 2011;101(1):95-103.
12. Bridge JA, Greenhouse JB, Sheftall AH, Fabio A, Campo JV, Kelleher KJ. Changes in suicide rates by hanging and/or suffocation and firearms among young persons aged 10-24 years in the United States: 1992-2006. *J Adolesc Health*. 2010;46(5):503-5.
13. Chapman S, Alpers P, Jones M. Association Between Gun Law Reforms and Intentional Firearm Deaths in Australia, 1979-2013. *Jama*. 2016;316(3):291-9.
14. Schwartz AJ. Rate, relative risk, and method of suicide by students at 4-year colleges and universities in the United States, 2004-2005 through 2008-2009. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(4):353-71.
15. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C, et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health*. 2006;96(10):1752-5.
16. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):726-32.
17. Pinto, Isabella Vitral et al. Adolescências feridas: retrato das violências com arma de fogo notificadas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2020, v. 23, n. Supl 01 [Acessado 20 Outubro 2021], e200002.SUPL.1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200002.supl.1>. Epub 03 Jul 2020. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200002.supl>

**Como citar:** Sá, IS, Araripe AC, Pinto JP, et al. Qual o impacto das leis de desarmamento sobre o número de suicídios no Brasil?. *Dialog Interdis Psiq S Ment*. 2021;1(1):32-7.

# Responsabilidade ética do médico psiquiatra

(*Ethical responsibility of the psychiatric physician*)

Ivan de Araújo Moura Fé<sup>1</sup>, Renato Evando Moreira Filho<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC)

**Autor correspondente:** ivanmourafe@uol.com.br

## RESUMO

A vida em sociedade impõe *Responsabilidade* a todos que a compõem. Aplicável em diversas formas ao médico, doutrinariamente é possível subdividi-la em civil, penal e administrativa. Nesta última, na modalidade administrativo-ética, sua análise é de competência exclusiva dos Conselhos de Medicina – Federal e Regionais. O presente trabalho teve por objetivo expor aspectos relacionados à Responsabilidade Ética do médico psiquiatra, por meio de conceitos doutrinários e apresentação da organização normativa brasileira sobre a matéria. Foram abordados: entendimentos publicados sobre o tema da Moral, Ética e Deontologia Médica, a disposição do Sistema de Conselhos de Medicina no Brasil e suas funções, com destaque para a atuação disciplinadora-normativa por meio do Código de Ética Médica e da publicação de Resoluções do Conselho Federal de Medicina e pareceres do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará aplicáveis ao psiquiatra. Conclui-se ser notória a importância da aplicabilidade da Ética no contexto da Psiquiatria, bem como a atuação dos conselhos médicos na especialidade, visto que são responsáveis pelo regulamento ético do exercício profissional.

**Palavras-chave:** Medicina. Ética. Psiquiatria.

## ABSTRACT

Life in society imposes Responsibility on everyone who makes it up. Applicable in different ways to the physician, it is doctrinally possible to subdivide it into civil, criminal and administrative. In the latter, in the administrative-ethical modality, its analysis is the exclusive responsibility of the Councils of Medicine – Federal and Regional. The present work aimed to expose aspects related to the Ethical Responsibility of the psychiatrist, through doctrinal concepts and presentation of the Brazilian normative organization on the subject. The topics covered were: concepts on the topic of Morals, Ethics and Medical Deontology, the disposition of the System of Medical Councils in Brazil and its functions, with emphasis on the regulatory-disciplinary action through the Code of Medical Ethics and the publication of Resolutions of the Federal Council of Medicine and opinions of the Regional Council of Medicine of the State of Ceará applicable to the psychiatrist. It is concluded that the importance of the applicability of Ethics in the context of Psychiatry is notorious, as well as the role of medical councils in the specialty, as they are responsible for the ethical regulation of professional practice.

**Keywords:** Medicine. Ethics. Psychiatry.

## RESUMEN

La vida en sociedad impone Responsabilidad a todos los que la integran. Aplicable de diferentes formas al médico, es doctrinalmente posible subdividirlo en civil, penal y administrativa. En esta última, en la modalidad administrativo-ética, su análisis es responsabilidad exclusiva de los Consejos de Medicina - Federal y Regional. El presente trabajo tuvo como objetivo exponer aspectos relacionados con la Responsabilidad Ética del psiquiatra, a través de conceptos doctrinales y presentación de la organización normativa brasileña sobre el tema. Los temas tratados fueron: entendimientos publicados sobre Moral, Ética y Deontología Médica, la disposición del Sistema de Consejos Médicos en Brasil y sus funciones, con énfasis en la acción regulatoria-disciplinaria a través del Código de Ética Médica y la publicación de Resoluciones del Consejo Federal de Medicina y dictámenes del Consejo Regional de Medicina del Estado de Ceará aplicables al psiquiatra. Se concluye que es notoria la importancia de la aplicabilidad de la Ética en el contexto de la Psiquiatría, así como el papel de los consejos médicos en la especialidad, ya que son los responsables de la regulación ética del ejercicio profesional.

**Palabras clave:** Medicina. Ética. Psiquiatría.

**Conflito de interesses:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, a responsabilidade foi um dos temas que ocuparam as reflexões dos pensadores, filósofos, legisladores, educadores e seres humanos em geral. O sentido do dever, a noção de que a pessoa se obriga a responder por seus atos e omissões, a percepção de que as ações de alguém carregam o potencial de causar prejuízos a outrem foram ângulos de abordagem de uma questão eminentemente complexa. No campo da Medicina não poderia ocorrer algo diverso, até pelo fato de os esculápios laborarem tendo por foco a saúde e a vida das pessoas, valores colocados entre os maiores pela sociedade. Não obstante, não foi olvidada a necessidade de serem levados em consideração circunstâncias e fatores específicos na confluência de componentes que culminarão em determinado resultado da ação humana, ocorrências que atenuem ou amenizem o rigor com que são avaliadas as condutas das pessoas. Quais as consequências do agir de determinado sujeito? Na hora de sopesar qual o grau de culpa de um cidadão, vem à tona a questão do dano. Ocorreu? Em que medida e em que circunstâncias? É possível identificar o agente causador do prejuízo? No caso concreto, há elementos que permitam estabelecer conexão entre o agente e o dano? Houve imperícia, imprudência ou negligência? Estas são algumas das indagações centrais para o adequado equacionamento da situação e a fixação de sanções, quando pertinente.

Entre as antigas normatizações ou conjuntos de regras e leis de que se tem notícia, insere-se o Código de Hamurabi, cerca do século XVIII a. C., no qual encontramos dispositivos referentes à ação médica, conforme texto abaixo:

*“218º – Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se lhe deverão cortar as mãos.*

*219º – Se o médico trata o escravo de um liberto de uma ferida grave com a lanceta de bronze e o mata, deverá dar escravo por escravo”<sup>1</sup>.*

Os gregos do período clássico tiveram em Cós a escola de Hipócrates, chamado de “Pai da Medicina”, o qual, junto com seus discípulos, estruturou o conhecimento médico da época, dando ordem e sistematização às observações clínicas, à

experiência resultante do exame e acompanhante da evolução dos enfermos, afastando a influência das superstições e das ideias religiosas ou místicas na compreensão das doenças, buscando entender e explicar as enfermidades como resultantes da ação da natureza. Seu legado para a Medicina foi inestimável, não somente em termos de conhecimento técnico das enfermidades, mas no tocante ao comportamento moral dos médicos. O chamado Juramento Hipocrático chegou até nós, trazendo inclusive formulações relativas ao tema da responsabilidade médica. Nele, podemos ler:

*“Prescreverei o regime dos enfermos do modo que lhes seja mais proveitoso, conforme minhas possibilidades e o meu conhecimento, evitando todo o mal e toda a injustiça. Não darei venenos a ninguém, mesmo que me peça, nem farei sugestões neste sentido; abster-me-ei igualmente de administrar às mulheres pessários abortivos. Não praticarei a operação da talha, deixando esta operação aos que se dedicam a praticá-la, ordinariamente.”<sup>2</sup>*

Ademais, ficou para os pósteros o que é considerada a primeira coleção de textos científicos do mundo antigo, o Corpus Hippocraticum, composto de 53 tratados em 72 livros, segundo o cômputo habitual. No Livro V, Epidemias, está anotado que o médico, no que diz respeito às enfermidades, deve exercitar-se em duas coisas, ajudar ou ao menos não causar dano. E que a arte (medicina) consta de três elementos, a enfermidade, o enfermo e o médico, sendo o médico o servidor da arte a serviço da saúde do enfermo<sup>3</sup>. Deste modo, não é de se esperar que aos males da doença se acrescente o despreparo do doutor e os excessos terapêuticos, como temia Beraldo, personagem de Molière<sup>4</sup>.

Filósofos de nomeada abordaram o tema. Assim é que Platão, em As Leis, se expressou de forma um tanto curiosa sobre a morte de alguém que está sob cuidados médicos:

*“Se o paciente vier a falecer contra a vontade de seu médico, este será considerado de mãos puras e isento de crime”<sup>5</sup>.*

Aristóteles (386-322 a. C.), o filósofo que, segundo Diógenes Laércio<sup>6</sup>, escreveu numerosíssimas obras, e com excelência em todos os campos – aí incluídos livros sobre medicina, ética e política - assim pontuou: *“Um médico deve prestar contas entre os médicos, assim também os demais entre os seus iguais”*. Logo a seguir, porém, o ilustre pensador acrescenta:



*“...em algumas coisas, o seu executor não é o único nem o melhor que julgaria...”<sup>7</sup>*

A matéria passou por mudanças de entendimento, havendo os que defendiam que o médico, agindo sempre com o objetivo de aliviar o sofrimento humano, não poderia ser inculcado se ocorresse um caso em que a evolução inexorável da enfermidade conduziu o paciente a um agravamento do quadro clínico ou mesmo à morte. Se assim fosse, ficaria estabelecido um claro desestímulo para o exercício de uma atividade que tantos benefícios trouxera para a humanidade ao longo dos séculos. Outros, porém, asseveravam que havia, sim, ótimos profissionais da medicina, porém também existiam os que se conduziam de forma descuidada, sem o zelo e a dedicação que seriam exigíveis em seu mister; ou, por outro lado, praticavam seu trabalho dando claras demonstrações de despreparo, falta dos conhecimentos mais comecinhos da arte médica. Estes teriam que ser advertidos, e até mesmo punidos. Abordando todas estas questões e focando a atenção na evolução do conceito de responsabilidade médica, França<sup>8</sup> põe em relevo a figura do Procurador-Geral Dupin, o qual, no século XIX, trouxe maior clareza ao tema, com as formulações infra:

*“O médico e o cirurgião não são indefinidamente responsáveis, porém o são às vezes; não o são sempre, mas não se pode dizer que não o sejam jamais; fica a cargo do juiz determinar cada caso, sem afastar-se dessa noção fundamental: para que um homem seja considerado responsável por um ato cometido no exercício profissional, é necessário que haja cometido uma falta nesse ato; tenha sido possível agir com mais vigilância sobre si mesmo ou sobre seus atos e que a ignorância sobre esse ponto não seja admissível em sua profissão”.*

*“Em circunstâncias raras, que podem, porém, apresentar-se às vezes, se o médico é levado ante os tribunais, não se deve dizer que sua reputação está sem garantias. Somente seus atos são submetidos à sua equânime apreciação, como são as ações de todos os outros cidadãos, qualquer que seja o seu estado ou a sua condição”.*

Estabelecido, então, que o médico poderia ser chamado a responder nos tribunais por seus atos, naturalmente firmou-se a noção de que nas várias especialidades médicas, embora com uma ou outra peculiaridade que pudesse ser levada em

consideração no caso concreto, o princípio da responsabilidade universal se aplicava.

Neste contexto, passamos a tratar da Responsabilidade Ética do profissional de Psiquiatria. De início, cumpre distinguir certos conceitos que alicerçam o tema. Termos, a exemplo de “Moral”, “Ética” e “Deontologia”, estão umbilicalmente ligados, muito próximos, mas faz-se necessário dissociá-los. Moral (*do latim: Moralia*), para Abbagnano<sup>9</sup>, é relacionada à conduta, aos costumes, ao pragmatismo. Para Hegel, a moralidade é a intenção ou a vontade subjetiva de realizar. Assim, refere-se a situações positivamente valoráveis, ou seja, boas, desejáveis. No relacionamento médico-paciente, a cortesia e a empatia são comportamentos apreciados, moralmente almejados, não sendo necessário estarem dispostos por escrito.

A Ética (*do grego: Ethos*), por seu turno, é dirigida ou disciplinada por normas, um conjunto dos *mores* que norteiam a vida em sociedade, debruça-se sobre a reflexão e previsões de determinadas condutas a serem adotadas em situações previstas. Objeto de estudos desde a Antiguidade histórica, aplica-se, por lógico, a qualquer cidadão e também no exercício das Ciências Médicas. A confecção de Atestados Médicos, por exemplo, embute uma série de orientações elencadas em distintos normativos tratando de cuidados com o sigilo, com a função a que se destina, sua veracidade e forma de redigir.

Deontologia (*do grego: Deon*, relativo a deveres e obrigações), conceito introduzido por Jeremy Bentham, em 1834<sup>10</sup>, comunga com a corriqueira expressão “Ética Profissional”. Esta última, como sendo princípios, deveres e direitos que se impõem a uma profissão, inspirada em seus valores fundamentais<sup>11</sup>. Refere-se ao conjunto normativo que norteia uma atividade profissional específica. Assim, a Deontologia Médica é um conjunto de deveres e obrigações que tem por princípio conduzir o médico dentro de uma orientação moral e ética, nas suas relações com os doentes e seus familiares, com os colegas e com a sociedade, e ao mesmo tempo tentar explicar uma forma de comportamento, tomando, como objeto de sua reflexão, a ética e a lei<sup>12</sup>. O Código de Ética Médica é uma norma deontológica, à medida que orienta deveres e direitos dos que exercem a Medicina e, naturalmente, também a Psiquiatria.



Como se sabe, a vida em sociedade impõe *Responsabilidade* a todos que a compõem. Neste sentido, há diversas formas de Responsabilidade (*do latim Respondere*, resposta a certa conduta) para o cidadão, também aplicáveis aos médicos. Considerando o impacto social que possui a atividade médica, doutrinariamente é possível subdividir a responsabilidade dos escúlprios em civil, penal e administrativa. Nesta última, ainda se menciona uma forma administrativa propriamente dita (v.g. normas do Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS) e uma forma administrativo-ética (de competência dos Conselhos de Medicina – Federal e Regionais - que são autarquias e, portanto, compõem a administração pública indireta).

O presente trabalho teve por objetivo apresentar aspectos relacionados à responsabilidade ética do psiquiatra, por meio de conceitos doutrinários e abordagem do sistema normativo brasileiro, sobre a matéria.

## SISTEMA DE CONSELHOS DE MEDICINA NO BRASIL

Houve um longo processo evolutivo e de construção de ideias e concepções para que se chegasse ao formato atual dos Conselhos de Medicina do Brasil. Registre-se que somente em 1808 foi aberta, por determinação do Príncipe D. João VI, a primeira faculdade de medicina do Brasil, na cidade de Salvador (BA)<sup>13</sup>. Ainda no século XIX, houve a fundação, em 1829, da Academia Nacional de Medicina, inicialmente chamada Sociedade de Medicina, e logo a seguir, por Decreto de 1835, Academia Imperial de Medicina, “*sendo os seus membros nomeados e designados pelo Imperador, que a freqüentava e amiúde lhe presidia as reuniões*”<sup>14</sup>. Em 1927, foi fundado o Sindicato Médico Brasileiro, cujo Estatuto contém em seu artigo 2º, item a: interessar-se pela organização de um código de deontologia profissional. Em 1929, o Boletim do Sindicato Médico Brasileiro publicou o Código de Moral Médica, aprovado pelo II Congresso Médico Latino-Americano, realizado em Havana, em 1926. Já no 1º Congresso Médico Sindicalista, realizado em 1931, foi aprovado o Código de Deontologia Médica. Em 1945, o Decreto-lei 7.955 criou o Conselho Federal de Medicina (instalado em 1952) e pôs em vigor o Código de Deontologia Médica, aprovado pelo IV Congresso Médico Sindicalista, de outubro de 1944. Obs.: o decreto aludido não obteve apoio nem

concordância da classe médica, a qual não tinha sido ouvida para a elaboração do mesmo. Assim, a iniciativa não prosperou.

Por fim, em 30 de setembro de 1957, foi aprovada no Brasil a lei 3.268<sup>15</sup>, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, caracterizados como órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente. O citado diploma legal traz em seu artigo 15 as atribuições dos Conselhos Regionais de Medicina, entre as quais fiscalizar o exercício da profissão de médico e conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem. O documento principal a balizar a ética dos profissionais da medicina é o Código de Ética Médica (CEM)<sup>16</sup>, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais. Já no início do capítulo I do CEM, estão insculpidos princípios e concepções fundamentais da medicina e sua prática, cláusulas pétreas definidoras da essência do ser médico e de sua conduta, sendo ali afirmado que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza (Princípio I); e que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (Princípio II).

## O CÓDIGO DE ÉTICA E A RESPONSABILIDADE MÉDICA

É tamanha a importância da responsabilidade no exercício da profissão médica, que o Código de Ética em vigor no Brasil, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, já aborda o tema no primeiro artigo da parte deontológica, ou seja, referente aos deveres dos médicos, da forma que se segue:

Código de Ética Médica – Capítulo III – Responsabilidade Profissional

“É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Outra vez temos referência ao dano, e novamente nos vem a formulação hipocrática que em tempos mais recentes é traduzida como *Primum non nocere*: o princípio de não maleficência, como fundamento da ética médica”<sup>17</sup>.

A imperícia poderá ser caracterizada se o médico causar prejuízo à saúde de um paciente por agir contrariamente aos conhecimentos mais comecinhos da Medicina. A imprudência estaria passível de ser configurada em situações como: deixar o médico de adotar as cautelas consagradas no atendimento do enfermo. Como exemplo: fora da situação de urgência, o médico, sozinho, anestesiou e operou um paciente; ou, ainda, se o médico realizou anestésias simultâneas. Pode ser citado como sujeito à acusação de negligência o médico que retardar, injustificadamente, a adoção de medidas terapêuticas e de cuidados no caso de paciente deprimido com reiteradas ideias e tentativa prévia de suicídio.

Seguem-se, no mesmo capítulo sobre responsabilidade médica, outros vinte artigos. É claro que ao longo de toda a norma ética, quer o assunto seja relativo a atestados médicos, segredo médico, doação e transplante de órgãos e tecidos, auditoria e perícia médica, ensino e pesquisa médica, publicidade médica, quer seja o relacionamento dos médicos com pacientes e familiares, com as autoridades sanitárias ou com a justiça, paira sempre a responsabilidade do profissional por seus atos e omissões, pelo que faz e por aquilo que deixa de fazer. No entanto, alguns tópicos requerem particular destaque. O artigo 7º do código de ética médica prescreve que é vedado ao médico “*deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria*”. Aqui, o dever com o atendimento aos pacientes graves ou em situação emergencial se sobrepõe aos interesses de natureza corporativa, embora possam estes ser de reconhecida justeza.

Gomes, Drumond e França<sup>18</sup>, discorrendo sobre erro médico, alertam que a formação médica brasileira não tem até agora levado em consideração o erro profissional, de forma a trabalhar para estabelecer mecanismos de avaliação das ocorrências em que há indícios de resultado infausto e estratégias para sua prevenção. A computação e o estudo cuidadoso dos casos de falhas no exercício da Medicina poderão gerar um melhor

discernimento de suas causas e atenuar um problema que oprime médicos e pacientes. É oportuno recordar que já houve tentativas no sentido de criar mecanismos mais efetivos de avaliação da qualidade do ensino médico, que permitissem aferir de maneira mais ampla e consequente o nível de formação dos médicos no Brasil. A CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), incluía membros do Conselho Federal de Medicina e de várias outras organizações relacionadas com o ensino médico. Após a avaliação, durante os anos noventa do século XX, de dezenas de escolas médicas, no que diz respeito a corpo docente, modelo pedagógico, desempenho cognitivo dos estudantes de medicina e infraestrutura das faculdades, documentos foram elaborados e encaminhados ao Ministério da Educação. Não ocorreu, no entanto, o devido apoio das autoridades governamentais, com o que a iniciativa não resultou nos frutos almejados.

#### **PSIQUIATRIA: RESOLUÇÕES DO CFM E PARECERES DO CREMEC**

Como dito, nos termos da lei 3.268/57, os Conselhos de Medicina são “disciplinadores e julgadoras da classe médica”. Destaque-se que, o Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõe de atuação nacional e, no mesmo esteio, os 27 Conselhos Regionais de Medicina (localizados em cada Estado da federação e no Distrito Federal) representam e executam, localmente, as prerrogativas nacionais da autarquia. São, portanto, instituições guardiãs da Ética Médica, no Brasil.

O mencionado disciplinamento da categoria é exercido por meio da publicação de normas deontológicas (v.g. resoluções, pareceres, recomendações, notas técnicas) que, em regra, complementarão os dispositivos do Código de Ética Médica (CEM). Neste contexto, assume destaque o art. 18 do CEM, que comina ser vedado ao médico, *ipsis verbis*:

*Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.*

Sendo assim, é necessário que o médico em geral, e também o psiquiatra, estejam atentos às normas publicadas pelo sistema conselhal. Estas, são de fácil acesso por meio do endereço eletrônico do CFM ([www.portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm](http://www.portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm)). Este sítio digital permite a pesquisa por Estado, número,

ano de publicação e assunto de interesse<sup>19</sup>.

Oportuno destacar, ainda, o disposto no Decreto-lei nº 4.657/42, ainda vigente e hodiernamente denominado “Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro”. Neste, de impulso no tema da Responsabilidade Ética, a doutrina destaca o denominado “Princípio da Obrigatoriedade”, insculpido no art. 3º da norma, ao determinar que “ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece”. Em consequência, considerando a legislação que regulamenta os Conselhos de Medicina, suas normas possuem “força de lei” para os que exercem a profissão médica. Desta forma, são de acatamento compulsório - *juris tantum* - e não podem deixar de ser cumpridas com argumentos como “desconhecimento” de tal posicionamento dos conselhos.

Conforme regimento interno do CFM e CRM são criadas diversas comissões que visam a boa execução das atividades próprias do mister conselhal, a exemplo do registro médico (pessoa física - graduados e especialistas, pessoas jurídicas – instituições e planos de saúde), fiscalização, atividade judicante e também a função normativa. Para execução desta última prerrogativa, são organizadas as denominadas “Comissões de Processo-consulta”, compostas por conselheiros que se reúnem periodicamente para deliberar sobre certo tema a respeito do qual o conselho foi instigado a se pronunciar. A partir de tais discussões, nascem as resoluções e os pareceres do conselho. Em certas circunstâncias, também são assessoradas pelas Câmaras Técnicas do Conselho (tanto federal, quanto os regionais), cujos membros são especialistas de destacada atuação e que se manifestam, por escrito, sobre questões científicas que, *a posteriori*, serão apreciadas e deliberadas, sob o prisma ético, pelos conselheiros.

Inúmeras são as normativas publicadas pelo CFM e conselhos regionais específicas para médicos que atuam no horizonte da saúde mental (seja na modalidade assistencial, pericial ou docência). Entre estas, destacamos as que se seguem, de onde transcrevemos alguns trechos e remetemos o leitor ao texto integral, no supracitado sítio eletrônico do Conselho Federal dos esculápios.

- **Resolução CFM nº 2.057/2013**, que consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios

*universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria*<sup>20</sup>.

Disposta em capítulos, aborda diversos temas inerentes à responsabilidade ética do psiquiatra. Salientamos alguns exemplos do que se encontra insculpido em cada divisão desta resolução:

Capítulo I - Dos Deveres dos Médicos (v.g. É dever dos médicos defender o direito de cada paciente de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados à sua situação clínica ou cirúrgica);

Capítulo II - Do Diretor Técnico Médico (v.g. É responsabilidade do diretor técnico médico de serviços que prestem assistência psiquiátrica garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade);

Capítulo III - Do Diagnóstico em Psiquiatria (v.g. O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, sujeitando-se, entretanto, aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente);

Capítulo IV - Da Responsabilidade dos Médicos Investidos em Funções Administrativas de quaisquer naturezas (v.g. a responsabilização aqui disposta alcança a inércia em permitir a persistência de condições degradantes à assistência aos pacientes, à realização de pesquisas em pacientes sem autorização de comitê de ética em pesquisa e a utilização de procedimentos considerados não válidos pelo Conselho Federal de Medicina);

Capítulo V - Dos estabelecimentos médico-psiquiátricos (v.g. o texto menciona que tais instituições somente poderão funcionar mediante prévia inscrição no Conselho Regional de Medicina e elenca condições gerais a serem observadas para o adequado funcionamento);

Capítulo VI - Do Tratamento Psiquiátrico (v.g. orienta que nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para

evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro. Na impossibilidade de se obter o consentimento esclarecido do paciente, deve-se buscar o consentimento do responsável legal. Também dispõe que as modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser prioritárias e, na hipótese da necessidade de internação, esta se dará pelo tempo necessário à recuperação do paciente.);

Capítulo VII - Do Tratamento Médico Geral (v.g. nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica em geral, público ou privado, poderá recusar atendimento médico sob a alegação de que o paciente seja portador de doença mental);

Capítulo VIII - Da Neuropsicocirurgia (v.g. cabe à Câmara Técnica de Psiquiatria elaborar o parecer conclusivo que deverá ser apreciado pelo plenário do Conselho Regional de Medicina, para só então ser autorizado o procedimento);

Capítulo IX – Da Eletroconvulsoterapia (v.g. somente pode ser realizada com anestesia).

Capítulo X – Da Estimulação Magnética Transcraniana (v.g. é método terapêutico válido para depressões, alucinações auditivas e neuronavegação, podendo ser aplicada em consultórios isolados, ambulatoriais e hospitalares, devendo, para tanto, obedecer ao disposto na Resolução CFM nº 1.986/12);

Capítulo XI – Dos ensaios clínicos (v.g. pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com doença mental sem o seu consentimento esclarecido);

Capítulo XII – Da internação psiquiátrica (v.g. nas internações compulsórias – determinadas por magistrado - quem indica a natureza e tipo de tratamento a ser ministrado ao paciente é o médico assistente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que aquele se encontra em condições para tal);

Capítulo XIII – Dos atos periciais em Psiquiatria (v.g. o ato médico pericial, além de elucidar o diagnóstico, destina-se a esclarecer à autoridade que o solicitou, dentre outros pontos, sobre: capacidade civil, capacidade laboral, invalidez, imputabilidade penal ou prognóstico de risco de violência. Para o pleno entendimento da responsabilidade do ato médico, conforme disposto na Lei 12.842/13, aplica-se o disposto nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no

Brasil;

Capítulo XIV – Disposições Finais (v.g. consultórios privados de pessoas físicas não pagarão taxas, emolumentos ou anuidades para obterem e renovarem seu cadastro no Conselho Regional de Medicina).

- **Resolução CFM 1.952/2010**, que adota as diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Aprovada em 15 de agosto de 2008, age como instrumento norteador das políticas de saúde mental no país<sup>21</sup>.

- **Parecer CREMEC 10/2016**, que informa está o médico autorizado a utilizar a Escala de Depressão de Beck e a Escala de Ansiedade de Beck, sem significar que está usurpando a profissão de psicólogo<sup>22</sup>;

- **Parecer CREMEC 25/2012**, que trata do conceito do termo “Alienação Mental”<sup>23</sup>;

- **Parecer CREMEC 11/2012**, que aborda questionamento sobre critérios para o “Diagnóstico psiquiátrico”<sup>24</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do exposto, é notória a importância da aplicabilidade da Ética no contexto da Psiquiatria, particularmente no que respeita ao conceito de responsabilidade profissional, bem como a atuação dos conselhos médicos na especialidade, visto que estes órgãos são responsáveis pelo regulamento ético do exercício da Medicina, normatizando a conduta do profissional. Soma-se, ainda, a função de assegurar, por meio da publicação de resoluções e pareceres, além dos princípios e outros dispositivos do Código de Ética Médica, uma adequada atuação na Medicina, em geral, e na saúde mental, em particular.

## REFERÊNCIAS

1. Código de Hamurabi, Manual dos Inquisidores, Lei das XII Tábuas, Lei de Talião. São Paulo: Edijur – Editora e Distribuidora Jurídica; 2018. p. 40-41.
2. Hipócrates. Aforismos: antologia. São Paulo: Editora Martin Claret; 2004. p. 36.
3. Tratados hipocráticos: Vol. 5: Epidemias, Madrid: Gredos; 1989, p. 62-63.
4. Molière. O doente imaginário. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1975. p. 217.
5. Platão. As Leis: Livro IX, p. 373. São Paulo: Edipro; 1999.
6. Laércio D. Vidas e doutrinas dos filósofos ilustres. 2ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1977. p. 134.
7. Aristóteles. Política: Livro III, p. 137, 1282a1 ss. São Paulo: Edipro; 2019.
8. França GV. Direito Médico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2013. p. 245.
9. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. Tradução de Alfredo Bosi. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
10. Baptista I. Ética, Deontologia e Avaliação do Desempenho Docente. Coleção Cadernos do CCAP. Lisboa: Ministério da Educação; 2011.
11. França GV. Medicina Legal, 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
12. Monteiro AR. Deontologia das Profissões da Educação. Coimbra: Edições Almedina; 2005.
13. Moura Fé IA. Saúde e Cidadania. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora; 2015. p. 105.
14. Péres H. Conselhos de Medicina, origens, evolução e finalidades. CREMEG. Ética Médica. Rio de Janeiro; 1974. p. 51-66.
15. Brasil. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 set 1957.
16. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.217/2018, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 1 nov 2018, seção I, p. 179.
17. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Edições Loyola, 2010. p. 245.
18. Gomes JCM, Drumond JGF, França GV. Erro Médico. 3ª Ed. Montes Claros: Ed. Unimontes, 2001, p. 118-123 e 213-216.
19. Moreira Filho RE. Saúde Mental: tópicos éticos e jurídicos. RD Jornal do Médico, n. 09. Fortaleza: Edição Jornal do Médico; 2021.
20. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.057/2013. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>.
21. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.952/2010. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1952>.
22. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer 10/2016. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2016/10>.
23. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer 25/2012. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2012/25>.
24. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer 11/2012. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2012/11>.

**Como citar:** Moura Fé IA, Moreira RE Filho. Responsabilidade ética do médico psiquiatra. Dialog Interdis Psiq S Ment. 2021;1(1):38-45.

# Saúde e sociedade: reflexões sobre o hoje e o amanhã

*(Health and society: reflections on today and tomorrow)*

José Jackson Coelho Sampaio<sup>1</sup>, Israel Coutinho Sampaio Lima<sup>1</sup>, Roberta Nunes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Ceará (UECE)

<sup>2</sup> Fundação Universidade Estadual do Ceará (FUNECE)

**Autor correspondente:** jose.sampaio@uece.br

## RESUMO

O estudo buscou compreender como Estado e Sociedade, de modo democrático, interagem em mútua implicância a qual precisa ser pensada como histórica, em devir; processual, continuamente contraditória; e complexa, por interdeterminação e interdependência. Trata-se de um ensaio teórico, amparado na literatura e das discussões prévias do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Os resultados apontam para a importância de estudos mais globais, que se utilizem da Dialética e da Teoria da Complexidade, a fim de orientar os recortes de pesquisa para que não se percam na fragmentação técnica. Na relação Sociedade e Saúde, percebe-se que os desafios são grandes, diante das dinâmicas entre sociedade-cultura-economia-política, pois tais campos se implicam por interdeterminação e interdependência entre as partes que compõem o todo, mas não totaliza sem as relações. A construção do acesso e do direito igualitário e equânime à saúde, no Brasil, sofre vitórias e perdas constantes, em retrocessos e meias voltas que tendem a prejudicar a construção social da saúde enquanto direito humano e bem universal.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Política Pública. Determinantes Sociais de Saúde.

## ABSTRACT

The study sought to understand how State and Society, in a democratic way, interact in a mutual implication which needs to be thought of as historical, in becoming; procedural, continually contradictory; and complex, by interdetermination and interdependence. This is a theoretical essay, based on the literature and previous discussions of the Life and Work Research Group, linked to the Graduate Program in Public Health at the State University of Ceará. The results point to the importance of more global studies, which make use of Dialectics and Complexity Theory, in order to guide the research clippings so that they do not get lost in technical fragmentation. In the Society and Health relationship, it is clear that the challenges are great, given the dynamics between society-culture-economy-political, where such fields are implied by interdetermination and interdependence between their parts that represent the whole, plus interrelations. The construction of equal and equitable access and right to health in Brazil, suffers constant victories and losses, in backtrackings and half-turns that tend to harm the social construction of health as a human right and universal good.

**Keywords:** Public Health. Public Policy. Social Determinants of Health.

## RESUMEN

El estudio busco comprender cómo Estado y Sociedad, de manera democrática, interactúan en una implicación mutua que debe ser pensada como histórica, em el devenir; procedimental, continuamente contradictoria; y compleja, por interdeterminación e interdependencia. Se trata de un ensayo teórico, basado en la literatura y discusiones previas del Grupo de Investigación Vida y Trabajo, vinculado al Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad Estatal de Ceará. Los resultados señalan la importancia de estudios más globales, que hagan uso de la Dialéctica y la Teoría de la Complejidad, para orientar los recortes de investigación para que no se pierdan en la fragmentación técnica. En toda la relación Sociedad y Salud es claro que los desafíos son grandes, dada la dinámica entre sociedad-cultura-economía-política, pues tales campos están implicados por la interdeterminación y interdependencia entre sus partes que representan el todo, con ele acréscimo de las relaciones. Donde la construcción del acceso igualitario y equitativo y el derecho a la salud en Brasil sufre constantes retrocessos, victorias y pérdidas, en medias vueltas que tienden a perjudicar la construcción social de la salud como derecho humano y bien universal.

**Palabras clave:** Salud Pública. Política Pública. Determinantes Sociales de la Salud.

**Conflicto de intereses:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.



## INTRODUÇÃO

As discussões que rodeiam o campo da saúde, não podem ser dissociadas do seu objeto principal de atenção, que é o ser humano e a sociedade na qual todos nós vivemos. Ambos se implicam de forma mútua, por interdeterminação e interdependência em todo o processo histórico de desenvolvimento.

Destaque-se a forma como os sistemas de saúde em uma dada nação se constitui, diante da dinâmica da alocação de recursos, oferta de serviços, gestão, regulação, controle social, em meio ao contexto social-político-econômico, os quais irão influenciar o modelo de proteção social adotado em cada país. Não é possível entender o sistema de saúde, suas vantagens e seus problemas, sem a compreensão da Economia que o financia, do Estado que o gerencia, da Sociedade beneficiada e das características singulares de acontecer o processo saúde/doença.

No Brasil, com o processo de redemocratização, após duas décadas de Ditadura Militar, o direito à saúde passou a ser discutido por movimentos sociais, universidades, entidades de trabalhadores, parlamentares, pela sociedade civil em geral.<sup>1</sup> Desse debate, em meio à Estatuínte que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, resultou na alteração da antiga concepção de saúde, restritiva a algumas classes, para direito do cidadão e dever do Estado, direito este consolidado na Magna Carta sob a tríade dos pilares da igualdade, da universalidade e da integralidade. Ao mesmo tempo, a Carta Magna, desde o princípio, permitiu a livre iniciativa privada ofertar serviços de saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde-SUS.

O Brasil adotou três modelos de saúde - público, complementar e suplementar - respondendo a uma inflexão político-econômica sofrida por todos os países da América Latina, resultantes de pressão do Fundo Monetário Internacional-FMI e do Banco Mundial-BM, para que o modelo de saúde adotado fosse o de assistência social ou seguro social, ao invés do de seguridade social<sup>3</sup>.

Apesar da forte influência do pensamento neoliberal que o SUS

sofre até os dias atuais, é possível afirmar que a sociedade civil tem sido capaz de promover mudanças e de resistir às alterações que tendem a fragilizar a universalidade, com boa qualidade, do sistema de saúde, por meio de ações organizadas e reagrupadas, em espaços coletivos dialógicos comunitários e em órgãos oficiais com representatividade no Ministério da Saúde-MS e em outras instâncias governamentais<sup>4</sup>.

Esses espaços se constituem exatamente pela forma como o SUS foi institucionalizado na Carta Magna e na Lei Orgânica da Saúde No 8.080, de 1990<sup>5</sup>, constituindo-se como âmbito de uma experiência singular de democracia representativa, formado por conselhos e colegiados deliberativos, nos níveis locais, estaduais e federal, compostos paritariamente pelo poder público e pela sociedade civil, em busca de se fazer ouvir e representar pela sociedade política<sup>6</sup>.

Atualmente, as lutas no campo da saúde se organizam para a defesa do SUS, em meio à fragilização do controle social, à precarização da força de trabalho, em geral, e da saúde, em particular, à judicialização da saúde<sup>7</sup>, ao refluxo da própria democracia representativa e à imposição das medidas decantadas como de austeridade fiscal, estabelecidas por um governo identificado com um projeto social excludente, um projeto econômico ultraliberal e um projeto político autoritário.

Em meio a essa ciranda de voltas e meias-voltas, em processo contínuo de retrocessos na consolidação do bem-estar individual e coletivo, foi que a 16ª Conferência Nacional de Saúde-CNS16<sup>a</sup>, realizada em 2019, após três décadas de instalação do SUS, retomou o tema central da histórica 8ª CNS<sup>8</sup>, de 1986: “Democracia e Saúde”. O retorno ao tema denuncia as medidas que impactam negativamente nas políticas sociais, como é o caso do congelamento dos recursos públicos para a saúde, por 20 anos, conforme a Emenda Constitucional nº 95-EC95 de 2016<sup>8</sup>.

No atual contexto de crise sanitária, política, social e econômica em que se encontra o Brasil, os desafios estão postos sobre a própria forma como os indivíduos reivindicam seus direitos<sup>9</sup>, diante da fragilidade do acesso aos serviços de saúde, da implantação precária da Atenção Primária, dos prejuízos à qualidade geral da atenção, do controle social

burocratizado e da compreensão enviesada da realidade, que não produzem, ou obstaculizam, acordos e consensos para a garantia do direito social, originalmente previsto na Constituição de 1988<sup>8</sup>.

Apesar de existirem evidências sobre a aproximação das políticas e da participação social em processos para a melhoria das informações, oferta, acesso e regulação dos serviços do SUS, a sensação de pertencimento no protagonismo das políticas sociais públicas encontra-se esgarçada, associada à esfera técnico-burocrática ou à esfera dos políticos partidários profissionais.

A forma como a sociedade participa e é ouvida esteriliza-se, tornando-se mais *pro forma*, diante da convivência ambígua entre a assistência universal à saúde e as assistências completar e suplementar, estas últimas hegemônicas na prática<sup>9</sup>, deixando larga margem da cidadania na pobreza, diante de um Estado que se recusa a ser Estado de Bem-Estar<sup>11</sup>.

Impõe-se para toda a cidadania brasileira consciente, minimamente apta a gerenciar um processo civilizatório, criar e fortificar espaços dialógicos para que a escuta seja exercida hoje e sempre, pois as necessidades da sociedade civil que faz uso do SUS e dos trabalhadores e gestores que nele atuam e com ele se identificam, estão em permanente transformação<sup>12</sup>.

Mais do que nunca estamos desafiados a compreender como Estado e Sociedade, de modo democrático, interagem em mútua implicância, a qual precisa ser pensada como histórica, em devir; processual, continuamente contraditória; e complexa, por interdeterminação e interdependência.

## MÉTODO

A presente reflexão constitui um ensaio teórico orientado pela pergunta: como os campos da Saúde e da Sociedade se implicam mutuamente e qual a lógica dessa mútua implicação?

Para Meneghetti<sup>13</sup>, o ensaio teórico não se resume à busca de “respostas e verdades”, mas se constrói por meio de processos reflexivos sobre os nós problematizadores que orientam os

sujeitos a refletir em profundidade.

Assim, este tipo de estudo exige preparo do fruidor, leitor ou ouvinte, para que o mesmo possa compreender as diversas partes que constituem o todo e vice-versa, em um percurso no qual ele vá se implicando como protagonista.

No decorrer da fruição, os protagonistas irão refletir sobre a realidade motivando-se pela concordância e discordância dos argumentos desenvolvidos, continuamente provocados e estimulados para concordar ou discordar dos movimentos reflexivos que forem sendo desenhados.

O desenvolvimento dos pontos de reflexão se dá por meio da literatura no campo da Saúde Coletiva, de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde Pública-BVSP, livros de arquivo pessoal, além das discussões que já vem sendo desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho-GPVT, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPSAC, da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Presença da Relação Saúde e Sociedade na Literatura*

Não se pretende delinear um pensamento detalhado sobre a histórica relação entre Saúde e Sociedade, mas sim, promover uma reflexão sobre alguns pontos importantes que podem ajudar o fruidor, leitor ou ouvinte, a compreender melhor a relação problematizada.

Desde a Idade Antiga, a compreensão da saúde foi discutida e refletida dentro da sociedade, pela ênfase dada ao misticismo, sobre a interface sujeito/doença, pois até então não existia um conceito do que seria saúde, a conformar-se depois de Hipócrates, que revela a lógica natural do adoecer (“**On the Sacred Disease**”) e cria a Anamnese, reconstituição do evento pela qual se interpela a pessoa e não o cosmo (“**Aphorisms**”), e de Galeno, ao afirmar que saúde seria o equilíbrio entre humores e as partes primárias do corpo, compostas por sangue, fleuma, bílis negra e bílis amarela (“**On the Natural Faculties**”)<sup>14,15</sup>. Apesar de conviver com a Filosofia e o embrião da Ciência, a Igreja Católica era a detentora do cuidado

e das explicações, com a maior influência no meio social, e compreendia doença como castigo pelo pecado e saúde como prêmio pela virtude. Quando o ser humano pecava em adicional, pois já seria portador do pecado original, a doença vinha como forma de castigo ou penitência para demonstrar a fragilidade e a “podridão” do corpo. Neste período, as causas do adoecimento foram relacionadas predominantemente às crenças espirituais, embora sobrevivessem fragmentos das teorias galênicas, as pragas, o contato com animais, a conjugação dos astros, além da ação das bruxarias<sup>14</sup>.

Esses processos influenciaram fortemente a transição da Idade Média para a Idade Moderna, quando os primeiros estudos empíricos, que deram origem a Teoria Miasmática, buscaram explicar de forma natural, empírica, a determinação das doenças que acometiam a sociedade da época. A partir desse ponto de partida, ao final do século XVIII, a prática médica individual logrou espaço gradativo, porém central, nas ações de saúde, vindo a tornar-se hegemônica, no século XIX, com a descoberta dos microrganismos e a invenção de vacinas e antibióticos, que poderiam combater o agente etiológico de determinadas doenças, impulsionando assim o desenvolvimento da Patologia, da Fisiologia, da Bacteriologia e da Epidemiologia, além de oferecer condições de surgimento a vasto investimento em pesquisas e à Medicina, enquanto ciência experimental<sup>16</sup>.

A publicação do Relatório Flexner, no início do século XX, assumiu papel central na formação médica e nas demais áreas das Ciências da Saúde, como também no próprio modelo de atenção à saúde. A saúde e a doença foram retiradas da órbita do divino e foi fixado nelas o olhar biológico, cartesiano, positivista, centrado na doença, independente das características sociais, culturais, políticas e econômicas da população<sup>16</sup>.

Em corrente contrária, a Medicina Social, enquanto campo epistemológico das ciências biológicas e sociais, buscou compreender a relação saúde/doença sob outras diversas e complexas óticas<sup>17</sup>.

Em meio a tais processos de transformação, em 1948, a Organização Mundial da Saúde-OMS definiu saúde, de modo

vago e idealizado, como estado do mais completo bem-estar físico, mental e social. Em 1978, como forma de criticar a concepção utópica sobre saúde trazida anteriormente, a própria OMS, pela Declaração de Alma-Ata, traz para o debate as dimensões históricas, políticas, técnicas e subjetivas do processo saúde/doença e de seu cuidado, destacando a importância da participação da sociedade no planejamento e na implantação dos cuidados à saúde, diante das desigualdades entre a riqueza das nações e entre grupos sociais internos às nações<sup>18</sup>.

No Brasil, a sociedade foi mantida afastada desses embates, ficando refém dos governantes sobre qual parte do direito à saúde seria possível usufruir. No final da década de 1970 e início da década de 1980, com o fim da Ditadura Militar que durou 21 anos e o processo de redemocratização do país, houve amplo espaço para a discussão sobre direitos humanos, civis e políticos, nas várias dimensões da experiência humana, como saúde, educação, trabalho e assistência social, democratizando-se o debate sobre a saúde, *pari passu* com a democratização das organizações políticas, e a sociedade civil se envolve por meio dos movimentos sociais<sup>1</sup>.

A luta dos movimentos sociais intensificou-se em decorrência da marginalização e exclusão das classes mais pobres do acesso à saúde, exclusão essa que tinha forte condicionador socioeconômico, iniciando-se então a transição de uma Medicina técnico-sanitária para uma Medicina social comunitária. Seu caráter reivindicatório era pelo acesso a bens e serviços de saúde, bem como, pela necessidade de inserir atores sociais à frente dos espaços políticos e institucionais que pudessem aproximar o Estado da Sociedade Civil<sup>19</sup>.

Apesar da aproximação ter sido idealizada institucionalmente, em 1937, pela criação do Conselho Nacional de Saúde-CNS e a instituição das Conferências Nacionais de Saúde, a composição do Conselho era técnico- burocrática, escolhida pelo Poder Executivo, e os temas das Conferências eram basicamente gerenciais<sup>19</sup>.

A crítica ao *status quo* ganhou força com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-Cebes e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO,

os quais, em 1976, realizaram o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ressaltando que a gerência dos problemas de saúde não poderia ser apenas técnica, mas deveria ser eminentemente política, por resultar de acordos resultantes da negociação de conflitos estabelecida entre as múltiplas forças sociais interessadas, e não como uma ação unilateral de governo, por mais equitativa que parecesse ser<sup>21</sup>.

Evidenciava-se um alinhamento entre os atores envolvidos e as escolhas governamentais priorizando o modelo de saúde assistencial privatista. Mas esse alinhamento foi confrontado e refutado na VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, em 1986, quando se preconizou a criação, em nível municipal, estadual e regional, de Conferências e Conselhos de Saúde-CS, compostos por representantes eleitos pela comunidade, entre usuários e prestadores de serviços, assim permitindo a participação da sociedade civil no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde<sup>19</sup>.

Em acordo com esta reivindicação, a Carta Magna, de 1988, desenha o SUS, e a Lei Orgânica da Saúde-LOS, de 1990, o operacionaliza e define como paritária a representação da sociedade civil, sendo: 50% de representantes de usuários do SUS, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde<sup>5</sup>.

Por meio da continuidade dos debates e da criatividade democrática, a supracitada composição do CNS foi alterada. O Decreto Presidencial N° 5.839<sup>21</sup>, de 2006, consolidou uma nova formulação da organização, das atribuições e do processo eleitoral dos membros do CNS, objetivando trazer para o meio institucional a participação mais efetiva da sociedade civil dentro do SUS, consubstanciando experiência exitosa de democracia participativa. Observa-se, hoje, que os avanços históricos no Brasil, promovidos pela reorganização do CNS e dos CS nas demais esferas de Governo, não foram implantados totalmente e se encontram como alvo de agressões e regressões.

Em tempos obscuros e confusos, mais que nunca é imperioso relembrar lutas e conquistas, sobretudo recuperar princípios. Nestes 521 anos de invenção colonial europeia do Brasil, temos apenas 57 anos de experiência democrática

representativa liberal, apartadas quase ao meio por 21 anos de Ditadura Militar: a democratização de 1945 a 1964 e a redemocratização de 1985 para cá. Há muito que fazer pelo desenvolvimento de uma cultura democrática participativa, que rompa de modo mais definitivo com o modelo autoritário de imposição de ideias e comportamentos, sobre os sujeitos, mediante decretos, em nome da pátria ou de moral reacionária<sup>22</sup>.

Impõe-se, simultaneamente às conquistas na saúde, a necessária obtenção de mais conquistas na educação popular em saúde, para a defesa da boa qualidade de vida e da identidade político-social do SUS. Os processos democráticos de participação da sociedade civil devem ocorrer na arena eleitoral, na prática cotidiana do poder público, nos locais de trabalho, nas instituições de ensino, nos espaços de convivência e nas famílias. Os retrocessos antidemocráticos e a sombra ameaçadora do fascismo podem ser enfrentados se dermos prosseguimento às lutas, resistências e conquistas das últimas sete décadas, focando um amanhã melhor<sup>8,11</sup>.

### ***Dimensões da Relação Saúde e Sociedade: as interfaces do SUS sob a ótica sanitária, socioeconômica, cultural e legal***

A bússola norteadora da política de saúde no Brasil vem se consolidado por meio da união das ações de luta social, com ações nos três poderes republicanos. A criação e a evolução do SUS, oriundo do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária-MBRS, incorporadas na VIII CNS de 1986, na Carta Magna, de 1988, na LOS (Leis N° 8.080 e N° 8.142), de 1990, e no Orçamento da União, em 1992, quando a organização política e a estruturação administrativo-financeira avançaram, gerando consequências práticas de universalização, integralidade e territorialização, até a conformação atingida recentemente, mas, agora, sob risco de desmonte<sup>23</sup>.

Em breve síntese, o modelo de atenção pública à saúde no Brasil, até ao início da Ditadura Militar era assistencial, curativo, focado em hospitais e em alguns programas preventivos verticais, com crescimento lento e, basicamente público. No período da Ditadura Militar o modelo não muda em lógica assistencial, mas ganha velocidade pela privatização da rede hospitalar. A maioria dos procedimentos passou a ser

contratado pela rede privada, pela Previdência Unificada, enquanto os não previdenciários e os “indigentes” eram eventualmente beneficiados, de modo indireto, por programas do Ministério da Saúde-MS. No contexto destas três décadas de SUS, mesmo com a descontinuidade dos Governos Federais e a maior descontinuidade dos titulares do MS, mas em decorrência da pressão ativa e solidária da sociedade civil, aprofundaram-se a institucionalização pública, a universalização, a descentralização e a ênfase na Atenção Primária a Saúde-APS<sup>24</sup>.

Saímos de um modelo excludente para um modelo universal, integral e equânime, albergado à sombra segura da Carta Magna de 1988<sup>2</sup>. O campo da saúde alcança o *status* de “direito de todos e dever do Estado”, expandindo a prevenção, a promoção e a educação em saúde, tornando possível, como impacto indireto, reduzir as disparidades socioeconômicas de um país vasto, desigual geopoliticamente e iníquo sócioeconomicamente<sup>25</sup>.

Destaquem-se as fragilidades oriundas do conservadorismo das elites, da difícil separação entre Estado e Governo, da descontinuidade gerada pelos mandatos e de uma normatização operacional que se deu por meio de Portarias, contrariando a própria estrutura legislativa nacional, pois somente Leis e Decretos poderiam estabelecer regras de distribuição de recursos.

Pelo Decreto nº 7.508, de 2011, a Lei 8.142/1990 foi regulamentada, trazendo conceituações importantes para o SUS, como a constituição e a organização de regiões de saúde, redes de atenção, portas de entrada, protocolo clínico, diretriz terapêutica, contrato organizativo, mapa de saúde, serviços especiais e de acesso aberto, e comissões Intergestoras<sup>27</sup>.

Esse ponteiro basilar de normatização para fins de distribuição de recursos findou por potencializar as carências e disseminar ainda mais as disparidades socioeconômicas, principalmente no tocante à estruturação e à manutenção do sistema de saúde em nível municipal, devido às exigências de metas para o recebimento do financiamento, por blocos de atenção. Com isso, o SUS adquiriu lacunas legais consideráveis que findaram por fragilizar sua operacionalização e lhe incutiram um errôneo

estigma de ineficiência.

Um paradigma é desconstruído quando outro surge, principalmente quando na raiz do paradigma em desconstrução estão presentes profundos valores culturais de uma sociedade herdeira do parto colonial-escravista, de patrimonialismo e abismos de exclusão social. Mas, subitamente, diante de uma catástrofe humana resultante da pandemia da COVID19, o SUS perde pela desregulamentação do trabalho na saúde decorrente da atuação política do movimento neoliberal, mas ganha corações e mentes pela percepção de que o estigma anti SUS, sobretudo das classes médias urbanas e dos segmentos ricos, baseava-se na exaltação aos planos privados de saúde. Ampla margem populacional deu-se conta da importância da compra pública de vacinas, da disponibilidade de portas ágeis de entrada no sistema em caso de emergência, da disponibilidade de leitos de UTI públicos ou contratados pelo poder público, diante da inexorável situação na qual o país e o mundo mergulharam em razão da pandemia de COVID19.

Em meio ao processo de desfinanciamento de sua rede de atenção, processo aprofundado atualmente, o SUS mais uma vez se mostra essencial na luta pela garantia da saúde, da dignidade humana e do direito à vida, tido como exemplo para o mundo. Num lampejo, em março de 2019, a sociedade brasileira se observou reconhecendo a importância de um sistema universal e gratuito, que tem acolhido e salvo milhões de vidas, na APS, nas Unidades de Pronto Atendimento-UPA, na rede hospitalar existente, própria e credenciada, além da ampliação por serviços de campanha, na rede de UTI e no enfrentamento emergencial de acreditação e operacionalização do uso de novas vacinas, baseado na experiência anterior de uma política exitosa de outras vacinas. A sociedade descobre o valor, como bom e seu, do que há três décadas aperfeiçoava-se e já era bom e seu.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que transcendemos a natureza, pela invenção da cultura, apoiada na técnica, na política e na ética, também nos percebemos passíveis de produção positiva ou vazios de significados, colados às realidades ou alienados delas. Daí o suporte de uma teia de comunicações e uma desconfiança

permanente sobre o que é comunicado, na busca, também permanente, de garantias do que seja verdadeiro ou falso.

Em todo esse processo, pode-se implodir ou explodir, ampliando sentidos críticos ou colando-se à aparência de alguma das faces dos sentidos, utópicos, distópicos, libertários, libertinos, com usuários, incapazes de segurança ou incapazes de insegurança, trafegando entre a negação, a conveniência oportunista e a subversão, inquietos, sem rumo ou fatalistas sobre um rumo sempre vizinho das catástrofes. Mas, tanto sucumbir ao medo como negociar com o medo continuam sendo possíveis, mesmo nas condições sociais, econômicas, políticas e sanitárias em que vivemos.

O trabalho abstrato se impõe, pois alguém em Seattle cria um programa eletrônico que consumiremos como Técnica e não poderemos recriar pelo parco domínio do conhecimento; um vírus realiza uma mutação em Wuhan e todo o planeta precisa lutar contra suas consequências morbígenas e letais; as catástrofes ecológicas não se apresentam mais como locais, e sim como globais; reduz-se a guetos mínimos a sociabilidade

presencial e a desigualdade das condições de vida abisma-se, pela pobreza extrema que chega a 800 milhões de desnutridos no mundo, aumentando a dependência de políticas compensatórias, enquanto as grandes corporações destroçam o aparelho do Estado, substituindo-o sem perspectiva social inclusiva; o pensamento mágico, que um dia nos amparou e impeliu, torna-se fonte de negações, aberrações, afirmando-se hegemônico contra três milênios de Filosofia e pelo menos cinco séculos de Ciência. Entre a célula, o fluido transmissor e o comportamento significativo perde-se a complexidade da totalidade do ser em homeostase social, que nenhuma psicofarmacoterapia, legal ou ilegal, poderá restabelecer.

O desafio que temos é monumental e fascinante. Podemos sair do labirinto se recuperarmos a lógica que dê subsídio ao pensamento válido, à técnica com transferência de conhecimento, à ética da solidariedade, à política econômica da inclusão e ao vigor amoroso dos relacionamentos. O coletivismo que anula o indivíduo e o individualismo que anula o coletivo precisam ser superados na História.



## REFERÊNCIAS

1. Silva CV, Silva DFL, Souza EM. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013, v. 37, n. 2, [Acessado 10 Jul 2021], pp. 254-259. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbem/a/XHbWLCkmZGJbxqkP6JKjYR/?lang=pt>.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília; 1988.
3. Rizzotto MLF, Campos, GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 2 [Acessado 12 Jul 2021], pp.263-276. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mpvvFPWmh8cJcwrK86Szv3L/abstract/?lang=pt>.
4. Rocha CMF, Martins MR, Farias MA. Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe1 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 160-170. Disponível em: <https://www.scielo.br/sdeb/a/4Td3zrcD4tsCt7s8rv8rRVz/?lang=pt>.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília; 1990.
6. Campos GWS. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2009, v.18, n.2, [Acessado 10 Jul 2021], pp.24-34. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263695004>.
7. Machado FRS. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2009, v. 7, n. 2 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 355-371. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000200009>.
8. Souza LEF, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 19 Jul 2021], pp. 2783-2792. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>.
9. Asensi FD. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 23, n. 3 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 801-820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300008>.
10. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*. 2016, v.26, n. 1, [Acessado 10 Jul 2021], pp.11-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.
11. Malvezzi E, et al. Apropriação social do Sistema Único de Saúde: ouvindo a voz dos usuários. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25 [Acessado 10 Jul 2021], e200291. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200291>.
12. Bleicher T, Freire JC, Sampaio JJC. Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 24, n. 2 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 527-543. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200011>.
13. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? *Revista de Administração Contemporânea* [online]. 2011, v. 15, n. 2 [Acessado 12 Jul 2021], pp. 320-332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>.
14. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed; 2003, p.431.
15. Hippocrates and Galen. *Great Books of the Western World*, No 10. London: Encyclopaedia Britannica, 1978.
16. Sampaio JJC. *Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 15-65.
17. Nunes ED. *Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós- Graduação*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 1996, v. 1, n. 1 [Acessado 12 Jul 2021], pp. 55-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961101392014>.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. *Declaration of Alma-Ata* [internet]. 1978. [acesso em 2021 jul 10]. Disponível em: [www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
19. Escorel S, Moreira MR. *Participação Social*. In: Giovanella, L. (org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pp.853-884.
20. Paim J, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online]. 9 May, 2011. [Acessado 12 Jul 2021]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf).
21. Brasil. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Brasília, 2006.
22. Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde em Debate*, [online]. 2003, n. 65, v. 27, [Acessado 12 Jul 2021]. p. 234-242. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=394026&indexSearch=ID>.
23. Souza, LEP. *Saúde Pública ou Saúde Coletiva?* Revista espaço para Saúde, Londrina, v.15 pg. 07-21, out-dez, 2014.
24. Nunes, R. *Os Desafios do Planejamento em Saúde ante o Fenômeno da Judicialização: uma análise da atuação da Gestão na condução do cumprimento de decisões judiciais*. [Defesa de Dissertação de Mestrado], Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. 2019.
25. Vasconcelos, CM, Paschie, DF. *O SUS em perspectiva*. IN: Campos, GWS. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª Ed. ver. Aum – São Paulo: Hucitec Editora, 2012.
26. Brasil. Casa Civil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.
27. Brasil. Casa Civil. Lei nº 7.508 de 28 de Junho de 2011. Brasília, 2011.

**Como citar:** Sampaio JJ, Lima IC, Nunes R. Saúde e sociedade: reflexões sobre o hoje e o amanhã. *Dialog Interdis Psiq S Ment*. 2021;1(1):49-52.

# Transtorno de sintomas somáticos: histórico, aspectos clínicos e classificações contemporâneas

*(Somatic symptom disorder: history, clinical aspects and contemporary classifications)*

Luís Lopes Sombra Neto<sup>1</sup>, Igor Carvalho Marques<sup>1</sup>, Thayanne Barreto de Lima<sup>1</sup>, Augusto Andrade Campos de Moura Fé<sup>2</sup>, Eugênio de Moura Campos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC)

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da UFC

**Autor correspondente:** [luisneto88@gmail.com](mailto:luisneto88@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivos:** Relacionar referências históricas relevantes sobre a evolução da taxonomia e do conceito do transtorno de sintomas somáticos e contribuir para a atualização de profissionais de saúde na formulação diagnóstica dessa nova categoria. **Metodologia:** Todas as edições das classificações psiquiátricas publicadas pela Associação Psiquiátrica Americana e pela Organização Mundial de Saúde foram examinadas. Além disso, foram considerados os principais livros-texto de psiquiatria clínica, textos sobre a história e a evolução desse diagnóstico e artigos científicos escritos pelas equipes responsáveis pela revisão das classificações atuais. **Desenvolvimento:** Apresenta-se um apanhado dos marcos históricos significativos sobre a evolução do conceito e principais mudanças nas classificações deste transtorno ao longo dos anos, até as edições atuais. Finaliza-se com uma descrição das características clínicas, conforme definidas nos manuais correntes, instrumentalizando profissionais de saúde para avaliação e abordagem desta condição. **Conclusão:** Nas últimas edições da CID e do DSM houve uma reconceitualização diagnóstica do grupo dos transtornos somatoformes, resultando no estabelecimento da categoria transtorno de sintomas somáticos. É imprescindível que essas inovações sejam divulgadas e incluídas nos conteúdos programáticos de formação profissional, capacitações e treinamentos, a fim de incrementar competências no exercício clínico e propiciar uma comunicação mais precisa e uniforme de informações entre profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Transtorno de sintomas somáticos. Classificação. História da Medicina.

## ABSTRACT

**Objectives:** To relate relevant historical references on the evolution of taxonomy and the concept of somatic symptom disorder and contribute to the updating of health professionals in formulating diagnoses for this new category. **Methodology:** All editions of the psychiatric classifications published by the American Psychiatric Association and the World Health Organization were reviewed. In addition, the main textbooks on clinical psychiatry, texts on the history and evolution of this diagnosis and scientific articles written by the teams responsible for reviewing current classifications were considered. **Development:** An overview of the significant historical milestones regarding the evolution of the concept and the main changes in the classifications of this disorder over the years, up to the current editions, is presented. It ends with a description of the clinical characteristics, as defined in current manuals, equipping health professionals to assess and approach this condition. **Conclusion:** In the last editions of the ICD and the DSM, there was a diagnostic reconceptualization of the group of somatoform disorders, resulting in the establishment of the category of somatic symptoms disorder. It is essential that these innovations are disseminated and included in the syllabus of professional education, qualifications and training, in order to increase skills in clinical practice and provide a more accurate and uniform communication of information between health professionals.

**Keywords:** Somatic Symptoms Disorder. Classification. History of Medicine.

## RESUMEN

**Objetivos:** Relacionar referencias históricas relevantes sobre la evolución de la taxonomía y el concepto de trastorno de síntomas somáticos y contribuir a la actualización de los profesionales de la salud en la formulación de diagnósticos para esta nueva categoría. **Metodología:** Se revisaron todas las ediciones de las clasificaciones psiquiátricas publicadas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud. Además, se consideraron los principales libros de texto de psiquiatría clínica, textos sobre la historia y evolución de este diagnóstico y artículos científicos redactados por los equipos encargados de revisar las clasificaciones vigentes. **Desarrollo:** Se presenta un panorama de los hitos históricos significativos en cuanto a la evolución del concepto y los principales cambios en las clasificaciones de este trastorno a lo largo de los años, hasta las ediciones actuales. Finaliza con una descripción de las características clínicas, tal como se definen en los manuales vigentes, equipando a los profesionales de la salud para evaluar y abordar esta patología. **Conclusión:** En las últimas ediciones de la CIE y el DSM, hubo una reconceptualización diagnóstica del grupo de trastornos somatomorfos, resultando en el establecimiento de la categoría de trastorno de síntomas somáticos. Es fundamental que estas innovaciones se difundan e incluyan en el plan de estudios de formación, cualificación y formación profesional, con el fin de incrementar las habilidades en la práctica clínica y proporcionar una comunicación de información más precisa y uniforme entre los profesionales sanitarios.

**Palabras clave:** Trastorno de síntomas somáticos. Clasificación. Historia de la Medicina.

**Conflito de interesses:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

## INTRODUÇÃO

As classificações dos transtornos mentais passam por transições e mudanças. Nos primórdios da civilização, o homem já se interessava pelo comportamento humano e os classificava<sup>1</sup>. Desde a medicina hipocrática da antiguidade, ao longo dos séculos, diversas classificações se sucederam, culminando com a de Emil Kraepelin (1856 - 1926)<sup>2</sup>, tida como a base das classificações modernas<sup>3</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, introduziu pela primeira vez os transtornos mentais na sexta revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6)<sup>4</sup>. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) em 1952<sup>5</sup>. Desde então ambas vêm sendo periodicamente atualizadas. Presentemente estão disponíveis o DSM-5<sup>6</sup> e a CID-11<sup>7</sup>.

O transtorno de sintomas somáticos é uma nova nomenclatura decorrente das inovações implementadas nas edições correntes dessas duas sistemáticas classificatórias. Foram mudanças de organização e novas conceitualizações diagnósticas, efetuadas a fim serem mais úteis para a prática clínica, na medida em que simplificam<sup>7</sup> e traz mais clareza acerca das fronteiras diagnósticas dos vários transtornos abrigados sob o grupo dos transtornos somatoformes das classificações anteriores<sup>6</sup>. Estas alterações necessitam ser assimiladas pelos profissionais de saúde de modo que possam disponibilizar, cada vez mais, melhor atenção e cuidado a estes indivíduos que sofrem por longos períodos e procuram repetidamente serviços de saúde com sintomas somáticos e angústia intensa<sup>7</sup>.

Pretende-se com este artigo colaborar para o conhecimento da evolução histórica do conceito do atual transtorno de sintomas somáticos, das classificações relacionadas, como também para a atualização sobre aspectos clínicos e diretrizes diagnósticas.

## UM POUCO DE HISTÓRIA

### Transtorno de Sintomas Somáticos

O transtorno de sintomas somáticos é uma categoria diagnóstica incluída no DSM-5<sup>6</sup> em substituição ao conhecido transtorno de somatização que figurava no DSM-IV-TR<sup>8</sup>. A história do agora denominado transtorno de sintomas somáticos é um tanto

confusa. Essencialmente, ao longo dos séculos, duas síndromes complementares foram descritas: uma monossintomática e outra polissintomática. A monossintomática é hoje identificada como transtorno conversivo e a outra passou a ser conhecida como transtorno de somatização, a partir de sua inclusão no DSM-III.

Historicamente os dois transtornos amiúde estiveram interligados e mesclados<sup>9</sup>. Em 1859, Briquet descreveu, na monografia *Traité, Clinique et Thérapeutique Y l'Hystérie*, uma síndrome caracterizada por várias queixas somáticas dramáticas e exageradas sem uma patologia orgânica demonstrável<sup>10</sup>, enfatizando os múltiplos sintomas e o curso prolongado. Atribuía causas emocionais e a considerava uma forma de histeria<sup>9,11</sup>. Estudos sobre somatização continuaram com autores como Savil (1909) e Purtell e associados (1951). Guz e associados (1968; 1970) deram significativas contribuições à compreensão fenomenológica e sobre a epidemiologia do transtorno<sup>11</sup>. Em 1970 foi proposto o epônimo Síndrome de Briquet para designar a histeria polissintomática, caracterizada por pelo menos 25 sintomas de 10 grupos sintomáticos, nomenclatura assim conhecida até a publicação do DSM-III<sup>9</sup>.

### Classificações (CID e DSM)

As tentativas de classificar os transtornos mentais e do comportamento vêm de longa data. Em dados históricos da antiga Mesopotâmia de 2700 a.C já constava o termo “insanidade” como uma das diversas condições que podiam afetar o ser humano<sup>1</sup>. Hipócrates (século V a.C.) descreveu a primeira classificação racional de transtornos mentais, baseando-se na sua teoria dos humores, incluindo doenças como epilepsia, mania, melancolia e paranoia<sup>2</sup>. Após a idade média, período em que predominaram as crenças sobrenaturais, surgiram importantes classificações como as de Philippe Pinel (1745 - 1826), Jean-Étienne Esquirol (1772 - 1840) e Emil Kraepelin (1856 - 1926). A classificação de Kraepelin, fundamentada na descrição de sintomas e na evolução natural das doenças, serviu como base para as classificações psiquiátricas utilizadas até os dias atuais<sup>3</sup>.

A Classificação Internacional de Doenças (CID) tem origem na “Lista de Causas de Morte” organizada inicialmente em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística coordenado pelo

francês Jacques Bertillon<sup>12</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu esta classificação a partir da sexta revisão (CID-6) em 1948, na qual foram inseridos pela primeira vez os transtornos mentais<sup>4</sup>. Em 1952, com o intuito de incluir categorias específicas para as síndromes cerebrais agudas e crônicas, ausentes na CID-6, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)<sup>5</sup>. A categoria transtorno de somatização ainda não existia nos DSM-I<sup>5</sup> e DSM-II<sup>13</sup>, bem como na CID até antes da 10ª revisão (CID-10)<sup>14</sup>.

No decorrer da década de 1970 houve um afastamento da orientação biopsicossocial na psiquiatria norte-americana, que até então embasava a formulação do DSM. Essa mudança de orientação trouxe significativas modificações na publicação do DSM-III em 1980<sup>15,16</sup>. O grupo das neuroses foi excluído e fracionado em diferentes blocos de transtornos, sendo um deles o de transtornos somatoformes, no qual o transtorno de somatização constava como subtipo. As características essenciais deste bloco no DSM-III eram os sintomas físicos sugerindo doença somática (somatoforme) para os quais não havia achados orgânicos demonstráveis, ou mecanismos fisiológicos conhecidos, e para os quais existia evidência positiva ou uma forte presunção de que os sintomas estão ligados a fatores ou conflitos psicológicos<sup>16</sup>.

Para o diagnóstico do subtipo transtorno de somatização, o DSM-III exigia a presença ou história de sintomas físicos crônicos com início antes dos 30 anos e queixas de pelo menos 14 sintomas para mulheres e 12 para homens, com base em um grupo composto por 37 sintomas. Os sintomas, para serem considerados, deveriam acarretar alterações no padrão de vida, necessidade de uso de medicamento ou procura por um médico. Além disso, não eram explicados por um distúrbio ou lesão física e não eram efeitos de medicamentos ou substâncias psicoativas<sup>16</sup>. O DSM-III-R modificou a exigência do número de queixas físicas para 13, em ambos os sexos, em um grupo de 35

sintomas<sup>17</sup>.

Seguindo a mesma direção do DSM, a CID-10 incorporou o agrupamento somatoforme, tendo como principal elemento definidor a presença de sintomas somáticos não adequadamente explicados por achados físicos. Entre os subtipos, assim como no DSM-III-R, consta o transtorno de somatização<sup>14,17</sup>. O Quadro 1 apresenta a evolução da ordenação e da nomenclatura dos transtornos somatoformes, começando pelo DSM-III, passando pela CID-10, até o DSM-IV-TR. Diferentemente do DSM-III-R, nota-se que a CID-10 contém as categorias transtorno somatoforme indiferenciado e disfunção autonômica somatoforme, mas não os transtornos dismórfico corporal e de conversão. Este último é classificado na CID-10 separadamente como transtornos dissociativos (ou conversivos)<sup>14</sup>. O transtorno somatoforme indiferenciado passou a constar nos DSM-IV e DSM-IV-TR.

As diretrizes diagnósticas para o transtorno de somatização na CID-10 especificam o tempo mínimo de 2 anos de sintomas físicos múltiplos e variados, além da recusa de aceitar que não há explicação física para os sintomas e um certo grau de comprometimento do funcionamento social e familiar<sup>14</sup>. Nos DSM-IV<sup>18</sup> e DSM-IV-TR<sup>8</sup> houve uma maior especificação dos grupos de sintomas para definição diagnóstica do transtorno de somatização. As queixas físicas que resultam na procura por tratamento ou no comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes, precisam preencher cada um dos seguintes critérios: quatro sintomas dolorosos, dois sintomas gastrointestinais, um sintoma sexual e um sintoma pseudoneurológico<sup>8,18</sup>.

**Quadro 1.** Evolução da ordenação e da nomenclatura dos transtornos somatoformes - DSM e CID: 1980 a 2000.

<b>DSM-III (1980)</b>	<b>DSM-III-R (1987)</b>	<b>CID-10 (1992)</b>	<b>DSM-IV (1994) DSM-IV-TR (2000)</b>
<b>Grupo: Transtornos somatoformes</b>	<b>Grupo: Transtornos somatoformes</b>	<b>Grupo: Transtornos somatoformes</b>	<b>Grupo: Transtornos somatoformes</b>
<b>Categorias diagnósticas</b>	<b>Categorias diagnósticas</b>	<b>Categorias diagnósticas</b>	<b>Categorias diagnósticas</b>
<i>Transtorno de somatização</i>	<i>Transtorno de somatização</i>	<i>Transtorno de somatização</i>	<i>Transtorno de somatização</i>
Transtorno de conversão	Transtorno de conversão	(classificado em outro grupo)	Transtorno conversivo
Transtorno doloroso psicogênico	Transtorno doloroso somatoforme	Transtorno doloroso somatoforme persistente	Transtorno doloroso
Hipocondria	Hipocondria	Transtorno Hipocondríaco	Hipocondria
	Transtorno dismórfico corporal	(Classificado em outro grupo)	Transtorno dismórfico corporal
		Transtorno somatoforme indiferenciado	Transtorno somatoforme indiferenciado
		Disfunção autonômica somatoforme	

Fontes: DSM-III<sup>16</sup>, DSM-III-R<sup>17</sup>, DSM-IV<sup>18</sup>, DSM-IV-TR<sup>8</sup>, CID-10<sup>14</sup>.



## CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

Um estudo multicêntrico desenvolvido em seis países, apontou uma incidência de aproximadamente 21 novos casos de PEP por 100 mil habitantes por ano, com maior ocorrência entre os homens. Observou-se também que os sintomas psicóticos aparecem com maior frequência entre os 18 e 24 anos, tanto para homens quanto para mulheres, podendo ser observado também aumento da incidência entre as mulheres na faixa dos 50-54 anos<sup>5</sup>.

A última edição da classificação da APA (DSM-5) foi publicada em maio de 2013<sup>6</sup>. Em maio de 2019 foi aprovado pela OMS, a CID-11<sup>7</sup>, com previsão de ser adotada pelos países membros a partir de 2022, ainda permanecendo vigente a CID-10. Na CID-11, os transtornos mentais, de comportamento e do neurodesenvolvimento estão abrigados no Capítulo 6, que se encontra disponível no site da OMS, em inglês, constando de estrutura, descrição dos transtornos e códigos diagnósticos. Restam para serem publicadas, pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância da OMS, as Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (DCDD) e a versão para cuidados primários<sup>19</sup>. A versão oficial para língua portuguesa dessa nova edição ainda será divulgada pela OMS.

Na construção das duas revisões, houve um empenho para harmonização entre o DSM-5 e a CID-11, resultando na similaridade das estruturas organizacionais<sup>19</sup>. Apesar disso, persistem diferenças inclusive quanto a critérios específicos para certos transtornos. O DSM-5 disponibiliza critérios diagnósticos para categorização de transtornos individuais<sup>6</sup>. A CID-11 se ampara em descrições clínicas e diretrizes diagnósticas para expressar os aspectos essenciais, que são os sintomas ou características esperados de serem identificados em todos os casos de cada transtorno. Este enfoque busca conformação com a prática médica cotidiana na elaboração diagnóstica, permitindo flexibilidade na apreciação do clínico<sup>20</sup>.

Diferentemente do DSM-5 que utiliza uma abordagem categorial, a CID-11 investiu na perspectiva diagnóstica dimensional norteada por evidências de que os transtornos mentais, em sua maioria, podem ser melhor descritos por meio de dimensões de sintomas que interagem entre si<sup>20</sup>.

Uma das inovações do DSM-5 foi que os “transtornos somatoformes” receberam a denominação de “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados”, cujos subtipos estão listados no Quadro 2.

Quadro 2. Nomenclatura dos Transtornos de Sintomas Somáticos no DSM-5 e equivalentes na CID-11.

Nomenclatura no DSM-5	Nomenclatura na CID-11
<b>Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados</b>	<i>Disorders of bodily distress or bodily experience</i>
Transtorno de sintomas somáticos	<i>Bodily Distress Disorder</i>
(categoria inexistente)	<i>Body integrity dysphoria</i> <sup>#</sup>
Transtorno de ansiedade de doença	Hipocondria*
Transtorno conversivo (de sintomas neurológicos funcionais)*	
Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas*	
Transtorno factício*	

#Categoria inexistente no DSM-5.

\*Categorias catalogadas na CID-11 em outros agrupamentos.

Fontes: DSM-5<sup>6</sup>, CID-11<sup>7</sup>.

Esta classificação reduziu o número de subtipos com o intuito de facilitar o diagnóstico diferencial, pois havia grande sobreposição entre os transtornos somatoformes pela dificuldade do estabelecimento de fronteiras diagnósticas. Além disso, o DSM-5 enfatiza o diagnóstico feito com base em sinais e sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas, em vez da ausência de uma explicação médica para os sintomas somáticos como descrito até o DSM-IV-TR. Essa reconceitualização tornou a classificação mais útil para profissionais que atuam no nível de atenção primária e para outros médicos clínicos (não-psiquiatras)<sup>6</sup>.

As pessoas previamente diagnosticadas com transtorno de somatização em geral vão preencher os critérios diagnósticos do DSM-5 para o subtipo de transtorno de sintomas somáticos<sup>21</sup>. Além disso, no texto introdutório do capítulo de Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados do DSM-5, está



consignado que aproximadamente 75% dos indivíduos anteriormente diagnosticados com hipocondria estão inclusos no diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos. Os outros 25% daqueles com hipocondria apresentam alto nível de ansiedade relacionado à saúde na ausência de sintomas somáticos, encaixando-se no atual diagnóstico de transtorno de ansiedade de doença<sup>6</sup>.

Também na CID-11, no lugar do grupo dos transtornos somatoformes, agora assenta-se o disorders of bodily distress or bodily experience (DBDBE)<sup>7</sup> - ainda não está disponível a nomenclatura oficial em português -, equivalente ao grupos de “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados” do DSM-5. (Quadro 2). É uma categoria simplificada que incorpora todos os transtornos somatoformes da CID-10 - com exceção da hipocondria que migrou para o grupo dos transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados<sup>20,22</sup>. Na CID-11, a característica fundamental da categoria DBDBE é a presença de sintomas somáticos para os quais o indivíduo dispensa excessiva atenção, que pode se manifestar pela procura repetida de serviços de saúde<sup>7</sup>. O diagnóstico não se baseia na ausência de explicação médica para os sintomas, como é preconizado na CID-10 para os transtornos somatoformes<sup>20</sup>. Tanto no DSM-5 como na CID-11, o mais substancial da revisão foi a abolição da distinção entre queixas somáticas com e sem explicação médica<sup>22</sup>.

Como pode ser verificado no Quadro 2, o DSM-5 mantém uma subcategorização no grupo de Transtorno de Sintoma Somático e Transtornos Relacionados, enquanto a CID-11 contempla apenas Bodily Distress Disorder - equivalente ao Transtornos de Sintomas Somáticos do DSM-5 - e uma nova categoria denominada Body integrity dysphoria, ausente no DSM-5. O Transtorno de Ansiedade de Doença, que está inserido no grupo de Transtorno de Sintoma Somático e Transtornos Relacionados do DSM-5, tem equivalência com a Hipocondria na CID-11, a qual foi deslocada para o grupo dos Transtornos Obsessivo-compulsivo e Relacionados. As demais categorias presentes neste capítulo do DSM-5, são classificadas em diferentes grupos na CID-11. Por exemplo, o Transtorno Conversivo, incluso no grupo dos Transtornos Dissociativos, mantendo o mesmo arranjo da CID-10<sup>7,14</sup>.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os indivíduos portadores do transtorno de sintomas somáticos em geral se queixam de sintomas físicos múltiplos que provocam aflição e resultam em prejuízo importante na vida diária<sup>6</sup>. Os sintomas levam o indivíduo a um excessivo estado de alerta da atenção quanto a gravidade destes, gerando dispêndio de tempo e busca repetida por serviços de saúde<sup>6,7</sup>. É possível esse diagnóstico na presença de uma outra condição médica. Para tal, os sintomas - pensamentos, sentimentos e comportamentos - associados a essa condição deverão ser excessivos<sup>6</sup>. A alta frequência de utilização de serviço de saúde, exames clínicos e investigações apropriadas e o reassseguramento da não gravidade da condição de saúde, em geral não aliviam as preocupações do indivíduo<sup>6,7</sup>.

Sendo assim, a caracterização clínica deste transtorno não pode ser baseada apenas nas queixas somáticas em si. É necessário identificar como estas se apresentam e como são interpretadas pelo paciente a partir da avaliação de componentes afetivos, cognitivos e comportamentais<sup>6</sup>.

O transtorno é persistente e as manifestações estão presentes na maior parte dos dias, durante vários meses. Envolve múltiplos sintomas corporais que podem variar ao longo do tempo. Ocasionalmente existe apenas um sintoma, como dor ou fadiga<sup>7</sup>. É provável que a prevalência seja maior no sexo feminino<sup>6</sup>.

O DSM-5 adota os especificadores “com dor predominante” e “persistente” (duração de mais de 6 meses)<sup>6</sup>. Tanto a CID-11 como o DSM-5 possibilitam a identificação da gravidade do transtorno em leve, moderada e grave<sup>6,7</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas edições da CID e do DSM estão fundamentadas nos avanços e na consolidação do conhecimento atual sobre os transtornos mentais. A reconceitualização diagnóstica que culminou com o estabelecimento da categoria transtorno de

sintomas somáticos buscou evitar sobreposições e imprecisões sobre fronteiras diagnósticas, estipulando critérios e diretrizes mais úteis para a caracterização clínica.

É imprescindível que essas inovações sejam largamente divulgadas e incluídas nos conteúdos programáticos de formação profissional, capacitações e treinamentos, a fim de incrementar competências no exercício clínico e propiciar uma comunicação mais precisa e uniforme de informações entre profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1- Nunes Filho EP, Bueno JR, Nardi AE. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Editora Atheneu; 1996.
- 2- Alexander FG, Selesnick ST. *The history of psychiatry*. 1. ed. New York: Mentor Books; 1968.
- 3- Miranda-Sá Júnior LS. *O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã?*. Rio de Janeiro: ABP Editora; 2010.
- 4- World Health Organization. *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en 1948* [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1950 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70941>
- 5- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
- 6- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 7- World Health Organization. *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics* [Internet]. WHO; 2018 [atualizado em 2020 Set; acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 8- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4. ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 9- Kaplan HI, Sadock BJ, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI, 30th Anniversary Vol 1 Edition. 6th ed. Baltimore, 1995.
- 10- Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. *Tratado de psiquiatria clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- 11- Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 12-World Health Organization. *History of the Development of the ICD*. [acesso em 2021 Jan 31]; Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
- 13- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: second edition*. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
- 14-Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 15- Wilson M. *DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history*. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 1993 [acesso em 2021 Jan 31]; 150(3): 399-410. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8434655/>.
- 16- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition*. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- 17-American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition - revised*. 3. ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
- 18- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 19- Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM. *New Oxford textbook of psychiatry*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press; 2020.
- 20- Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. *Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):3-19.
- 21- American Psychiatric Association. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- 22- Gureje O, Reed GM *Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects*. *World Psychiatry*. 2016 Oct; 15(3): 291–292. Published online 2016 Sep 22. doi: 10.1002/wps.20353

**Como citar:** Somba LL Neto, Marques IC, Lima TB, Moura Fé AAC, Campos EM. Transtorno de sintomas somáticos: histórico, aspectos clínicos e classificações contemporâneas. *Dialog Interdis Psiquiatria S Ment*. 2021;1(1):53-9.

# Evolução histórica dos conceitos e critérios diagnósticos da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar: uma revisão de literatura

*(Historical evolution of the concepts and diagnostic criteria of bulimia nervosa and binge eating disorder: a literature review)*

Sócrates Belém Gomes<sup>1</sup>, Renan dos Santos Nogueira<sup>1</sup>, Sergio André de Souza Júnior<sup>1</sup>, Camila Herculano Soares Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará

**Autor correspondente:** socrates\_belem@hotmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Entre os Transtornos Alimentares (TA), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) compartilham características clínicas e históricas e suas primeiras descrições médicas e categorizações diagnósticas ocorreram no século passado. **Objetivos:** revisar brevemente os aspectos históricos da BN e TCA, bem como revisar suas categorizações ao longo das edições da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). **Metodologia:** Realizou-se uma revisão em todas as edições das classificações da CID e do DSM, além de livros-texto de referência de psiquiatria clínica e de publicações sobre a história e a evolução desses diagnósticos. Ademais foi feita uma breve atualização sobre tratamento desses transtornos. **Resultados:** apresentaram os critérios diagnósticos da BN e TCA a cada edição da CID e do DSM, desde a primeira vez em que foram categorizadas, e as progressivas mudanças foram comentadas. Por fim, apontou-se atualização breve dos tratamentos de ambos os transtornos. **Conclusão:** É imprescindível, porém não suficiente, ao clínico conhecer os critérios diagnósticos mais atuais das patologias. É importante compreender também a evolução do conceito e assim obter uma visão mais abrangente e mesmo crítica dos critérios, a partir da consciência de sua provisoriidade.

**Palavras-chave:** Transtorno da compulsão alimentar. Bulimia. Classificação. História da medicina.

## ABSTRACT

**Introduction:** Among Eating Disorders (ED), Bulimia Nervosa (BN) and Binge Eating Disorder (BED) share clinical and historical characteristics, with their first medical descriptions and diagnostic categorizations occurring in the last century. **Objectives:** This article aims to briefly review the historical aspects of BN and BED, as well as review their categorizations throughout the editions of the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). **Methodology:** All editions of the ICD and DSM classifications were reviewed, as well as clinical psychiatry reference textbooks and publications on the history and evolution of these diagnoses. In addition, a brief update was made on the treatment of these disorders. **Results:** The diagnostic criteria of BN and BED were presented in each edition of the ICD and DSM since the first time they were categorized, and the successive changes were commented on. Finally, a brief update on treatments for both disorders was presented. **Conclusion:** It is essential, but not sufficient, for the clinician to know the most current diagnostic criteria for pathologies. It is also important to understand the evolution of the concept and thus have a more comprehensive and even critical view of the criteria, based on the awareness of its provisional nature.

**Keywords:** Binge-eating disorder. Bulimia. Classification. History of medicine.

## RESUMEN

**Introducción:** Entre los trastornos alimentarios, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón comparten características clínicas e históricas, con sus primeras descripciones médicas y categorizaciones diagnósticas ocurridas en el siglo pasado. **Objetivos:** Este artículo tiene como objetivo revisar brevemente los aspectos históricos de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, así como revisar sus categorizaciones a lo largo de las ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). **Metodología:** Se revisaron todas las ediciones de las clasificaciones CIE y DSM, así como libros de texto de referencia de psiquiatría clínica y publicaciones sobre la historia y evolución de estos diagnósticos. Además, se realizó una breve actualización sobre el tratamiento de estos trastornos. **Resultados:** Los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa y el trastorno se presentaron en cada edición de la CIE y DSM desde la primera vez que se categorizaron y se comentaron los cambios progresivos. Finalmente, se presentó una breve actualización sobre los tratamientos para ambos trastornos. **Conclusión:** Es fundamental, pero no suficiente, que el clínico conozca los criterios diagnósticos de patologías más actuales. También es importante comprender la evolución del concepto y así tener una visión más integral e incluso crítica de los criterios, basada en la conciencia de su carácter provisional.

**Palabras clave:** Trastorno por atracón. Bulimia. Clasificación. Historia de la medicina.

**Conflito de interesses:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

## INTRODUÇÃO

A medicina está intrinsecamente relacionada à história da humanidade, uma vez que existem registros de procedimentos médicos nas civilizações mais antigas. No Egito Antigo já eram realizados atos cirúrgicos (como circuncisão e trepanação) e tratamento para as mais diversas dores com uso de ervas medicinais e produtos naturais<sup>1</sup>.

As tentativas de descrever e classificar as enfermidades também estão presentes nos registros médicos mais remotos. O texto hindu conhecido como Sushruta Samhita (600 d.C.) é considerado a mais antiga proposta de classificação de doenças e lesões. Os critérios diagnósticos e conceitos sofreram alterações ao longo dos anos e diversas novas doenças foram descobertas. As classificações foram progressivamente sendo aprimoradas e no século XIX, em 1891, com o objetivo de unificar a classificação das doenças, uma comissão do Instituto Internacional de Estatística, sob o comando de Jacques Bertillon, elaborou a “Classificação das causas de morte de Bertillon”.<sup>2</sup>

Em 1893, a Classificação de Bertillon foi adotada e recomendada para uso internacional. Ela é considerada a primeira edição do que posteriormente foi denominado de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). A partir de sua sexta edição até a atualidade, a CID é publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Encontra-se na sua 11<sup>o</sup> versão (CID-11) que foi lançada preliminarmente em maio de 2019 para entrar em vigor em janeiro de 2022<sup>3,4</sup>.

Seguindo a mesma linha, mas no campo específico da psiquiatria, só na sexta edição da CID publicada em 1948 foi incluído um capítulo para os transtornos mentais e, paralelamente, no ano de 1952 surge a primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Ao longo das décadas, a classificação de transtornos mentais da CID e do DSM sofreram alterações devido sobretudo a mudanças em contextos sociais e avanços científicos na área da psiquiatria e neurociências em geral.

Atualmente, o DSM encontra-se na sua quinta versão publicada em maio de 2013<sup>5-9</sup>.

Dessa forma, o presente artigo se propõe a apresentar um resgate histórico das classificações diagnósticas (CID e DSM) referentes a bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA) ao longo das décadas, além de apresentar os conceitos e classificações mais recentes da BN e do TCA bem como uma breve atualização de suas abordagens terapêuticas.

## CONCEITOS BÁSICOS

Os transtornos alimentares são caracterizados por inadequações no consumo, no padrão e/ou no comportamento alimentares ocasionando progressiva piora da qualidade nutricional, saúde física ou funcionamento psicossocial. Na atualidade fazem parte desse grupo os transtornos alimentares propriamente ditos (do inglês, eating disorders) como a Anorexia Nervosa (AN), a BN e o TCA e os transtornos da alimentação (do inglês, feeding disorders) como o Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), o Transtorno de ruminação e Pica<sup>10</sup>.

Escolhemos abordar nesse estudo a BN e o TCA em conjunto pelas suas características clínicas em comum, sobretudo os episódios bulímicos, e seu histórico mais recente. BN e TCA apresentam maior prevalência na população jovem entre 18 e 30 anos de idade com pronunciada assimetria de gênero<sup>11</sup>.

A bulimia nervosa (BN) tem incidência de 1 a 1,5% da população geral, sendo 90% do sexo feminino e é caracterizada por eventos de compulsão alimentar seguidos de comportamentos purgatórios (vômitos, atividades físicas extenuantes, laxantes, jejuns, entre outros) a fim de evitar o ganho de peso secundário às compulsões. Além do mais, na BN observa-se sofrimento na forma como o paciente vivencia a imagem corporal. Frequentemente há associação com outros transtornos psiquiátricos como Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), transtorno de personalidade, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno depressivo maior<sup>12</sup>.

Em contrapartida, o TCA é caracterizado por episódios de compulsão alimentar, porém sem comportamento purgativo compensatório. Um episódio de compulsão, também chamado de episódio bulímico, consiste em comer grandes quantidades de alimentos em um curto intervalo de tempo com sensação de

perda de controle. Estima-se que afeta 2 a 4% da população mundial, sendo mais comum em mulheres, em uma distribuição de gênero de 2:1<sup>5,13</sup>.

## HISTÓRICO

### *Bulimia Nervosa*

O termo bulimia tem origem grega nos radicais *bous* (boi) e *limos* (fome), na qual indica uma fome tão intensa na qual uma pessoa seria capaz de devorar um boi inteiro. A evolução dos significados do termo teve evolução ao longo dos séculos XV e XVIII no qual surgiram suas variantes “bulimus” no latim e “bolisme” no francês<sup>14, 15</sup>. A presença de comportamentos culturalmente aceitos de hiperfagia e purgação datam da Grécia Antiga<sup>15</sup>.

Em 1979, Gerald Russell descreveu pela primeira vez a bulimia nervosa, em uma publicação de uma série de 30 casos. O transtorno teve uma ampla e rápida aceitação na comunidade acadêmica sendo incorporado já em 1979 a CID-9 e em 1980 ao DSM-III<sup>14,16</sup>.

O estudo contou com a participação de 30 pacientes (28 mulheres e 2 homens) que foram acompanhados prospectivamente por um período de 6 anos. O autor selecionou os 30 pacientes que “fugiam a regra”, em um serviço de pacientes com AN, por ter um peso corporal menos baixo, apesar de intenso comportamento purgativo, e ausência de amenorreia. Para o grupo controle foram selecionados um grupo de 30 pessoas com AN típica diagnosticada e sem presença de comportamento purgativo<sup>17</sup>.

A característica chave que unia os pacientes de Russel, mais do que a purgação, era a presença dos episódios bulímicos. Em um artigo em alusão aos 25 anos da bulimia nervosa, Russel revisitou o tema com o crivo do tempo e contou que, surpreendentemente, já havia entrevistado mais da metade dos pacientes da série quando se deu conta da centralidade da compulsão no transtorno. Uma paciente, que coincidentemente era médica, confidenciou os episódios bulímicos e a partir de então o sintoma passou a ser investigado e considerado a base para a seleção de pacientes<sup>17</sup>.

Também a partir da perspectiva que o tempo trouxe ao tema, Russel reconheceu que a visão pessimista de que a BN teria um prognóstico pior do que a AN não se confirmou. No artigo, Russel defende e elenca evidências a favor da hipótese de que a BN seja de fato uma doença da modernidade, sem um histórico como o da AN que pode ser rastreado desde a Idade Média<sup>17</sup>.

Apesar de envolvimento em algum grau de controvérsia, o histórico da BN como síndrome, ou seja, com uma psicopatologia específica, é considerado pela maioria dos historiadores e estudiosos como tendo seu início no século XX, aumentando em prevalência sobretudo após os anos 1940 e mais vertiginosamente após sua descrição em 1979<sup>17-19</sup>.

Uma visão contrária foi apresentada por Ziolk<sup>20</sup>, que defende a presença de síndromes compatíveis com comer excessivo desde o século IV, por ele consideradas precursoras da BN que sofreram mudanças culturais ao longo dos anos<sup>20</sup>. Entretanto, a maioria dos historiadores considera essas síndromes precursoras distintas do atual diagnóstico de BN, sobretudo pela ausência de uma psicopatologia comum.

Um caso consensualmente descrito entre os historiadores como compatível com um dos primeiros registros médicos daquilo que posteriormente seria atribuído à BN moderna é o de Ellen West, detalhadamente descrito em uma monografia de Binswanger<sup>21</sup>.

Ellen West adoeceu por volta dos 20 anos de idade e seguiu cronicamente doente até sua morte por suicídio aos 33 anos. Ela apresentava, de início, medo mórbido de engordar e restrição alimentar. Evoluiu com desejos intensos por comida, compulsão alimentar, vômitos, uso de hormônios da tireoide e laxativos visando a perda de peso. A partir dos 30 anos, o quadro se agravou com sintomas depressivos e tentativas de suicídio. Internada em um hospital psiquiátrico, ela “devorava comida como um animal selvagem”. A paciente foi avaliada e recebeu diagnósticos distintos de expoentes como o próprio Binswanger, Kraepelin e Bleuler. Para Kraepelin tratava-se de uma melancolia, e para Binswanger e Bleuler a paciente sofria de uma forma de esquizofrenia<sup>15,22</sup>.

Abordaremos posteriormente como as classificações

diagnósticas de BN evoluíram desde sua descrição original até os dias atuais e uma breve atualização terapêutica.

### ***Transtorno da Compulsão Alimentar***

Por volta da década de 1950, começou-se a observar indivíduos obesos em busca de tratamento para emagrecer que apresentavam episódios de alimentar-se copiosamente, não conseguindo ter autocontrole nesses episódios. Todavia, eles não apresentavam comportamentos purgatórios posteriores<sup>13-10</sup>.

Stunkard<sup>23</sup> descreveu um padrão alimentar, comum em obesos, do que posteriormente seria caracterizado como o atual TCA, onde apresentou aspectos teóricos e clínicos dos problemas da alimentação excessiva e da obesidade. O estudo observou ainda padrões alimentares em camundongos obesos e não obesos e como a obesidade afetava o processo. No final do trabalho foram descritos três padrões alimentares distintos. O primeiro desses padrões é o da síndrome da alimentação noturna, caracterizada por anorexia matinal, hiperfagia noturna e insônia. O segundo padrão é o da compulsão alimentar, em que grandes quantidades de comida são consumidas de maneira orgiástica em intervalos irregulares. O terceiro padrão é o de comer sem saciedade, que tem sido observado em pessoas que sofrem de danos ao sistema nervoso central.

Todavia, durante as décadas subsequentes, o TCA não foi reconhecido como transtorno psiquiátrico devido ao comportamento ser atribuído como comportamento habitual relacionado a obesidade. Apenas em 1994 o TCA é incluso no DSM-IV no apêndice B<sup>8</sup>.

## **CLASSIFICAÇÕES AO LONGO DOS ANOS**

### ***CID***

#### **Bulimia Nervosa**

Dentro da Classificação Internacional de Doença, a Bulimia aparece como entidade clínica com classificação própria na CID-9 no ano de 1979, no mesmo ano da publicação do estudo de Russell<sup>16</sup>. Todavia, a definição se encontrava limitada, tendo em vista que se caracterizava de uma patologia recém descrita.

- Classificação CID-9-CM: código 307.51

*Transtorno alimentar caracterizado por um ciclo de compulsão alimentar (bulimia ou compulsão alimentar) seguido por atos inadequados (purgação) para evitar o ganho de peso. Os métodos de purga geralmente incluem vômito autoinduzido, uso de laxantes ou diuréticos, exercícios excessivos e jejum.*

Na CID-10 (1999) nota-se uma ampliação dos critérios diagnósticos e a mudança do termo Bulimia para Bulimia Nervosa, termo proposto na descrição original da doença por Russel. Quanto à ampliação dos critérios diagnósticos, foram definidos a frequência dos episódios de compulsão alimentar, o período mínimo de adoecimento e a presença da psicopatologia central da doença: medo de engordar.

- Classificação CID-10: código F50.2

*Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses) preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida;*

*Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos);*

*Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.*

Por fim, na nova Classificação Internacional de Doença publicada em 2019 (a entrar em validade em janeiro de 2022) há mudanças acerca da frequência da compulsão alimentar, definição mais clara do que corresponde a um episódio bulímico e um critério excludente para auxiliar no diagnóstico diferencial com a anorexia nervosa.

- Classificação CID-11

*Episódios frequentes e recorrentes de compulsão alimentar, 1 vez por semana ou mais, por um período de pelo menos 1 mês;*

*Um episódio de compulsão alimentar é definido como um período distinto em que o indivíduo experimenta uma sensação subjetiva de perda de controle sobre o ato de comer, comendo uma quantidade significativamente maior que o habitual, e sente-se incapaz de parar de comer ou limitar a quantidade e o tipo de alimento que está ingerindo;*



*Esses episódios são acompanhados por mecanismos compensatórios inapropriados que visam evitar o ganho de peso (por exemplo, vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes ou enemas e exercícios físicos em excesso);*

*O indivíduo preocupa-se com a forma e peso corporal e isto influencia significativamente a sua autopercepção;*

*Nesses casos, o peso não é significativamente baixo e o indivíduo não preenche critérios para anorexia nervosa.*

As principais mudanças na classificação da CID acerca da bulimia estão resumidas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Evolução da classificação pela CID para Bulimia Nervosa

Nº do CID	Característica inerentes a classificação
CID-9	. Sem classificação anterior; . Primeira vez que BN recebe classificação; como entidade clínica isolada; . Conceito ainda limitado; . Incluída no CID pouco após estudo de Russell (1979).
CID-10	. Ampliação dos critérios diagnósticos; . Mudança do termo de Bulimia para Bulimia Nervosa; . Aborda características inerentes da doença, como: número de episódios de compulsão alimentar e o receio do ganho ponderal.
CID-11	. Classificação prevista para entrar em vigor em janeiro de 2022; . Mudança do número de episódios de compulsão alimentar em relação CID-10 (passa de 2x por semana por 3 meses para uma vez por semana ou mais por vários meses); . Amplia conceito de compulsão alimentar; . Exalta a necessidade de diagnóstico diferenciais.

### Transtorno da Compulsão Alimentar

O Transtorno da Compulsão Alimentar é um diagnóstico nosológico caracterizado na CID apenas na décima primeira edição do manual, publicada em 2019 e que entrará em vigência em 2022. Anteriormente, não havia menção ao diagnóstico na classificação, havendo apenas a possibilidade de codificação como Transtorno de alimentação não especificado (F50.9). Na

CID-11 o TCA possui os seguintes critérios diagnósticos:

#### • Classificação CID-11

*Episódios frequentes e recorrentes de compulsão alimentar, uma vez por semana ou mais, em um período de vários meses;*

*Um episódio de compulsão alimentar é um período distinto de tempo no qual o indivíduo experimenta uma sensação subjetiva de perda de controle sobre o ato de comer, alimentando-se significativamente mais e de forma diferente do habitual, sentindo-se incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou a quantidade de comida ingerida;*

*A compulsão alimentar é percebida de forma muito desagradável e frequentemente é acompanhada de emoções negativas como culpa ou desgosto;*

*Os episódios de compulsão alimentar, diferentemente da bulimia nervosa, não são acompanhados regularmente de comportamentos compensatórios inapropriados que visam prevenir o ganho de peso, tais como autoindução de vômitos, uso inadequado de laxantes ou exercício físico intenso.*

### DSM

#### Bulimia Nervosa

No DSM, a BN surge com classificação própria no ano de 1980, na 3ª edição do manual. Os critérios diagnósticos são mais detalhados e específicos do que aqueles apresentados na CID 9 no ano anterior, permitindo uma definição mais clara e uma padronização da classificação de casos da nova entidade por clínicos e pesquisadores.

#### • DSM III (1980)

*A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar (consumo rápido de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo discreto, normalmente menos de duas horas);*

*B. Pelo menos três dos seguintes:*

*(1) Consumo de alimentos de alto teor calórico, facilmente ingerido durante uma compulsão*

*(2) Comer inconscientemente durante uma compulsão*

*(3) Término de tais episódios alimentares por dor abdominal, sono, interrupção social ou vômito autoinduzido*

*(4) Tentativas repetidas de perda de peso por dietas severamente restritivas, vômitos autoinduzidos ou uso de laxantes ou*

*diuréticos*

(5) *Flutuações de peso frequentes maiores que dez quilos devido à alternância de compulsão e jejum*

C. *Consciência de que o padrão de alimentação é anormal e medo de não poder parar de comer voluntariamente;*

D. *Humor deprimido e pensamentos autodepreciativos depois de comer compulsivamente;*

E. *Os episódios bulímicos não são devido a Anorexia Nervosa ou qualquer distúrbio físico conhecido.*

Nove anos após a 3ª edição do DSM, surge o DSM III-R, o qual revisa os critérios diagnósticos da BN. Dentre as mudanças, nota-se a definição da frequência dos episódios bulímicos, além da exclusão do critério que exigia presença de sintomas como humor deprimido e autodepreciação após os episódios, conforme observado abaixo.

● **DSM III-R (1989)**

A. *Episódios de voracidade recorrentes (rápido consumo de uma grande quantidade de alimento em um período limitado de tempo);*

B. *Sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios de voracidade;*

C. *Empenho da pessoa ou em vômitos autoinduzidos, uso de laxativos, ou diuréticos, dieta estrita ou jejum, ou exercícios vigorosos para prevenir o aumento de peso;*

D. *Média de no mínimo dois episódios bulímicos por semana durante pelo menos três meses;*

E. *Preocupação excessiva persistente pela forma do corpo e o peso.*

Posteriormente, na 4ª edição do DSM, há uma caracterização mais minuciosa do conceito de compulsão alimentar dentro do contexto da BN. Ademais, são acrescentados dois subtipos da doença (BN purgativa e BN não purgativa), a depender dos métodos compensatórios utilizados, conforme apresentado abaixo.

● **DSM IV (1995)**

A. *Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:*

(1) *Ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro*

*de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares*

(2) *Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo);*

B. *Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos;*

C. *A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses;*

D. *A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo;*

E. *O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.*

*Especificar tipo:*

*Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.*

*Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.*

Na revisão da 4ª edição do DSM (DSM IV-TR em 2002) não foram observadas mudanças nos critérios diagnósticos da BN.

Na 5ª edição do DSM, por sua vez, notam-se importantes modificações acerca da classificação da BN no manual. A primeira mudança observada foi a extinção dos subtipos purgativo e não purgativo. Além disso, a frequência mínima dos episódios foi reduzida para uma vez por semana, bem como período mínimo de adoecimento foi reduzido para três meses. Também foram acrescentados especificadores acerca da remissão e da gravidade, conforme observado abaixo.

● **DSM V**

A. *Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes*

aspectos:

(1) *Ingestão, em um período de tempo determinado (por ex., dentro de cada período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias similares*

(2) *Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está ingerindo);*

*B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso;*

*C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante 3 meses;*

*D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo;*

*E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.*

*Especificar se:*

*Em remissão parcial: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.*

*Em remissão completa: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.*

*Especificar a gravidade atual:*

*O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (ver a seguir).*

*O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.*

*Leve: Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.*

*Moderada: Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.*

*Grave: Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.*

*Extrema: Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.*

O Quadro 2 resume a evolução da classificação da bulimia pelo DSM.

**Quadro 2.** Evolução da classificação pela DSM para Bulimia Nervosa

Nº do CID	Característica inerentes a classificação
DSM III	. Primeira classificação da BN como doença isolada na classificação; . Classificação inserida 1 ano após publicação de Russell (1979); . Classificação mais ampla em relação ao CID.
DSM III-R	. Definido pela primeira vez na classificação número de episódios de compulsão alimentar (2 episódios por semana por 3 meses); . Desvencilhamento do quadro de humor no curso da doença.
DSM IV	. Descrição mais detalhada das características dos episódios de compulsão alimentar; . Acrescentado subtipos da doença (purgativo e não purgativo).
DSM IV-TR	. Sem mudanças em relação ao DSM IV
DSM V	. Término da classificação dos subtipos da doença; . Distinção entre BN e TARE; . Classificação da gravidade e remissão dos sintomas.

### Transtorno da Compulsão Alimentar

O TCA é citado pela primeira vez no DSM em 1994, em sua 4ª edição, ainda como uma categoria provisória no apêndice B. Na ocasião, o termo original “*Binge Eating Disorder*” foi traduzido como Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) para a versão brasileira do manual, o que foi corrigido na edição seguinte para Transtorno da Compulsão Alimentar apenas. Apresentava os seguintes critérios diagnósticos:

- Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV (apêndice B)  
*Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar + perda de controle);*  
*Comportamentos associados à compulsão alimentar: (pelo menos três)*

1. *Comer rapidamente*

2. *Comer até sentir-se cheio*

3. Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome

4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida

5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão;

Acentuada angústia pela compulsão alimentar;

Frequência e duração da compulsão alimentar: média de dois dias/semana por seis meses

Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados (ex. purgação);

Posteriormente, no DSM-V o conceito de TCA é ampliado com mais detalhes, sendo elevado à categoria nosológica principal, ao lado da AN e da BN. Além disso, a frequência dos episódios e a duração mínima do adoecimento foram reduzidos para uma vez por semana nos últimos três meses, respectivamente. São acrescentados ainda especificadores de gravidade e remissão, conforme apresentado abaixo.

#### ● Classificação DSM-5

*Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:*

. *Ingestão, em um período determinado (p. ex., em 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.*

. *Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo);*

*Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:*

- *Comer mais rapidamente do que o normal.*

- *Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.*

- *Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.*

- *Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.*

- *Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida;*

*Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.*

*Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos 1 vez por semana durante 3 meses;*

*A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia*

*nerposa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa;*

*Especificar se:*

- *Em remissão parcial: depois de terem sido previamente satisfeitos todos os critérios de TCA, as compulsões alimentares ocorrem em uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.*

- *Em remissão completa: depois de terem sido previamente satisfeitos todos os critérios de TCA, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.*

*Especificar a gravidade atual:*

*Leve: 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.*

*Moderada: 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.*

*Grave: 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.*

*Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.*

No Quadro 3 pode-se observar as principais mudanças da classificação do TCA pelo DSM.

**Quadro 3.** Evolução da classificação pela DSM para TCA

Nº do CID	Característica inerentes a classificação
DSM IV	. Primeira classificação da TCA como entidade clínica isolada na classificação; . Inicialmente possui a nomenclatura de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP); . Primeiros relatos da doença em 1950, porém só incluída na classificação em 1994; . Define conceitos e critérios diagnósticos iniciais da doença.
DSM IV-TR	. Sem mudanças em relação ao DSM IV
DSM V	. Mudança da nomenclatura para Transtorno de Compulsão Alimentar; . Ampliação dos critérios diagnósticos com características mais detalhadas acerca da ingestão dos alimentos e sofrimento causado pela doença; . Classificação da gravidade e remissão dos sintomas.

Nota: O TCA aparece no CID como doença isolada na 11ª edição. Dessa forma, não comparativo com edições anteriores.

## ATUALIZAÇÕES SOBRE TRATAMENTO

O tratamento dos TA consiste em uma abordagem multiprofissional, com uma equipe mínima constituída por psiquiatra, psicólogo e nutricionista. A equipe deve ser experiente no manejo de quadros de TA e atuar em conjunto, com abordagens coordenadas de um plano terapêutico único<sup>14,15, 24</sup>.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) deve ser considerada a primeira linha no tratamento da BN. Ela pode ser associada a farmacoterapia. A fluoxetina, um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) na dose média de 60 mg/dia (Himmerich e Treasure, 2018)<sup>24</sup> é a droga mais utilizada e a única aprovada pelo “Food and drug administration” (FDA) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Outras drogas antidepressivas foram testadas e mostraram-se úteis; entre elas, os ISRS, como sertralina, fluvoxamina, citalopram, o topiramato, um anticonvulsivante, que tem como efeito colateral a perda de apetite também mostrou redução significativa dos sintomas de compulsão alimentar, purgação e psicopatologia associada da BN na dose-alvo de 200mg/dia. Entretanto, o perfil de efeitos colaterais, incluindo sedação e efeitos na cognição e memória, deixam essa droga resguardada para aqueles pacientes sem resposta aos ISRS e psicoterapia<sup>25</sup>.

No tratamento do TCA, a psicoterapia também tem papel central e a TCC também é a abordagem mais indicada. Entre os psicofármacos, a lisdexanfetamina, um psicoestimulante também usado para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é a única droga aprovada pelo FDA e pela ANVISA para o tratamento do TCA<sup>24,26</sup>. Outras drogas estudadas e frequentemente utilizadas são os ISRS,

principalmente a fluoxetina, os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), como a venlafaxina, em doses geralmente altas e o topiramato, um anticonvulsivante<sup>27</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso dos TA, a influência cultural do ideal de magreza da atualidade, além da oferta excessiva de alimentos palatáveis, contribui seja no surgimento de novas formas de adoecimento mental ou no fenômeno da patoplastia, onde a cultura molda patologias antigas. Por outro lado, uma vez reconhecidos e incorporados às classificações os “novos” diagnósticos, os estudiosos buscam otimizar os seus critérios para um ponto de corte idealmente acurado em termos de frequência e tempo de adoecimento e refinar o detalhamento dos fenômenos a fim de objetivar e unificar a avaliação. Inevitavelmente, nesse processo perde-se especificidade quando se amplia a sensibilidade dos critérios e, por mais útil que a objetividade possa ser para uso clínico universal ou para a pesquisa, sua busca sacrifica o intangível e o subjetivo que sempre permeará o comportamento humano e, em consequência, a psiquiatria.

Conhecer a evolução histórica do conceito de uma patologia e as mudanças de seus critérios diagnósticos ao longo do tempo permite ao clínico uma visão mais lúcida e permeada de perspectiva. Não se trata apenas de conhecer as classificações mais atuais e aplicá-las mecanicamente, mas compreender as mudanças implementadas a luz de novos conhecimentos científicos ou do contexto sociocultural vigente. Assim podemos ter uma visão mais abrangente e mesmo crítica das atuais classificações, a partir da consciência de sua provisoriedade e falibilidade.



## REFERÊNCIAS

1. Kaisermann J, Pawlowski M, Mendel Y. História da medicina. Cambridge Stanford Books, 1957. [citado 2021 Mar 7]. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=jB\\_NDwAAQBAJ](https://books.google.com.br/books?id=jB_NDwAAQBAJ)>.
2. Laurenti R, Nubila HBV, Quadros AAJ, Conde MTRP, Oliveira ASB. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2013; 71: 3-10.
3. ingenix. ICD-9-CM Professionals for hospitals 2006. Clifton Park, NY: Cengage Learning; 2006.
4. Saúde O M D. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças com disquete. São Paulo: EdUSP; 1994.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artmed; 1994.
6. Reid WH, Wise MG. DSM-III-R Training guide. New York, USA: Brunner/Mazel; 1989.
7. Spitzer RL. DSM-III case book: a learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association; 1981.
8. STAFF APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994.
9. Derbli M. Uma breve história das revisões do DSM. ComCiência; 126, 2011.
10. Appolinario JC, Freitas S, Nazar B. Transtornos alimentares. In: Associação Brasileira de Psiquiatria; Nardi AE, Silva AG, Queve JL, editors. PROPSIQ Programa de Atualização em Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 43-93.
11. Miguel EC, Lafer B, Elkis H, Forlenza OV. Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes psiquiátricas. São Paulo: Manole; 2021.
12. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. Current opinion in psychiatry. 2016;29(6): 346-53.
13. Bloc LG, Nazareth ACP, Melo AKS, Moreira V. Transtorno de compulsão alimentar: revisão sistemática da literatura. Rev. Psicol. Saúde. 2019; 11(1): 3-17.
14. Bonini AF, Carvalho FA, Ferreira RR, Melo MHS. Evolução dos critérios para o diagnóstico de Bulimia Nervosa: revisão sistemática. Rev. Bras. Psicoter. 2018; 20(2):65-83.
15. Cordás TA, Claudino ADM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Braz. J. Psychiatry. 2002; 24(3).
16. Cordás TA, Claudino ADM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Braz. J. Psychiatry. 2002; 24(3).
17. RUSSELL G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological medicine. 1979; 9(3):429-48.
18. Russell GF. Thoughts on the 25th anniversary of bulimia nervosa. European Eating Disorders Review. 2004; 12(3):139-52.
19. Casper RC. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome a historical view. International Journal of Eating Disorders. 1983; 2(3): 3-16, 1983.
20. Stunkard A. A description of eating disorders in 1932. American Journal of Psychiatry. 1990; 147(3): 265-68.
21. Ziolko HU. Bulimia: A historical outline. International Journal of Eating Disorders. 1996; 20(4):345-58.
22. Binswanger L. Der fall ellen west. Studien zum schizophränie problem. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, LII, LIV e LV; reimpresso em SCH e AW 4; traduzido como *Le cas Ellen West: Schizophrénie deuxième étude*, Paris: Gallimard; 2016; traduzido como "O Caso de Ellen West", EX 237-364.
23. Russell GFM. The history of bulimia nervosa; 1997.
24. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. Psychiatric quarterly. 1959; 33(2): 284-95
25. Himmerich H, Treasure J. Psychopharmacological advances in eating disorders. Expert review of clinical pharmacology. 2018; 11(1): 95-108.
26. Miguel EC, Lafer B, Helio Elkis, Forlenza OV. Clínica psiquiátrica: a terapêutica psiquiátrica. 2ed. Barueri: Manole; 2021. v. 3. 1280p.
27. Hudson J I, McElroy S L, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2017; 74(9): 903-10.
28. Appolinario JC.; Nardi AE.; Mcelroy SL. Investigational drugs for the treatment of binge eating disorder (BED): an update. Expert opinion on investigational drugs. 2019; 28(12):1081-94, 2019.

**Como citar:** Gomes SB, Nogueira RS, Souza SA Jr., et al. Evolução histórica dos conceitos e critérios diagnósticos da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar: uma revisão de literatura. Dialog Interdis Psiq S Ment. 2021;1(1):60-9.



# Desafios para o cuidado em saúde mental de cuidadores de crianças e adolescentes atendidos em um serviço psiquiátrico terciário no contexto da pandemia da COVID-19

*(Challenges For Mental Health Care For Caregivers Of Children And Adolescents Seen In A Tertiary Psychiatric Service In The Context Of The COVID-19 Pandemic)*

Carla Barbosa Brandão<sup>1</sup>, Maria Marleide de Oliveira<sup>2</sup>, Lindinalva Silva Chaves de Amorim<sup>2</sup>, Júlia Sâmia Meneses do Carmo Chaves<sup>2</sup>, Lívia Maria Eugenio Lopes<sup>2</sup>, Cidianna Emanuely Melo do Nascimento<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará,

<sup>2</sup>Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto

**Autor correspondente:** carla.barbosa@aluno.uece.br

## RESUMO

O contexto da pandemia do novo coronavírus acentuou os impactos negativos sobre a demanda do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, bem como a necessidade de um olhar atento para a família e cuidadores. O objetivo do artigo é apresentar a experiência da implantação de um ambulatório de família em um serviço terciário especializado em Psiquiatria da infância e adolescência, destacando as estratégias de enfrentamento para os desafios relacionados à manutenção do atendimento no contexto da pandemia da Covid-19. Realizou-se um relato de experiência de trabalhadoras de saúde – uma psiquiatra, duas psicólogas e uma assistente social – do Núcleo de Atenção à Infância e à Adolescência, durante o período de março a dezembro de 2020. Apresenta-se nos resultados e discussão: origem e organização do Núcleo de Atenção à Infância e à Adolescência; e, os desafios relacionados ao atendimento na pandemia da Covid-19 e estratégias de enfrentamento. Considera-se de suma importância a manutenção do funcionamento de serviços voltados para o cuidado com a saúde mental de cuidadores de crianças em acompanhamento psiquiátrico. Assim, a manutenção da abordagem multidisciplinar voltada para os cuidadores tem se mostrado valiosa para o seguimento e melhor compreensão dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em acompanhamento, especialmente diante do desafiador contexto imposto pela Covid-19.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Saúde da criança e do adolescente. Covid-19.

## ABSTRACT

The context of the new coronavirus pandemic highlighted the negative impacts on the demand for mental health care for children and adolescents, as well as the need for a careful look at the family and caregivers. The objective of the article is to present the experience of implementing a family outpatient clinic in a tertiary service specializing in Psychiatry for children and adolescents, highlighting the coping strategies for the challenges related to the maintenance of care in the context of the Covid-19 pandemic. An experience report of health workers was carried out – a psychiatrist, two psychologists and a social worker – from the Child and Adolescent Care Center, from March to December 2020. The results and discussion are presented: origin and organization of the Child and Adolescent Care Center; and, the challenges related to the assistance in the Covid-19 pandemic and coping strategies. It is considered of paramount importance to maintain the functioning of services aimed at caring for the mental health of caregivers of children undergoing psychiatric care. Thus, maintaining the multidisciplinary approach aimed at caregivers has proven to be valuable for the follow-up and better understanding of the mental health problems of children and adolescents being followed, especially in view of the challenging context imposed by Covid-19.

**Keywords:** Mental health. Child and adolescent health. Covid-19.

## RESUMEN

El contexto de la nueva pandemia de coronavirus destacó los impactos negativos en la demanda de atención de salud mental para niños y adolescentes, así como la necesidad de una mirada atenta a la familia y los cuidadores. El objetivo del artículo es presentar la experiencia de implementar un ambulatorio familiar en un servicio terciario especializado en Psiquiatría para niños y adolescentes, destacando las estrategias de afrontamiento a los desafíos relacionados con el mantenimiento de la atención en el contexto de la pandemia Covid-19. Se realizó un relato de experiencia de los trabajadores de la salud - psiquiatra, dos psicólogos y una trabajadora social - del Centro de Atención a la Niñez y la Adolescencia, de marzo a diciembre de 2020. Se presentan los resultados y discusión: origen y organización de la Atención a la Niñez y Adolescencia Central; y los desafíos relacionados con la asistencia en la pandemia de Covid-19 y las estrategias de afrontamiento. Se considera de suma importancia mantener el funcionamiento de los servicios destinados a cuidar la salud mental de los cuidadores de niños en tratamiento psiquiátrico. Así, mantener el enfoque multidisciplinario dirigido a los cuidadores ha demostrado ser valioso para el seguimiento y mejor comprensión de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes en seguimiento, especialmente en vista del contexto desafiante impuesto por Covid-19.

**Palabras llave:** Salud mental. Salud infantil y adolescente. Covid-19.

**Conflito de intereses:** Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

## INTRODUÇÃO

Desde dezembro de 2019, a humanidade vive uma pandemia sem precedentes. Da identificação do novo coronavírus, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, até a sua disseminação mundial ceifando milhões de vidas, medidas de controle sanitário têm sido sistematicamente implementadas. Contudo, ainda há incertezas sobre história natural da doença, tratamento, variações genéticas, transmissibilidade e sequelas<sup>1</sup>.

No Brasil, os primeiros casos importados foram registrados em fevereiro de 2020 e em 20 de março de 2020 constatava-se transmissão comunitária em todo o território nacional<sup>2</sup>. Nesse contexto institui-se a Lei no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, posteriormente alterada pela lei 14.019, de 2 julho de 2020, a qual dispõe sobre as ações recomendadas para enfrentamento da pandemia da Covid-19 e elenca as intervenções não farmacológicas a serem adotadas pela população, destacando-se dentre estas o isolamento físico e os planos de contingenciamento implementados pelos governos locais, que passaram a impor importantes desafios ao cuidado para com a saúde mental da população<sup>3</sup>, uma vez que a pandemia da Covid-19 resultou em um aumento geral em novos casos de depressão e ansiedade e uma exacerbação de problemas de saúde mental existentes<sup>4</sup>, evidenciada em recente pesquisa sobre a ocorrência de sintomas psiquiátricos na população brasileira. Nesta constatou-se elevada prevalência de sintomas de ansiedade (81,9%), depressão (68%), raiva (64,5%), sintomas somáticos (62,6%) e distúrbios do sono (55,3%)<sup>5</sup>.

O isolamento social, a carga econômica, com milhões de empregos perdidos, o aumento da pobreza e da desigualdade tendem ainda a acentuar tais problemas. Sendo este impacto cada vez mais forte em países em desenvolvimento<sup>6</sup>.

Apesar do aumento da demanda por cuidados em saúde mental decorrente da pandemia, a Organização Mundial da Saúde–OMS destaca que 75% dos países relataram interrupções parciais nos serviços de saúde mental na escola e no local de trabalho. Ainda que a maioria, cerca de 70%, tenha adotado a telemedicina como logística de acesso, há importantes disparidades ao se comparar países de alta e baixa renda e a ausência de financiamento adicional para cobrir gastos com a saúde mental é importante barreira para que esta demanda seja atendida<sup>7</sup>.

O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes demanda também um olhar atento para a família e cuidadores, pois o núcleo familiar é o primeiro grupo social experimentado pela criança e funciona como um sistema no qual um indivíduo não muda sem que os outros sejam de alguma maneira mobilizados<sup>8</sup>.

Diversos indicadores de disfunção familiar, incluindo comunicação inadequada ou distorcida, conflitos familiares, violência doméstica e abuso físico contra a criança foram associados à presença de doença mental entre os pais de crianças que são acompanhadas em serviços especializados para o tratamento de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes<sup>9</sup>.

Destaca-se, ainda, que a presença de problemas graves de saúde mental em um dos genitores, como ansiedade, depressão, transtorno afetivo bipolar, transtornos de personalidade e esquizofrenia, é um relevante fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na prole, sendo este aumento estimado em 41 a 77%. Tal fato tem origem multifatorial, destacando-se os fatores genéticos, como herdabilidade, estimada em 40 a 80%, e fatores ambientais. Evidenciam-se entre estes últimos os possíveis efeitos da doença dos genitores sobre a capacidade para prestar cuidados à prole, havendo possivelmente maior exposição a experiências de abuso e/ou negligência<sup>9</sup>.

Por outro lado, prover cuidado para crianças com problemas de saúde mental pode gerar sobrecarga, que tende a afetar negativamente o suporte oferecido<sup>10</sup>, implicando em piores respostas ao tratamento da criança, como redução da eficácia das intervenções terapêuticas<sup>9</sup>. A sobrecarga do cuidador, especialmente o familiar, relaciona-se ao fato de ser um trabalho contínuo, em tempo integral, que por vezes implica em tensão em outros relacionamentos, como com cônjuge, outros filhos, parentes e amigos, bem como ao descuido com a própria saúde física e mental<sup>10</sup>.

Tal fato se potencializa quando não há uma adequada rede de apoio social<sup>(10)</sup> e por vezes é reforçado por uma influência cultural, que faz com que o papel de cuidar recaia predominantemente sobre as mulheres, sendo a maioria dos

cuidadores familiares representados por mãe e avós<sup>11</sup>. Portanto o fortalecimento da rede de apoio social é uma potente ferramenta para os pais e cuidadores, especialmente os de crianças com deficiência intelectual, sendo um importante mecanismo de enfrentamento para a sobrecarga física e psíquica inerente ao cuidado de pessoas com problemas de saúde mental<sup>12</sup>.

Diante do exposto, o presente trabalho objetiva apresentar a experiência da implantação de um ambulatório de família em um serviço terciário especializado em Psiquiatria da infância e adolescência, destacando as estratégias de enfrentamento para os desafios relacionados à manutenção do atendimento no contexto da pandemia da Covid-19.

## MÉTODO

Realizou-se um relato de experiência de trabalhadoras de saúde – uma psiquiatra, duas psicólogas e uma assistente social – do Núcleo de Atenção à Infância e à Adolescência–NAIA, durante o período de março a dezembro de 2020. Não houve necessidade de submissão ao comitê de ética por se tratar de relato de experiência.

## ORIGEM E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

O NAIA faz parte da estrutura do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto-HSM desde março de 2005. É composto por equipe multidisciplinar que reúne psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e pediatras, sendo ainda campo de ensino para a Residência Médica em Psiquiatria geral e da infância e adolescência<sup>13</sup>.

É um serviço de referência no atendimento multiprofissional interdisciplinar a crianças e adolescentes portadores de problemas de saúde mental e busca realizar um atendimento integral com uma ampla abordagem psicossocial. Interage com a Escola e rede de apoio, favorecendo uma melhor

compreensão dos problemas de saúde mental, promovendo uma redução dos estigmas para que as crianças e os adolescentes possam experimentar uma melhor integração com seus pares, familiares e professores e adaptação às atividades compatíveis com sua faixa etária. Recebe pacientes de todo o Estado do Ceará

por meio das Centrais de Regulação - Central de Regulação do SUS do Governo do Estado do Ceará-CRESUS e Central Médica de Consultas e Exames da Prefeitura de Fortaleza-CMCEE. Conta com sete ambulatórios especializados: Núcleo de Atendimento do Transtorno do Espectro Autista-NUTEA; Núcleo de Atendimento da Ansiedade-NUANSIA; Ambulatório de Humor e Psicose; Ambulatório de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtornos Externalizantes; e Ambulatório de Triagem e Avaliação Inicial.

Diante da necessidade de se considerar a saúde mental dos cuidadores, da importância da realização de recomendações para o seu autocuidado, do fato de a grande parte das intervenções com cuidadores darem-se no sentido de orientações e treinamento parental e da constatação científica de que dependentes de cuidadores adoecidos podem responder menos a tais intervenções<sup>9</sup>, instituiu-se o ambulatório de família. O serviço objetiva oferecer apoio e cuidado aos familiares e cuidadores das crianças e adolescentes atendidos no NAIA, como parte importante da abordagem psicossocial, uma vez que a saúde mental dos cuidadores está diretamente relacionada à resposta adequada ao tratamento no contexto da infância e adolescência<sup>9,10</sup>.

O ambulatório conta com duas psicólogas, uma psiquiatra e uma assistente social. Os cuidadores são acompanhados pela equipe que se reúne regularmente para discussão dos casos e é mantido contato com os profissionais que acompanham os filhos ou dependentes de cada cuidador acompanhado.

O foco é o cuidado com o cuidador, sendo realizado tratamento psiquiátrico, psicoterápico e acompanhamento do serviço social para as suas demandas de saúde mental. São realizados também psicoeducação voltada para os problemas de saúde mental e orientações sobre como lidar com os comportamentos disfuncionais dos filhos ou dependentes. A captação de pacientes se dá por encaminhamento advindo dos ambulatórios especializados do NAIA.

O atendimento psicológico realiza-se por meio de psicoterapia individual dos cuidadores familiares e de outros membros da família mesmo não sendo cuidadores diretos, mas que apresentem demanda para psicoterapia. As técnicas,

procedimentos e instrumentos utilizados são adaptadas às necessidades individuais e baseiam-se em princípios teóricos da Teoria Sistêmica, Gestalterapia, Psicanálise, Terapia Cognitivo-Comportamental, Análise do Comportamento, Neuropsicodiagnóstico e Psicoeducação.

O Serviço Social atua na discussão de situações problema, no acompanhamento social das famílias, estimulando a participação no seu tratamento de saúde, na elaboração de relatórios sociais e pareceres, com o foco de realizar as articulações com a rede socioassistencial bem como realizar os encaminhamentos necessários a esta rede, bem como na discussão acerca dos direitos sociais individuais e familiares.

O atendimento psiquiátrico, além do diagnóstico e abordagem psicofarmacológica, busca integrar-se às demandas psicossociais de cada indivíduo, de maneira a estimular o vínculo com a equipe e a melhor a da saúde mental do cuidador com fortalecimento de seu senso de autoeficácia, o que visa também a um impacto positivo em relação ao tratamento das crianças e adolescentes acompanhados no serviço.

## **DESAFIOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO NA PANDEMIA DA COVID-19 E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

A chegada do tsunami pandêmico da Covid-19 ao Brasil impôs medidas de distanciamento físico e demandaram uma reorganização do serviço, durante a qual os profissionais da equipe passaram a realizar atendimentos remotos, que obtiveram grande aderência dos pacientes<sup>14</sup>. Estes sentiram-se acolhidos em suas necessidades e valorizados pela equipe.

Considera-se tal apoio fundamental em um momento no qual crianças e adolescentes têm sido especialmente impactados pela supressão do convívio social na escola. Cumpriram-se as medidas cabíveis de distanciamento físico, porém evitou-se o isolamento social, uma vez que remotamente a equipe manteve uma postura de escuta cuidadosa e empática, apoiando os cuidadores das crianças e adolescentes atendidos no serviço.

A despeito dos entraves logísticos existentes, especialmente nos primeiros meses de atendimento, uma vez que não havia estrutura montada para atendimentos remotos, os profissionais

utilizaram-se inicialmente de recursos próprios para que os atendimentos não fossem interrompidos em um período tão delicado e que demandava grande cuidado para com a manutenção da saúde física e mental dos cuidadores, muitos pertencentes a grupos de risco para complicações da Covid-19. Estes enfrentavam a suspensão de diversas terapias presenciais realizadas por seus filhos, a transição para um modelo de aulas remotas nas escolas, além de questões relacionadas a medos, incertezas, desemprego e dificuldades financeiras acentuadas pela pandemia. A sobrecarga relacionada ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental foi, portanto, drasticamente acentuada.

Contudo, nesse contexto de atendimentos remotos, observou-se como um ganho a oportunidade de conhecer o ambiente domiciliar de cada cuidador e assim compreender mais profundamente a dinâmica familiar apresentada, enriquecendo assim a discussão da equipe sobre possíveis intervenções.

Os casos mais delicados foram atendidos presencialmente, mesmo durante o período de lockdown, mantendo-se as necessárias medidas de segurança e o atendimento remoto foi mantido como opção após o retorno do funcionamento presencial do ambulatório, permitindo a manutenção de um contato mais próximo dos cuidadores com os profissionais do serviço. Os efeitos causados pelo Covid-19 se estenderão ao longo do tempo, social, biológica e psicologicamente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do contexto mundial de interrupção de serviços de saúde mental desencadeada pela pandemia da Covid-19 e do impacto do distanciamento social para a saúde mental da população, especialmente de crianças e adolescentes, relacionado ao fechamento das escolas, por dificuldades financeiras enfrentadas por familiares, pelo adoecimento, hospitalização e morte de parentes e pelo maior risco de exposição à violência doméstica. Considera-se de suma importância a manutenção do funcionamento de serviços voltados para o cuidado com a saúde mental de cuidadores de crianças em acompanhamento psiquiátrico.

Estas podem apresentar dificuldades em lidar com mudanças de

rotina, em expressar sentimentos e frustrações, em compreender as razões do isolamento físico, em adotar medidas básicas de higiene, dentre outras. Desta forma, os cuidadores tendem a reportar maiores níveis de estresse e ansiedade diante das demandas impostas pela pandemia, podendo haver desenvolvimento de problemas de saúde mental ou acentuação de sintomas pré-existentes. Tal fato implica em impacto negativo para o tratamento de seus tutelados.

Desta forma a manutenção da abordagem multidisciplinar voltada para os cuidadores têm se mostrado valorosa para o seguimento e melhor compreensão dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes em acompanhamento, especialmente diante do desafiador contexto imposto pela Covid-19.

## REFERÊNCIAS

- Huang, C.; Wang, Y.; Li, X.; Ren, L.; Zhao, J.; Hu, Y. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020, 395(10223): 497-506.
- Jesus J.G. Importation and early local transmission of Covid-19 in Brazil, 2020. *Rev Inst Med Trop SP*. 2020;62:e30.
- Oliveira, G. F.; Alves, M. C.; Costa, C. R.; Silva, A. M. S.; Lofiego, M. C. B.; Oliveira, V. C.; Neves, E. C.; Pimentel, C. G.; Assis, L. M. D. J.; Borges, G. C. Acolhimento psicológico durante o COVID-19: relato de experiência. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10070-10079 jul./aug. 2020.
- Sasangohar, F.; Jones, S. L.; Masud, F. N.; Vahidy, F. S.; Kash, B. A. Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesthesia & Analgesia*, 2020, 131(1), 106-111. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004866>
- Goularte, J. F.; Serafim S.D.; Colombo R.; Hogg, B.; Caldieraro, M.A.; Rosa A.R. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J Psychiatr Res*. 2021; 132:32-37.
- Carvalho A.; Melo, M.; de Sousa Soares, D. Impact of social distancing on mental health during the COVID-19 pandemic: An urgent discussion. *International Journal of Social Psychiatry*, 2020, 66(6), 625-626. <https://doi.org/10.1177/0020764020927047>
- Organização Mundial de Saúde - OMS. COVID-19 interrompe serviços de saúde mental na maioria dos países, revela pesquisa da OMS - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. 2020. Recuperado 14 de fevereiro de 2021, de <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2020-covid-19-interrompe-servicos-saude-mental-na-maioria-dos-paises-revela-pesquisa>
- Leicand, C. P.; Rothschild, D.; Lima, M. O. B. Abordagens familiares: terapia familiar e terapia vincular. O livro é: *Psiquiatria da Infância e adolescência. Cuidado multidisciplinar*. Editores: Boarati, M. A.; Pantano, T. Scivoletto, S. Ed Manole, 2016.
- Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): A scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01502-x>
- Moreno, J. C. (2020). *Caregiver Burnout. Capstone Projects and Master's Theses*. 765. [https://digitalcommons.csumb.edu/caps\\_thes\\_all/765](https://digitalcommons.csumb.edu/caps_thes_all/765)
- Dias B. C.; Marcon S. S.; Reis P.; Lino I. G. T.; Okido, A. C. C.; Ichisato, S. M. T.; Neves, E. T. Dinâmica familiar e rede social de famílias de crianças com necessidades especiais de cuidados complexos/contínuos. *Rev Gaúcha Enferm*, 2020, 41:e20190178.
- Cuzzocrea, F.; Murdaca, A. M.; Costa, S.; Filippello, P.; Larcán, R. Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care in Practice*, 2016, 22(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/13575279.2015.1064357>
- Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. (2009). Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência - NAIA. ([s.d.]). Recuperado 14 de fevereiro de 2021, de <http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/atencao-a-infancia-e-a-adolescencia>
- Guinancio, J. C.; Sousa, J. G. M. de; Carvalho, B. L. de; Souza, A. B. T. de; Franco, A. de A.; Floriano, A. de A.; Ribeiro, W. A. COVID – 19: Desafios do cotidiano e estratégias de enfrentamento frente ao isolamento social. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e259985474, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.5474. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5474>. Acesso em: 12 ago.

**Como citar:** Brandão CB, Oliveira MM, Amorim LS, et al. Desafios para o cuidado em saúde mental de cuidadores de crianças e adolescentes atendidos em um serviço psiquiátrico terciário no contexto da pandemia da COVID-19. *Dialog Interdis Psiqu S Ment*. 2021;1(1):78-81.