

Desordens mentais relacionadas ao stress

*Marcio Dias MD
Doutor em Ciências Médicas*

1 Introdução

Publicações recentes têm sinalizado alta prevalência da Síndrome de *Burnout*, uma das consequências do stress, em estudantes de medicina e médicos residentes nos Estados Unidos, com estimativas de aproximadamente 50% entre os primeiros e de 23% a 76% entre os médicos-residentes (THOMAS, 2004, DYRBYE et al., 2006;). No Brasil, os sintomas de stress e de depressão chegam a 49,7% e a 79% nos estudantes e médicos residentes, respectivamente (REZENDE et al., 2008; AGUIAR et al., 2009). Em outros estudos, constatou-se elevada prevalência de distúrbios do sono entre estudantes universitários (RODRIGUES et al., 2002; CARDOSO et al., 2009), e que aqueles classificados como maus dormidores tinham propensão a desenvolver traços de ansiedade e de depressão (COELHO et al., 2010).

O texto que segue tem o objetivo de apresentar sucintamente os conceitos atuais sobre alguns distúrbios mentais que podem estar relacionados ao stress (ansiedade, depressão, burnout e insônia), e foi extraído da tese de doutorado do autor pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da UFF intitulada “Efeitos da eletroacupuntura em sintomas relacionados ao stress em estudantes de medicina - estudo randomizado controlado com placebo”

2. Desordens mentais relacionadas ao stress

Ansiedade é um quadro clínico que acompanha o stress, caracterizado por um estado de humor em que o indivíduo permanece de sobreaviso para lidar com eventos futuros negativos (BARLOW, 2000). De acordo com Lent (2001), a

ansiedade é diferente do stress. Neste último identifica-se uma causa geradora de medo crônico, como entre os policiais, por exemplo, que vivem sob stress porque suas atividades profissionais os submetem à constante perigo de vida. Já o termo ansiedade seria reservado para um estado de tensão ou apreensão cujas causas não são necessariamente produtoras de medo, mas sim da expectativa de que alguma coisa, nem sempre ruim, acontecerá num futuro próximo, como a espera de uma pessoa querida, que irá chegar de viagem após uma ausência prolongada, ou de uma partida decisiva do seu time de futebol. Como estas diferenças são muito sutis, os termos ansiedade e stress muitas vezes são empregados como sinônimos.

Medo e ansiedade também se confundem. O primeiro se caracteriza por uma ameaça presente, breve, específica, da qual o indivíduo tende a fugir, enquanto ansiedade refere-se a uma ameaça indefinida no futuro, difusa, com duração de tempo maior, e que interfere com o enfrentamento construtivo do sujeito (SYLVERS et al., 2011).

As manifestações da ansiedade decorrem dos ajustes fisiológicos promovidos pelo sistema nervoso autônomo e pelo eixo hipotálamo hipofisário e são consideradas normais até certo ponto – mal definido – a partir do qual começam a provocar sofrimento no indivíduo; daí em diante, ocorrem ansiedade patológica generalizada e outros distúrbios emocionais, como a síndrome do pânico, fobias e diferentes subtipos de ansiedade (CID 10, 1999; LENT, 2001; GALE & OAKLEY-BROWNE, 2004).

Os sintomas incluem, em menor ou maior grau, inquietude, sensação de vazio na cabeça, nervosismo persistente, palpitações, taquicardia, sudorese, piloereção, fraqueza e tensão muscular, tremores, formigamento, fadiga, náusea, dor no peito e no estômago, cefaleia de tensão, respiração curta, etc. (LENT, 2001; CID 10, 1999;

IACOVOU, 2011). Medo de ficar doente ou sofrer um acidente eminente, ou de que isto aconteça com algum parente, é comum na ansiedade generalizada (CID 10, 1999).

Conforme a lei de Yerkes-Dodson, um certo nível de stress (ou ansiedade) é necessário para que se obtenha melhores resultados em um exame, ou em competições. No entanto, quando o nível de ansiedade excede o ideal, o resultado é um declínio no desempenho do indivíduo. O medo, a preocupação, a apreensão ou o nervosismo sentido por estudantes, pelo receio de falhar em um exame, pode produzir sentimentos como a redução do seu valor pessoal, a vergonha do professor, dos colegas ou dos pais, ou ainda a sensação de perda de controle (LIEBERT & MORRIS, 1967; SALEHI et al., 2010). Decerto, os ajustes fisiológicos que sucedem a estes sentimentos produzem as manifestações clínicas da ansiedade, referidas acima.

As desordens depressivas são caracterizadas por rebaixamento do humor, redução da energia e da atividade (CID 10, 1999; GEDDES et al., 2003). Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração e do apetite, fadiga mesmo após esforços mínimos, alterações do sono (insônia, despertar precoce), ideias de culpa ou indignidade e redução da autoestima e da autoconfiança, mesmo nas formas mais leves. O humor depressivo pode ser acompanhado também de lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda de peso e da libido (CID 10, 1999), pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio, excesso de apetite, irritação, dores generalizadas, câimbras, problemas digestivos e outros (NIMH, 2011). Nas pessoas muito deprimidas, os sentimentos negativos têm precedência sobre as atividades prazerosas, como

dormir, comer e fazer sexo, o que é indicativo de uma dramática mudança de prioridades do organismo (AKIL & MORANO, 2000).

Discute-se se a depressão é causa ou consequência da desregulação primária do eixo límbico hipotálamo hipofisário adrenal (LHHA) envolvido na reação ao stress, mas não há dúvida de que este é afetado pelos episódios depressivos e vice versa, estabelecendo-se, de qualquer forma, um ciclo vicioso (AKIL & MORANO, 2000).

A Síndrome de *Burnout* é descrita como um quadro clínico relacionado aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho, trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social (MASLACH et al., 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARLOTTO & CÂMARA, 2007).

A síndrome é composta por três dimensões chave: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. Por exaustão emocional entende-se uma sobre solicitação ou esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa. A despersonalização traduz uma distanciação afetiva ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente àqueles que são a razão de ser da atividade profissional (pacientes, clientes, alunos, etc.). A baixa realização pessoal exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma atividade profissional (MASLACH et al., 2001; CARLOTTO & CÂMARA, 2006; MAROCO & TECEDDEIRO, 2009).

Historicamente, a síndrome foi associada a profissões de “relação de ajuda”, (médicos, enfermeiros, advogados, professores), mas as investigações demonstraram não haver razão para restringir seu estudo a esses grupos. Assim, seu conceito tem se estendido a todas as atividades profissionais, incluindo as que

não sendo propriamente uma atividade profissional de "relação de ajuda", partilham com estas alguns pontos comuns, como por exemplo, as “mães em tempo integral” e estudantes de medicina, de enfermagem, etc. (CARLOTTO & CÂMARA, 2006; TARNOWSKI & CARLOTO, 2007; MAROCO & TECEDDEIRO, 2009).

Em estudantes as dimensões despersonalização e realização profissional, utilizadas em profissionais, são designadas, respectivamente, como descrença (atitude cínica e distanciada em relação ao estudo) e eficácia acadêmica (a percepção de estarem sendo incompetentes como estudantes). A exaustão emocional traduz o sentimento de estar exausto em virtude das exigências do estudo (CARLOTTO & CÂMARA, 2006).

Os distúrbios do sono são classificados em oito categorias, com dezenas de subcategorias (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS, 2005). No estudo de Dias, Vellarde & Olej (2013) interessou a insônia e a hipersonia não orgânicas (ou primárias), de acordo com a denominação da CID 10 (1999), que poderiam estar associadas ao stress académico.

Por insônia entende-se a dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, ou o sono não reparador, insuficiente para propiciar um bom estado de alerta e bem estar físico e mental durante o dia, com o comprometimento consequente das atividades diurnas. Os indivíduos apresentam com frequência irritabilidade, baixo rendimento profissional, alteração na concentração, perda da memória e fadiga (SOCIEDADE BRASILEIRA DO SONO, 2003).

A hipersonia é um estado de sonolência diurna excessiva e ataques de sono durante o dia, ou por outro lado, períodos de transição prolongados até o estado de vigília completo após o despertar (CID 10, 1999).

Ambas as condições têm alta prevalência na população em geral e são consideradas um problema relevante em saúde pública (ROTH et al., 1996; PIRES et al., 2007), não só pelas consequências que acarretam isoladamente mas também por sua associação com diferentes desordens mentais, como ansiedade, depressão ou abuso de medicamentos (BRESLAU et al., 1996; ROTH et al., 1996; OHAYON & ROTH, 2003; DEWEERDT, 2013). A insônia relaciona-se, ainda, com distúrbios metabólicos, disfunção imune, doenças crônicas (DOLGIN, 2013), incluindo o mal de Alzheimer (COSTANDI, 2013) e a obesidade (OWENS, 2013).

Diversas estratégias podem ser utilizadas para reduzir os sintomas do stress, como a prática de atividades físicas (exercícios aeróbicos, Tai Chi Chuan, Yoga), técnicas de meditação, massagem, uso de medicamentos, etc. Entre elas inclui-se a eletroacupuntura, uma técnica de neuromodulação periférica que se mostrou eficaz para esta finalidade em estudantes de medicina, conforme Dias, Vellarde & Olej, (2013).

Referencias Bibliográficas^a

Aguiar SM, Vieira APGF, Vieira KMF, Aguiar SM, Nóbrega JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. J Bras Psiquiatr. 2009;58(1):34-8.

Akil HA, Morano MI. Stress. In: Psychopharmacology - The Fourth Generation of Progress, American College of Neuropsychopharmacology, 2000. <<http://www.acnp.org/g4/GN401000073/CH073.html>>

Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American Psychologist. 2000; 55 (11): 1247– 63. doi:10.1037/0003-066X.55.11.1247. PMID 11280938.

Benevides-Pereira AMT. – O Estado da Arte do Burnout no Brasil. Apresentado como Conferência no I Seminário Internacional sobre Estresse e Burnout. Curitiba, 30 e 31 de agosto de 2002. Disponível em http://www.saudeetrabalho.com.br/download_2/burnout-benevides.pdf. Acesso em março de 2011.

^a De acordo com as normas de Vancouver.

Bertolazi AN, Barreto SSM, Drehmer M. Tradução, adaptação cultural e validação da Escala de Sonolência de Epworth. In: XXXIII Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia; 2006; Fortaleza. J Bras Pneum. 2006;32:217-402.

Bertolazi AN, Fagundes SC, Perin C, Schönwald SV, John AB, Debarba M et al. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in the brazilian portuguese language. In: Sleep 2008. 22nd Annual meeting of the associated Professional sleep societies; 2008; Baltimore. Sleep. Westchester: APSS 2008;31: a347.

Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry. 1996;39(6):411–8.

Cardoso HC, Bueno FCC, Mata JC, Alves APR, Jochims I, Filho IHRV et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):349–355.

Carlotto MS, Câmara SG. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory . Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. PsicoUSF 2006;11(2):167-173. ISSN 1413-8271.

Carlotto MS, Câmara SG. Síndrome de Burnout: uma doença do trabalho na sociedade de bem estar. Aletheia. 2007; 25:202-203.

CID-10 / Organização Mundial da Saúde – 10ª revisão; (tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português). 7ª São Paulo: Edusp, 1999. V.1

Coelho AT, Lorenzini LM, Suda EY, Rossini, S, Reimão R. Qualidade de Sono, Depressão e Ansiedade em Universitários dos Últimos Semestres de Cursos da Área da Saúde. Neurobiologia. 2010; 73 (1):35-39.

Costandi M. Amyloid awakenings. Nature, 2013; 497:S19 - S20

Cunha JA. Generalidades sobre a versão brasileira do BDI, BAI, BHS e BSI. In: Encontro Nacional Sobre Testes Psicológicos; 1º Congresso Ibero- Americano de Avaliação Psicológica. Anais. Porto Alegre, 1997 p 135-9

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.

Deweerd S. The dark night. Nature. 2013; 497: S14 - S15.

Dias M, Pagnin D, Pagnin VQ, Reis RLR, Olej B. Effects of electroacupuncture on stress-related symptoms in medical students: a randomized controlled pilot study. Acupunct Med. 2012;30(2):89-95.

Dias M, Vellarde GC, Olej B. Effects of electroacupuncture on stress-related symptoms in medical students: a randomized placebo-controlled study. Acupunct Med. 2013. Published online October 10, doi: 10.1136/acupmed-2013-010408.

Dolgin E. A wake-up call. *Nature*. 2013; S6 – S7

Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Med*. 2006; 81(4):354-373.

Falavigna A, Bezerra MLS, Teles AR, Kleber FD, Velho MC, Silva RC et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep Breath*. 2010. DOI 10.1007/s11325-010-0392-x

Gale C, Oakley-Browne M. Generalised anxiety disorder. *Clin Evid*. 2004; (12):1437-59. Update in: *Clin Evid*. 2005; 14:1253-69. PMID: 15865726.

Geddes J, Butler R, Hatcher S. Depressive disorders. *Clin Evid*. 2003;(9):1034-57.. Update in: *Clin Evid*. 2004; (12):1391-436. PMID: 12967406.

Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *R Psiqu Clín*. 2008; 28(6):286-287. http://portalsaude.net/psicoterapia/clarice_laura.htm

Iacovou S. What is the Difference Between Existential Anxiety and so Called Neurotic Anxiety?: The sine qua non of true vitality: An Examination of the Difference Between Existential Anxiety and Neurotic Anxiety. *Existential Analysis*. 2011; 22 (2): 356–67. ISSN 1752-5616.

International Classification of Sleep Disorders (ICSD). Diagnostic & Coding Manual, Second Edition. American Academy of Sleep Medicine – Westchester, IL, USA, 2005, p 99-101.

Johns MW. A new model for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991; 14: 540-545.

Lent R. Mentos Emocionais, Mentos Racionais. In Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociências. São Paulo, Ed Atheneu, 2001: 651-680.

Liebert RM; Morris LW. Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychol Reports*. 1967; 20 (3): 975–978. doi:10.2466/pr0.1967.20.3.975. PMID 6042522.

Maroco J, Tecedero M. Inventário de Burnout de Maslach para Estudantes Portugueses. *Psicol Saúd Doenç* 2009;10(2):227-235.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Rev Psychol*. 2001; (52):397-422.

NIMH/National Institute of Mental Health. Depression. Publication No. 11-3561. Revised 2011. Disponível em <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depression-booklet.pdf>. Acesso em 08/12/2013.

Ohayon M, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res.* 2003;37: 9–15.

Owens B. Heavy sleepers. *Nature.* 2013; 497: S8 - S9

Pires MLN, Benedito-Silva AA, Mello MT, Del Giglio S, Pompeia C, Tufik S. Sleep habits and complaints of adults in the city of São Paulo, Brazil, in 1987 and 1995. *Braz J Med Biol Res.* 2007; 40:1505–1515

Rezende CH, Abrão CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):315-323.

Rodrigues RND, Viegas CAA, Abreu e Silva AAA, Tavares P. Daytime sleepiness and academic performance in medical students. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60(1):6-11.

Roth T, Roehrs T, Costa e Silva JA, Chase MH. MH (1999) Public health and insomnia: consensus statement regarding its status and needs for future actions. Report of an International Consensus Conference, 1996. *Sleep.* 1999; 22:417–420.

Salehi B, Cordero MI, Sandi C. Learning under stress: The inverted-U-shape function revisited. *Learn Mem.* 2010; 17: 522-530.

Sociedade Brasileira do Sono. I Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos.J Clin Exp Sleep Res.* 2003; 4 (suppl 2): S3-45.

Sylvers P, Lilienfeld SO, Laprairie JL. Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31 (1): 122–37. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.004. PMID 20817337.

Tarnowski M, Carlotto MS. Síndrome de Burnout em estudantes de psicologia. *Temas em Psicologia.* 2007; (15) 2:173 – 180. ISSN 1413-389X

Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA.* 2004; 292(23):2880-89.