

# ESTUDOS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

Rogeovandra Martins Portela

Alda Lima Lemos

Glória Letícia Oliveira Gonçalves Lima

Elisângela Claudia de Medeiros Moreira

Aline Vitória Nantes de Abreu

Maria Emília Lúcio Duarte

Francisca Áurea Portela Martins Carvalho

Thiago Alves Rabelo Campos

Renan Barros Braga

[Organizadores]



Rogeovandra Martins Portela  
Alda Lima Lemos  
Glória Letícia Oliveira Gonçalves Lima  
Elisângela Claudia de Medeiros Moreira  
Aline Vitória Nantes de Abreu  
Maria Emília Lúcio Duarte  
Francisca Áurea Portela Martins Carvalho  
Thiago Alves Rabelo Campos  
Renan Barros Braga  
[Organizadores]

## **ESTUDOS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL**



Belém/PA  
2024

#### Nota

A medicina, em sua essência, é um campo em perpétua transformação. O conhecimento em ciências da saúde, impulsionado por novas pesquisas e pela experiência clínica em constante expansão, está sujeito a revisões e atualizações frequentes. As informações contidas neste livro, embora baseadas em fontes confiáveis e refletindo o estado da arte no momento da publicação, podem ser suplantadas por novos achados científicos ou por mudanças nas práticas clínicas. Diante da natureza dinâmica das ciências da saúde, o leitor assume um papel crucial na busca pelo conhecimento atualizado e seguro. A consulta a outras fontes confiáveis, como periódicos científicos indexados e diretrizes clínicas, é fundamental para complementar e confirmar as informações aqui apresentadas. As ciências da saúde, em constante evolução, exige do leitor uma postura ativa e crítica na busca pelo conhecimento. A informação médica, embora valiosa, deve ser sempre confrontada com outras fontes e discutida com profissionais de saúde qualificados, que podem fornecer orientação personalizada e segura.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por Editora Neurus – Bibliotecária  
Janaina Ramos – CRB-8/9166

E82

Estudos multiprofissionais em saúde mental / Rogeovandra Martins Portela (Organizadora)  
et al. – Belém: Neurus, 2024.

Livro em PDF

98 p.

ISBN 978-65-5446-009-5

1. Saúde mental. 2. Psiquiatria. 3. Saúde pública. I. Portela, Rogeovandra Martins  
(Organizadora). II. Título.

CDD 616.89

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores.

A *Editora Neurus* e os respectivos autores desta obra autorizam a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte. Os conteúdos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da *Editora Neurus*.

## Editor-Chefe

### **Tassio Ricardo Martins da Costa**

Enfermeiro, Mestrado em andamento, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Editor-chefe, Editora Neurus. Professor Universitário. Consultor em Desenvolvimento de Pesquisa em Ciências da Saúde. Belém, Pará, Brasil.

## Editora-Executiva

### **Ana Caroline Guedes Souza Martins**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutoranda, Programa de Doutorado Acadêmico Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI-FIOCRUZ-RJ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA. Belém, Pará, Brasil.

## Editora-Técnica

### **Niceane dos Santos Figueiredo Teixeira**

Enfermeira, Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Unidade de Terapia Intensiva adulto e em Estomaterapia, Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Belém, Pará, Brasil.

## Conselho Editorial

### **Sting Ray Gouveia Moura**

Fisioterapeuta. Mestre em Gestão de Empresas, Faculdade Pitágoras em Marabá. Doutor em Educação Física, Universidade Católica de Brasília (UCB), Marabá, Pará, Brasil.

### **Adriana Letícia dos Santos Gorayeb**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Universidade do Estado do Pará (UEPA). Reitora do Centro Universitário da Amazônia (UniFAMAZ), Pará, Brasil.

### **Simone Aguiar da Silva Figueira**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Santarém, Pará, Brasil.

### **Selma Kazumi da Trindade Noguchi**

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

### **Sarah Lais Rocha**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Marabá. Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Carajás, Pará, Brasil.

#### **Suane Coelho Pinheiro Viana**

Enfermeira. Mestre em Políticas de Saúde, Universidade Federal do Pará (UFPA). Responsável Técnica pelo curso de Enfermagem, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/PA), Belém, Pará, Brasil.

#### **Anne Caroline Gonçalves Lima**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Centro Cirúrgico, CME e RPA (CGESP). Especialista em Enfermagem Obstétrica. Belém, Pará, Brasil.

#### **Isis Ataíde da Silva**

Enfermeira. Mestre em Saúde da Amazônia. Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Oncologia na Modalidade Residência Uniprofissional em Saúde. Hospital Ophir Loyola/Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

#### **Daniel Figueiredo Alves da Silva**

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutor, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UniFAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

#### **Elcilane Gomes Silva**

Médica, Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

#### **Alfredo Cardoso Costa**

Biólogo, Doutor, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

#### **Renata Campos de Sousa Borges**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.

#### **Nathalie Porfirio Mendes**

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde do Idoso, modalidade residência. Coordenadora de Centro Cirúrgico HPSM-MP, SESMA. Docente no Centro Universitário FIBRA. Belém, Pará, Brasil.

#### **Leopoldo Silva de Moraes**

Enfermeiro. Biólogo, Doutor, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Doutorado em Neurociências e Biologia Celular, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.

#### **David José Oliveira Tozetto**

Médico intensivista. Doutor no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenador Adjunto do curso de medicina, UEPA, Marabá, Pará, Brasil.

#### **Elisângela Claudia de Medeiros Moreira**

Psicóloga, Doutora em Doenças Tropicais, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.

### **Benedito do Carmo Gomes Cantão**

Bacharel em Direito pela Faculdade Gamaliel. Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Cirurgia e Pesquisa experimental pelo Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CI-PE) da UEPA. Especialista em Enfermagem Oncológica e Terapia Intensiva. Coordenador da Clínica Cirúrgica e Oncológica do Hospital Regional de Tucuruí. Professor auxiliar IV, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.

### **Vanessa Costa Alves Galúcio**

Biomédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora e Mestre em Biotecnologia e Recursos Naturais, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia, em Gestão Ambiental e em Gestão da Segurança de Alimentos. Atualmente ministra aula na Faculdade Cosmopolita para os cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Biomedicina. Belém, Pará, Brasil.

### **Ilza Fernanda Barboza Duarte Rodrigues**

Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia (RENORBIO). Pós-Graduação em Farmacologia e Farmácia Clínica com ênfase em Prescrição Farmacêutica/IBRAS. Professora voluntária do Instituto de Ciências Farmacêuticas (ICF) na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ciências Farmacêuticas/UFAL. Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em Terapia Floral de Bach. Técnica em Química Industrial formada pelo Instituto Federal de Alagoas.



# INFORMAÇÕES SOBRE OS ORGANIZADORES

**Rogeovandra Martins Portela**  
Bacharel em Serviço Social, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde Coletiva, UFPA, Mestrado em andamento em Serviço Social, UFPA. Belém, Pará, Brasil.

**Alda Lima Lemos**  
Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazonia, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Docente do Curso de graduação em Enfermagem, UEPA. Belém, Pará, Brasil.

**Glória Letícia Oliveira Gonçalves Lima**  
Enfermeira, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde mental. Mestranda em ciências e meio ambiente, UFPA. Belém, Pará, Brasil.  
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/0865204583811346>

**Elisângela Claudia de Medeiros Moreira**  
Bacharelado e Licenciatura em Psicologia, Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Doenças Tropicais, UFPA. Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento, UFPA. Belém, Pará, Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0691-8053>

**Aline Vitória Nantes de Abreu**  
Médica, Centro Universitário do Pará (CESUPA). Especialização em psiquiatria no hospital de clínicas Gaspar Viana. Belém, Pará, Brasil.

**Maria Emília Lúcio Duarte**  
Enfermeira, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialização em Enfermagem do Trabalho, Instituição São Camilo. Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

**Francisca Áurea Portela Martins Carvalho**  
Enfermeira, NOVAFAPI. Especialização em Saúde da Família na Atenção Primária, Faculdade de Tecnologia Internacional; e na modalidade MBA em Auditoria em Serviços de Saúde, Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional. Brasil.  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1352525380643649>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8019-3559>

**Thiago Alves Rabelo Campos**  
Enfermeiro, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires (FACESA). Pós-graduação em auditoria em saúde. Atua no Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasil.

**Renan Barros Braga**  
Enfermeiro, Faculdade dos Carajás. Marabá, Pará, Brasil.  
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-8194-3024>





# APRESENTAÇÃO

Prezados(as) leitores(as), esta obra tem como foco apresentar evidências teóricas e práticas acerca de atuações multiprofissionais em saúde mental. Logo, é importante destacar que o excesso ou a falta de determinadas substâncias químicas cerebrais (neurotransmissores), a ausência de uma boa estrutura familiar, amigos, relacionamentos, a má alimentação e a falta de exercícios são alguns dos fatores que contribuem para o surgimento de doenças mentais.

Em continuidade, esta obra traz evidências sobre a importância da atividade física para o desenvolvimento motor de crianças com autismo, a ação de fisioterapia em crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista, assim como da assistência de enfermagem nas puérperas de parto cesariano com depressão pós-parto. Ademais, esta obra apresenta, ainda, a atuação do centro de atenção psicossocial no quadro de depressão, a pesquisa científica sobre distúrbios psiquiátricos infanto-juvenil e sobre a sobrecarga emocional da equipe multiprofissional atuante em saúde mental.

Boa leitura!



<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>13</b>
A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS COM AUTISMO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA <i>Bianca Blois Pinheiro Camboim; Ana Carla Dias Rodrigues; Arielle lima dos Santos; Bárbara Maria Mendes Farias Braga; Beatriz Cristina Ribeiro Miguel; Cássia Estanderléia Silva Araújo; Jéssica Sousa de Oliveira; Mauricio Henrique Pontes Santos; Mayara Madeira de Carvalho; Pedro Alves de Souza Neto</i>	
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>29</b>
A FISIOTERAPIA EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO DE LITERATURA <i>Joyce Ingrid de Oliveira Neves; Hericles Siqueira da Silva; Cybelle Silva do Couto Coelho</i>	
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>37</b>
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PUÉRPERAS DE PARTO CESARIANO COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA <i>Kendyson Weslen Silva Castro; Rita do Socorro Ribeiro Quaresma Oliveira</i>	
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>49</b>
A ATUAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO QUADRO DE DEPRESSÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA <i>Widson Davi Vaz de Matos; Tássio Ricardo Martins da Costa; Maíza Silva de Sousa; Joana D’Arc Aragão Costa</i>	
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>61</b>
PESQUISA CIENTÍFICA SOBRE DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENIL <i>Débora do Socorro Silva de Souza; Karymi Saraty Flor Mesquita</i>	
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	<b>81</b>
SOBRECARGA EMOCIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATUANTE EM SAÚDE MENTAL <i>Jamille da Costa Salvador; Ivana de Fátima Moreira Ramos; Raíssa Moura de Almeida; Raíssa Cristina Lima de Moraes</i>	
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>97</b>





## CAPÍTULO I

# A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS COM AUTISMO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Bianca Blois Pinheiro Camboim; Ana Carla Dias Rodrigues; Arielle lima dos Santos; Bárbara Maria Mendes Farias Braga; Beatriz Cristina Ribeiro Miguel; Cássia Estanderléia Silva Araújo; Jéssica Sousa de Oliveira; Mauricio Henrique Pontes Santos; Mayara Madeira de Carvalho; Pedro Alves de Souza Neto*

## INTRODUÇÃO

Em 1943, o autismo foi descrito pelo médico e pesquisador australiano Leo Kanner, no qual descreve o autismo como um grave transtorno de desenvolvimento, no qual interfere na capacidade da comunicação e do interagir (WILLIAMS, 2019). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatísticos de Transtorno Mentais (DSM) descreve o Transtorno do Autismo (TA) como uma irregularidade no processo de neurodesenvolvimento, ou seja, o indivíduo obtém determinadas funções prejudicadas, dentre elas estão: comunicação do comportamento e da interação social.

Diante disso, o isolamento social pode ser confundido como timidez. No qual no cotidiano do ser humano com TA pode ser vista na personalidade da criança, entre elas retardamento no seu desenvolvimento motor e para quem não tem uma orientação do profissional da educação, pode obter um pensamento de que a criança é preguiçosa para seu aprendizado (WILLIAMS, 2019).

De acordo com a República Federativa do Brasil (DEED), o número de matrículas da educação especial teve um alto índice de 33,2% entre os anos de 2014 a 2018. Com isso, os professores de educação física obtiveram a necessidade de inclusão aos alunos autistas em suas aulas, possibilitando ainda mais o desenvolvimento motor e interação social com atividades (XAVIER, 2020). Segundo o mesmo autor, relata que a educação física tem uma função de suma importância na interação do indivíduo em suas ações nas atividades físicas tais como: ficar de pé, correr, brincar etc.

Para Nascimento e Costa (2017), relatam que todo e qualquer ser humano precisa transmitir seus sentimentos com outros indivíduos, no qual enfatizam a comunicação, seja por gesto e/ou expressão. Para os mesmos autores, nenhum indivíduo fica ausente de se comunicar porque quer e sim por trata-se um déficit de comunicação.

Atualmente, as pesquisas demonstram que a cada 100 crianças, o transtorno é mais recorrente, haja vista, que pode ser classificada em diferentes graus, que afeta mais do sexo masculino do que no sexo feminino (LIU et al., 2016). Diante disso, o TA é acometido nos três primeiros anos de vida, quando os neurônios ainda estão em fase de

coordenação a comunicação e os relacionamentos sociais deixam de formas as conexões necessárias (MALUF; 2009).

Segundo Pinto (2015), analisou-se que as atividades físicas diárias e mais intensas contribuem para a redução nos comportamentos estereotipados e a hiperatividade de crianças com TEA, portando ressaltamos que, o profissional de educação física participa rotineiramente com as atividades físicas e aumenta-se gradativamente a intensidade das mesmas obtendo resultados esperados para contribuição do cotidiano deste indivíduo.

Com isso, neste estudo, será abordado a importância da Educação física no tratamento e desenvolvimento em crianças autistas, no qual demonstrando de que forma os Educadores Físicos podem contribuir na vida dessas crianças em seu desenvolvimento e crescimento. Para subsidiá-lo será necessário responder a seguinte questão norteadora: Qual a importância da educação física para o desenvolvimento motor de crianças com Transtorno autista?

Logo, o presente estudo tem como objeto geral: desvelar a importância de atividades físicas para o desenvolvimento motor de crianças com Transtorno do Espectro Autista. E para melhor enriquecer nossa temática enumeramos objetivos específicos, nas quais são: Identificar as principais dificuldades da criança com TA em seu desenvolvimento motor; refletir o papel do educador físico e as dificuldades no desenvolvimento motor em crianças com o transtorno do autismo; analisar a importância das atividades físicas no desenvolvimento da criança com TA. Portanto, o interesse pela temática sobre o Transtorno Autismo iniciou durante a vivência nos estágios curriculares obrigatórios, além disso a partir do levantamento e discussões acerca da temática mostraram o quão relevante é o assunto, principalmente no que tange cerca de 2 mil crianças (SOUZA, 2010).

Uma das questões fundamentais para profissionais que lidam com crianças que apresentam atrasos de desenvolvimento, é o conhecimento do perfil motor desses sujeitos, visto que tal elemento funciona como um mapeamento da realidade motora da criança a receber acompanhamento profissional especializado. Dessa forma, para traçar o perfil motor de uma pessoa são realizados vários testes ligados à coordenação



motora, habilidades motoras, afetivo social, entre outros, com o propósito de auxílio de diagnóstico (SOARES; CAVALCANTE, 2015).

Para reduzir e controlar os sintomas do TA existem vários tipos de práticas pedagógicas e terapêuticas. A variedade de práticas, voltadas para o tratamento do autismo, deve-se às diversas características que apresentam e à grande diferenciação na apresentação dos casos (TOLIPAN, 2000). Por práticas pedagógicas e terapêuticas não verbais compreendem-se todas aquelas em que o próprio processo de aprendizagem ou de terapia se estabelece através de um elemento mediador destas e da comunicação num sentido mais amplo (LIMA et al., 2017).

Segundo o mesmo autor, em oposição a estas práticas, identificam-se as práticas comportamentais que estabelecem uma comunicação verbal e mais direta com vistas à aprendizagem, normalmente, por repetição, de comportamentos socialmente aceitáveis. As práticas não-verbais procuram ampliar as formas de comunicação e expressão dos indivíduos com TA.

Ainda para os mesmos autores o corpo e o movimento são fontes de importância central para o estudo da comunicação humana. Nesta há o privilégio da linguagem verbal, porém a linguagem não verbal, incluindo a linguagem corporal, garante um enriquecimento da mesma. Para este reconhecimento apresenta quatro características, são elas: a precedência, a permanência, a expressividade e a visibilidade, explicadas a seguir.

Quanto à precedência, afirma que a linguagem do corpo antecede a linguagem verbal, pois antes da criança falar é possível, através da leitura do seu corpo (tonicidade, movimento, expressão facial etc.) conhecer os seus estados de humor. Já a permanência evidencia que o corpo está sempre a comunicar mesmo quando não verbalizamos, visto que a gestualidade, a expressão facial, a expressão corporal e a proxémica (gestão do espaço interpessoal) são mensagens que estamos permanentemente a emitir quando não falamos. Por sua vez a expressividade, na forma da linguagem corporal é expressiva, pois não é simplesmente um reforço, um sublinhado da linguagem verbal, assim como, a visibilidade revela que a linguagem do corpo é visível

ao exteriorizar e materializar muitos dos processos mentais que de outra forma seriam difíceis de observar (MICALISKI, 2020).

A prática da educação física é um componente de importante função a ser cumprida não apenas dentro das escolas, mas no cotidiano de cada criança com TA, devido suas riquezas nas práticas corporais e a contribuição para compreensão do corpo humano. Pois as práticas possibilitam a vivência da linguagem em diferentes formas (corporais, visual, sonora, escrita, entre outras), o que favorece a interação da criança com TA (MICALISKI, 2020).

## METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa de literatura, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, segmentada em 6 fases, que visam proporcionar síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos seguindo seis fases (SOUZA; SILVA; CARVALHO; 2010).

**1ª fase:** Pergunta norteadora: Qual a importância da educação física para o desenvolvimento motor de crianças com transtorno do espectro autista?

**2ª fase:** busca ou amostragem na literatura, está relacionada a fase anterior, os estudos selecionados devem ser amplos em seus dados e diversificados. Nessa fase, realizou-se o cruzamento dos descritores profissionais de educação física, transtorno autismo, desenvolvimento motor, crianças.

**3ª fase:** coleta de dados, extraiu-se os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro.

**4ª fase:** análise crítica dos estudos selecionados, manteve-se uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo.

**5ª fase:** discussão dos resultados, aconteceu após a interpretação e síntese dos resultados. Nela comparou-se os dados dos artigos estudados ao referencial teórico,

além disso, através dessa fase pode-se identificar lacunas do conhecimento que podem embasar futuras pesquisas.

**6ª fase:** apresentação da revisão integrativa, deve permitir que o leitor tenha uma avaliação crítica dos resultados e por isso a revisão de ser clara e completa com informações detalhadas e pertinentes.

O plano metodológico de análise de conteúdo, afirma que, uma pesquisa qualitativa é a presença ou ausência de características dentro de um fragmento de conteúdo considerado relevante para os estudos. A análise consiste em três fases, cada uma é fundamental para organizar os documentos necessários a pesquisa (BARDIN, 2011). A partir disso, o estudo foi realizado a partir do motor de busca Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE), Base de Dados de educação física (e repositório virtual Google acadêmico, no período de 2018 a 2022.

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados por meio do cruzamento dos descritores com o operador booleano *AND*. Foram selecionados os artigos que obedeceram aos critérios de inclusão. Em seguida, foram lidos parcialmente, quanto aos títulos, resumos e objetivos. A partir disso, foram coletados os dados de cada artigo selecionado, levando em consideração o instrumento que consta no anexo.

Foram incluídos artigos científicos disponíveis nos bancos de dados estipulados, cuja busca se realizou com base nos descritores: Transtorno do Autismo; educação física, crianças, desenvolvimento motor, artigos publicados na íntegra, em português e inglês, no período de 2017 a 2021. Artigos que abordem ou se aproximem de forma objetiva sobre transtorno do autismo e educador físico. Critérios de exclusão: Foram excluídos artigos de discussão abordando outros profissionais da área da saúde, aqueles que estavam em outra língua, e aqueles anteriores ao período determinado.

**Quadro 1 – Cruzamento dos descritores por bases de dados. Belém, PA, Brasil, 2022.**

Transtorno do Espectro do Autismo AND Educação Física AND Desenvolvimento Motor AND Criança	LILACS MEDLINE BDEFN PUBMED SciELO Google Acadêmico
Criança AND TEA AND Comportamento AND Educação Física	
Desenvolvimento AND Educação Física AND Transtorno do Espectro Autismo AND Criança	
Autism Spectrum Disorder AND Physical Education AND Motor Development AND Children	
children AND Autism Spectrum Disorder AND behavior AND Physical Education	
Development AND Physical education AND Autism Spectrum Disorder AND Children	

**Fonte:** Dos próprios autores.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário de análise de estudos, a ficha validada de Ursi (2005), para extrair as informações dos artigos, os pesquisadores devem usar um instrumento que permita analisar separadamente cada artigo, possibilitando a síntese dos mesmos. Logo, o objetivo do instrumento foi destacar a importância das atividades físicas em crianças com transtorno do TEA.

## RESULTADOS

Após o cruzamento dos descritores, foram obtidos um total de 101 artigos, sendo desses 89 encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), 9 no Google acadêmico e 3 no SciELO. Quanto a língua vernacúla, 45 artigos estavam em português e 56 em inglês. No quadro a seguir apresenta-se os achados conforme o cruzamento realizado e a base de dados dos artigos.

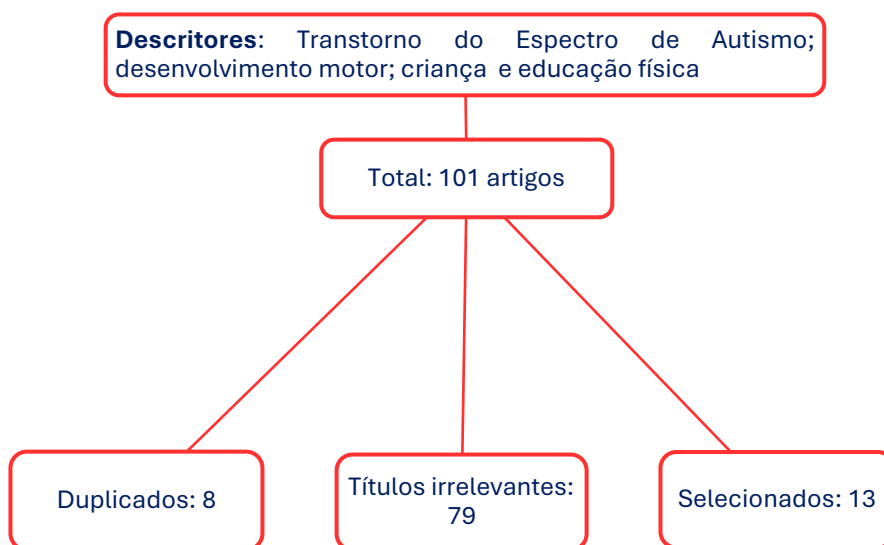
Na primeira análise, (79) artigos da BVS, sendo 39 da MEDLINE, 17 da LILACS e 23 da BDEFN foram excluídos pela irrelevância dos títulos para a pesquisa. Após a primeira exclusão, (10) artigos da BVS, 9 artigos do Google acadêmico e 3 do SciELO foram selecionados para passarem pelo teste de relevância II, através da leitura dos resumos, objetivos e resultados, em seguida exclui-se (8) artigos que estavam duplicados, restando (14) artigos para compor a seleção final desta pesquisa.

**Quadro 2** – Descritores cruzados, número de estudos identificados, selecionados e da amostra. Belém, PA, Brasil, 2022.

ESTRATÉGIA DE BUSCA	BASE DE DADOS	ESTUDOS		
		Identificados	Selecionados	Amostra
Transtorno do Espectro do Autismo AND Educação Física AND desenvolvimento motor AND criança	<b>MEDLINE</b>	45	6	2
	<b>LILACS</b>	19	2	1
	<b>PUBMED</b>	25	2	1
	<b>Google acadêmico</b>	9	9	8
Criança AND TEA AND comportamento AND educação física				
Desenvolvimento AND educação física AND transtorno do espectro autismo AND criança				
	<b>SciELO</b>	3	3	2
<b>TOTAL</b>		<b>101</b>	<b>22</b>	<b>14</b>

Fonte: Dos próprios autores.

**Figura 1** – Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos. Belém, PA, Brasil, 2022.



Fonte: Dos próprios autores.

A seguir, estão descritos em quadros, os artigos selecionados, que a partir da coleta e análise de dados, obteve-se os resultados dos objetivos pré-determinados.

**Quadro 3 – Descrição dos artigos selecionados por título, autor, ano de publicação, método e base de dados. Belém, PA, Brasil, 2022.**

N	TÍTULO	AUTOR / ANO	MÉTODO	BASE DE DADOS
1	Autismo: orientação para os pais.	BRASIL, 200	Bibliográfica	Google Acadêmico
2	Atividade física e barreiras em crianças com autismo de pelotas.	KRUGER 2015	Estudo epidemiológico transversal	Google Acadêmico
3	Efeitos da atividade física adaptada no perfil psicomotor de uma criança com espectro de autismo.	MESQUITA et al., 2015	Bateria de psicomotora de Vitor da Fonseca (2007)	Google Acadêmico
4	Aspectos Motores em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista: Revisão de Literatura.	CATELLI; D'ANTINO; BLASCOVI-ASSIS, 2016	Qualitativo-descriptivo	LILACS
5	Importância da prática de atividade física para as pessoas com autismo.	DE AGUIAR; PEREIRA; BAUMAN, 2017	Revisão da literatura	BVS
6	Efeitos da atividade física no autismo.	RICCO, 2017	Revisão sistemática	Google Acadêmico
7	O efeito do programa de atividades rítmica na interação social e na coordenação motora em crianças com TEA.	KRUGER et al., 2019	Delineamento experimental	BVS
8	Contribuição da educação física para o desenvolvimento motor e social do aluno com transtorno do espectro do autismo.	SILVA; PREFEITO; TOLOI, 2019	Estudo de Campo	SciELO
9	A inclusão de alunos autistas nas aulas de educação física do ensino fundamental.	XAVIER, 2020	Bibliográfica	PUBMED
10	Coordenação motora de crianças com transtorno do Espectro Autista: Efeitos de um programa de JIU-JITSU.	FONTES et al., 2020	Bateria de testes orperkoordination test fur Kinder	MEDLINE
11	Impacto do exercício físico no transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática.	CORRÊA et al., 2020	Revisão sistemática	BVS
12	Os benefícios da educação física com a crianças autistas.	ANDRADE; SOUSA, 2020	Pesquisa de campo, descritiva e diagnóstica de corte transversal	Google Acadêmico
13	O papel do professor de educação física na atuação com pessoas com transtorno do espectro autista em programa de esporte e lazer de Florianópolis.	FRANZONI; MARINHO, 2020	Pesquisa de campo descritiva-exploratória	SciELO

**Fonte:** Dos próprios autores.

Os artigos selecionados acima, após serem tabelados, foram classificados quanto aos seus objetivos e resultados, e em seguida foram interpretados, descritos e divididos em categorias, para assim facilitar a exposição, respondendo aos objetivos propostos pela pesquisa.

**Quadro 4 – Descrição dos artigos classificados em objetivos e resultados. Belém- PA, Brasil, 2020.**

N	OBJETIVOS	RESULTADOS
1	Objetivo de oferecer algumas informações básicas a respeito do autismo.	Os resultados dos tratamentos não estão diretamente vinculados nem a um número excessivo de terapias a que o autista esteja submetido, nem a um comprometimento ilimitado do orçamento doméstico.
2	Descrever a atividade física habitual de crianças com autismo entre quatro e 10 anos de idade residentes de Pelotas e investigar as barreiras para a prática de atividade física neste mesmo grupo de crianças.	A maioria das crianças (n=52) frequenta a escola comum, sendo que destes 43 participam das aulas de educação física.
3	Avaliar se a criança com espectro do autismo, após um plano de atividades adaptadas, melhora ou não o seu perfil psicomotor.	resultado evoluído para um perfil normal (20 pontos), verificando-se melhorias em todos os fatores exceto na Práxia Fina em que continuou a mostrar valores inferiores.
4	Levantar e analisar artigos sobre avaliação motora de indivíduos com TEA, por meio das bases de dados da Bireme e PUBMED.	Foram encontrados 120 artigos publicados entre 2011 e 2016. Desse total, 12 utilizaram e ou citaram algum tipo de teste de habilidades motoras. A literatura relata que dificuldades nas habilidades motoras estão presentes em indivíduos com TEA e podem causar impactos na vida cognitiva e social.
5	Objetivo deste estudo foi realizar uma revisão literária de trabalhos que apontassem a importância da prática de atividade física para o desenvolvimento de pessoas com TEA, apresentando exemplos de atividades já executadas com essa finalidade.	demonstram que, por meio da prática de exercícios como caminhada, equinoterapia, e atividades aquáticas as pessoas com autismo conseguem desenvolver melhor sua capacidade comunicativa, reduzir o comportamento antissocial, diminuir comportamentos que demonstram inadaptação, estereotípias e agressividade.
6	Objetivo do presente estudo é pesquisar sistematicamente e analisar criticamente a literatura relacionada aos efeitos da atividade física em indivíduos autistas.	Resultou-se que com os esportes aeróbios, analisamos que, em muitos casos, esportes coletivos possuem um maior impacto positivo na vida do autista do que esportes individuais.
7	objetivo verificar o efeito de um programa de atividades rítmicas na interação social e coordenação motora de crianças com transtorno do espectro autista (TEA).	Resultou-se através dos dados que foram comparados por meio da estatística não-paramétrica, com $p < 0,05$ . O grupo intervenção apresentou melhora nas habilidades motoras após as 14 semanas ( $p = 0,042$ ; tamanho do efeito de 1,86).
8	Objetivo deste estudo foi identificar, avaliar e avaliar a ação motora e social de alunos com TEA dentro das aulas de	Resultou-se que através dos estudos comprovam que a educação física para alunos com TEA pode trazer melhoras significativas em diversas áreas.

	Educação Física, buscando verificar como contribuições que uma área pode oferecer a essa clientela.	
9	O objetivo é refletir sobre as dificuldades neste processo nas aulas de Educação Física.	Resultou-se pela mostra a dificuldade do professor, e a falta de conhecimento e compreensão do conceito de que se trabalha hoje, sobre o que são de fato alunos com deficiência, e o papel da inclusão escolar.
10	verificar os efeitos de um programa de jiu-jitsu na coordenação motora de crianças com Transtorno do Espectro Autismo.	Os resultados apontaram que a prática de jiu-jitsu influenciou positivamente a coordenação motora das crianças.
11	verificar evidências científicas do impacto do exercício físico no tratamento do indivíduo portador do transtorno do espectro autista, inclusive quanto à coordenação motora e desenvolvimento cognitivo.	Resultou-se no estudo no qual constatou uma melhora na saúde metabólica das crianças do grupo exposto comparados ao grupo controle com redução de elementos do autismo na percepção dos pais.
12	Pesquisar a atuação do profissional de educação física com crianças com autismo.	Resultou-se que a maioria dos professores sentem dificuldades em trabalhar com alunos autistas, e todos tiveram disciplinas na graduação relacionadas a crianças com deficiências.
13	investigou o papel do professor de Educação física na atuação com TEA em um programa de esporte e lazer de Florianópolis (SC).	Resultou-se na possibilitar o desenvolvimento de habilidades e a melhoria da qualidade de vida, torna-se possível a socialização de pessoas com TEA a partir da reestruturação das práticas, por meio de atividades.

**Fonte:** Dos próprios autores.

## DISCUSSÃO

Há quase 60 anos o autismo vem sendo estudado, e devido alguns estudos é caracterizado como um distúrbio do desenvolvimento humano, porém ainda existem diversas divergências e grandes questões que não se obtém respostas concretas, pois ainda está em estudo. Ademais, as peculiaridades do autismo são muito fortes que até mesmo através de observações do cotidiano de um portador de TA, pode ser detectada, no qual há comprometimento em diversas áreas do desenvolvimento entre elas: ausência do interesse, interação social, percepção comprometida em sua existência e a empatia (DINIZ, 2017).

Para Williams (2019), com o lançamento da quinta edição do manual de diagnóstico e Estatístico de transtorno Mentais (DSM-5), o autismo passou-se a ser chamado de Transtorno do Autismo (TA), pois, dessa forma, engloba comportamentos que, apesar de serem distintos entre eles, encaixam-se no aspecto. Em continuidade,



percebe-se que um desses comportamentos é observado na síndrome de Asperger, no qual foi reconhecida como TA após a versão do Manual. E já em 2022 entrará em vigor pela classificação internacional de doenças (CID-11).

Segunda a revista *Autismo Guia para os pais* (2019), antigamente os níveis de autismo eram definidos em fraco, moderado e severo, porém essa classificação ficou desatualizada, dando lugar a análises referentes às capacidades de comunicação social e os comportamentos restritos e repetitivos. Outrossim, essa alteração foi feita por concluírem que o Espectro engloba diversos níveis, que variam de acordo com a necessidade de apoio de cada indivíduo.

Para Liu et al, (2016), em seus estudos relatam que os portadores de TA, o desenvolvimento motor não torna -se parâmetro para o diagnóstico. E sim, mostram interesses criteriosos visando uma precoce intervenção. Sendo assim, os déficits motores estão presente em indivíduos com transtorno de espectro do autismo e quem podem impactar tanto a área cognitiva quanto a social.

A atividade motora influencia diretamente no desenvolvimento motor da criança, através desta desenvolve-se a consciência de si mesma e do mundo exterior, auxiliando na sua futura independência (OLIVEIRA, 2020). Alguns pesquisadores aconselham que as habilidades motoras façam parte do critério diagnóstico e não só de avaliação para intervenção da pessoa com TA, pois as demandas referentes ao desenvolvimento motor se associam com as habilidades em outras áreas do desenvolvimento (CATELLI et al., 2016).

Estimular a criança sempre que houver a possibilidade em um âmbito de abundâncias com estímulos motores e sensoriais, pois, nem todas as crianças têm o a mesma de desenvolver-se, em uma sala com mais crianças, é possível observar que a criança com TA se exclui da sociedade (OLIVEIRA, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, buscou apresentar os principais pontos sobre a importância da educação física praticada por crianças com espectro do autismo para melhoria no

desenvolvimento motor, expressão corporal, cognitivo e socialização com atividades cooperativas. Ressaltamos que o profissional de educação física tem suma importância nesse processo com essas crianças, os professores precisam conhecer e compreender o transtorno de maneira que possam identificar quais as maiores dificuldades que essas crianças possuem, para desenvolver metodologias adequadas e assim obter resultados positivos.

Sabemos que as crianças com TEA não apresentam características iguais, pois, variam de acordo com os níveis, portanto concluímos que as diversas atividades físicas que podem ser praticadas têm estímulos motores que reduzem e controlam os sintomas que essas crianças apresentam. Com isso a educação física presente seja em locais desportivos, clubes, praças, escolas entre outros dá o direito dessa criança com TEA participar de ativamente lhe dando os benefícios e melhoria em sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

Autismo guia para os pais. Primeiros sinais: os comportamentos que podem passar despercebidos. Rev. Alto Astral. Leitura & Conhecimento Extra. v.2, n.1.2019.

ANDRADE, Marcelo Fernando Liz de; SOUSA, Francisco José Fornari. Os benefícios da educação física com a crianças autistas. 2020

DE AGUIAR, Renata Pereira; PEREIRA, Fabiane Silva; BAUMAN, Claudiana Donato. Importância da prática de atividade física para as pessoas com autismo. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1147> Acesso em 29/04/2022.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo; Edições 70; Ed. Rev. ampli; 2011. p.279.

BRASIL. Autismo orientações para pais, 2000.

CATELLI, Carolina Lourenço Reis Quedas; D'ANTINO, Maria Eloisa Famá; BLASCOVI-ASSIS, Silvana Maria. Motores em Indivíduos com Transtorno do Espectro Autista: revisão de literatura. Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.16, n.1, p. 56-65, 2016.

CORRÊA, VANESSA et al. Impacto do exercício físico no transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática. Rev. bras. Ci. e Mov 2020;28(2):89-99.

DINIZ, Leandro Fernandes Malloy; FUENTE, Daniel; ABREU, Neander Avaliação neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed. 2017.

FONTES, Victor Augusto Meneghini et al. Coordenação motora de crianças com transtorno do Espectro Autista: Efeitos de um programa de JIU-JITSU. Rev bras de ciência e movimento, 2021.

FRANZONI, Wihanna Cardozo de Castro; MARINHO, Alcyane. O papel do professor de educação física na atuação com pessoas com transtorno do espectro autista em programa de esporte e lazer de Florianópolis. Rev de Ed. Física, esporte e lazer. 32(61): [1-22], Abr. 2020.

GUIMARÃES, Maria Cecília Alvim; BORGES, Adriana Araújo Pereira, VAN PETTER, Adriana M. Valladão Novais. Trajetórias de Alunos com Deficiência e as Políticas de Educação Inclusiva: da Educação Básica ao Ensino Superior. Rev. bras. educ. espec. 2021.

KRÜGER, Gabriele Radünz, et al. O efeito de um programa de atividades rítmicas na interação social e na coordenação motora em crianças com transtorno do espectro autista. Rev Bras de atividade física & saúde, v. 23, n 2. 2018.

KRUGER, Gabriele Radunz. Atividade física e barreiras em crianças com autismo de pelotas, 2020.

LIMA, Adryelle Fabiane Campelo de; GEHRES, Adriana de Faria; LORENZINI, Ana Rita; et al. A Influência de práticas pedagógicas e terapêuticas não verbais no transtorno do espectro autista: as possibilidades para o profissional de educação física. 2017, vol. 13, SI, pp. 87-96.

LIU, Xião; LIU, Juan; YANG, Ting; et al. Correlation between Nutrition and Symptoms: Nutritional Survey of Children with Autism Spectrum Disorder in Chongqing, China. Nutrients, v. 8, n. 5, p. 294, 2016.

MALUF, Ângela Cristina Munhoz. Brincar prazer e aprendizado. Petrópolis, RJ:Vozes,2009.

MESQUITA, Helena, et al. Efeitos da atividade física adaptada no perfil psicomotor de uma criança com espectro de autismo, 2015.

MICALISKI, Emerson Liomar. Livro do Professor: SAE digital. ed. Curitiba, 2020.

NASCIMENTO, Caio Rodrigo do Carmo; COSTA, Jairo Sales. A inclusão de autista nas aulas de educação física. 2017.

NASCIMENTO, Maria Inês Corrêa, MACHADO, Paulo Henrique; GARCEZ, Regina Machado et al. Manual diagnóstico e estatístico de transtorno. revisão técnica: Aristides Volpato. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LIVEIRA, Sany Fernandes de. Importância do desenvolvimento motor em crianças com transtorno do espectro autista. 2020.

OLIVEIRA, Marta Kohl. Aprendizado e desenvolvimento: Um processo sócio-histórico. São Paulo: Scipione, 1998.

ORLICK, Terry. Vencendo a competição. São Paulo: Círculo do Livro, 1989.

PINTO, Raquel Almeida. O exercício físico como processo de desenvolvimento corporal em crianças com transtornos do espectro do autismo (TEA). Dissertação de trabalho de conclusão de curso, 2015.

RICCO, Ana Claudia. Efeitos da atividade física no autismo. 2017. 37 f. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Educação Física) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Instituto de Biociências (Campus de Rio Claro), 2017.

SALVADOR, Marco Antonio Santoro; TROTTE, Sonia Maria Siqueira. Jogos cooperativos: uma estratégia essencial da cultura corporal nas escolas públicas. encontro fluminense de educação física escolar, v, Niterói, Anais... Niterói, 23-24 jun. 2001. Universidade Federal Fluminense – Departamento de Educação Física, p. 69-72.

SILVA, Isabela Carolina Pinheiro da; PREFEITO, Carina Regina; TOLOI, Gabriela Galucci. Contribuição da educação física para o desenvolvimento motor e social do aluno com transtorno do espectro do autismo. 2019.

SOARES, Angélica Miguel; CAVALCANTE NETO, Jorge Lopes. A avaliação do comportamento motor em crianças com transtorno espectro do autismo: Uma revisão sistemática. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília. v. 21, n. 3, p. 445-458, Jul.-Set., 2015.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v.8, n.1, p. 102-106, mar. 2010.

TOLIPAN, Sérgio. Autismo: orientação para os pais. Casa do Autista. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

WILLIAMS, Laura Jane. Autismo: Possíveis causas. Sintomas. Diagnóstico. Níveis. Tratamento. Rev. Astral cultural. V. 2, 2019.

XAVIER, Karoline da Silva. A inclusão de alunos autistas nas aulas de educação física do ensino fundamental. 2020. 26 fl. Trabalho de Conclusão de Curso em Educação Física. Goiânia. Goiás.





## CAPÍTULO II

# A FISIOTERAPIA EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO DE LITERATURA

*Joyce Ingrid de Oliveira Neves; Hericles  
Siqueira da Silva; Cybelle Silva do Couto  
Coelho*

## INTRODUÇÃO

O transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio que vem sendo estudado há mais de 60 anos e foi descrito pela primeira vez em 1948 por Kanner (FERREIRA et al, 2016). Kanner acreditava que se tratava de um distúrbio do contato afetivo, que tinha como destaque a falta de contato e desenvolvimento social e se apresentava desde o início da vida das crianças, pois elas se comportavam de forma estranha e não se adaptavam ao meio em que viviam.

As crianças com autismo apresentam distúrbios no desenvolvimento e alterações no comportamento, que na grande maioria dos casos são evidentes antes dos dois anos de idade com amplo espectro de manifestações clínicas, caracterizado por prejuízos na interação social, comunicação verbal e não verbal e por apresentar padrões restritos, repetitivos e estereotipados (SANTOS et al, 2021).

As características de quem tem autismo são notadas pelos familiares que participam da dificuldade de comunicação, sendo ela verbal ou não verbais, humor transitório, movimentos repetitivos, padrões de inteligência instáveis, fatores que são fundamentais para o diagnóstico precoce do TEA, e, quanto mais precoce os sintomas se manifestam, mais grave será o quadro dessa criança. Segundo dados atualizados em abril de 2017, 1 a cada 160 crianças em todo o mundo possui o transtorno do espectro autista, sendo que é mais prevalente em meninos que meninas, porém no Brasil ainda não há dados estatísticos oficiais sobre o índice do TEA (FERNANDES et al., 2020), (SANTOS et al., 2021).

O desenvolvimento da criança portadora do TEA é mais lento quando comparado a de uma criança com desenvolvimento típico, por isso necessita de mais atenção e cuidado, seja de seus familiares, cuidadores e profissionais responsáveis pela melhora da sua qualidade de vida. A criança portadora de TEA possui um perfil psicomotor que retrata déficits no esquema global, motricidade global, equilíbrio e organização espacial e temporal (FERNANDES et al., 2020; SANTOS et al., 2017).

Muitas crianças com TEA apresentam hipotonia moderada, na maioria das vezes comprometendo a postura, dando origem a escoliose quando chegam à adolescência,

podendo haver também em alguns casos, hipertensão ou até mesmo oscilação da tensão de tônus muscular, além de alteração na marcha (FERNANDES et al., 2020; SANTOS et al., 2017).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, cuja elaboração da mesma utilizou-se artigos e estudos de casos publicados em revistas nas bases de dados SciELO, Bireme, PUBMED, Medline, LILACS, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), restringindo-se a busca com artigos publicados nos idiomas português e inglês.

Foram utilizadas como estratégia de busca as seguintes palavras-chave, nos Descritores em Ciências Da Saúde (DEC): “Fisioterapia e Autismo”, “Transtorno do Espectro Autista”, “Fisioterapia Motora”. Os operadores booleanos utilizados (AND, NOT, OR) no idioma português e inglês. Os estudos foram pré-selecionados por meio dos títulos e data de publicação, de 2015 a 2021, bem como da leitura prévia dos respectivos resumos, realizada no período de junho a dezembro de 2021.

Os critérios de inclusão para a seleção são: artigos completos de acesso livre, artigos originais, e estudos de caso publicados nas bases de dados. Foram excluídos artigos que não abordam a temática, bem como artigos duplicados e monografias.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este artigo tomou como base, estudos de casos já publicados para evidenciar a importância da Fisioterapia em crianças diagnosticadas com TEA, dos quais dados foram obtidos através de 4 estudos que abordam a referida questão, de acordo com o quadro 1.

No quadro 2 encontram-se informações fundamentais para explicitar o perfil de todos os pacientes que fizeram parte dos estudos mencionados acima, podendo se observar a utilização de um tratamento fisioterapêutico diferente.



**Quadro 1 – Caracterização dos Estudos conforme autor, ano, objetivo, método e conclusão.**

AUTOR / ANO	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSÃO
FERREIRA et al., 2016	Avaliação de crianças autistas pré e pós-tratamento fisioterapêutico.	Estudo de caso com 5 crianças com diagnóstico de autismo.	Eficaz na melhora da independência funcional.
OLIVEIRA et al., 2018	Avaliação da eficácia da intervenção fisioterapêutica em uma criança com TEA.	Relato de caso com uma criança diagnosticada com autismo.	Evolução do índice de desenvolvimento motor e sensorial.
LOPES et al., 2019	Uso da Equoterapia para tratamento de uma criança portadora de TEA.	Estudo de caso com uma criança diagnosticada com autismo.	Aumento na concentração nas atividades cotidianas do paciente além de maior afetividade com os animais.
MACHADO, 2015	Observar os efeitos da dançaterapia no desempenho motor e gestual no equilíbrio corporal e na marcha bem como na qualidade de vida de um adolescente portador de TEA.	Estudo de caso com um adolescente diagnosticado com autismo.	Otimização do comportamento neuropsicomotor de jovens com TEA.

Fonte: Autores.

**Quadro 2 – Perfil de pacientes submetidas a tratamentos no transtorno de espectro autista.**

AUTOR / ANO	PACIENTES	CLASSIFICAÇÃO PRÉ TRATAMENTO (ESCALA)	TRATAMENTO
FERREIRA et al., 2016	5 crianças entre 3 e 15 anos.	MIF C1 = 64 C2 = 85 C3 = 108 C4 = 68 C5 = 96	Fisioterapia especializada com duração de 30 minutos, 1x na semana durante 6 meses.
OLIVEIRA et al., 2018	1 criança de 2 anos	Hammersmith Motor Ability Score. / Score: 22	20 atendimentos no setor de estimulação precoce.
LOPES et al., 2019	1 criança de 4 anos	Não consta	Equoterapia, sem relato de quantitativo de atendimentos.
MACHADO, 2015	1 jovem de 15 anos	CARS: 41,5. MFM: 31. TINETTI: Equilíbrio: 11. Marcha: 2.	120 sessões de dançaterapia com duração de 30 minutos, duas vezes por semana durante 1 ano.

Fonte: Autores.

**C:** Criança. **MIF:** Medida de dependência Funcional. **CARS:** Escala de pontuação para autismo na infância. **MFM:** Medida de função motora.

**Quadro 3 – Perfil de pacientes submetidas a tratamentos no transtorno de espectro autista.**

AUTOR / ANO	CLASSIFICAÇÃO PÓS-TRATAMENTO	RESULTADOS
FERREIRA et al., 2016	MIF C1 = 68 C2 = 88 C3 = 118 C4 = 75 C5 = 109	Houve melhora na independência das crianças 1,2,3 e 5.
OLIVEIRA et al., 2018	Hammersmith Motor Ability Score. Score: 33	Aumento do nível de desenvolvimento motor.
LOPES et al., 2019	Não consta.	Aumento da concentração nas atividades cotidianas e diminuição na agitação.
MACHADO, 2015	CARS: 34. MFM: 57. TINETTI: Equilíbrio: 12. Marcha: 8.	Melhora no desempenho motor estático e dinâmico, gestual, equilíbrio corporal e marcha.

**Fonte:** Autores.

**C:** Criança. **MIF:** Medida de dependência Funcional. **CARS:** Escala de pontuação para autismo na infância. **MFM:** Medida de função motora.

Pôde se analisar nos estudos relatados na tabela uma importância significativa e satisfatória na eficácia de independência funcional, melhorando aspectos essenciais para o dia a dia de quem possui tal transtorno. Portanto, verifica-se o quanto é necessário a utilização de abordagens fisioterapêuticas como ênfase em auxiliar estes pacientes na obtenção de melhoras sensoriais, que são obtidas através do tratamento trazendo melhorias funcionais e independência motora.

De acordo com os estudos selecionados, pode salientar que o tratamento com a Fisioterapia foi extremamente eficaz na sua proposta de intervenção cinesioterapêutica, melhorando habilidades nos pacientes e auxiliando o aumento do nível de independência funcional e sensorio motora. Notou-se ainda que a fisioterapia associada a outras formas de tratamento e terapias em conjunto com outras áreas, pode ser importante para redução de graus do autismo.

Foi encontrado paciente com graus de TEA diferentes, porém, grande parte das crianças fazia parte de um grupo que variava entre pacientes leves, moderado e grave, com uma predominância entre leves e moderados. Ou seja, houve dificuldades para obtenção de estudos através de crianças com nível de grau grave. No entanto, à

importância de atuação da Fisioterapia neste tipo de transtorno continua sendo necessária para esse perfil de pacientes independentemente do nível de severidade do transtorno.

Os tipos de tratamento eram através de fisioterapia convencional com estímulos sensoriais, através de equipamentos didáticos, utilização de materiais de cunho fisioterapêutico para auxiliar na melhora da propriocepção, reforço muscular de membros superiores e inferiores, e diminuição de tônus muscular, além de treino de marcha com foco em independência motora. A dançaterapia, Equoterapia associada com terapias auxiliadoras, ajudam na capacidade estática e dinâmica destes pacientes desenvolvendo habilidades motoras necessárias para funcionalidade destes indivíduos e conseqüentemente se mostrando importante para a qualidade de vida.

Nota-se durante o tratamento, abordagens que variavam entre formas diferentes de obtenção de resultados, através da cinesioterapia, dançaterapia, Equoterapia e com associação à terapia de fonoaudiologia e Terapia ocupacional. Chegou-se à conclusão de que ambas as formas de tratamento contêm resultados satisfatórios para a potencialização da independência funcional e motora, auxiliando na marcha, concentração, controle postural, força e tônus e outras habilidades que envolvem o cotidiano deste grupo de crianças com TEA.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscou-se explicitar a importância da Fisioterapia no tratamento de pacientes com transtorno do espectro autista, tendo como base os estudos de casos que por sua vez são escassos para o período escolhido. Tendo em vista a escassez de estudos de casos, sugerem-se mais estudos de caso para que possa ter base para estudos futuros. Dentro deste cenário pode se perceber que a fisioterapia pode atuar para melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, sensorial e social de crianças e jovens diagnosticadas com transtorno do espectro do autismo.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Anderson; GUSMÃO, Mayra. A importância da fisioterapia motora no acompanhamento de crianças autistas. *Atualiza Saúde*, Salvador, v. 2, n. 2, p. 76-83, 2016.

BUSON, Ana, et al. A atuação do fisioterapeuta em pacientes com espectro do autismo. Atena editora. Cap 1. Pag. 1-4. 2019.

CASTRO, Roberta. Dia do Autismo: o que pode ter relação com o aumento de diagnósticos? *PEBMED*, 2021.

FERNANDES, Cintia, et al. Influência da fisioterapia no acompanhamento de crianças portadoras do TEA (Transtorno do Espectro Autista): *Revista das Ciências da Saúde e Ciências aplicadas do Oeste Baiano-Higia*. 2020; 5(1): 52-68.

FERREIRA, Jaqueline et al. Efeito da fisioterapia em crianças autistas: Estudo de série de casos. *Cadernos de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento*, São Paulo, v. 16, ed. 2, p. 24-32, 2016.

LOPES. Gustavo, et al. A utilização da equoterapia como atividade complementar para auxiliar no desenvolvimento de uma criança diagnosticada com autismo. *Prevenção e Promoção de Saúde*, Paraná, v.7, pag 44 – 47, c. 8, 2019.

MACHADO, Lavinia, Dançaterapia no autismo: um estudo de caso, *Fisioter Pesq*. 2015;22(2):205-211.

MAENNER MJ, SHAW KA, BAILO J, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ* 2020;69(No. SS-4):1–12.

MARCIÃO, Lucas, et al. A importância da fisioterapia no atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e24410514952, 2021.

MARTINS, Amanda, et al. Atuação do fisioterapeuta frente ao desenvolvimento no transtorno espectro do autismo - (TEA); oliveira, jose, et al. intervenção fisioterapêutica no transtorno do espectro autista. *Fisioter Bras* 2018;19(5Supl):S266-S271

PRATES, Amanda et al. Os benefícios da fisioterapia na independência funcional em crianças com transtorno do espectro autista. *Unisaleziano*. 4. ed. Araçatuba- São Paulo: 2019. cap. Fisioterapia, p. 79-86.

SANTOS, Évelyn; MÉLO, Tainá. Caracterização psicomotora de criança autista pela escala de desenvolvimento motor. Revista Eletrônica Interdisciplinar, Matinhos, v. 11, n. 1, p. 50-58, 2018.

SANTOS, Gislainne, A contribuição da Fisioterapia no desenvolvimento motor de Crianças Autistas com transtorno do espectro autista. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 129-143, jan./jun. 2021

SANTOS, Leuda, et al. Autismo nas consultas de puericultura. Editora Neurus, 2021.

SANTOS, Lorena, et al. Estudo das Principais Contribuições da Fisioterapia em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) diagnosticados. SEGURA, D. C. de; NASCIMENTO, F. C. do; KLEIN, D. Estudo do conhecimento clínico dos profissionais da fisioterapia no tratamento de crianças autistas. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 15, n. 2, p. 159-165, maio/ago. 2011.

VACELI, José, et al. A abordagem da Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: uma Revisão de Literatura. Araçatuba. São Paulo, p. 79-86, 02 de junho de 2021.



## CAPÍTULO III

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PUÉRPERAS DE PARTO CESARIANO COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*Kendyson Weslen Silva Castro; Rita do Socorro  
Ribeiro Quaresma Oliveira*

## INTRODUÇÃO

De acordo com tema estudado, é importante a existência do pré-natal, pois a mulher receberá orientações necessárias para o acompanhamento da gestação, nas consultas a mulher é direcionada para realização de exames, vacinas e é dado orientações gerais sobre a gestação. Consta-se que para a mulher evoluir para uma depressão pós-parto contém várias situações, que são: Abuso sexual, violência doméstica antes, no decorrer ou depois da gravidez; a mulher que não quer a gravidez; o relacionamento com a família e o casamento insatisfatório e a mulher ser mãe solteira.

A mulher no período pré-natal propicia uma gestação saudável e uma visão tranquila sobre a gravidez. Para um pré-natal de qualidade é necessário seguir as recomendações. Então, se tratando de uma situação de risco, o número de consultas deve ser mais observado, pois essas gestantes já possuem uma complicação na gravidez.

Toda mulher grávida, durante a realização do pré-natal, deverá ser submetida à avaliação psicológica com o intuito de se detectar a dimensão e o desenvolvimento da depressão pós-parto, considerando os fatores de risco. O papel da família nos casos da Depressão Pós-Parto (DPP) é de suma importância, pois a mulher precisará de todo apoio, amor, atenção, paciência e carinho da família. Para que a mesma não se sinta só e possa buscar forças para enfrentar tal situação.

A presença do pai da criança é muito importante também, pois passa tranquilidade e força para a mãe. Foi identificado também que com a violência doméstica, a mulher cria um estresse pós-traumático e quando as gestantes são vitimadas pela violência física e sexual, além das intercorrências citadas, elas têm chances estatisticamente significantes para apresentar sangramento vaginal e não ter desejos sexuais.

Sendo assim o pré-natal é de suma importância para as puérperas, pois irá cuidar perfeitamente de cada detalhe, lhes trazendo conforto e assim tendo um parto tranquilo. A partir de uma revisão literária, constatamos que para a puérpera evoluir para uma (DPP) contém vários fatores, que são: Abuso sexual e violência doméstica antes,

durante ou após a gravidez; gravidez não desejada; relacionamento familiar e conjugal insatisfatório; ser mãe solteira; condições socioeconômicas desfavoráveis; relacionamento mãe-bebê; observação da saúde mental no pré-natal; e suicídio.

## METODOLOGIA

Pesquisa de revisão integrativa da literatura desenvolvida com a finalidade de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado (SOARES et al., 2014). O presente estudo dá ênfase sobre assistência de enfermagem às puérperas de parto cesariano com depressão pós-parto no período de 2013 a 2018, e tem o caráter qualitativo.

Segundo Mendes (2008) a revisão integrativa da literatura pode ser realizada da seguinte forma: 1ª etapa - identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, 2ª etapa – estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, 3ª etapa – categorização dos estudos selecionados, 4ª etapa – avaliação dos estudos incluídos na revisão, 5ª etapa – interpretação dos resultados, 6ª etapa – apresentação sintetizada do conhecimento, a pesquisa seguiu rigorosamente as 6 etapas de Mendes (2008).

Realizou-se pesquisas de publicações nos bancos de dados Biblioteca do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde (BIREME), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), além de dados coletados na Organização Mundial de Saúde

(OMS) e Ministério da saúde (MS), sobre a temática em questão no período de 2013 a 2018. Depois desta pesquisa foi realizada uma leitura criteriosa dos autores dos artigos citados neste trabalho. A pesquisa foi realizada por meio de um formulário, sendo assim selecionado, analisados e divididos os artigos de acordo com o tema deste trabalho tendo uma organização de dados. Como critério de inclusão foi considerado todas as publicações que envolva a temática, artigos no idioma português, artigos completos



disponíveis online e artigos publicados no período de 2013 a 2018 que apresentam conhecimentos acerca do tema abordado.

Análise foi inicialmente feita de forma descritiva, sendo criadas categorias empíricas, devidamente categorizado, digitado no programa Microsoft Word 2016 do Sistema Operacional Windows 10, sendo assim ter um adequado armazenamento das informações e posteriormente analisados segundo os seus conteúdos. Serão, então, analisados e confrontados com as informações obtidas na literatura.

Devido não se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos diretamente, não houve necessidade de apresentar o trabalho ao Comitê de Ética da Universidade. Os artigos selecionados para a construção deste trabalho serão devidamente referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Desta forma este trabalho não trará riscos aos autores dessa pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A base de dados com maior número de publicações sobre o tema foi a SciELO com seis periódicos, o veículo de publicação mais destacado foi LILACS com 4 publicações, o intervalo de publicações de 2013 a 2018, teve o pico de 9 publicações no ano de 2018. A seguir, encontram-se os resultados desta pesquisa, através da apresentação de quadros e da discussão dos dados encontrados.

**Quadro 1** – Caracterização dos estudos segundo periódico, banco de dados, ano de publicação e abordagem metodológica.

N	TÍTULO	PERIÓDICO	BANCO DE DADOS	ANO	ABORDAGEM METODOLÓGICA
01	Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil	FIOCRUZ	Ministério da Saúde	2016	Quantitativo
02	Fatores Associados à Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa	Enciclopédia Biosfera	SciELO	2018	Qualitativo e Quantitativo
03	Pré-natal e parto.	Ministério da Saúde do Brasil	Ministério da Saúde	2018	Portaria
04	Saúde Mental: Caderno de Atenção Básica nº 34.	Secretaria de Atenção à Saúde	Ministério da Saúde	2013	Livro

05	Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública.	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	SciELO	2018	Qualitativo e Quantitativo
06	Avaliação Psicológica de Gestantes e Puérperas	Câmara dos Deputados	Ministério da Saúde	2017	Projeto de Lei
07	Assistência do Enfermeiro a Mulheres com Indícios de Depressão Pós-Parto	Revista Saúde	SciELO	2017	Qualitativo
08	Reconhecendo e Intervindo na Depressão Pós-Parto	Revista Saúde em Foco	SciELO	2018	Qualitativo
09	Violência Doméstica na Gravidez	Acta Paulista de Enfermagem	SciELO	2015	Qualitativo e Quantitativo
10	Violência Provocada Pelo Parceiro Íntimo Entre Usuárias da Atenção Primária à Saúde: Prevalência e Fatores Associados	Saúde Debate	LILACS	2018	Quantitativo
11	A Violência Obstétrica no Cotidiano Assistencial e suas Características	Revista Latino-Americana de Enfermagem	LILACS	2018	Qualitativo
12	A Peregrinação no Período	Escola Anna Nery	LILACS	2015	Qualitativo
13	Atitudes e Opiniões de Profissionais Envolvidos na Atenção à Mulher em Situação de Violência em 10 Municípios Brasileiros	Saúde Debate	LILACS	2018	Quantitativo
14	Percepções das Puérperas Sobre o Pós-Parto	Universidade Federal de Santa Catarina	BVS (Brasil)	2018	Qualitativo
15	A Relação Mãe-Bebê no contexto da Depressão Pós-Parto: Estudo Qualitativo	Revista Saúde e Pesquisa	SciELO	2018	Qualitativo

**Fonte:** Desenvolvido pelos autores, 2022.

De acordo com o projeto de lei da Câmara dos Deputados (2017) é essencial proporcionar acompanhamento e intervir adequadamente diante de indícios de quadros depressivos em gestantes e puérperas, inclusive visando o desenvolvimento saudável da criança. Assim, tanto mãe, como profissionais se beneficiarão daquilo que os cabe. Em relação aos profissionais principalmente enfermeiros(as), a maneira como

identificam, avaliam e diagnosticam essa gestante e essa puérpera é de grande responsabilidade, pois se for com toda sutileza e relevância; as intercorrências advindas com DPP serão menos notáveis na saúde das mesmas, pois assim, os cuidados serão mediados e rápidos, para que o cuidar mãe-bebê seja de forma saudável e leve.

Segundo Miguel (2017) o acolhimento relacionado à DPP é apontado como uma competência que deve ocorrer desde o pré-natal, de forma humanizada e integral, no sentido de acolher a gestante e adotar medidas de prevenção desta alteração química sempre que possível, além de observar os sinais precocemente. Assim sendo, destaca-se a importância de a enfermeira elaborar atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos no transcorrer do pré-natal, estando estas focadas não somente no período gravídico, mas na saúde da mulher de forma integral.

Ao analisarmos as questões das violências pré-existentes, destacamos as cometidas por parceiros e obstétricas, pois essas são de cunho mais relevante. O trauma deixado por essas violências é tão sério, que deixa marcas e sequelas para o resto da vida nas mulheres, o que muitas vezes, desencadeia uma depressão mais intensa, como por exemplo cometer suicídio ou homicídio com o bebê, e ou parentes próximos.

Como Rosa et al. (2018), percebe-se que ainda é muito difícil para as vítimas de agressão buscarem ajuda levando como queixa principal a violência sofrida, seja por vergonha, medo ou por dificuldade de se expor. O que ocorre é que o atendimento no âmbito da saúde é voltado para as queixas explícitas, e essa visão está arraigada tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde.

Sabemos que a violência obstétrica não é só na hora do parto, mas também no caminho, ou seja, muito antes como no período gestacional ou até mesmo no planejamento gestacional. Portanto, faz-se necessária uma maior atenção à carência de serviços de saúde, para que as usuárias, ou seja, a parturiente possa usufruir de maneira totalitária, integrativa, universal e igualitária os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Podemos analisar que há certas situações que determinam, ou seja, são fatores preponderantes de exposição que mediam de maneira geral depressão pós-parto,

segundo Miguel (2017) a maneira como profissionais e usuários se une para fortalecer o elo entre eles, reflete no acolhimento nos serviços de saúde, facilitando assim a identificação precoce de DDP, promovendo uma medida de intervenção mais firme em relação aos diagnosticados. Além do mais, o acolhimento é caracterizado como um arranjo profissional em que há uma postura ética que implica na escuta das queixas do usuário, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e no compromisso pela solução, buscando garantir o acesso e resolver os problemas, quando possível, ou ao menos fornecer direcionamentos.

**Quadro 2** – Descrição dos estudos conforme ano, título dos artigos e achados da pesquisa.

ANO	ACHADOS DA PESQUISA	ACHADOS DA PESQUISA
2016	Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil.	A pesquisa entrevistou 23.896 mulheres no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A prevalência global de sintomas de depressão pós-parto foi de 26,3%, mas a comparação entre os períodos de 6 a 9 meses (25,7%) e de 9 a 12 meses (27,1%) não indicou diferença significativa no desenvolvimento do transtorno mental
2018	Fatores Associados à Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa.	Os resultados encontrados foram dezenove fatores de risco para a depressão pós-parto. Porém, após considerar similaridade entre esses achados, consideramos apenas dez fatores de risco
2018	Pré-natal e parto.	Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil
2013	Saúde Mental: Caderno de Atenção Básica nº 34.	Saúde Mental, portanto, não será abordada em contraposição à saúde física ou biológica - conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente - mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico
2018	Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública.	Evidenciou-se que as gestantes iniciaram o pré-natal em tempo oportuno, realizaram seis ou mais consultas conforme a recomendação do Ministério da Saúde e não tiveram acesso a ações de educação em saúde voltadas para a gestação, denotando a necessidade de revisão das ações executadas na assistência à saúde da mulher no cenário investigado.

2017	Avaliação Psicológica de Gestantes e Puérperas.	A depressão após o parto acarreta sintomas que variam entre a melancolia da maternidade, conhecida como baby blues, até as psicoses puerperais, passando pela depressão pós-parto, propriamente dita. Observa-se que as patologias psíquicas são pouco enfatizadas pelas ações de saúde, sendo que os principais diagnósticos ocorrem na atenção básica, especialmente em grupos específicos, ignorando-se, na maioria das vezes, a gestante e a puérpera.
2017	Assistência do Enfermeiro a Mulheres com Indícios de Depressão Pós-Parto.	Quanto à assistência da enfermeira a mulheres com indícios de DPP, a partir dos trabalhos selecionados foi possível identificar ações desenvolvidas por este profissional, assim como o apoio da família no enfrentamento desta problemática
2018	Reconhecendo e Intervindo na Depressão Pós-Parto.	Faz-se necessária a atuação do enfermeiro baseada em conhecimento específico para sua área profissional, buscando sempre atualização, aprimorando suas técnicas e a executando com proficiência
2015	Violência Doméstica na Gravidez.	A violência doméstica deve ser investigada sistematicamente na gravidez, com atenção especial nas grávidas protestantes, sem planejamento da gravidez e as mulheres cujos parceiros são etilistas
2018	Violência Provocada Pelo Parceiro Íntimo Entre Usuárias da Atenção Primária à Saúde: Prevalência e Fatores Associados.	A importância de se debater esse tema de forma ampla e buscar alternativas que possam minimizar o sofrimento de um número significativo de mulheres
2018	A Violência Obstétrica no Cotidiano Assistencial e suas Características.	A violência obstétrica retrata uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, revelada nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder que naturalizam e banalizam sua ocorrência
2015	A Peregrinação no Período Reprodutivo: Uma Violência no Campo Obstétrico.	A necessidade de transformações nos paradigmas assistenciais obstétricos, valorizando o respeito, o cuidado à mulher em prol da sua saúde
2018	Atitudes e Opiniões de Profissionais Envolvidos na Atenção à Mulher em Situação de Violência em 10 Municípios Brasileiros	A atenção à mulher em situação de violência seja devidamente ofertada; os profissionais rotineiramente encaminham mais do que abordam os casos, notificam pouco, não se sentem capacitados e, às vezes, sequer se veem como responsáveis por essa atenção
2018	Percepções das Puérperas Sobre o Pós-Parto.	O tema abordado com maior frequência nos relatos é a dificuldade na amamentação, seguido das alterações emocionais vivenciadas neste período. Observa-se então, que neste período a mulher tenha uma rede de apoio tanto familiar como profissional, prestando assistência na recuperação física e emocional

2017	A Relação Mãe-Bebê no contexto da Depressão Pós-Parto: Estudo Qualitativo.	A mulher no período gravídico-puerperal necessita de apoio e suporte psicológico, a fim de reconhecer, prevenir e intervir sobre os fatores que interferem na sua saúde mental e promover o desenvolvimento saudável da relação mãe-bebê
------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Fonte:** Desenvolvido pelos autores, 2022.

A Depressão Pós-Parto (DPP) vem acometer não só as puérperas, mas também as pessoas que convivem com elas, pode ser caracterizado como transtorno comportamental, desempenho físico, cognitivo e emocional, atingindo 25% das puérperas em geral, quer dizer que a cada 4 mães 1 tem DPP, podendo ter o início nos 12 primeiros meses após o parto, tendo alguns fatores de risco associados, tais como: baixa autoestima, histórico de transtorno mental, solidão, gravidez não desejada, não estar casada, sofrer violência verbal ou física do companheiro, ausência do amparo da família e vida socioeconômica precária.

Os sintomas mais observados nos quais os autores identificaram são: ansiedade, sentimento de culpa, diminuição do humor, perda do prazer, diminuição do apetite por comida, distúrbio do sono, choro repentino e ideias de morte e suicídio. Esse comportamento pode ser observado pelo comportamento no período da gestação, mas são comportamentos tão discretos que os enfermeiros não se atentam pela depressão nas consultas de pré-natal, fazendo com que as gestantes acumulem emoções e ideias de morte, após o parto essas mulheres chegam no ápice da depressão e podendo até cometer alguns crimes, por exemplo, abandonar os seus bebês ou até mesmo cometendo suicídio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados compreendemos que os pontos de maior relevância sobre a temática foram abordados, assim como os objetivos da pesquisa foram alcançados, haja vista que os resultados permitiram reflexões sobre a identificação dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de depressão pós-parto, através de uma

revisão bibliográfica, a partir do comparativo com os fatores disponíveis e relatados pela literatura que contribuem para o desenvolvimento dessa patologia.

Portanto, no âmbito da atenção primária os profissionais da saúde, especificamente, os enfermeiros(as) não se atentam pelo psicológico da gestante durante as consultas do pré-natal, fazendo com que não seja identificado e tratado a depressão logo no início do transtorno mental. Como foi relatado no presente estudo, a promoção de uma atenção integral a esse público exige o reconhecimento do problema em toda a sua complexidade, requerendo dos profissionais que o atendem sensibilidade para acolher a violência como demanda das mulheres, além da reorientação das práticas profissionais de forma a romper com o modelo tradicional hegemônico, fragmentado e exclusivamente biológico.

A notificação de casos de violência é de cunho obrigatório no território nacional, desse modo, o predomínio da subnotificação aponta para a necessidade de sensibilizar os profissionais quanto à importância dessa ação para dar visibilidade ao problema da violência e subsidiar políticas para seu enfrentamento. Então, deve-se prestar uma assistência mais adequada, ou seja, com integralidade, equidade, universalidade, totalidade e generalidade para as gestantes nas consultas de pré-natal, para não evoluir uma depressão puerperal. Sendo assim, evitamos que as mães não desenvolvam uma gestação de alto risco, e tenham mais empatia para com seus filhos e não tenham pensamentos de abandonar ou matar os mesmos, ou até mesmo cometer o suicídio.

Portanto, faz-se necessária uma capacitação de maneira integrativa ao profissional de enfermagem, para que ele saiba o papel dele como interventor do problema proposto acima, facilitando a troca de saberes do profissional em relação às puérperas, ajudando-as e auxiliando-as como proceder quando aparecer sinais e sintomas da DPP, mas não só as mesmas, também estar orientando os familiares e os seus parceiros.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Pré-natal e parto. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/prenatal-e-parto>. Acesso em: 26 set. 2018.
- BRASIL. Saúde Mental: Caderno de atenção básica nº 34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF. 2013.
- CILVA, J. R. et al. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. v. 22, n. 2, p. 109-116. 2018.
- GONÇALVES, A. P. A. A. et al. Reconhecendo e Intervindo na Depressão Pós-Parto. *Revista Saúde em Foco*. 10. ed. p. 264-268. 2018.
- GREINERT, B. R. M. et al. Relação Mãe-Bebê no Contexto da Depressão Pós-Parto: Estudo Qualitativo. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 1, p. 81-88, jan./abr. 2018.
- JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A. Violência Obstétrica no Cotidiano Assistencial e suas Características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 26, e. 3069, p. 1-12. 2018.
- LEONEL, F. Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil. *Fiocruz*. 18 abr., 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de25-das-maes-no-brasil>. Acesso em: 25 set. 2018.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Métodos de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto de Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.
- MIGUEL, M. F. et al. Assistência do Enfermeiro a Mulheres com Indícios de Depressão Pós-Parto. *Revista Saúde.Com*. v. 14, n. 1, p. 1088-1094. 2017.
- OKADA, M. M. et al. Violência Doméstica na Gravidez. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 28, n. 3, p. 270-274. 2015.
- SILVEIRA, C. Projeto de Lei nº 702-A, de 2015. Avaliação Psicológica de Gestantes e Puérperas. Câmara dos Deputados. Brasília – DF. 2017.
- SOARES, C. B. et al. Revisão Integrativa: Conceitos e Métodos Utilizados na Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 2, p. 335-345, jan. 2014.



RAMOS, A. S. M. B. et al. Fatores Associados à Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer. Goiânia, v. 15, n. 27, p. 4-12. 20 jun. 2018.

RODRIGUES, D. P. et L. Peregrinação no Período Reprodutivo: Uma Violência no Campo Obstétrico. Escola Anna Nery. v. 19, n. 4, p. 614-620. 2015.

VAGAS, M.P. Percepções das Puérperas Sobre o Pós-Parto. 2018. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.



## CAPÍTULO IV

# A ATUAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO QUADRO DE DEPRESSÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA

*Widson Davi Vaz de Matos; Tássio Ricardo  
Martins da Costa; Maíza Silva de Sousa; Joana  
D'Arc Aragão Costa*

## INTRODUÇÃO

Estimativas atuais da Organização Mundial de Saúde indicam que cerca de 700 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno mental, neurológico e/ou comportamental que causam um grande sofrimento individual e social, representando 13% do total de todas as doenças do mundo e um terço das patologias não transmissíveis (ROZZOUK, 2016). Dentre os transtornos mentais, a depressão vem destacando-se com elevada incidência mundial, ocupando em 2014 o primeiro lugar no ranking das doenças mais incapacitante do mundo (NICO et al., 2016).

Estimativas da OMS apontam que atualmente cerca de 350 milhões de pessoas preenchem os critérios para o transtorno depressivo maior (TDM) e em 2025, 90 milhões de indivíduos terão uma desordem mental associada a depressão, pelo abuso ou dependência de substâncias químicas (OLIVEIRA, 2016). Na atualidade, os transtornos depressivos são considerados como um grave problema de saúde pública, pela alta prevalência na população e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos afetados, se configurando como a maior causa de afastamento de trabalho. Entretanto, mesmo diante dessa situação alarmante, muitos indivíduos continuam sem o diagnóstico e o tratamento adequado, fato esse, motivado pela dificuldade diagnóstica e preconceitos existentes por parte dos profissionais da saúde com as pessoas atingidas pela patologia (ABELHA, 2014).

Segundo Cantão et al. (2015) a depressão ou transtorno depressivo maior, é caracterizada pelo predomínio do humor depressivo ou irritável e anedonia, perdurando por mais de duas semanas associados a sensação de fadiga, desinteresse, choro sem motivo, isolamento, modificações na qualidade do sono, alteração no apetite, prejuízos cognitivos, pensamento pessimista podendo culminar com o suicídio. Destaca-se nos últimos tempos, em nosso País, que algumas mudanças e transformações têm-se verificado no tratamento dado às pessoas com transtorno mental, se comparado ao período anterior à aprovação da Lei 10.216/2001. A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, representa um grande avanço na área da Saúde Mental, considerando-se que a criação

do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da Portaria nº 224 de 1992, contribuiu consideravelmente para efetivação desse processo de mudança.

A depressão é um transtorno mental que pode ser diagnosticado precocemente, desde o acesso pela atenção primária; entretanto, os CAPS são unidades públicas, que funcionam como dispositivos articuladores na rede de serviços de saúde, necessitando permanentemente de outras redes sociais, para atender às demandas de inclusão de usuários com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2014).

O quantitativo de CAPS no Brasil, em 2016, totalizou 2.457, sendo 506 CAPS tipo II (BRASIL, 2016); existindo no Estado do Pará apenas 81, e apenas 16 CAPS tipo II. Esses dispositivos contam com equipes interdisciplinares que desenvolvem práticas diferenciadas incluindo não só o tratamento clínico do usuário, mas uma compreensão da situação de crise que o envolve, com intervenções cujo objetivo é assegurar sua reinserção no contexto social e familiar. Assim, propõem um cuidado integral da atenção e a humanização da assistência, levando em consideração fundamentalmente as características individuais de cada sujeito.

Com isso, neste artigo apresentamos uma narrativa não sistemática que tem como objetivo descrever e elucidar sobre o papel do Centro de atenção psicossocial (CAPS) na abordagem terapêutica no quadro de depressão.

## **BREVE HISTÓRICO DA DEPRESSÃO**

No século VI a. C surge a primeira classificação dos transtornos mentais. Fala-se pela primeira vez em melancolia e mania. Nessa mesma época, Hipócrates, segundo, descreve-se que o comportamento seria governado por quatro níveis relativos de humores (líquidos): bile negra, bile amarela, plasma e sangue, e que a melancolia seria uma intoxicação do cérebro pela bile negra (ESTEVES, 2016).

Na Idade Média a melancolia passa a ser vista como castigo de Deus e consequência do sentimento de culpa. A partir do século XIX a melancolia é instaurada como verdadeira doença mental. Freud, em 1917, publica “Luto e Melancolia” conceituando a melancolia como forma patológica do luto. No mesmo século, a

depressão é classificada como transtorno afetivo levando em conta seus aspectos neuroquímicos, psicossociais e genéticos, se tornando uma das doenças mais prevalentes do mundo atual, sendo que 13 a 20% da população, apresenta algum sintoma depressivo (FINAZZI, 2016).

Atualmente, sendo caracterizada como um transtorno de humor, os sintomas da depressão são divididos em vida vegetativa (alteração no apetite, peso corporal, aumento ou diminuição, alteração no sono, diminuição no desejo sexual); b) cognitivos (déficit de atenção, alteração na memória, dificuldade de aprendizado, pensamentos pessimistas); c) comportamentais (anedonia ou perda de satisfação em atividades prazerosas, demora excessiva nas decisões, ideias de suicídio, uso de drogas para driblar os sintomas da depressão, baixa autoestima); d) somáticos (sintomas físicos, como dores, fadiga, dificuldade de digestão dos alimentos e tensão muscular) (SALVO, 2017).

Os fatores correlacionados com a depressão não estão bem esclarecidos, entre alguns dos estudados, cita-se: os genéticos, ambientais e biológicos. Estudos têm demonstrado que há uma relação entre a depressão e os fatores genéticos, no entanto, não de maneira conclusiva. Os fatores ambientais são extremamente relevantes, podendo influenciar na melhora ou na piora da depressão. Quanto aos fatores biológicos é importante ressaltar a ação dos neurotransmissores, pois a depressão envolve alteração nestes agentes. Os neurotransmissores que parecem estar envolvidos no mecanismo da depressão são: a noradrenalina (NA), a serotonina (5HT) e a dopamina (DA) (SALVO et al., 2017). A deficiência destas aminas biogênicas (especialmente a NA e 5HT), que fornecem as sensações de conforto, prazer e bem-estar, parecem apresentar correlação com a fisiopatologia dos transtornos de humor (NICO et al., 2016).

É importante destacar que a depressão também pode se apresentar de diferentes formas. Neste contexto a depressão classifica-se quanto à intensidade e ao predomínio dos sintomas. Quanto à intensidade, a depressão pode ser subdividida em: leve, moderada e grave, tendo por finalidade quantificar a gravidade da doença e o nível de comprometimento do indivíduo acometido. E quanto ao predomínio de sintomas a

depressão pode se classificar em: depressão maior, atípica, ansiosa, psicótica, distímia e transtorno bipolar do humor (BARROS, 2017).

## EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO

Transtorno mental (TM) é um conceito estabelecido para designar um conjunto de sintomas psicóticos que normalmente se relacionam com quadros sub clínicos de ansiedade, depressão e estresse associada a algum comprometimento biológico, social, psicológico, genético e físico, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (MURCHO, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) a depressão, é um dos transtornos mentais que mais afeta a população, considerada a doença que mais leva à incapacidade no planeta. Dados do período de 2015 revelaram que a doença afetou uma taxa de 322 milhões de pessoas no mundo, número que cresceu 18,5% no período de 2005 a 2015, atingindo uma prevalência mundial de 4,4% (SILVA et al., 2016).

Atualmente, no Brasil, cerca de 5,8% da população sofre com essa patologia, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros, colocando o País com a maior taxa de depressão da América Latina e o segunda maior com relação a taxa de prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos (RAZZOUK, 2016).

Ainda segundo a OMS, o número de pessoas com transtornos mentais comuns, como a depressão e o transtorno de ansiedade, está crescendo especialmente em países de baixa renda, pois a população está crescendo e mais pessoas chegam às idades em que depressão e ansiedade são mais frequentes. É importante observar que muitas pessoas têm tanto depressão quanto transtornos de ansiedade. O número de pessoas com transtornos de ansiedade, era de 264 milhões em 2015, com um aumento de 14,9% em relação a 2005. A prevalência na população é de 3,6%.

Em 2015, 788 mil pessoas morreram por suicídio. Isso representou quase 1,5% de todas as mortes no mundo, figurando entre as 20 maiores causas de morte em 2015. Entre jovens de 15 a 29 anos, o suicídio foi a segunda maior causa de morte em 2015.

## TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

O tratamento da Depressão tem evoluído significativamente nos últimos anos; sendo considerado adequado para cada usuário, quando existe um mínimo de cuidados terapêuticos para reduzir e controlar/eliminar os sinais e sintomas da patologia, restaurando as funções ocupacionais e psicossociais e reduzindo os riscos de recaídas.

As intervenções terapêuticas compreendem manejos de diferentes ordens envolvendo os tratamentos farmacológicos e psicossociais. A psicoterapia é utilizada como tratamento combinado à farmacoterapia em transtornos consistentes no tratamento para a depressão. Estudos revelam que as intervenções psicossociais e farmacológicas no cuidado primário, possuem eficácia na redução dos sintomas depressivos (GREGOLETI et al., 2015)

O período de latência dos antidepressivos é aproximadamente duas semanas e as respostas clínicas e a redução expressiva dos sintomas ocorrem por pelo menos quatro semanas de utilização destes. Após a remissão dos sintomas, o uso dos fármacos deve se dar de forma continuada por tempo variável, com o objetivo de sucesso no quadro clínico. Estudos revelam que a permanência do tratamento após a remissão dos sintomas reduziu as chances de recaída para 70% comparado com aqueles pacientes que interromperam o tratamento (SALVO et al., 2017).

Várias classes de medicamentos antidepressivos são disponíveis para tratamento da depressão no Brasil, como os ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, tricíclicos (ADT); atípicos; inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS); inibidores da monoamina oxidase (IMAO), carbonato de lítio, carbamazepina e ácido valpróico, sendo todos sujeitos a controle especial, visto que seus efeitos podem trazer dependência ou agravamento do quadro se administrado de maneira errônea(GREGOLETI et al., 2015).

## O PAPEL DO CAPS NA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, um novo dispositivo de suporte à assistência do portador de transtorno mental foi criado- o Centro de Atenção

Psicossocial, um novo espaço de tratamento psiquiátrico, que presta assistência comunitária, com base territorial, através de equipes interdisciplinares, visando a reinserção social de seus usuários, prevenindo internações psiquiátricas desnecessárias e compulsivas, combatendo preconceitos e discriminações. Assim, frente a essa complexidade, os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III (definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), os quais cumprem a mesma função no atendimento à população. Além destes, há, ainda, os CAPS Infantil (CAPSi) e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), os quais se destinam, respectivamente, ao atendimento de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas respectivamente (JORGE, 2015)

A Portaria 224/92 do Ministério da Saúde cria oficialmente os CAPS e os define como: “Unidade de saúde local / regional adstrita, definida pelo nível local e que oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2014).

Sendo assim, o CAPS é considerado um local de referência e de tratamento às pessoas que sofrem com transtorno mentais severos e persistentes, os quais justificam a permanência do paciente em um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde, onde são acompanhados através de um Plano Terapêutico Singular, estruturado de forma multiprofissional, em que o indivíduo e sua família são envolvidos para superação de suas dificuldades em razão de sua condição de saúde mental (LEAL, 2013).

### **O Projeto Terapêutico Singular na intervenção ao usuário de saúde mental**

Tradicionalmente, o modelo de atenção utilizado com o usuário da saúde não o considerava como sujeito ativo de seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença. Esse modelo vem sofrendo modificações, desde a criação do



SUS, agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico (PINTO et al., 2011).

A humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são metas que vêm sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública atualmente. Para tanto, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado que coloquem o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007).

O PTS incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (PINTO et al., 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, através da abordagem realizada, é notável a importância do processo de reinclusão e tratamento oferecidos pelos CAPS no processo patológico de depressão, intervindo através do plano terapêutico singular, baseado nas características peculiares de cada paciente, auxiliando assim no bom prognóstico do seu estado patológico.

Assim, é fundamental uma atenção dos gestores a este transtorno, considerado um problema de saúde pública. Estudos que visem a descrição das características da depressão e o papel do CAPS na intervenção patológica auxiliam no fortalecimento das ações e serviços voltados para estes usuários, para que os profissionais de saúde tenham mais conhecimento sobre quais os fatores que de fato levam os indivíduos a um quadro depressivo e quais são as características mais relevantes dos mesmos. Uma vez que conhecer os pacientes é uma das prerrogativas básicas necessárias para uma assistência integral e adequada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BARROS, Marilisa Berte. Depressão e comportamento de saúde em adultos brasileiros-PNS 2013. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.51, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>>. Acesso em: 09 jun 2019.

CHIZZOTTI, Antônio; PONCE, Branca Jurema. O Currículo e os Sistemas de Ensino no Brasil. São Paulo: Rev. Currículo sem Fronteiras, v. 12, n. 3, p.25-36, Set-Dez 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.5888/pcd12.150154>>. Acesso em: 06 jul 2019.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiz. Depressão numa contextualização contemporânea. Porto Alegre: Aletheia, nº24, p127-135, 2016.

ESTIVALETE, Emerson Biachini. Currículo Integrado: uma reflexão entre o legal e o real. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; OLIVEIRA, Marilda Siriani. Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino-aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde. Revista

brasileira de educação médica. v. 33, n. 2, p. 240–246, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010055022009000200011>>. Acesso em: 22 jul 2019.

FERREIRA, Ricardo Correa; TSUJI, Hissachi; TONHOM, Sílvia Franco Rocha. Aprendizagem Baseada em Problemas no Internato: Há Continuidade do Processo de Ensino e Aprendizagem Ativo? Revista brasileira de educação médica. v. 39, n. 2, p. 276-285. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e01412013>>. Acesso em: 22 jul 2019.

FRANCO, Elaine Cristina Dias; SOARES, Amanda Nathale; BETHONY, Maria FLÁVIA, Gazzinelli. Currículo integrado no ensino superior em enfermagem: o que dizem os enfermeiros docentes. Enferm. Foco, Minas Gerais, v. 7, n. 1, p. 33-36, jan. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/ISSN:2357-707X>>. Acesso em: 24 jan 2019.

FINAZZI, Maria Eliza Pupo. Breve Histórico sobre a Depressão. Porto Alegre, v. 38, n.4,p. 216-220, 2016. Disponível em: <http://www.camps.med/artigos/depressao>>. Acesso em: 25 jul 2019.

GONTIJO, Eliane Dias et al. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. Revista brasileira de educação médica. v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400008>>. Acesso em: 03 dez 2018.

GREGOLETI, Viviane; SCORTEGAGNA, Silvana. Perfil sociodemográfico e clínico da população de idoso com transtorno depressivo. Porto alegre: (s.n), v.20, n.1, p. 271-283, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/21756783.2015000300008>>. Acesso em: 17 set 2018.

JORGE, Maria Salett Bessa; DINIZ, Alexandre Melo. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. Florianópolis: Rev Brasileira de Enf, v.24, n.1, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>>. Acesso em: 15 set 2018.

LEAL, Bruna Molina. O centro de atenção psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. São Paulo: Aletheia, p.87-101, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em: 20 set 2018.

MURCHO, Nuno; PACHECO, Eusébio. Transtornos mentais comuns nos cuidados de saúde primários: um estudo de revisão. Revista Portuguesa de Enfermagem em saúde Mental, p.36-38, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0129>>. Acesso em: 30 set 2019.

MASETTO, Marcos Tarciso. Inovação Curricular no Ensino Superior. Revista e-curriculum, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 1-20 ago. 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/curriculum/article/view/6852/4966>>. Acesso em: 03 abr 2019.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 13 n. 2, p. 2133-2144, dez, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>>. Acesso em: 08 jan 2019.

NICO, Yara; LEONARDI, Jean Luiz; ZEGGIO, Larissa. A depressão como fenômeno cultural na sociedade pós-moderna: um ensaio analítico comportamental dos nossos tempos. São Paulo, 2016.

PEREIRA, Carolina Arantes; CAZEIRO, Ana Claudia Martins; SANTOS, Letícia Leal Oberding. Currículo e formação de professores em uma perspectiva Interdisciplinar. *ECCOM*, v. 2, n. 4, p. 83-90, jul-dez, 2011. Disponível em: <[http://www.if.ufrgs.br/eenci/artigos/Artigo\\_ID134/v6\\_n1\\_a2011.pdf](http://www.if.ufrgs.br/eenci/artigos/Artigo_ID134/v6_n1_a2011.pdf)>. Acesso em: 15 jul 2019.

PINTO, Diogo et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(3): 493-502. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010407072011000300010>>. Acesso em: 04 abr 2019.

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento de depressão no brasil? Brasília: Serv. Saúde, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400018>>. Acesso em: 03 fev 2019.

RAYMUNDO, Camila Sotello et al. A implantação do currículo baseado em competência na graduação de fisioterapia: a integralidade como eixo condutor. *ABCS Health Sci*. v. 40, n. 3, p. 220-228. 2015.

REIS, Francisco José Candido dos; SOUZA, Cacilda da Silva; BOLLELA, Valdes Roberto. Princípios básicos de desenho curricular para cursos das profissões da saúde. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 272-279, out. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/2176-7262.v47i3p272-279>>. Acesso em: 13 maio 2019

RODRÍGUEZ, R.V.; BREYNER, A.J. Gestão Interdisciplinar do conhecimento: Bases Educacionais e Epistemológicas. *Belém*, v. 1, n. 2, p. 144-150, jan., 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.12.030>>. Acesso em: 25 jul 2019.

SARMANHO, Cinthya Lorena Bezerra et al. Estratégia lúdica no ensino de boas práticas de higiene às crianças hospitalizadas. *Interdisciplinary Journal of Health Education.*, Belém, v. 1, n. 2, p. 144-150, jan. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.023>>. Acesso em: 25 jul 2019.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da et al. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. *Belém*, v. 1, n. 2, p. 144-150, jan., 2016.

SOUSA, Sidinei de Oliveira. Aprendizagem baseada em problemas (PBL– problem based learning): estratégia para o ensino e aprendizagem de algoritmos e conteúdos computacionais. [Dissertação]: Presidente Prudente SP. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. 2011.

SOUZA, Patrícia Alves de; ZEFERINO, Angelica Maria Bicudo; DA ROS, Marco Aurélio. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. Rev. bras. educ. med. [online], Brasília, v. 35, n. 1, p. 20-25, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100004>>. Acesso em: 20 jun 2019.

SOUZA, Raissa Silva; BETHONY, Maria Flávia Gazzinelli. Planejamento integrado do ensino na perspectiva de docentes de uma universidade federal. Enferm. Foco, Minas Gerais, v. 7, n. 2, p. 62-66, out. 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.49328>>. Acesso em: 25 jul 2019.

SALVO, Lilian; SALDIVIA, Sandra. Características clínicas del trastorno depresivo mayor en tratamiento em el nivel secundário de atención. Chile: Rev Med Chile, v.13, n.2, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300007>>. Acesso em: 14 ago 2019.

SILVA, Darlan. Et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: Uma revisão da literatura. Maceió: Rev Esc de Enfermagem, v.49, nº6, p.1027-1036, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>>. Acesso em: 12 ago 2019.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti et al. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. Interface comunicação saúde educação. v.16, n.41, p. 529-42. abr-jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000015>>. Acesso em: 30 jul 2019.

XAVIER, Laudicéia Noronha et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. S A N A R E, Sobral, v. 13, n.1, p. 76-83, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1295736910>>. Acesso em: 25 jul 2019.

KLOH, Daiana et al. Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 693-700, abr. 2014.



## CAPÍTULO V

# PESQUISA CIENTÍFICA SOBRE DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENIL

*Débora do Socorro Silva de Souza; Karymi  
Saraty Flor Mesquita*

## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde e as ações de assistência social, atualmente, buscam diminuir a institucionalização das crianças e adolescentes, para isso, a convivência familiar e comunitária é incentivada, essas atitudes visam garantir um papel de cidadania e capacidade as crianças e adolescentes com distúrbios psíquicos (TAÑOA; MATSUKURA, 2015).

Portanto, é fundamental garantir as crianças e adolescentes sua integridade, para que possa transformar sua própria cultura e vida social, garantindo assim, sentindo aos eventos que os cercam e facilitando a compreensão da realidade. Para isso, o adulto deve compreender a subjetividade da criança e adolescente, pois, esta compreensão é essencial para que, gradativamente a vida psíquica seja construída, as emoções sejam exteriorizadas e ocorra a ressignificação das próprias vivências (CÂMARA; AMARAL; CÂMARA, 2014). Distante do exposto, este trabalho tem como objetivo descrever os principais conceitos de diversos distúrbios psiquiátricos infanto-juvenil baseado em literaturas atuais.

## DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL (RETARDO MENTAL)

Incluído no tópico de Transtornos do Neurodesenvolvimento do DSM-5, o termo retardo mental foi usado no DSM-4. Atualmente, deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é o termo que mais adequado e é comumente utilizado por profissionais da Medicina, da Educação e outros profissionais e pelo público leigo e grupos de apoio. Os critérios diagnósticos enfatizam a necessidade de uma avaliação da capacidade cognitiva (Quociente de Inteligência – QI) e do funcionamento adaptativo. Além disso, a gravidade é determinada pelo funcionamento adaptativo, e não pelo escore do QI (DSM, 2014).

A deficiência intelectual se origina antes dos 18 anos e é definida como uma deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizagem, resolução de problemas) e no comportamento adaptativo, e

resulta em prejuízo social e emocional e cognitivas (AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES, 2018).

A deficiência intelectual é subdividida em leve (QI na faixa de 50 a 69), moderada (QI na faixa de 35 a 49), grave (QI na faixa de 20 a 34) e profunda (QI abaixo de 20). Na deficiência intelectual leve, ocorrem dificuldades na aprendizagem, porém há facilidade na adaptação; quando adultos, podem conseguir trabalhar e manter relacionamentos sociais (CECHIN; COSTA; DORNELES, 2013).

Pessoas com deficiência intelectual moderada apresenta falhas de atenção, construção lenta de ideias, erros perceptivos e dificuldades de associações. O comportamento dessas pessoas costuma ser instável, apresentam dependência durante atividades diárias e dificuldades ao se expressar oralmente. Seu desenvolvimento motor é aceitável, são capazes de compreender conceitos básicos, porém, apresentam certo grau de dificuldade técnica para leitura, escrita e cálculos matemáticos (DSM, 2014; TOMAZ et al., 2017).

O DSM-5 (2014), destaca que em caso de pessoas com deficiência intelectual grave, suas habilidades conceituais são limitadas. “Geralmente, o indivíduo tem pouca compreensão da linguagem escrita ou de conceitos que envolvam números, quantidade, tempo e dinheiro. A linguagem falada é bastante limitada em termos de vocabulário e gramática. O indivíduo necessita de apoio para todas as atividades cotidianas, inclusive refeições, vestir-se, banhar-se e eliminação”.

Pessoas com deficiência intelectual profunda, de acordo com o DSM-5 (2014), “apresentam habilidades conceituais que envolvem mais o mundo físico do que os processos simbólicos. A pessoa pode usar objetos de maneira direcionada a metas para o autocuidado, o trabalho e a recreação. Apresentam, ainda, compreensão muito limitada da comunicação simbólica na fala ou nos gestos. Podem entender algumas instruções ou gestos simples, dependem de outros para todos os aspectos do cuidado físico diário, saúde e segurança, ainda que possa conseguir participar também de algumas dessas atividades. Além disso, aqueles sem prejuízos físicos graves podem ajudar em algumas tarefas diárias de casa”.



O diagnóstico de deficiência intelectual baseia-se em avaliação clínica e em testes padronizados das funções adaptativa e intelectual, como o teste de QI. Esses testes buscam analisar o grau de raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem pela educação escolar e experiência e compreensão prática. Buscam ainda, compreender os componentes críticos como a compreensão verbal, memória de trabalho, raciocínio perceptivo, raciocínio quantitativo, pensamento abstrato e eficiência cognitiva (DSM, 2014; KE; LIU, 2015).

Entre as causas da deficiência intelectual, destacam-se os Distúrbios Cromossômicos (Síndrome de Down, Síndrome do X frágil, Síndrome de Prader Willi e Síndrome de Klinefelter); Desordens de gene único (Erros inatos do metabolismo, como galactosemia, Fenilcetonúria, Mucopolissacaridoses, Hipotireoidismo, dentre outras); Influências ambientais adversas (Deficiências, tais como deficiência de iodo e deficiência de ácido fólico, Desnutrição grave na gravidez, Uso de substâncias como álcool (síndrome alcoólica fetal), nicotina e cocaína durante o início da gravidez, dentre outras). Além dessas, existem outros fatores que podem causar esse tipo de distúrbio (KE; LIU, 2015).

Por fim, o tratamento para a deficiência intelectual é baseado no entendimento do problema, com isso, traça-se um plano de intervenção comportamental. Esse plano inclui uma intervenção medicamentosa específica a partir da análise multiprofissional e quando necessária, maiores esforços para garantir uma educação satisfatória, buscar incluir a criança em meios sociais, realizar o acompanhamento com profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, médicos e fonoaudiólogos, além de um apoio educacional direcionado à família e amigos da criança e/ou adolescente (KE; LIU, 2015).

## **TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO**

Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC) pode ocorrer durante o desenvolvimento motor da criança, com o surgimento de disfunções que podem ser reconhecidas pelos pais e/ou professores, especialmente professores de educação física. Esse transtorno se refere às dificuldades nas habilidades motoras que as crianças

apresentam não é devido deficiências de ordem intelectual, sensorial primária ou neurológica. Contudo, esse transtorno afeta a vida da criança em atividades rotineiras como vestir-se, despir-se, amarrar cadarços de sapatos, abotoar a camisa e atividades mais complexas, como atividades físicas como saltos ou driblar com uma bola (PULZI; RODRIGUES, 2015).

A falta de equilíbrio, ritmo, orientação espacial e coordenação motora são frequentes, e acarretam problemas na vida acadêmica e social de crianças e adolescentes. Além desses problemas motores e cognitivos, crianças com TDC apresenta problemas emocionais, como baixa autoestima, ansiedade e depressão, podendo levá-las a um isolamento social (ZWICKER et al., 2012).

De acordo com o Manual do DSM-5 de 2014, “A prevalência do transtorno do desenvolvimento da coordenação em crianças com 5 a 11 anos de idade fica entre 5 e 6% (em crianças com 7 anos, 1,8% têm diagnóstico de transtorno do desenvolvimento da coordenação grave, e 3% apresentam provável transtorno do desenvolvimento da coordenação). Indivíduos do sexo masculino são mais frequentemente afetados do que os do sexo feminino”.

O TDC é atualmente classificado e reconhecido pela referência e comunidade médica através do diagnóstico dos seguintes critérios estabelecidos pelo DSM-5, de 2014:

**A.** “A aquisição e a execução de habilidades motoras coordenadas estão substancialmente abaixo do esperado considerando-se a idade cronológica do indivíduo e a oportunidade de aprender e usar a habilidade. As dificuldades manifestam-se por falta de jeito (p. ex., derrubar ou bater em objetos), bem como por lentidão e imprecisão no desempenho de habilidades motoras (p. ex., apanhar um objeto, usar tesouras ou facas, escrever à mão, andar de bicicleta ou praticar esportes)”.

**B.** “O déficit nas habilidades motoras do Critério A interfere, significativa e persistentemente, nas atividades cotidianas apropriadas à idade cronológica (p. ex., autocuidado e automanutenção), causando impacto na produtividade acadêmica/escolar, em atividades pré-profissionais e profissionais, no lazer e nas brincadeiras”.

**C.** “O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento”.

**D.** “Os déficits nas habilidades motoras não são mais bem explicados por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por deficiência visual e não são atribuíveis a alguma condição neurológica que afete os movimentos (p. ex., paralisia cerebral, distrofia muscular, doença degenerativa)”.

Crianças que apresentam TDC podem apresentar outras comorbidades, como síndrome de Asperger, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, dificuldade de comunicação, dificuldade de aprendizagem e retardo mental, sendo que, nesse último caso, as dificuldades motoras devem ser superiores às normalmente associadas a esse quadro. Esse distúrbio pode ser diagnosticado na primeira infância, porém, a confiabilidade avaliativa da criança é complexa antes dos cinco anos, por isso, geralmente nota-se a partir do ensino fundamental, pois essa condição interfere claramente na performance escolar e nas atividades diárias (PULZI; RODRIGUES, 2015).

Quanto ao tratamento, o acompanhamento de uma equipe multiprofissional é imprescindível, assim como, apoio e educação familiar. Além disso, estudos apontam que a suplementação de ômega-3 pode facilitar o processo de intervenção, pois, os ácidos graxos auxiliam positivamente o desenvolvimento neurológico e psiquiátrico (ALEXANDRA; MONTGOMERY, 2005). Além disso, a atividade física regulares e as brincadeiras durante a infância apresentam resultados satisfatórios para melhora do desenvolvimento físico, social e emocional da criança (PULZI; RODRIGUES, 2015).

Como o TDC interfere nas atividades diárias e escolares, a equipe multiprofissional da área da educação e da saúde devem estar preparados para investigar e tratar as prováveis alterações motora fina e global, processo que minimiza o impacto desse distúrbio na qualidade de vida social e escolar das crianças (TONIOLO; CAPELLINI, 2010).

## DISLEXIA NA INFÂNCIA

A dislexia é classificada com um transtorno específico de aprendizagem, sua origem é neurológica e acomete qualquer pessoa, independente de nível intelectual. caracteriza-se por dificuldade na precisão (e/ou fluência) no reconhecimento de palavras e baixa capacidade de decodificação e de soletração. além disso, os problemas na compreensão e déficit de leitura são as consequências secundárias desse transtorno (RODRIGUES; CIASCA, 2016).

A Associação Brasileira de Dislexia (ABD) apresenta os sinais de fase pré-escolar, tais como: “dispersão”, “atraso do desenvolvimento da fala e da linguagem”, “dificuldade de aprender rimas e canções”, “fraco desenvolvimento da coordenação motora”, entre outros. Quanto à fase escolar, alguns sinais que podem ser observados são: “dificuldade na aquisição e automação da leitura e da escrita”; “desatenção e dispersão”; “desorganização geral”, “confusão para nomear direita e esquerda”; “dificuldade de copiar de livros e da lousa”; “pobre conhecimento de rima e aliteração”; “vocabulário pobre, com sentenças curtas e imaturas ou longas e vagas”; “dificuldade em manusear mapas, dicionários, listas telefônicas”, etc. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA, 2018).

O diagnóstico requer a identificação dos seguintes sintomas: 1. Leitura de palavras feita de forma imprecisa ou lenta, demandando muito esforço; 2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido. Pode realizar leitura com precisão, porém não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido; 3. Dificuldade na ortografia, sendo identificado, por exemplo, adição, omissão ou substituição de vogais e/ou consoantes; 4. Dificuldade com a expressão escrita, podendo ser identificados múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprego ou organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza (RODRIGUES; CIASCA, 2016).

Entretanto, a simples presença de um ou mais sintomas não significa que a criança tenha dislexia, uma vez que estes podem ser decorrentes de fatores variados, o que inclui: deficiência (intelectual e sensorial, por exemplo), síndromes neurológicas

diversas, transtornos psiquiátricos, problemas emocionais e fatores de ordem socioambiental (pedagógico, por exemplo) (RODRIGUES; CIASCA, 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) de 2014, considera que, além dos sintomas descritos acima, se deve levar em consideração os seguintes critérios: 1. Persistência da dificuldade por pelo menos 6 meses (apesar de intervenção dirigida); 2. Habilidades acadêmicas substancial e qualitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica (confirmado por testes individuais e avaliação clínica abrangente); 3. As dificuldades iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências acadêmicas excedam a capacidade limitada do indivíduo, como, por exemplo: baixo desempenho em testes cronometrados; leitura ou escrita de textos complexos ou mais longos e com prazo curto; alta sobrecarga de exigências acadêmicas; 4. As dificuldades não são explicadas por deficiências, transtornos neurológicos, adversidade psicossocial, instrução acadêmica inadequada ou falta de proficiência na língua de instrução acadêmica.

Para o tratamento deste distúrbio, é necessário traçar estratégias de aprendizagem, estimulando a leitura e a escrita. O apoio multiprofissional é imprescindível, essa equipe de apoio deve conter pedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, médico neurologista, dentre outros. O acompanhamento do desenvolvimento da criança e/ou adolescente deve ser contínuo, junto com os familiares para que se obtenha resultados de melhora satisfatórios (SIGNOR, 2015).

## **DISFEMIA - TRANSTORNO DA FLUÊNCIA COM INÍCIO NA INFÂNCIA (GAGUEIRA)**

A gagueira é classificada como um distúrbio da comunicação, afeta a fluência de fala do ser humano, suas consequências incluem falhas na programação motora temporal, a criança tenta várias vezes retomar a fala. Essas interrupções provocam diminuição do ritmo da fala, as vezes com distorções faciais e corporais. A consequência dessas limitações pode incluir problemas emocionais e sociais, chegando ao isolamento social (MACIEL; CELESTE; MARTINS-REIS, 2013).

Quanto a classificação da gagueira, tem-se a idiopática (ou do desenvolvimento) ou adquirida (neurogênica e psicogênica). A primeira é definida como disfunção do sistema nervoso central de origem genética (sem danos cerebral), de início na infância (principalmente entre os dois e cinco anos de idade). Já as gagueiras adquiridas podem surgir após o desenvolvimento da linguagem, ocorre em falantes fluentes e é fenômeno raro decorrente de dano cerebral bem definido, de origem vascular, como acidente vascular encefálico (AVE), ou de origem traumática (traumatismos cranianos) (MACIEL; CELESTE; MARTINS-REIS, 2013).

A causa da gagueira é uma das principais questões nos laboratórios de pesquisa sobre os distúrbios da fluência do mundo. Estudos evidenciam que a gagueira é um distúrbio de origem genética ou neurofisiológica. Apesar de sua origem genômica, a hereditariedade sozinha não é caracterizada como motivo pela sua manifestação (MACIEL; CELESTE; MARTINS-REIS, 2013).

É fundamental realizar o diagnóstico das gagueiras do desenvolvimento o mais precocemente possível, ainda na infância, pois assim, busca-se minimizar os aspectos negativos associados ao distúrbio e potencializar a qualidade de vida desses falantes. Para isso, têm-se os critérios de diagnóstico, baseado no DSM-5 de 2014, que incluem:

**“A.** Perturbações na fluência normal e no padrão temporal da fala inapropriadas para a idade e para as habilidades linguísticas do indivíduo persistentes e caracterizadas por ocorrências frequentes e marcantes de um (ou mais) entre os seguintes: 1. Repetições de som e sílabas. 2. Prolongamentos sonoros das consoantes e das vogais. 3. Palavras interrompidas (p. ex., pausas em uma palavra). 4. Bloqueio audível ou silencioso (pausas preenchidas ou não preenchidas na fala). 5. Circunlocações (substituições de palavras para evitar palavras problemáticas). 6. Palavras produzidas com excesso de tensão física. 7. Repetições de palavras monossilábicas (p. ex., “Eu-eu-eu vejo”)

**“B.** A perturbação causa ansiedade em relação à fala ou limitações na comunicação efetiva, na participação social ou no desempenho acadêmico ou profissional, individualmente ou em qualquer combinação. C. O início dos sintomas

ocorre precocemente no período do desenvolvimento. (Nota: Casos de início tardio são diagnosticados como 307.0 [F98.5] transtorno da fluência com início na idade adulta.)”.

“D. A perturbação não é passível de ser atribuída a um déficit motor da fala ou sensorial, a disfluência associada a lesão neurológica (p. ex., acidente vascular cerebral, tumor, trauma) ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental”.

Quanto ao tratamento, é preferível realizar na fase inicial da vida por profissionais especializados, entre dois e três anos de idade. Contudo, esse tratamento pode ocorrer em qualquer fase da vida. A melhor opção de tratamento indireto é o aconselhamento e apoio educacional para familiares e professores, em caso de persistência em crianças acima de quatro anos de idade, é indicado o acompanhamento da criança com fonoaudiólogo. “A *Stuttering Foundation of American* estabeleceu dois grupos de tratamento: de modificação da gagueira e de modelamento da fluência.

A modificação da gagueira baseia-se no princípio de que a maioria das disfluências é resultado das evitações, dos conflitos, medos ou esforço para falar. Já o modelamento da fluência é realizado por meio do monitoramento da fala, uma vez que se fundamentam na teoria de condicionamento e programação e princípios da fluência” manifestação (MACIEL; CELESTE; MARTINS-REIS, 2013).

## TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

Nos últimos anos, o termo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) vem sendo utilizado, nas publicações, para se referir a uma classe de condições neurodesenvolvimentais que, geralmente, inclui o transtorno autístico, o de Asperger, o desintegrativo da infância e o transtorno global do desenvolvimento não especificado, também conhecido como autismo atípico (ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

De acordo com a nova versão do manual, as manifestações comportamentais que definem o TEA incluem comprometimentos qualitativos no desenvolvimento sociocomunicativo, bem como a presença de comportamentos estereotipados e de um repertório restrito de interesses e atividades, sendo que os sintomas nessas áreas,

quando tomados conjuntamente, devem limitar ou dificultar o funcionamento diário do indivíduo (DSM, 2014).

TEA é compreendido como uma síndrome comportamental complexa que possui etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais (RUTTER, 2011). Até o momento, as bases biológicas que buscam explicar a complexidade do transtorno são apenas parcialmente conhecidas e, por isso, a identificação e o diagnóstico do transtorno baseiam-se nos comportamentos apresentados e na história do desenvolvimento de cada indivíduo (ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

Os critérios diagnósticos do DSM-5 (2014), incluem:

**“A.** Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto): 1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais. 2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal. 3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares”.

**“B.** Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto): 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas). 2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas



mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente). 3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos). 4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento)”.

“**C.** Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

“**D.** Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente”.

“**E.** Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento”.

Quanto ao tratamento, deve-se buscar a intervenção precoce a partir do diagnóstico precoce, intervenção multiprofissional, objetivando a melhora do quadro clínico do autismo, gerando ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança (REICHOW, 2011). Ademais, estudos indicam que os ganhos decorrentes da intervenção precoce podem reduzir consideravelmente os gastos dos familiares no tratamento das crianças com TEA, bem como os dos sistemas de saúde pública, quando se analisa os resultados em longo prazo (ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Por fim, o conhecimento sobre o Transtorno do Espectro Autista é fundamental para pais e professores possam traçar as melhores estratégias com intuito de integrar a criança ao convívio escolar e social de modo geral.

## TRANSTORNO DE CONDUTA

“Os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta incluem condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos. Os critérios para transtorno da conduta focam principalmente em comportamentos pouco controlados que violam os direitos dos outros ou que violam normas sociais relevantes” (DSM, 2014).

De acordo com o DSM-5 de 2014, existem três subtipos de transtorno da conduta que se baseiam na idade de início do transtorno. “O início poderá ser estimado com mais precisão a partir de informações fornecidas tanto pelo jovem quanto pelo cuidador; frequentemente essa estimativa tem uma discrepância de dois anos para mais em relação ao início real. Os dois subtipos podem ocorrer nas formas leve, moderada ou grave. Um subtipo de início não especificado é atribuído nas situações em que não há informações suficientes para determinar a idade de início”.

No transtorno da conduta com início na infância, as crianças, geralmente, são do sexo masculino, costumam apresentar agressão física contra outras pessoas, têm relacionamentos conturbados com pares, podem ter tido transtorno de oposição desafiante precocemente na infância e normalmente têm sintomas que preenchem critérios para transtorno da conduta antes da puberdade (DSM, 2014).

“A característica essencial do transtorno da conduta é um padrão comportamental repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade. Esses comportamentos se enquadram em quatro grupos principais: conduta agressiva que causa ou ameaça causar danos físicos a outras pessoas ou animais; conduta não agressiva que causa perda ou danos a propriedade; falsidade ou furto; e violações graves de regras. Três ou mais comportamentos típicos devem estar presentes nos últimos 12 meses, com pelo menos um comportamento presente nos últimos seis meses” (DSM, 2014).

Para o tratamento é necessário a terapia de apoio para a família com o intuito de trabalhar a sobrecarga de raiva e desesperança, acompanhamento com profissionais e

educadores capacitados para lidar com a situação. A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional. Em geral, o padrão de comportamento está presente em vários ambientes, tais como casa, escola ou comunidade. Como os indivíduos com transtorno da conduta têm uma propensão a minimizar seus problemas comportamentais, o clínico frequentemente deverá se basear em informantes adicionais (DSM, 2014).

## **DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento, definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade (DSM, 2014). Esse transtorno é neurobiológico crônico, com base genética, sua causa inclui alterações no desenvolvimento de algumas áreas do cérebro. A área pré-frontal e os principais neurotransmissores envolvidos no distúrbio são afetados pelo funcionamento hipofílico de suas funções e pela diminuição do suprimento sanguíneo nessa região (STEFANINI et al., 2015; SIGNOR, 2016). Ainda na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta (DSM, 2014).

“Os sintomas característicos do TDAH são: déficit de atenção (relacionado à capacidade de organização e planejamento), hiperatividade (manifestada por inquietação e agitação) e impulsividade (relacionada à perda do senso crítico anterior ao comportamento e busca de recompensa imediata)” (STEFANINI et al., 2015).

Quanto ao diagnóstico, O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade compreende uma lista com 18 sintomas, destes, nove estão relacionados à desatenção; 6 à hiperatividade; e 3 à impulsividade. O diagnóstico do TDAH em crianças somente pode ser realizado após a identificação de no mínimo 6 sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade; e em adultos no mínimo 5. Além disso, a avaliação dos prejuízos causados pelos sintomas (que integra o DSM-5): vale destacar que não basta a análise dos sintomas isoladamente, pois os questionários do DSM-5, expressam a

necessidade de considerar a frequência e a intensidade dos prejuízos causados pelos sintomas na rotina dos pacientes, em diferentes (DSM, 2014).

Após a avaliação minuciosa das informações e questionários aplicados, e a exclusão de outras doenças e condições capazes de causar sintomas parecidos com os do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o paciente deverá ser diagnosticado com TDAH e encaminhado para tratamento (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2018).

Quanto ao tratamento do TDAH, deve ser multimodal (combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores e técnicas específicas que são ensinadas ao portador). A medicação, faz parte do tratamento, a partir da necessidade observada pela equipe médica. Por outro lado, a psicoterapia indicada para o tratamento é a Terapia Cognitivo Comportamental que no Brasil é uma atribuição exclusiva de psicólogos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO).

Por fim, “o tratamento com fonoaudiólogo está recomendado em casos específicos onde existem, simultaneamente, Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia). O TDAH não é um problema de aprendizado, como a Dislexia e a Disortografia, mas as dificuldades em manter a atenção, a desorganização e a inquietude atrapalham bastante o rendimento dos estudos. Portanto, é necessário que os professores conheçam técnicas que auxiliem os alunos com TDAH a ter melhor desempenho” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO).

## TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

De acordo com o DSM-5 de 2014, “os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre

si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas”.

O Transtorno de Ansiedade de Separação apresenta como característica essencial do medo ou a ansiedade excessiva envolvendo a separação de casa ou de figuras de apego. Já os critérios diagnósticos, incluem:

“**A.** Medo ou ansiedade impróprios e excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego, evidenciados por três (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego. 2. Preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, tais como doença, ferimentos, desastres ou morte. 3. Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de apego (p. ex., perder-se, ser sequestrado, sofrer um acidente, ficar doente). 4. Relutância persistente ou recusa a sair, afastar-se de casa, ir para a escola, o trabalho ou a qualquer outro lugar, em virtude do medo da separação. 5. Temor persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros contextos. 6. Relutância ou recusa persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a uma figura importante de apego. 7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação. 8. Repetidas queixas de sintomas somáticos (p. ex., cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de apego ocorre ou é prevista”.

“**B.** O medo, a ansiedade ou a esquia é persistente, durando pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes e geralmente seis meses ou mais em adultos”.

“**C.** A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo”.

“**D.** A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como a recusa em sair de casa devido à resistência excessiva à mudança no transtorno do espectro autista; delírios ou alucinações envolvendo a separação em transtornos psicóticos; recusa em sair sem um acompanhante confiável na agorafobia;

preocupações com doença ou outros danos afetando pessoas significativas no transtorno de ansiedade generalizada; ou preocupações envolvendo ter uma doença no transtorno de ansiedade de doença”.

Quanto ao tratamento, existem três tipos; 1. medicamentos (sempre com acompanhamento e receita médica); 2. psicoterapia com psicólogo ou com médico psiquiatra; 3. combinação dos dois tratamentos (medicamentos e psicoterapia). Com o início do tratamento correto, as pessoas começam a melhorar e retornar as suas atividades rotineiras, porém, o acompanhamento especializado de equipe multiprofissional é fundamental para manter uma melhorar significativa. “O diagnóstico precoce e preciso, um tratamento eficaz e o acompanhamento por um prazo longo, são imprescindíveis para obter-se melhores resultados e menores prejuízos” (BRASIL, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é evidente os diversos distúrbios que podem acometer crianças e adolescentes em qualquer região do mundo. Para isso, conclui-se a necessidade de a equipe multiprofissional buscar, especializações e atualizações a respeito do tema, além, de familiares e amigos se preocuparem em compreender os processos dos transtornos que podem acometer um de seus entes.

Além disso, compreende-se que é grande dificuldade de diagnóstico torna difícil o tratamento precoce, portanto, aconselha-se que a equipe em saúde que acompanha o desenvolvimento infantil inclua em suas condutas exames específicos para diagnóstico de alterações neurológicas e comportamentais ao consultarem seus pacientes. Por fim, verificou-se que há poucos estudos que abordem tratamento e diagnóstico dos distúrbios pesquisados, portanto, sugere-se novos estudos para alcançarmos melhores respostas às diversas complicações que esses transtornos podem oferecer aos pacientes durante seus desenvolvimentos.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRA, J. Richardson; MONTGOMERY, Paul. A randomized, controlled trial of dietary supplementation with fatty acids in children with Developmental Coordination Disorder. *Pediatrics*, v. 115, n. 5, maio. 2005.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. Disponível em: <<https://aaid.org/>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5). Washington: APA; 2014

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. Disponível em: <<http://tdah.org.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA. Disponível em: <[www.dislexia.org.br](http://www.dislexia.org.br)>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ansiedade, 2018. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/224\\_ansiedade.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/224_ansiedade.html)>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CÂMARA, Yzy Maria Rabelo; AMARAL, João Joaquim Freitas do J.; CÂMARA, Yls Rabelo. A criança portadora de sofrimento psíquico enquanto sujeito de pesquisa do seu processo de adoecer. *Rev. Subj.* [online]., Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 373-382, dez. 2014.

CECHIN, Michelle Brugnera Cruz; COSTA, Adriana Corrêa; DORNELES, Beatriz Vargas. Ensino de fatos aritméticos para escolares com deficiência intelectual. *Rev. bras. educ. espec.* [online]., v.19, n.1, p.79-92. 2013.

KE X, Liu J. Deficiência Intelectual. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Disponível em <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/index.shtml#pub4>>. Acesso em: 14 jun. de 2017.

PEREIRA, Amanda Morão et al. Avaliação da memória em crianças e adolescentes com capacidade intelectual limítrofe e deficiência intelectual leve. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, v. 32, n. 99, p. 302-313, nov. 2015.

PULZI, Wagner; RODRIGUES, Graciele Massoli. Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação: uma revisão de literatura. Rev. bras. educ. espec. [online]., Bauru, v. 15, n. 3, p. 433-444, set. 2015.

REICHOW, B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Development Disorders, v.42, n.4, p.512-520., Abr. 2012.

RODRIGUES, Sônia das Dores; CIASCA, Sylvia Maria. Dislexia na escola: identificação e possibilidades de intervenção. Rev. Psicopedagogia, São Paulo, v. 33, n. 100, p. 86-97, maio. 2016.

RUTTER, Michael L. Progress in understanding autism: 2007 - 2010. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 41, n. 4, p. 395-404, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21318644>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

SIGNOR, Rita. Dislexia: uma análise histórica e social Dyslexia: a social and historical analysis. RBLA, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 971-999, dez. 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1984-639820158213>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

STEFANINI, Jaqueline Rodrigues et al. Adolescentes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e exposição à violência: opinião dos pais. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1090-6, nov. 2015.

TAÑO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Developmental coordination disorder: a review and updateSaúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, nov. 2015.

TOMAZ, Rodrigo Victor Viana et al. Avaliação da memória em crianças e adolescentes com capacidade intelectual limítrofe e deficiência intelectual leve: Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. e00096016, nov. 2017.

TONIOLO, C. S.; CAPELLINI, S. A. Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação: revisão de literatura sobre os instrumentos de avaliação. Rev. Psicopedagogia, São Paulo, v. 27, p. 109-116, 2010.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 30, n. 1, p. 25-33, jan. 2014.



ZWICKER, Jill G. et al. Developmental coordination disorder: a review and update. *Eur J Paediatr Neurol.*, [S.l.], v. 16, n. 6, p. 573-81, nov. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22705270>>. Acesso em: 14 jun. 2018.



## CAPÍTULO VI

# SOBRECARGA EMOCIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATUANTE EM SAÚDE MENTAL

*Jamille da Costa Salvador; Ivana de Fátima  
Moreira Ramos; Raíssa Moura de Almeida;  
Raíssa Cristina Lima de Moraes*

## INTRODUÇÃO

Até a década de 70, a saúde mental no Brasil era exercida de forma privatizante, hospitalocêntrica e cronificadora do sofrimento psíquico. O paciente/cliente diante de tal situação, não conseguira evoluir de maneira produtiva pelo fato de permanecer muito tempo internado o que acabava dificultando seu tratamento e até mesmo, a criação de vínculos afetivos com a família e, principalmente, com a comunidade. Nesse período até a década de 80, precisamente em 1987 durante a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, houve a consolidação da reforma psiquiátrica que tinha como objetivo a reintegração dos pacientes/clientes com transtornos mentais à comunidade (BARBOSA, 2016).

A reforma psiquiátrica é um movimento que revolucionou a forma de tratamento em relação à Saúde Mental do Brasil. Houve uma redemocratização com a retirada dos manicômios e que tinha como objetivo a igualdade (DESVIAT; RIBEIRO, 2015). Com isso, estabeleceu-se a criação do Programa de Reestruturação Hospitalar Psiquiátrica (PRH) que frisava a importância de se reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Esse programa faz parte da Política Nacional de Saúde Mental que proporciona aos pacientes/clientes com transtornos mentais a oportunidade de ter uma vida extra-hospitalar (FERNANDES, 2008).

Com a mudança do modelo assistencial na saúde mental, foi instituída uma rede de serviços substitutivos e, assim, houve a inserção de profissionais de saúde nessa esfera. Desta forma, novos conhecimentos têm sido exigidos pelos enfermeiros inseridos na prática interdisciplinar de saúde mental (PERES et al., 2018; LUZIO, 2010).

Desse modo é válido ressaltar que os modelos substitutivos que surgiram após reforma psiquiátrica se caracterizam por Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que são unidades regionalizadas, abertas e oferecem cuidados 24 horas, todos os dias da semana. As Residências Terapêuticas também são locais designadas a pessoas que possuam algum tipo sofrimento psíquicos graves e que por muitos anos ficaram em Hospitais Psiquiátricos (SOUSA, 2019).

Essa foi uma alternativa encontrada para reinserir essas pessoas na sociedade. Em geral, os moradores das chamadas residências terapêuticas não possuem nenhum tipo de apoio e nem contato com a família. A visita domiciliar tem o intuito de acompanhar os usuários de Saúde Mental para que não voltem à internação. Esse serviço também demonstra para a família que ela é capaz de cuidar do membro que possui Sofrimento Psíquico Grave. E se tornaram meios substitutivos (SOUSA, 2019).

Nessa proposta de reconstrução da assistência psiquiátrica surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados conforme a portaria do nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Constituem-se em serviços estratégicos, substitutivos ao modelo manicomial. São caracterizados por porte e clientela, recebendo as denominações de: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Estes devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Além disso, deverão funcionar independentemente de qualquer estrutura hospitalar (BRASIL, 2002).

O trabalho no CAPS é realizado por uma equipe multidisciplinar que trabalha de forma interdisciplinar, colocando a enfermagem diante de novos e importantes desafios. O cuidado de enfermagem, no CAPS, tem como princípio o humanismo, isto é, mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo, desenvolvendo o diálogo, o afeto, o acolhimento, o conforto e a relação do enfermeiro e do paciente. Desse modo, com vista a um cuidado mais efetivo, já não se cuida mais somente da pessoa, mas também da família (ALMEIDA et al., 2009).

Realizar assistência de enfermagem, em serviço aberto, como o CAPS, exige sensibilidade para que o gesto de cuidar aproxime e não afaste. A proposta de trabalho do CAPS possibilita a participação ativa de diversas atividades desenvolvidas fora e dentro dos serviços, oferecendo: atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas, atividades físicas, atividades lúdicas, visita domiciliar e hospitalar, passeios com usuários do CAPS, palestras, administração e orientações sobre medicações, formação de vínculos com o usuário, entre outras atividades. Nesses serviços, trabalha-se a realidade de cada sujeito, considerando crenças, valores e

cultura, que antes estavam adormecidos pelo paradigma manicomial, colocando a enfermagem no desafio do cuidado interdisciplinar (ALMEIDA et al., 2009; NASCIMENTO; MATHIS, 2018).

## A SATISFAÇÃO NO TRABALHO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O trabalho em saúde mental tem passado por importantes transformações nos últimos anos, com isso, novas práticas estão sendo adotadas pelos profissionais com o objetivo de proporcionar uma assistência integral à pessoa mentalmente doente. Assim, os profissionais têm sentido a necessidade de refletir sobre suas ações e processo de trabalho, já que este é constituído por conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói (MOREIRA, 2008).

Neste contexto, um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental é o nível de satisfação dos profissionais que neles atuam, sendo o mesmo uma avaliação sobre diversos aspectos do serviço, como as condições de trabalho, relacionamento com colegas, qualidade do tratamento oferecido aos usuários, aspectos estruturais e organizacionais, e participação e envolvimento nas decisões tomadas no serviço (BORGES, 2008).

No que diz respeito à satisfação no trabalho ou satisfação laboral, esta consiste em sentimento relacionado aos vários aspectos ou facetas do labor e é considerado como um indicador de bem-estar fisiológico e/ou emocional. Em outras palavras, o conceito satisfação no trabalho é entendido como a sensação de contentamento que o funcionário manifesta pelo seu labor e que pode ser positiva (satisfação) ou negativa (insatisfação) (BHATNAGAR, 2012).

É importante ainda destacar, que existe uma associação negativa entre a satisfação profissional e sobrecarga de trabalho, ou seja, à medida que uma aumenta a outra diminui. Dessa forma, estar insatisfeito com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias ocasionam, muitas das vezes, a exaustão física e mental, influenciando na produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania

organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos usuários (STUMM, 2007).

A meta do cuidado da equipe é maximizar as interações positivas da pessoa com o ambiente, promovendo o bem-estar e valorizando o contexto da pessoa; com vista a sua inclusão social, desenvolvendo a autonomia e a convivência do usuário. Os familiares e cuidadores também devem ser inseridos no processo de tratamento e reabilitação (ESPERIDIÃO, 2013).

Assim, o novo modelo de atenção à saúde mental envolveu a expansão dos serviços de psiquiatria e exigiu dos profissionais de Enfermagem maior envolvimento com os usuários do serviço, criando demandas e muitas vezes gerando sobrecarga (SOUZA, 2015).

## **A SOBRECARGA NO TRABALHO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

A sobrecarga laboral se refere ao conjunto de perturbações de cunho psicológico e ao sofrimento psíquico, associados às experiências de trabalho, cujas demandas ultrapassam as capacidades físicas ou psíquicas do sujeito para enfrentar as solicitações do meio ambiente profissional. Essa sobrecarga ocorre quando a quantidade de trabalho é grande para ser desenvolvida em pouco tempo, tendo o indivíduo poucos recursos para fazê-lo, sendo essa uma das mais notáveis indicações de desequilíbrio entre a pessoa e seu trabalho, o que acaba gerando o estresse (MENEHINI, 2011).

O indivíduo passa a maior parte da vida no local de trabalho. Desse modo, as tarefas desenvolvidas, o tipo de vínculo e a remuneração podem causar modificação na saúde mental das pessoas e produzir insatisfação ou desgaste físico e emocional quando há sobrecarga das atividades profissionais (MCHUGH, 2011).

Certas ocupações, como a enfermagem, apresentam uma probabilidade maior de envolver investimento emocional no trabalho, sugerindo que os profissionais que atuam nessa área estão propensos a apresentarem maior vulnerabilidade ao estresse do que em ocupações que não exigem envolvimento emocional (ROSSI, 2009).

A sobrecarga que se tem e o ambiente de trabalho na maioria das vezes não está totalmente adequado ou até mesmo a precariedade que se encontra e seu fluxo de serviço que é amplo, com isso acarreta ao auto índice de insatisfação dos funcionários o que pode gerar doenças psicológicas, tais como; ansiedade, depressão, estresse e síndrome de burnout (FERREIRA; LUCCA, 2015).

## **PATOLOGIAS DESENCADEADAS PELA SOBRECARGA NO AMBIENTE DE TRABALHO**

O cuidado aos pacientes com transtornos mentais expõe os profissionais às agressões, que podem ser comportamentos ou ações com potencial para prejudicar ou ferir outrem, física ou verbalmente. Tais agressões favorecem o desenvolvimento, por parte dos profissionais, de ansiedade, medo, culpa, distúrbios do sono, burnout, baixa saúde autopercebida ou insatisfação com o trabalho e o desenvolvimento de estresse, com conseqüente redução da satisfação com a vida (PEKURINEN, 2017).

O estresse ocupacional pode ser definido como um processo pelo qual vivências e demandas psicológicas no local de trabalho produzem alterações a curto e longo prazo na saúde física e mental do trabalhador (GANSTER; ROSEN, 2013). Os trabalhadores, quando estressados, tendem a diminuir seu desempenho e aumentar os custos das organizações, em decorrência dos possíveis problemas de saúde, suscitando maior rotatividade e absenteísmo, além do próprio ceticismo, característico do burnout. Sendo assim, o estresse ocupacional compromete, portanto, a saúde do trabalhador, da organização e da sociedade (PAIVA et al., 2015).

O burnout é caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional, segurança no trabalho, obesidade e comportamentos de dependência (fumo e álcool). A prevalência de burnout é um risco elevado para o desenvolvimento de atividades na saúde devido à baixa satisfação profissional, elevado risco de erros médicos, uso de medicamentos e substâncias psicoativas (DALMOLIN, 2014).

A exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; aumento

da suscetibilidade para doenças, cefaleia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. O distanciamento afetivo provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes muitas vezes desagradáveis e não desejada (SANCHES, 2016).

Compreender a depressão e os riscos para o suicídio, como também os fatores envolvidos, é de extrema importância para os estudos relacionados à saúde do trabalhador (SCHMID, 2011). Cabe ressaltar que a prevalência de sintomas depressivos e suicídio, que corresponde ao processo e causas de morte provocados pela própria vítima, é elevada entre os profissionais da saúde. Salienta-se ainda que a prevalência é influenciada pelo estresse do ambiente e pelo processo de trabalho, que interfere significativamente na vida laboral destes profissionais, com impacto na qualidade de vida (BARBOSA, 2012).

A sobrecarga é considerada um fator que contribui para o aumento do estresse emocional e físico, fator esse que pode desencadear vários adoecimentos e levar a um desequilíbrio mental, tendo como consequências patologias como, a depressão, ansiedade, síndrome de burnout, estresse, entre outros. É preciso maior preparação da equipe na área da saúde mental, para que haja um maior conhecimento por parte dos profissionais quanto a importância da diminuição da sobrecarga e conseqüentemente o aumento da satisfação laboral (OLIVEIRA, 2015).

## RESULTADOS

### Amostra

Dos 20 participantes da pesquisa, 11 pertenciam ao CAPS Machado de Assis e 9 ao setor da psiquiatria do HRT, ambos localizados no município de Tucuruí-PA. Ao realizar a comparação entre o perfil dos profissionais, verificou-se que no CAPS a maioria constituía-se por mulheres, com idade entre 28 anos a 60 anos (idade média 39,1) que desempenhavam atividades de nível técnico e predominantemente, nível superior. Já na psiquiatria do HRT, a predominância é de homens, com idade entre 35 a 62 anos (idade



média 48,3), também desempenhando atividades de nível técnico e superior, predominando o nível técnico.

**Tabela 1** – Caracterização do perfil dos profissionais da equipe multidisciplinar de acordo com a instituição em que atuavam.

Variáveis	CAPS Machado de Assis	Psiquiatria do HRT
<b>Sexo</b>		
Feminino	91%	22%
Masculino	9%	78%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	55%	22%
Casado (a)	36%	78%
Viúvo (a)	9%	0%
<b>Idade (Média)</b>	39,1	48,3
<b>Grau de Instrução</b>		
Ensino Técnico	27%	67%
Ensino Superior	27%	11%
Pós-Graduação	45%	22%
<b>Vínculo Empregatício Exclusivo</b>		
Sim	36%	44%
Não	64%	56%

**Fonte:** As autoras, 2019.

### Estudo da sobrecarga

Com base na aplicação da IMPACTO-BR, foi possível avaliar o grau de sobrecarga das equipes das duas instituições de saúde mental, através da Média (M) e do Desvio Padrão (DP) das respostas obtidas nos 18 itens que compõem esta escala, definindo como Escala Total (ET), a qual foi subdivida em 3 fatores sendo eles: Efeitos sobre a saúde física e mental (F1), Efeitos sobre o trabalho (F2) e Sentimento de estar sobrecarregado (F3), as três subescalas variaram entre o mínimo de 1 e o máximo de 5.

Esse resultado descreve que o grau médio de sobrecarga se encontrava entre “pouca” e “medianamente”, estando inversamente associado aos escores de sobrecarga, ou seja, quanto maior era o grau de sobrecarga sentida pelos profissionais, menor era o seu nível de satisfação no trabalho.

### Efeitos sobre a saúde física e mental (Fator 1)

Este fator da escala avalia a equipe quanto aos efeitos sofridos em sua saúde física e mental. Contém 5 itens referentes aos efeitos do trabalho em saúde mental, estes são: frequência de problemas físicos ressentidos pelo profissional, frequência de consultas ao médico, frequência em que toma medicamentos, efeitos do trabalho sobre sua estabilidade emocional e sua necessidade de procurar ajuda profissional em consequência destes problemas.

O grau referente a este fator é calculado através da média das respostas obtidas para as questões 5, 6, 7, 10 e 14. O F1 apresentou poucos efeitos negativos com relação à saúde física e mental no CAPS (M = 1,36 e DP = 0,28) e no HRT (M = 1,80 e DP = 0,48).

**Tabela 2** – Escores de sobrecarga fator 1 em termos de escore médio e desvio padrão.

IMPACTO-BR	CAPS Machado de Assis		Psiquiatria do HRT	
	Escore Médio	Desvio Padrão	Escore Médio	Desvio Padrão
Efeitos sobre a saúde física e mental (F1)	1,36	0,28	1,80	0,48

**Fonte:** As autoras, 2019.

### Efeitos no funcionamento da equipe (Fator 2)

Este fator da escala avalia o impacto sentido no funcionamento dos profissionais. Este contém 6 itens referentes: a frequência em que o profissional pensa em mudar de campo de trabalho, frequência em que ele pensa que outro tipo de trabalho o faria sentir mais saudável, afastamento por doença devido ao estresse no trabalho, grau em que o profissional tem receio de ser agredido no trabalho, efeito do trabalho na qualidade do sono e o efeito do trabalho em sua saúde geral. O grau deste fator é calculado através da média das respostas obtidas para as questões 3, 4, 9, 11, 15 e 16. O F2 apresentou considerável impacto da sobrecarga de trabalho (M = 1,99 e DP = 0,60) no CAPS e ainda maior no HRT (M = 2,46 e DP = 0,78).

**Tabela 3** – Escores de sobrecarga fator 2 em termos de escore médio e desvio padrão.

IMPACTO-BR	CAPS Machado de Assis		Psiquiatria do HRT	
	Escore Médio	Desvio Padrão	Escore Médio	Desvio Padrão
Efeitos no funcionamento da Equipe (F2)	1,99	0,60	2,46	0,78

**Fonte:** As Autoras, 2019.

### **Sentimento de estar sobrecarregado (Fator 3)**

O terceiro e último fator da escala contém 5 itens que avaliam os efeitos do trabalho quanto ao estado emocional do profissional, no seu sentimento de estar sobrecarregado. Estes itens abordam: se sentir frustrado com os resultados do trabalho, se sentir sobrecarregado pelo contato constante com os pacientes, se sentir cansado após o trabalho, se sentir deprimido por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais e se sentir estressado por trabalhar com portadores de doenças mentais.

A média das questões utilizadas para calcular o grau deste fator são: 1, 2, 8, 12 e 13. O F3 apresentou repercussões emocionais mais relevantes que o fator anterior decorrente da sobrecarga de trabalho no CAPS (M=2,03 e DP=0,54) e no HRT (M = 2,55 e DP = 0,75).

**Tabela 4** – Escores de sobrecarga fator 3 em termos de escore médio e desvio padrão.

IMPACTO-BR	CAPS Machado de Assis		Psiquiatria do HRT	
	Escore Médio	Desvio Padrão	Escore Médio	Desvio Padrão
Sentimento de estar sobrecarregado (F3)	2,03	0,54	2,55	0,75

**Fonte:** As Autoras, 2019.

### **Escore Impacto Geral**

O escore do impacto geral inclui o resultado da média de todas as 18 questões quantitativas presentes na escala, pertencentes aos três fatores descritos acima, todas elas referentes ao impacto do trabalho em saúde mental sobre a vida social do profissional e sobre sua vida familiar. Verificou-se que o escore médio da sobrecarga dos

profissionais, segundo a ET foi de (M = 2,81 e DP = 0,57) no CAPS e de (M = 4,29 e DP = 1,11) na psiquiatria do HRT. Resultados estes descritos abaixo:

**Tabela 5** – Escores sobre o impacto geral em termos de escore médio e desvio padrão.

IMPACTO-BR	CAPS Machado de Assis		Psiquiatria do HRT	
	Escore Médio	Desvio Padrão	Escore Médio	Desvio Padrão
Impacto Geral	2,81	0,57	4,29	1,11

**Fonte:** As Autoras, 2019.

Os itens com escores médios mais elevados no CAPS, que indicam mais frequência e/ou intensidade da sobrecarga foram os itens 3 (M = 2,72) , o qual corresponde ao F3, sobre o receio de ser fisicamente agredido, item 8 (M = 2,72), sobre sentir-se fisicamente cansado após o trabalho item 16 (M = 2,72), estes dois últimos pertencentes ao F2, que diz respeito à ideia de mudar de campo de trabalho e predominando no HRT esses 3 itens com escores mais altos: (M = 3,55), (M = 3,55) e (M = 3,11), respectivamente.

**Tabela 6** – Escores mais elevados de acordo com a frequência e/ou intensidade da sobrecarga das duas equipes das instituições CAPS e HRT.

	CAPS (Média)	HRT (Média)
Receio de ser agredido fisicamente	2,72	3,55
Sentir cansaço físico após o trabalho	2,72	3,55
Ideia de mudar de campo de trabalho	2,72	3,11

**Fonte:** As Autoras, 2019.

### Análise Qualitativa do Estudo

A análise qualitativa da amostra ressaltou que todos os profissionais das duas instituições, acreditam que o serviço em saúde mental em Tucuruí-PA possa ser aperfeiçoado. Os fatores que apresentaram maior insatisfação da equipe foram em relação a infraestrutura inadequada, falta de recursos materiais no trabalho diariamente, baixa remuneração, carga horária de trabalho elevada e falta de reconhecimento profissional. Nas questões qualitativas da escala Impacto-BR

observou-se uma uniformidade em relação aos aspectos que devem ser melhorados no serviço na visão da equipe.

## DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou resultados que confirmam o que outras pesquisas realizadas anteriormente demonstram (CAMILO et al., 2012; PELISOLI; MOREIRA, KRISTENSEN, 2007; LEAL; BANDEIRA; AZEVEDO, 2012), uma vez que foi notado um baixo impacto de sobrecarga sentida pelos profissionais de saúde mental que atuam no CAPS em consequência do trabalho realizado diariamente com pacientes psiquiátricos, obtendo um escore médio de 2,81 (escala de 1 a 5). Não foi observada relação entre impacto do trabalho e as variáveis sexo, faixa etária e grau de instrução relacionado ao cargo.

Em contrapartida, os profissionais da ala psiquiátrica do HRT apresentaram escore médio de 4,29 (escala de 1 a 5), uma vez enfatizando que a conjuntura estressante no espaço de trabalho pesa de modo considerável na saúde daquele que presta assistência, podendo assim implicar na sua dinâmica profissional e em sua saúde mental, o que o estudo realizado por Martins (2003) afirmou, também podendo observar um elevado índice de angústia e tensão entre os profissionais.

Em todas as instituições pesquisadas, há algum profissional que apresentam medo de ser agredido por algum paciente. Essa informação surge também no trabalho realizado por Camilo et al. (2012), no qual o medo de ser agredido por um paciente e a sensação de cansaço físico obteve maior percentual dentre os itens da escala.

Estar inserido num contexto de estabilidade fornecido pelo setor público possivelmente se torna um item de satisfação, que pode agir como um fator de proteção possivelmente colaborando para a obtenção destes graus no que se refere a satisfação e sobrecarga de trabalho. Esta estabilidade empregatícia pode ser um fator de motivação referente às condições de trabalho, pois é sabido que a renda mensal está garantida, independente das condições que permeiam isso. Em estudo realizado com enfermeiras de três hospitais gerais no Canadá, Zeytinoglu et al. (2007) constatou que a

satisfação laboral medeia parcialmente sobrecarga de trabalho no ambiente ocupacional, o que corrobora com a forma como se apresenta a sobrecarga de trabalho e satisfação laboral nesta investigação.

Para Moore e Cooper (1996), o ambiente de trabalho destes profissionais poderia levar à sua vulnerabilidade, à tensão psicológica e à exaustão emocional, devido às altas exigências emocionais que estes profissionais enfrentam. Carvalho e Malagris (2007) sugerem que o contato direto com o sofrimento do usuário no contexto da assistência em saúde torna o profissional suscetível às manifestações de stress.

Espera-se que o presente estudo possa fornecer subsídios para discussões e ações, no sentido de diminuir a sobrecarga de trabalho em profissionais que atuam em serviços de saúde mental, e recomenda-se que sejam realizados novos estudos que permitam a comparação com os resultados encontrados nesta investigação sobre a temática estudada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se indispensável e urgente a execução de políticas que acompanhem a saúde desses trabalhadores no sentido de encontrar alternativas para desenvolver suas atividades sem prejuízo físico ou emocional, como também sem adoção de mecanismos defensivos rígidos que venham a prejudicar o relacionamento entre profissionais e pacientes.

Quanto às condições de trabalho, é preciso que o poder público examine com maior atenção a forma como esses profissionais são inseridos nos serviços de saúde, já que os vínculos empregatícios são precários e não oferecem estabilidade, ficando os profissionais, usuários e familiares submetidos aos interesses dos gestores municipais e não aos interesses do que é orientado pela reforma. Por fim, dentre as estratégias, é preciso investir, sobretudo, na equipe multidisciplinar que lida diariamente com essa demanda, uma vez que estes são os principais recursos de intervenção.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.; MORAES, C.; PERES, A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 10, n. 2, 2009.

ALVES, S; BAPTISTA, R. A Atividade Física no Controle do Stress. Revista Corpus et Scientia, v.2, n2, p.5-15, 2006.

BANDEIRA, M.; ISHARA S.; ZUARDI, W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2007.

BARBOSA, S. et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012.

BARBOSA, V. F. B. et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. Revista Saúde em Debate, v. 40, p. 178-189, 2016.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL, Conselho Federal De Enfermagem (COFEN). Resolução do COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BORGES, L. et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. Psicologia Reflexão e Crítica, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

CAMARA, C. A importância de cuidar da saúde mental dos profissionais de Saúde. 2016. Disponível em: <<http://blog.una.br/a-importancia-de-cuidar-da-saude-mental-dos-profissionais-de-saude/>>. Acesso em 16 de Setembro de 2018.

CAMILO, C. et al. Avaliação da Satisfação e da Sobrecarga em um serviço de Saúde Mental. Cadernos de Saúde Coletiva. v.20, p. 82-92, 2012.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. Estudo e Pesquisa em Psicologia, v. 7, p. 210-221, 2007.

CARVALHO, M.; FELLI, V. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino Americana Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n 1, p. 61-69, 2006.

CASTRO, R.; MARCOLAN, J. *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

DALMOLIN, G. et al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.

DESVIAT, M; RIBEIRO, V. *A reforma psiquiátrica*. Scielo-Editora Fiocruz, 2015.  
FARAGO, C.; FOFONCA, E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Revista Linguagem*, v.18, 2012.

FERREIRA, L.; MARTINO, M. O Estresse do Enfermeiro: Análise das Publicações, Sobre o Tema. *Revista de Ciências Médicas*, v. 15, n. 3, 2012.

FERREIRA, N.; LUCCA, R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, p. 68-79, 2015.

GANSTER, D.; ROSEN, C. Stress no trabalho e saúde do trabalhador: uma revisão multidisciplinar. *Jornal da administração*, v. 39, n. 5, p. 1085-1122, 2013.

LEAL, R.; BANDEIRA, M.; AZEVEDO, N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*, v.14, p. 15-25, 2012.

LUZIO, C.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Maringá: Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

MENDES, A. *Trabalho em transição saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

MIELKE, F. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.

MOORE, A.; COOPER, L. Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 42 ,p. 82-89, 1996.

MUROFUSE, N.; ABRANCHES, S.; NAPOLEÃO, A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *RevLatAm Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, p. 255-261, 2005.



NASCIMENTO, R. V. C; MATHIS, A. A. Trabalho precarizado e transtorno mental: a realidade de um CAPS em Belém-PA. *Sociedade em Debate*, v. 24, n. 2, p. 82-100, 2018.

OLIVEIRA, F. et al. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviços hospitalares de emergência. *Acta Paulista De Enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 209-215, 2015.

PAIVA, K.; GOMES, M.; HELAL, D. Estresse ocupacional e síndrome de burnout: proposição de um modelo integrativo e perspectivas de pesquisa junto a docentes do ensino superior. *Gestão & Planejamento*, v. 16, n. 3, 2015.

PEKURINEN, V. et al. A agressão do paciente e o bem-estar do enfermeiro: estudo de corte transversal em ambientes psiquiátricos e não psiquiátricos. *Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*, v. 14, n. 10, p. 1245, 2017.

PERES, G. M. et al. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 10, n. 27, p. 34-52, 2018.

SANCHES, V. S. Burnout e qualidade de vida: um estudo longitudinal de 2 anos em uma residência multiprofissional em saúde. 2016. Dissertação de Mestrado.

SOUZA, I. et al. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. *Acta Paul Enfermagem*, v. 28, n. 5, 2015.

SOUZA, K. R; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *Educação e Filosofia*, v. 31, n. 61, p. 21-44, 2017.

VIEIRA, T. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 3, n. 2, p. 205-214, 2013.

VISMARI, L. et al. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 5, p. 196-204, 2008.

ZEYTIÑOGLU, U. et al. Deteriorated external work environment, heavy workload and nurses' job satisfaction and turnover intention. *Canadian Public Policy: analyse de politiques*, v. 33, p. 31-48, 2007.



# ÍNDICE REMISSIVO

---

**A**

Assistência de Enfermagem, 37  
Atividade Física, 13

**C**

Centro de Atenção Psicossocial, 49  
Crianças com Autismo, 13

**E**

Depressão pós-Parto, 37  
Depressão, 49  
Desenvolvimento Motor, 13  
Distúrbios Psiquiátricos, 61

**D**

Equipe Multiprofissional, 81

**I**

Fisioterapia em Crianças, 29

**P**

Parto Cesariano, 37  
Puérperas, 37

**S**

Saúde Mental, 81  
Sobrecarga Emocional, 81

**T**

Transtorno do Espectro Autista, 29

