

Uso de Stressdoron em pacientes com esgotamento nervoso decorrente do estresse

Claudia Rother,
Jutta Oexle

Endereço para correspondência: Möhlerstrasse 3,
D-73525 Schwäbisch Gmünd, Alemanha. E-mail: crother@weleda.de

Tradução de Rodolfo Schleier, com autorização da autora, do original Rother C, Oexle J. Einsatz von Neurodoron® bei Patienten mit nervöser Erschöpfung aufgrund von Stress. *Der Merkurstab*, v.63, n.2, p.171-7, 2010¹.

Resumo: O modo de vida atual é caracterizado pela falta de tempo, pelas exigências crescentes na vida pessoal e profissional, e por isso se torna cada vez mais inquieto. As fases de tensão e repouso não estão em equilíbrio. As reações do corpo humano a esta situação variam desde sintomas psíquicos aos físicos. A persistência da tensão leva a estados recorrentes de exaustão e finalmente à síndrome de *burnout*, isto é, a exaustão completa. Stressdoron, contendo *Aurum metallicum*, *Kalium phosphoricum*, *Ferrum sulfuratum* e *Silicea*, trata a exaustão e auxilia a harmonizar corpo e mente. Métodos: Um estudo foi desenhado para prover conhecimento detalhado sobre o uso de Stressdoron em pacientes sofrendo de exaustão nervosa e *burnout* devido ao estresse. Resultados: Entre dezembro de 2008 e agosto de 2009, 43 médicos recrutaram 300 pacientes que sofriam de exaustão nervosa (em condição persistente por 2 anos ou mais), aos quais foi administrado Stressdoron por 46 dias em média. 117 destes pacientes também foram diagnosticados com síndrome de *burnout*. Todos os 39 sintomas reportados – tais como irritabilidade, enxaqueca e distúrbios do sono – foram significativamente reduzidos, em 58,4 % no total. A medida de tédio caiu de 4,5 para 3,2. A tolerância foi boa, e cerca de 80% dos pacientes e médicos avaliaram a eficácia de boa a muito boa. Conclusão: Os resultados positivos dão suporte ao uso de Stressdoron nas condições ligadas ao estresse.

Palavras-chave: *Aurum*, *Kalium phosphoricum*, *Ferrum-Silicea*, *burnout*, medida de tédio, Stressdoron.

Introdução

O estresse e os problemas de saúde dele resultantes desempenham um papel cada vez mais importante em nosso tempo atual. As causas essenciais são: sobrecarga de estímulos, pressão por resultados, falta de tempo, pouco ritmo e falta de exercícios físicos.

Nos últimos 100 anos a tecnologia se desenvolveu de modo meteórico, como jamais visto na história. O organismo humano não pôde se adaptar tão rapidamente às condições de vida alteradas. O sistema nervoso é confrontado com incontáveis estímulos sensoriais, principalmente de natureza visual e auditiva. A exposição à música ambiente em vários locais, o barulho do trânsito, são

companheiros habituais do nosso dia-a-dia. As imagens mudam com rapidez, seja ao conduzir um veículo ou no programa de televisão, e estas precisam ser processadas. Não é mais possível reverter essa situação.

Em decorrência disto, o modo de vida atual é repleto de pressão e exigências crescentes na vida diária e profissional, e portanto cada vez mais inquieto. Cada vez mais se requer disponibilidade de tempo e flexibilidade, o que leva à angústia existencial por causa de preocupações no trabalho. A ‘meritocracia’ (onde cada um é reconhecido somente pelos seus méritos) é bem peculiar de nossa época. Também a falta de ritmo, p.ex., nos diferentes turnos de trabalho, atua de forma prejudicial. As fases de tensão e equilíbrio se encontram desequilibradas.

¹N.T.: No artigo original foi empregado o nome Neurodoron, sob o qual esse medicamento é registrado na Alemanha.

Existem muitas definições de 'estresse', já que os fatores desencadeantes podem ser diversos (Bergner, 2008; Burisch, 2006). Poucas situações são capazes de desencadear o estresse para todos os seres humanos, tais como catástrofes naturais ou pressão constante. Entretanto, na verdade, qualquer situação pode desencadear-lo. O estresse sempre tem a ver com a avaliação pessoal do fato pelo indivíduo, com sua personalidade, habilidades e recursos. O *burnout* sempre surge quando a autorregulação se encontra debilitada ou insuficiente (Bergner, 2008).

Em relação ao sistema nervoso, o efeito do estresse pode ser descrito da seguinte forma: o sistema nervoso central serve à percepção consciente do ambiente. O sistema nervoso autônomo, ao contrário, controla processos inconscientes da musculatura lisa, glândulas e órgãos internos, intimamente ligados aos ritmos orgânicos. Sob as condições descritas anteriormente, o desgaste desta parte do sistema nervoso a longo prazo pode se manifestar em nível consciente. Exemplos disto são os distúrbios orgânicos funcionais, como problemas digestivos e cardiocirculatórios, bem como irritabilidade, depressão e angústia. Apesar do cansaço extenuante o paciente não consegue ter um sono adequado, e com isso fica privado de seu importante efeito regenerador. Ou seja, os processos vegetativos transcorrem de forma desordenada e arbitraria, de modo que o paciente não parece mais ter o domínio sobre seu organismo (Lennecke, 2008; Pines, 2006; Rother & Oexle, 2008; Schürholz & Bopp, 2009).

As reações do corpo humano ao estresse prolongado são multifacetadas e vão dos sintomas psíquicos aos físicos. Se o estresse persiste, leva a estados de esgotamento recorrentes. Finalmente, acontece a assim chamada síndrome de *burnout*, ou seja, o esgotamento total.

Stressdoron (antigamente denominado *Kalium phosphoricum compositum*; e denominado Neurodoron na Alemanha), com seus componentes *Aurum metallicum*, *Kalium phosphoricum*, *Ferrum sulfuratum* e *Silicea*, estimula a autorregulação frente às situações de estresse, especialmente a harmonização e estabilização entre os diferentes níveis orgânicos (corpo, alma e espírito).

O *Aurum metallicum* (ouro), como 'rei' dos metais, com sua alta densidade e ao mesmo tempo grande maleabilidade, reflete uma polaridade que também é vista, p.ex., no coração, com seu ritmo de sístole/diástole. Aqui o ouro encontra aplicação com sua ação harmonizadora, por exemplo, de distúrbios cardiocirculatórios, e também em estados de déficit cognitivo. O *Aurum metallicum praeparatum* utilizado no

Stressdoron (ouro finamente sublimado e condensado de acordo com a farmacotécnica antroposófica) atua equilibrando o sistema rítmico (Schürholz & Bopp, 2009; Treichler, 1983; Löwensprung, 2008).

O potássio (*Kalium*) tem grande significado para a organização líquida dos seres vivos. Distúrbios do metabolismo de potássio levam a estados de angústia, inquietação, enxaqueca e depressão, entre outros. O elemento fósforo (*Phosphorus*) desempenha um papel central no sistema metabólico na captação e armazenamento de energia. Em baixas dinâmizações, ele é utilizado como estimulante nos estados de esgotamento e fraqueza de concentração, entre outros fins. A combinação de potássio e fósforo (*Kalium phosphoricum*) fortalece os processos vitais no sistema metabólico-locomotor (Schürholz & Bopp, 2009; Schwarzbach, 2009; Stadler, 2006; Treichler, 1983; Löwensprung, 2008).

A *Silicea* (quartzo) é utilizada na medicina antroposófica nos distúrbios de delimitação em relação às influências externas do ambiente, e como estimulante das forças de configuração e formação no organismo, entre outras indicações. O *Ferrum* (ferro) exerce um papel decisivo na hemoglobina e por isso está intimamente ligado aos processos respiratórios e cardiocirculatórios. Na forma combinada ao enxofre, atua estruturando e fortalecendo a ação da *Silicea*. As duas matérias primas são combinadas através de um sofisticado processo de fabricação, resultando em um medicamento utilizado tradicionalmente no tratamento de enxaqueca. Por meio dele, os processos metabólicos deslocados erroneamente para o pólo cefálico são reconduzidos ao pólo metabólico-locomotor (Schürholz & Bopp, 2009; Schwarzbach, 2009; Stadler, 2006; Treichler, 1983; Löwensprung, 2008).

Relatos de caso da prática clínica apontam há vários anos para uma boa atividade do Stressdoron nos sintomas relacionados ao estresse. O presente estudo de observação pretende fornecer mais informações sobre a eficácia e tolerabilidade do Stressdoron na prática clínica, especialmente nos pacientes com esgotamento decorrente do estresse.

Métodos

Esta pesquisa compreendeu um estudo observacional aberto, prospectivo, multicêntrico, não-intervencional, sobre o emprego do Stressdoron nas indicações terapêuticas aprovadas, em pacientes com esgotamento

²N.T.: Por exemplo, hipersensibilidade a estímulos nervosos e sensoriais.

³N.T.: *Ferrum/Silicea* D1 ou D3, antigo *Kephalodoron* (Weleda).

nervoso devido ao estresse. Antes do início do projeto, o estudo observacional foi submetido à Comissão de Ética da Câmara Médica do Estado de Baden-Württemberg (Alemanha), que não fez nenhuma objeção ao estudo do modo como foi planejado. No total, 43 médicos tomaram parte. Estes se comprometeram a informar os seus pacientes de sua participação, de forma oral ou escrita. Para o aumento da qualidade dos dados foi realizado o monitoramento de 2 dos médicos participantes através de *Source-Data-Verification* (validação detalhada de um total de 14 pacientes).

Cada médico que tomou parte no estudo recebeu os formulários para documentação dos pacientes (no mínimo 3, máximo 20). No total foram documentados 300 tratamentos. O recrutamento dos pacientes começou em dezembro de 2008 e terminou em agosto de 2009. Todas as decisões relacionadas à seleção de pacientes, diagnóstico e terapia permaneceram exclusivamente com o médico responsável.

Para cada paciente foram planejadas duas consultas - uma inicial na admissão e outra final após cerca de 40 dias. Na consulta de admissão os médicos deviam documentar os dados demográficos dos pacientes, bem como dados sobre diagnóstico e doenças concomitantes. Em seguida os médicos receberam uma lista de 39 sintomas pré-definidos para identificá-los entre os pacientes, com base em uma escala de 4 pontos (0 = ausente; 3 = grave). Na consulta de encerramento após cerca de 40 dias, foram documentadas a evolução dos sintomas, as doses diárias, o início do efeito, eventuais reações indesejadas, e foi colhido o termo de consentimento bem como a avaliação da eficácia e tolerabilidade do Stressdoron pelo paciente e pelo médico. Neste momento foram avaliadas eventuais medicações anteriores, bem como terapias paralelas.

Tanto na consulta de admissão quanto na de en-

cerramento, a medida de esgotamento nervoso dos pacientes foi documentada numa escala de tédio. O questionário continha 21 perguntas, com respostas de 1 (nunca) a 7 (sempre). A avaliação estatística decorreu de forma descritiva e exploratória com auxílio da ferramenta *PASW Statistics 18* da SPSS (IBM).

Resultados

No total foram documentados 300 pacientes por 43 médicos (dos quais 26 especialistas em clínica médica, e 16 com formação complementar em medicina natural) – em média sete pacientes por médico.

Dados demográficos: dos 300 pacientes, 234 (78%) eram do sexo feminino, e 66 (22%) do sexo masculino. A média de idade no início do tratamento era de 50 anos (51 para as mulheres e 48 para os homens) (ver Tabela 1). O paciente mais novo tinha sete anos, e o mais idoso 94. Apenas sete pacientes se encontravam abaixo dos 18 anos. 50% dos pacientes situavam-se na faixa dos 41-60 anos. A maioria declarou ser economicamente ativa (61% do total, sendo 58% das mulheres e 73% dos homens), e 21% aposentados. Para quase metade dos pacientes economicamente ativos (47%) a atividade profissional incluía trabalho em horários não-convencionais (à noite ou em finais de semana). Um terço do grupo economicamente ativo não tinha períodos regulares de descanso (finais de semana, férias).

Diagnóstico: todos os pacientes sofriam de esgotamento nervoso (na média, há mais de dois anos), enquanto 117 (39%) também apresentavam *burnout* (diagnosticado pela primeira vez um ano e meio antes, em média). Como causas mais comuns do estresse foram citadas: trabalho/estudos (53%), finanças (25%), filhos (24%), cuidados com dependentes próximos

Tabela 1. Dados demográficos dos pacientes.

	Total (n=300)	Feminino n=234 (78,0%)	Masculino n=66 (22,0%)
Idade (anos)			
Média de idade (desvio padrão)	50,3 (16)	50,8 (16,2)	48,3 (15,1)
Intervalo	7-94		
Estado Civil			
Vive sozinho (a)	32,7%	34,2%	27,3%
Com cônjuge ou companheiro (a)	32,7%	30,3%	40,9%
Desempenha atividade profissional	61,3%	58,1%	72,7%
Horários de trabalho fora do comum	46,7%	41,2%	62,5%
Não tem períodos regulares de descanso	33,2%	30,1%	41,7%
Foi diagnosticado(a) com síndrome de burnout	39,0%	35,5%	51,5%
Fez uso de tratamento prévio para esgotamento nervoso	20,7%	20,5%	21,2%

Tabela 2: Faixas etárias.

Idade (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
< 18	2	3,0	5	2,1	7	2,3
18 - 65	55	83,3	186	79,5	241	80,3
≥ 65	9	13,6	43	18,4	52	17,3
Total	66	100,0	234	100,0	300	100,0
Até 10	1	1,5	2	0,9	3	1,0
11-20	2	3,0	7	3,0	9	3,0
21-30	6	9,1	17	7,3	23	7,7
31-40	6	9,1	29	12,4	35	11,7
41-50	20	30,3	61	26,1	81	27,0
51-60	17	25,8	61	26,1	78	26,0
61-70	11	16,7	27	11,5	38	12,7
71-80	3	4,5	20	8,5	23	7,7
>80	0	0	10	4,3	10	3,3
Total	66	100,0	234	100,0	300	100,0

(18%), acontecimentos traumáticos (20%), outras causas (25%). Quase metade (45%) dos pacientes relataram mais de uma causa de estresse.

Medicações prévias: antes do início do tratamento com Stressdoron, observou-se que 20,7% (62) dos pacientes fizeram uso de outros medicamentos, sendo mais freqüentes sedativos fitoterápicos (15 pacientes), homeopáticos (12) e antidepressivos fitoterápicos (12). A eficácia da medicação anterior foi considerada inadequada pelos médicos. Os pacientes deram a mesma avaliação a 34,5% dos preparados empregados.

Dose e duração do tratamento: os médicos participantes do estudo prescreveram Stressdoron na dose padrão de um comprimido três a quatro vezes ao dia, a 74% dos pacientes. Em 17,7% (53) foi utilizada uma dosagem mais alta. A opinião do paciente foi relatada como 'muito boa' ou 'boa', por 91,7% dos médicos. O tratamento durou em média 46,3 dias (mínimo 5, máximo 153, mediana 43 dias). Cerca de dois terços dos pacientes consideraram continuar o tratamento com Stressdoron além do tempo de duração do estudo. Além da terapia com Stressdoron, 169 (56,3%) pacientes fizeram uso de outras terapias em paralelo. Foram citados beta-bloqueadores (14,2%) e 'terapias não-medicamentosas' (9,6%) como, por exemplo, psicoterapia.

Sintomática: um total de 39 sintomas psíquicos e físicos pré-definidos deviam ser investigados, tanto na consulta de admissão quanto na de encerramento, através de uma escala de quatro pontos (0: ausente, 1: leve, 2: médio, 3: grave). A Figura 1 mostra para cada sintoma, a porcentagem de pacientes que responderam no mínimo 'leve'. Para todos os sintomas investigados, a quantidade respectiva de relatos caiu nitidamente. Por exemplo, 'desmotivação' foi documentada em 73% (218) dos pacientes na primeira consulta, e somente 45% (136) na segunda, sendo observada uma redução de 38%. Outros exemplos são: 'distúrbios do ritmo cardíaco' (n=80, - 54%), 'dor de cabeça' (n=165, - 51%), 'irritabilidade' (n=250, - 38%), distúrbios do sono (n=219, - 37%).

O escore total de 39 sintomas investigados individualmente entre os pacientes (escore máximo: 39 x 3 = 117) situava-se ao redor de 30,3 (\pm 13,3) no início do tratamento, e caiu para 12,6 (\pm 10,2) na segunda consulta ao final do tratamento, ou seja, houve uma regressão sintomática média de 58,4%. Na consulta de encerramento, o escore da soma de sintomas nos pacientes que receberam outros tratamentos concomitantes foi de 13,6 (\pm 11,6), ou seja, significativamente maior do que nos pacientes sem tratamento concomitante (11,2 \pm 7,8; teste T, p < 0,05), embora a diferença entre os dois grupos não tenha sido tão diferente na primeira consulta (Figura 2).

Medida de tédio: complementando a avaliação sintomática feita pelos médicos, os pacientes preencheram uma escala de medida de tédio (segundo Pines, Aronson & Kafry, 2006), como instrumento adicional para avaliação da eficácia. No total 262 questionários foram preenchidos corretamente nos dois momentos da pesquisa, que foram disponibilizados para análise. Pines et al. classificam a medida de tédio na seguinte escala: medida de tédio menor ou igual a 3: paciente sente-se bem; entre 3 e 4: paciente experimenta esgotamento e tédio, e já precisa de alguma ajuda; maior que 5: crise aguda, necessita de intervenção urgente.

Outros autores (como Enzmann *et al.*, 1989) classificam a medida de tédio em médio (3,0 a 3,5) e alto (maior que 3,5). Na consulta inicial a medida de tédio se situava em média na faixa de 4,5 \pm 0,9 (mediana 4,6) e reduziu de forma significativa na segunda consulta para 3,2 \pm 0,8 (mediana 3,3) (redução de 29%). Antes do tratamento com Stressdoron, 69 pacientes (ou seja, 26,4% de todos que preencheram corretamente o questionário nas duas consultas) atingiram o valor crítico de 5,0 na escala

⁴N.T.: Segundo dados da International Stress Management Association, citados em reportagem da Revista Época Negócios de 5 de abril de 2010, o Brasil é o segundo país do mundo em número de executivos diagnosticados com síndrome de burnout, perdendo apenas para o Japão.

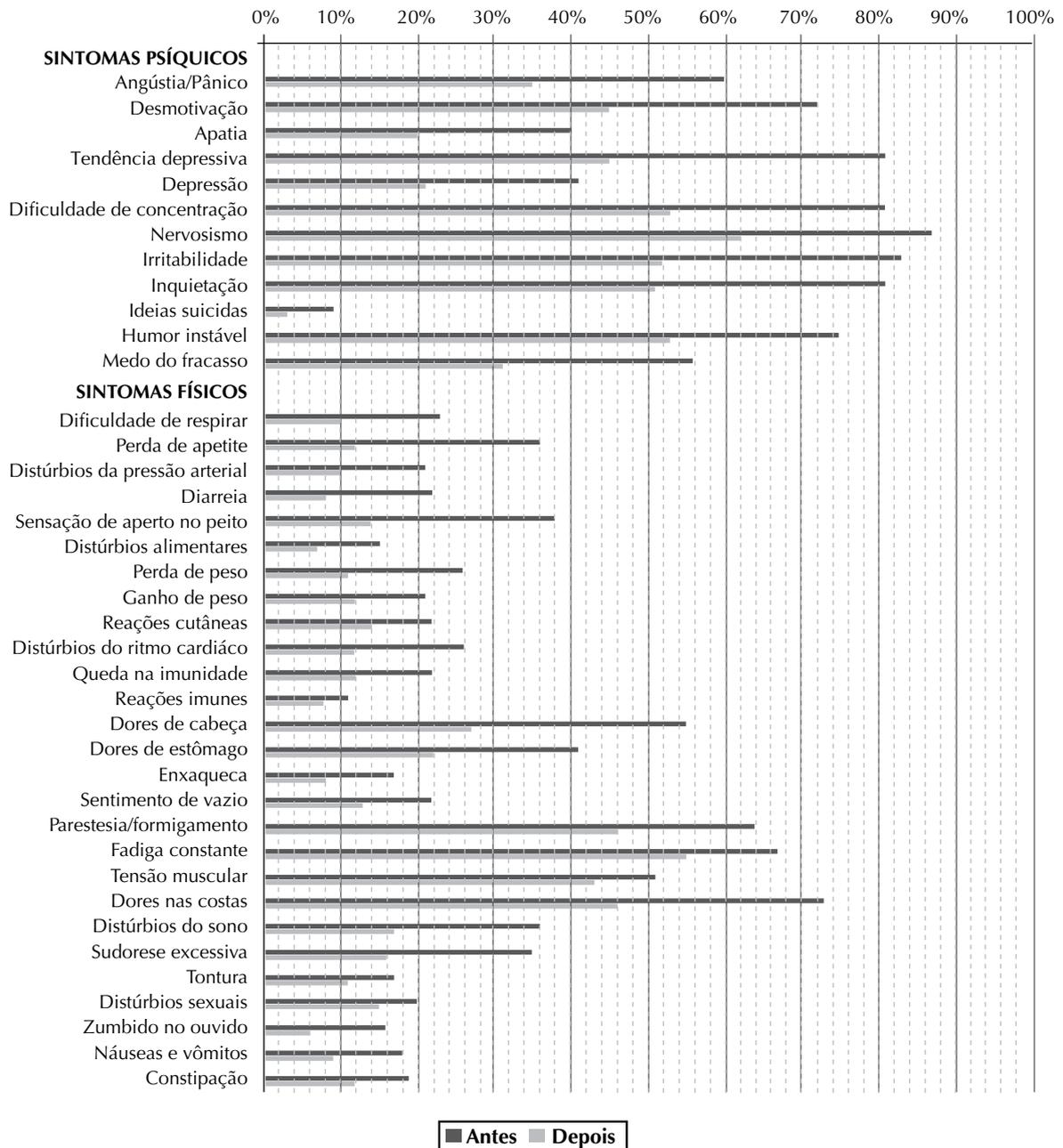


Figura 1. Sintomas psíquicos e físicos avaliados nas consultas inicial e final. Significa a porcentagem de pacientes que apresentaram o respectivo sintoma (relataram no mínimo 'leve').

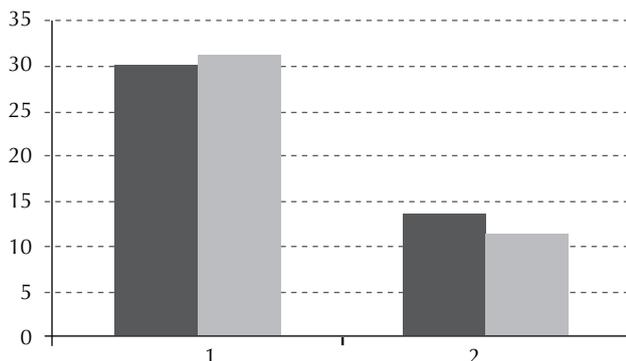


Figura 2. Soma de escores dos sintomas nos pacientes com e sem tratamento concomitante. As duas colunas da esquerda (1) se referem à consulta inicial; as da direita (2), à consulta final. As colunas escuras (E) se referem aos pacientes que receberam outros tratamentos paralelos; as colunas claras (D), os que receberam somente Stressdoron. A diferença entre os 2 grupos é significativa ($p < 0,05$).

de tédio (crise aguda), e na consulta final após o tratamento essa porcentagem foi reduzida para 1,9 (Figura 3). A porcentagem de pacientes com valor de tédio considerado alto ($> 3,5$) foi de 84,7% na consulta inicial e 37% na final. Por outro lado, a porcentagem de pacientes que relataram 'bem estar' (≤ 3 conforme a escala de Pines et al.) subiu de 7,6% na consulta inicial para 38,5% na final.

Resumo da avaliação de eficácia: 266 (88,7%) dos 300 pacientes puderam experimentar e relatar um efeito positivo do Stressdoron ao longo do tempo; 32 pacientes (10,7%) disseram que não perceberam efeito satisfatório; e para dois pacientes faltaram dados suficientes. Em média, passaram-se $12 \pm 6,9$ dias (mediana 14 dias) para os pacientes relatarem o início do efeito da medicação. No total, a eficácia da terapia com Stressdoron foi classificada como 'muito boa' ou 'boa' em 84,3% dos casos (na avaliação dos médicos) e 78,7% (pelos pacientes) (Figura 4). Tolerabilidade: 97,4% dos médicos e 95,7% dos pacientes avaliaram o Stressdoron como 'muito tolerável' ou 'tolerável'. Apenas quatro pacientes (1,3%) relataram reações indesejadas ao medicamento. Destes, dois apresentaram dor de estômago e diarreia, sendo que depois os médicos constataram como causa a intolerância à lactose. Os outros dois pacientes relataram dificuldade de adormecer e manter o sono, e dores de cabeça. No total, 90,7% dos pacientes disseram que recomendariam o medicamento a outras pessoas, assim como 97,3% dos médicos disseram que o indicariam a outros pacientes.

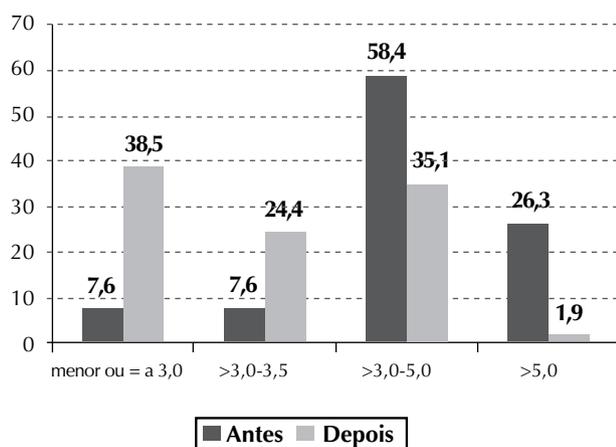


Figura 3. Medida de tédio na consulta inicial (colunas escuras) e final (claras). Autoavaliação dos pacientes de acordo com a Medida de Tédio de Pines et al. É significativa a queda no número de pacientes em crise aguda (>5) e com sinais de esgotamento nervoso (3-5), e aumento no número de pacientes que declaram 'sentir-se bem' (até 3).

Discussão

Cerca de 10% das faltas no trabalho entre a população economicamente ativa deve-se a alguma doença psíquica (Schwarzbach, 2009) e 5% podem ser classificadas como episódio depressivo (Janning, 2009) com tendência à piora. Os custos com doenças desencadeadas pelo estresse beiram a casa dos bilhões de euros (Bergner, 2006)⁴. O medicamento Stressdoron, criado originalmente para estudantes pelo médico antroposófico Dr. Kurt Magerstädt, já é usado há anos com sucesso no tratamento de sintomas relacionados ao estresse. Com isso, faz-se oportuno documentar a experiência em pacientes com esgotamento nervoso bem como *burnout* decorrentes do estresse, por meio de um estudo observacional.

Há tempos, acreditava-se que o *burnout* só ocorria entre profissionais do cuidado à saúde, como médicos e enfermeiros. Mas hoje já se sabe que qualquer um pode sofrer de exaustão (Bastigkeit, 2008; Bergner, 2006; Burisch, 2006). O conjunto de pacientes deste estudo observacional confirma esse fato. Apesar de grande parte ser economicamente ativa, mais de um quinto era de aposentados. Profissionais das áreas de educação, assistência social e cuidado à saúde estiveram fortemente representadas, mas constituíam somente cerca de um terço do total de pacientes.

O efeito do Stressdoron pôde ser documentado em quase 90% dos pacientes. O início do efeito deu-se em média após 12 dias. Os médicos devem instruir seus pacientes sobre a necessidade do uso de Stressdoron a longo prazo.

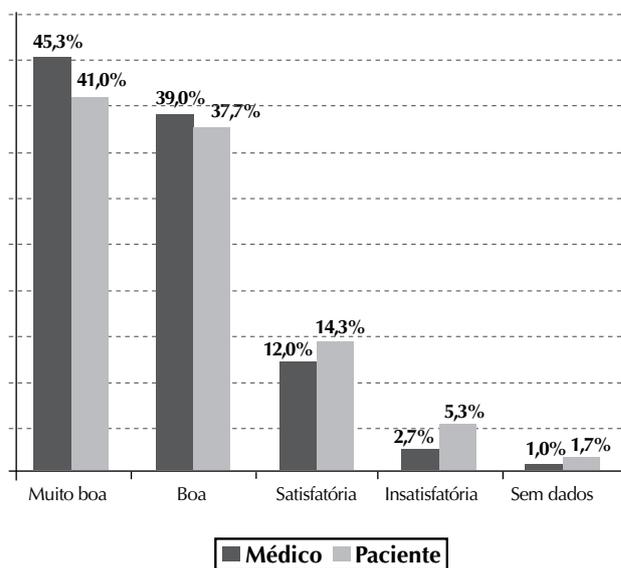


Figura 4. Resumo da avaliação de eficácia da terapia com Stressdoron, pelo médico (colunas escuras) e paciente (colunas claras).

No decorrer do estudo observacional todos os sintomas psíquicos e físicos, típicos do quadro de estresse, tiveram melhora nítida. Por exemplo, no início do estudo 218 pacientes sofriam de 'falta de motivação', e no decorrer do tratamento a porcentagem caiu em 38%. Também para outros sintomas típicos houve forte redução do número de pacientes afetados: distúrbios do ritmo cardíaco (-54%), dores de cabeça (-51%), irritabilidade (-38%) e distúrbios do sono (-37%).

É interessante a comparação dos pacientes com e sem tratamento concomitante: os dois grupos não se diferenciavam significativamente na consulta inicial, em relação à distribuição dos sintomas. Na consulta final o escore total (calculado a partir da soma dos escores dos sintomas individuais) encontrava-se significativamente maior nos pacientes com medicamentos concomitantes, do que nos demais. Uma razão possível para esta observação poderia estar eventualmente em outras doenças. Também a comparação dos pacientes sem doenças coexistentes (no total 71 pacientes) forneceu o mesmo quadro: a significativa pior evolução dos sintomas nos pacientes com tratamentos paralelos. Um estudo observacional com outro medicamento antroposófico apontou para resultados semelhantes (Rother & Oexle, 2008). Os pacientes avaliaram a eficácia do Stressdoron como 'muito boa' ou 'boa' em 79% dos casos, e nitidamente melhor do que a medicação utilizada anteriormente (principalmente sedativos fitoterápicos, homeopáticos, e antidepressivos fitoterápicos). Somente 41% destes medicamentos foram avaliados pelos pacientes como 'muito bons' ou 'bons', sendo que 35% foram considerados 'inadequados'.

A maioria dos pacientes (74%) recebeu a dose recomendada de um comprimido de Stressdoron três a quatro vezes ao dia. Em 18% dos casos os médicos prescreveram mais doses diárias. Mas a dosagem mais alta não trouxe melhora adicional em relação ao efeito muito bom já observado com a dose padrão.

Dois instrumentos (questionários) foram propostos para captação da medida de burnout: o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI) e a Medida de Tédio (*Tedium Measure*) (Stadler, 2006). A vantagem da Medida de Tédio é a aplicação universal (Burisch, 2006). Além disso, a escala resulta em um valor que pode ser mensurado ou comparado nos dois momentos da pesquisa. Do contrário, o MBI é aplicável somente a profissionais do cuidado à saúde e assistência social (Burisch, 2006). Neste estudo observacional foi utilizada a Medida de Tédio pelos motivos já citados. Nos dois momentos da pesquisa, 87% (262 de 300 pacientes) preencheram completamente a escala. Nas consultas de admissão, a medida de tédio estava em torno do valor médio de 4,5 e na consulta final caiu significativamente para 3,2.

Segundo Pines et al. em valores acima de 5 o paciente está em crise aguda e precisa de ajuda urgente. De acordo com esta classificação, no início do tratamento 26% dos 262 pacientes se encontravam nesse estágio de crise, sendo que na consulta final apenas 2%. Ou seja, dos 69 pacientes que sofriam de *burnout* em estágio avançado no início da pesquisa, ao final do tratamento apenas 5 se encontravam em situação tão grave. Por outro lado, a porcentagem de pacientes que se sentiam bem (Medida de Tédio maior ou igual a 3 de acordo com a medida de Pines et al. subiu de 8% no início do tratamento para 39% ao final. Também a Medida de Tédio evoluiu nitidamente melhor entre os pacientes sem medicação concomitante, do que entre aqueles com tratamentos paralelos.

Os resultados muito bons poderiam ser questionados por não ter sido feita uma comparação com placebo ou medicamento de referência. Entretanto, o desenho utilizado neste estudo observacional não ofereceu nenhuma possibilidade de uma comparação randomizada. Um ensaio clínico seria de grande valia para corroborar os dados de forma mais ampla. Apesar disso pode-se concluir que neste estudo observacional, Stressdoron mostrou uma eficácia e tolerabilidade muito boas no tratamento de pacientes que sofriam de esgotamento nervoso e *burnout*. O parecer muito positivo dos médicos frente à evolução dos sintomas pôde ser confirmado pelos pacientes, através da medida de tédio.

Agradecimentos

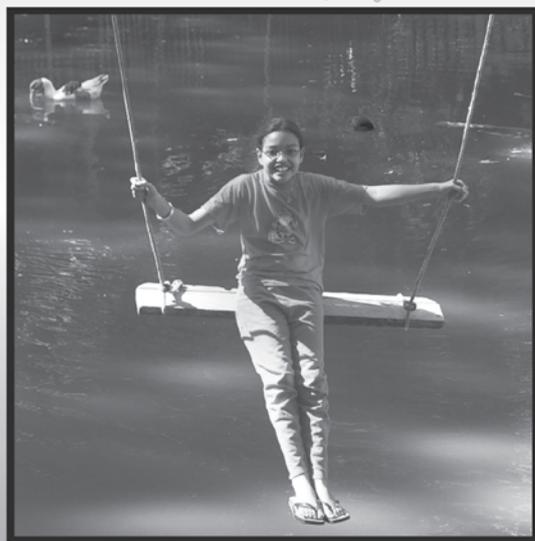
O estudo observacional foi realizado com apoio financeiro da Weleda AG, Schwäbisch Gmünd.

Referências bibliográficas

- Bastigkeit M. Das Burn-out-Syndrom kann jeden treffen! *Naturheilkunde*, v.12, n.6, p.7-10, 2008.
- Bergner TM. *Burn-out bei Ärzten – Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe*. Stuttgart: Schattenhauer GmbH, 2006. p. 1-47.
- Bergner TM. Burn-out-Prävention – *Das 9-Stufen-Programm zur Selbsthilfe, erster unveränderter Nachdruck*. Stuttgart: Schattenhauer GmbH, 2008. p. 51-2 e 137-40.
- Burisch M. *Das Burn-out-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung*. 3.ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006. p. IX-X e 2-78.

- Enzmann D, Kleiber D. *Helper-Leiden. Stress und Burn-out in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger, 1989.
- Janning M. Arbeiten trotz Depression. *Pharmazeutische Zeitung*, v.154, n.43, p.12, 2009.
- Lennecke K. Krank an Leib und Seele. *Deutsche Apotheker Zeitung*, v.148, n.35, p.46-50, 2008.
- Pines AM, Aronson E, Kafry D. *Ausgebrannt – Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. 10. ed. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2006, p.13-53.
- Rother C, Oexle J. Untersuchung zur Ermittlung des Anwendernutzens von Weleda Heuschnupfen-spray unter besonderer Berücksichtigung der Wirkungsdynamik. *Der Merkurstab*, v.61, n.2, p.167-71, 2008.
- Schürholz J, Bopp A. *Weleda Arzneimittel und ihre Wirkung*. Weleda AG Schwäbisch Gmünd. Schwäbisch Gmünd: Gaiser Print Media GmbH, 2009. p.33-69.
- Schwarzbach K. Depression. Burn-out. Wenn der Winter in die Seele zieht. *Medizin Praxis Wissenschaft*, n.10, p.15-7, 2009.
- Stadler P. Das Phänomen des Burn-out und was man dagegen tun kann. Kurzinformation über Forschungsergebnisse zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im öffentlichen Dienst, 2006.
- Treichler R. Depression und Manie. *Weleda Korrespondenzblätter für Ärzte*, n.108, p.6-32, 1983.
- Löwensprung S, Meyer F, Straube M. *Neurodoron® in der täglichen Praxis*. Weleda AG Schwäbisch Gmünd, 1. ed. Schwäbisch Gmünd: Gaiser Print Media GmbH, 2008.

ADOpte A EDUCAÇÃO DE UMA CRIANÇA



“Como é maravilhoso que ninguém precise esperar um momento específico para começar a melhorar o mundo.”
Anne Frank

QUEM SOMOS

Há 15 anos, três mulheres, observando a situação de pobreza que sofria a comunidade localizada na região de Parelheiros, resolveram unir suas forças para mudar o futuro das crianças da região. Conscientes das enormes dificuldades que enfrentariam, Alexa, Amparo e Gudrun, pensaram na frase de Ghandi - “Sejamos a Mudança que queremos ver no mundo” - e decidiram plantar na região a semente da solidariedade. Assim foi criada a Associação Comunitária “Pequeno Príncipe” com a missão de ajudar a formar entre a população carente da região, seres humanos livres e capazes de conduzir suas vidas.

COMO CONTRIBUIR CONOSCO

Para continuar nosso trabalho, necessitamos da ajuda de pessoas ou empresas que possam nos acompanhar com confiança, coração aberto, e algum recurso material.

- Custo mensal de 1 criança: R\$ 240,00

Dois padrinhos podem assumir uma criança ao custo de R\$ 120,00/mês ou o mesmo valor dividido por 4 padrinhos resultaria numa contribuição mensal de R\$ 60,00/mês.

Na continuação desta jornada de desenvolvimento humano contamos com a sua ajuda. Para contribuir entre em contato conosco ou acesse nosso site.
www.acpequenoprincipe.org.br

Associação Comunitária Pequeno Príncipe
R. Amaro Alves do Rosário, 951 - Parelheiros
São Paulo - SP - Telefone: 11 5921-4672/5926-0013
contato@acpequenoprincipe.org.br

Apoio:

Graphicum
Gráfica e Editora