

SAÚDE MENTAL

**Desafios da Prevenção, Diagnóstico,
Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna**

Edição 9

Organizadores:

Guilherme Barroso L. De Freitas
Márcia Astrês Fernandes
Roberta da Silva

**EDITORA
PASTEUR**

SAÚDE MENTAL
Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Edição IX

Organizadores

Guilherme Barroso L. De Freitas

Márcia Astrês Fernandes

Roberta da Silva



2023

2023 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira
(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

MSc. Aline de Oliveira Brandão
(Universidade Federal de Minas Gerais - MG)

MSc. Bárbara Mendes Paz
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Daniel Brustolin Ludwig
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Durinézio José de Almeida
(Universidade Estadual de Maringá - PR)

Dr. Everton Dias D'Andréa
(University of Arizona/USA)

Dr. Fábio Solon Tajra
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

MSc. Guilherme Augusto G. Martins
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Hanan Khaled Sleiman
(Faculdade Guairacá - PR)

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dra. Kátia da Conceição Machado (Universidade Federal do
Piauí - PI)

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz
(FIOCRUZ - RJ)

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira
(Faculdade Inspirar - PR)

Dra. Márcia Astrês Fernandes
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli
(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

MSc. Renan Monteiro do Nascimento

Dra. Teresa Lea

I Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Saúde Mental - Desafios da Prevenção, Diagnóstico,
Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna /
Guilherme Barroso Langoni de Freitas - Irati: Pasteur,
2023.
1 livro digital; 232 p.; ed. IX; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-815-4983-1

<https://doi.org/10.29327/5195476>

1. Medicina 2. Saúde Mental 3. Ciências da Saúde

I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

Prefácio

A Saúde Mental é uma área que requer atenção especial, em vista da sua complexidade e pelo impacto que causa na sociedade, sendo de grande relevância para a saúde pública. Ter saúde mental não se resume apenas à ausência de transtornos mentais. Sabe-se que há uma diversidade de fatores que contribuem o bem-estar ou mal-estar mental, como os fatores sociais, culturais e biológicos. Costuma-se dizer que a somatória de vários fatores corrobora para o sofrimento psíquico. De forma que, compreender todas essas influências é extremamente importante e, especialmente, conhecer as possibilidades de prevenção e promoção em saúde mental, bem como as políticas públicas que norteiam esse campo da saúde e as possibilidades terapêuticas, com vistas a uma melhora da qualidade de vida das pessoas que convivem com problemas dessa natureza. Nessa perspectiva, essa obra visa disseminar mais o conhecimento sobre essa temática, tão necessária para a saúde global humana.

Desejamos uma proveitosa leitura e que desperte a motivação dos leitores e leitoras para novas investigações, assim como estimule os cuidados em saúde mental.

Dr^a Márcia Astrês Fernandes

Pós-doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola De Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da Universidade de São Paulo-USP. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da Universidade de São Paulo-USP. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí. Membro do Corpo Editorial da Editora Pasteur.

Sumário

Capítulo 01	1
UM ESTUDO ACERCA DA ERA DIGITAL E A INFLUÊNCIA DE UMA VIDA PERFEITA	
Capítulo 02	11
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: POR ONDE COMEÇAR?	
Capítulo 03	17
A SAÚDE MENTAL NO PRONTO-SOCORRO	
Capítulo 04	22
O ASPECTO CLÍNICO - DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Capítulo 05	31
A CORRELAÇÃO ENTRE O FÍSICO E O MENTAL: UMA ANÁLISE DA DEPRESSÃO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA	
Capítulo 06	38
USO DE REMÉDIOS CONTROLADOS E DIREÇÃO VEICULAR	
Capítulo 07	44
A SAÚDE MENTAL DO IDOSO NA PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Capítulo 08	53
ANÁLISE DOS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA: REVISÃO DE LITERATURA	
Capítulo 09	61
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ALBÚM SERIADO SOBRE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
Capítulo 10	71
FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS PARA O EXERCÍCIO DO CUIDADO NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO	
Capítulo 11	83
MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DA DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Capítulo 12	91
ESCUTANDO O MUNDO DE UMA NOVA FORMA: A VIDA ANTES E APÓS A OTOPLASTIA	
Capítulo 13	101
O PROMISSOR PAPEL DOS PROBIÓTICOS NO CONTROLE DO AUTISMO	

Sumário

Capítulo 14.....	113
DEMÊNCIAS: FISIOPATOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	
Capítulo 15.....	123
REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS EM ALZHEIMER	
Capítulo 16.....	131
VIOLÊNCIA CONTRA TRABALHADORES DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO: AVANÇOS E RETROCESSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	
Capítulo 17.....	144
PREVALÊNCIA DE ESTADOS EMOCIONAIS COMO ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE TERAPIA INTENSIVA	
Capítulo 18.....	153
ANSIEDADE EM ADOLESCENTES E SEUS FATORES	
Capítulo 19.....	165
A AUTOPERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA	
Capítulo 20.....	178
DEPRESSÃO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO NARRATIVA	
Capítulo 21.....	184
SAÚDE MENTAL DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO CONTEXTO DA PANDEMIA	
Capítulo 22.....	191
TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL: PROPEDÊUTICA E MANEJO	
Capítulo 23.....	200
MASTECTOMIA MASCULINIZANTE: UM CAMINHO PARA A AFIRMAÇÃO DE GÊNERO	
Capítulo 24.....	212
INTOXICAÇÃO POR LÍLIO EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Capítulo 25.....	221
BURNOUT: UMA ANÁLISE DAS PROFISSÕES COM MAIS FATORES ESTRESSORES	

Capítulo 01

UM ESTUDO ACERCA DA ERA DIGITAL E A INFLUÊNCIA DE UMA VIDA PERFEITA

KARLA IVANEIDE BARROS DA COSTA¹

ELIS VITÓRIA GOUVEIA SENA²

EDUARDO FELIPE PONTES DA SILVA¹

ALÉCIA SILVA LIMA³

MARIA EDUARDA PINTO COSTA⁴

LILIA DE FARIAS MONTEIRO BARBOSA¹

HALANA SYMERE VIEIRA DE ARAÚJO⁵

MARIA CLARA SOUSA SILVA DE ALMEIDA MENDES⁴

LAYS AMORIM DA SILVA⁴

KASSIA EMMILLA GONÇALVES RODRIGUES⁶

VITÓRIA LUIZA CAVALCANTI DE LIMA⁷

MILENA CORDEIRO DE FREITAS⁷

1. *Discente - Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).*

2. *Discente – Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFPE) – Campus Pesqueira.*

3. *Discente – Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).*

4. *Discente – Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).*

5. *Discente – Serviço Social da Faculdade Santa Helena (FSH).*

6. *Discente – Serviço Social do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO).*

7. *Assistente Social – Faculdade Cearense*

Palavras Chave: *Redes Sociais; Influencers Digitais; Internet.*

INTRODUÇÃO

Muito vem se falando sobre a era digital e sua influência na sociedade, mas a realidade é que não se trata de algo futuro: ela já chegou. Com suas inovações, esse período de tempo é datado na década de 70, logo após a era industrial, em que são apresentadas inovações que alteram as formas de trabalho, de comunicação e de pensamento. Hoje, ela está presente em todos os aspectos da vida, desde uma ligação entre pessoas em duas localidades diferentes, até o envio de mensagens instantâneas por meio de aplicativos.

Sua abrangência trás diversos pontos positivos como a possibilidade a partir da inovação disruptiva, do uso de tecnologias como inteligência artificial, internet das coisas e computação em nuvem; além da criação de meios que permitem a aproximação de pessoas em todas as partes do mundo. Contudo, no meio desse ciclo de informações, que se posta um grande problema: a exacerbada interatividade que promove o culto a vida “perfeita” e padrões inalcançáveis, onde o ambiente virtual se torna uma porta aberta para a construção de estigmas e compartilhamento de ideias inexistente, afetando em sua maioria, jovens e adolescentes, dos quais não estão psicologicamente preparados para lidar com a pressão instaurada pelas mídias.

Sabe-se que na sociedade atual é muito comum o compartilhamento da vida pessoal através da internet, onde existe um conjunto de variáveis crescentes a exposição de fotos, vídeos, pensamentos e um estilo de vida ideal. E assim, é nesse contexto que surgem os “Influencers digitais”, que como já propriamente diz no nome, são pessoas que vivem a sua vida para influenciar outros através das mídias. O grande problema é: a desproporção, a busca pela vida perfeita pode levar, muitas das vezes, uma carga

negativa para quem promove o conteúdo e para quem consome.

Dessa forma, a exposição nesse ambiente virtual pode gerar um impacto na autoestima das pessoas, isso pois, o/a influenciador/a pode se ver obrigado/a sempre manter-se no padrão “ideal”, sempre tentando o possível e o impossível para mostrar a felicidade em sua vida, e o telespectador consome aquele conteúdo e cogita a ideia de que só será feliz se seguir a esse estímulo. Essa busca, portanto, cria a necessidade de manter um olhar atento sobre os aspectos, no sentido de perceber as possíveis distorções da autoimagem decorrentes da influência digital e na contribuição para desencadear problemas relacionados a saúde mental, em especial, no público jovem e adulto, que são mais facilmente ludibriados (VAZ & FERNANDES, 2021).

Diante disso, essa imagem da vida perfeita gera impactos gigantescos na saúde mental de todos aqueles que de alguma forma são influenciados por essas mídias, e assim, as influenciadoras além de sofrerem com a busca da vida perfeita, vão fazer com que outras pessoas busquem esse ideal de uma perfeição inalcançável.

Dessa forma, Taboga & Santos Júnior (2021) afirmam que essa influência gera mais impactos no público feminino, deixando claro que os homens não vão estar isentos desse problema. Assim, a saúde mental desses usuários das redes sociais pode sofrer com algumas situações, além de distorção de imagem, a busca por esse ideal pode gerar ansiedade e depressão. Desse modo, Becker, Alzahabi & Hopwood (2013), apud TABOGA & SANTOS JÚNIOR, (2021) apontam que apesar das redes sociais não serem os únicos a fornecerem prejuízos à saúde mental, as redes são os instrumentos que geram maiores impactos.

Além disso, o uso de diversas redes sociais potencializa acerca dos padrões de beleza e de vida onde as pessoas vão acabar sentido a obri-

gação de atender essas expectativas que vão ser geradas no cotidiano e dessa forma, a ansiedade, depressão e outros impactos ligados a saúde mental, vão estar mais presentes na vida de jovens e adultos.

Desse modo, este capítulo busca trazer aspectos contundentes à realidade social das mídias e como seu uso pode influenciar na vida e nos costumes não só de uma sociedade, mas na facilidade em desencadear problemas relacionados a saúde mental a partir do desejo em alcançar padrões irreais em prol de satisfazer o mito da vida perfeita. Diante do exposto, o objetivo geral do estudo voltou-se para identificar os impactos e contrariedades das redes sociais na influência de uma vida perfeita.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, que segundo Neves (1996) é um instrumento que reúne técnicas variadas e interpretativas, de diferentes características, a fim de traduzir e descrever as engrenagens que originam os fenômenos expressados no mundo social, com isso, visa sistematizar a distância entre a teoria e dados.

No que se refere ao tipo de estudo, para o presente trabalho foi escolhido uma Revisão Integrativa de Literatura. Conforme, Souza *et al.*, 2010, a RIL é um método que possibilita determinar um conhecimento por meio de uma temática específica e para que esse estudo seja sucedido faz-se necessário seguir 06 etapas, que foram seguidas durante a pesquisa sendo estas, a elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e para finalizar, apresentação da RIL. Desse modo, buscou-se questionar sobre os impactos da saúde mental diante da era digital e a influência de uma vida perfeita.

Em relação ao período na qual realizou-se a coleta, se deu no mês de novembro de 2022. Assim, foi realizada uma busca nas bases de dados do Google Acadêmico, SciELO, Portal de Periódicos da CAPES e o do Repositório Anima Educação - RUNA. A partir disso, para encontrar os estudos relevantes para a temática foram utilizados os descritores: Saúde Mental, Depressão, Redes Sociais, Padrões, *Instagram* e Mídia.

Os critérios de inclusão foram: estudos publicados dos últimos 08 anos (2015-2022), exclusivamente no idioma português, além de serem gratuitos, que respondessem à questão norteadora do estudo e que estivessem disponíveis na íntegra. Já no que diz respeito aos critérios de exclusão, foram descartados estudos publicados nos anos anteriores a 2015, indisponíveis na íntegra e estudos pagos, além dos estudos que não contemplaram totalmente o tema abordado.

Nesse contexto, ao pesquisar nas três bases de dados foram obtidos inicialmente 382 resultados. O primeiro filtro aplicado foi de idioma, sendo selecionado “português”. O segundo filtro utilizado foi o de área do conhecimento, selecionando as grandes áreas de ciências da saúde e ciências humanas, e assim, chegou-se a 320 resultados. Ao aplicar o filtro ano de publicação, levando em consideração apenas artigos publicados entre 2015 a 2022, chega-se à marca de 282. No **Quadro 1.1**, exposto abaixo, poderá ser visualizado a quantidade de artigos encontrados em cada base de dados, quantos foram excluídos e quantos foram utilizados.

Quadro 1.1 Artigos encontrados nas bases de dados

Base de dados	Artigos Encontrados	Artigos Excluídos	Artigos Utilizados
Portal de Periódicos da Capes	164	162	02
Biblioteca Eletrônica	45	43	02

Científica - SciELO			
RUNA - Repositório Anima Educação	73	71	02

Fazendo-se o uso do filtro de assunto, selecionando os seguintes termos: “Transtornos Mentais”, “Saúde Mental”, “Ansiedade”, e “Redes Sociais” resultou em 10 artigos. Por último, foram realizadas as leituras dos resumos de cada texto e avaliação do conteúdo individualmente, e dessa forma, elegeu-se 06 estudos que responderam à pergunta norteadora para serem debatidos no tópico a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados e incluídos nessa revisão de literatura, 06 artigos, publicados entre os anos de 2017 e 2022, tendo sido 02 (dois) de 2017, 01 (um) de 2020, 02 (dois) de 2021 e 01 (um) de 2022. Consecutivamente, todos encontravam-se disponíveis em português, sendo 02 (dois) da plataforma Portal de Periódicos da Capes, 02 (dois) da Biblioteca Eletrônica Científica – SciELO e 02 (dois) da RUNA – Repositório Anima Educação.

Dessa forma, para apresentar a síntese dos estudos, foi elaborado um quadro que contém as seguintes informações: ano de publicação, título, objetivos, metodologia, autores, conforme pode ser visualizado no **Quadro 2.1**.

Quadro 2.1 Apresentação dos artigos coletados

ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	AUTORES
2021	Repercussões das Redes Sociais na Imagem Corporal de Seus Usuários: Revisão Integrativa	Sistematizar o fenômeno das redes sociais e suas repercussões na imagem corporal dos usuários.	Revisão integrativa da literatura científica.	SILVA <i>et al.</i>
2017	Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras	Avaliar relações entre a influência da mídia e o uso de redes sociais na imagem corporal (IC) de adolescentes do sexo feminino.	Estudo transversal realizado com meninas adolescentes estudantes de escola pública e de uma organização não governamental da capital e do interior de São Paulo.	LIRA <i>et al.</i>
2020	Musas <i>fitness</i> na cibercultura: pedagogias de corpos perfeitos no <i>Instagram</i>	Analisar estratégias de visibilidade de três perfis de musas <i>fitness</i> , no <i>Instagram</i> . Compreender como elas, por meio das publicações, atraem e mantêm quantidades significativas de seguidores e interações diárias.	O método usado para a pesquisa foi o qualitativo, de cunho descritivo e analítico.	SOUZA & COUTO.
2022	Tire seus padrões do meu corpo.	Compreender a dinâmica complexa dos funcionamentos discursivos instituídos pela hashtag #corpolive na rede social <i>Instagram</i>	Exploratória e qualitativa	LEMES <i>et al.</i>

2017	Padrão de beleza e o consumo de moda na rede social Instagram: pesquisa com mulheres estudantes que utilizam o aplicativo	Descobrir como elas se sentem perante a aparência dessas pessoas, e como se comportam em meio à propaganda do consumo dentro do Instagram.	Aplicação de questionário estruturado, com método quantitativo.	BACK, 2017
2021	Redes Sociais e as Distorções da Autoimagem: Um olhar Atento Sobre o Impacto que os Influenciadores Digitais Provocam na Autoestima das Mulheres.	Compreender e analisar o impacto das redes sociais na autoestima das mulheres.	Pesquisa bibliográfica do tipo sistemática, básica e com abordagem de pesquisa de caráter qualitativo.	VAZ & FER-NANDES

Através da análise dos artigos, evidenciou-se que o método utilizado nos trabalhos selecionados se consolidou em diversas abordagens metodológicas, como revisão integrativa de literatura, pesquisa bibliográfica, estudo transversal, pesquisa qualitativa e método quantitativo. Sendo 01 (um) com o tipo de revisão integrativa de literatura, 01 (um) com o método de pesquisa bibliográfica, 01 (um) com o método de estudo transversal, 01 (um) com abordagem quantitativa e 03 (três) com o tipo de pesquisa qualitativa. Além disso, um ponto importante a ser destacado, é que todos os 06 artigos dão ênfase às mulheres no que tange aos efeitos das mídias sociais, tendo em vista que é este grupo que mais se prejudica com a influência presente nas plataformas digitais.

Nessa perspectiva, o presente trabalho, para melhor apresentar as discussões dos resultados e para discorrer de forma coerente sobre o objeto de estudo apresentado, fez-se necessário a definição de subtópicos: “Influência das redes sociais na vida de crianças e adolescentes”, “Impacto das redes sociais no padrão de beleza” e “A padronização de corpos *fitness* na era da cibercultura: influenciadores digitais e o Instagram.”

Influência das redes sociais na vida de crianças e adolescentes

A hodiernidade está sendo marcada pela facilidade de acesso a todos os tipos de informa-

ções. As redes sociais, que transmitem informações e geram expressiva presença e influência em todas as áreas da vida, tais como trabalho, estudos, momentos de lazer e cultura dentre outros. Segundo Copetti & Quiroga (2018), essa influência pode ser tanto positiva quanto negativa, assim, a última forma pode ocasionar danos à saúde mental e física. Assim, fica evidente que o ambiente digital pode ser um espaço que contribui para o adoecimento mental do público que o usa.

Dessa forma, é válido listar alguns dos aspectos emocionais decorrentes da alta exposição em meio digital. Características como impulsividade, mudanças de humor, ansiedade excessiva, baixa autoestima, depressão, agressividade e hostilidade são frequentes em pessoas que fazem uso de redes sociais. Ademais, conforme Abjaude *et al.* (2020), muitos possuem dificuldades para lidar com esses sintomas e alguns não se reconhecem com esse tipo de comportamento.

Furtado (2009) aponta que o uso das mídias sociais, atualmente, é um componente extremamente significativo na vida das pessoas, podendo influenciar e reforçar valores e padrões estéticos arraigados na sociedade. Em plataformas como *Instagram*, *Facebook*, *Twitter*, *Pinterest* e *WhatsApp* muitos/as influenciadores postam sua vida “perfeita” e seus “corpos ideais” fazendo com o que diversas pessoas tenham ob-

sessão com a sua imagem corporal, tendo problemas ao reconhecer seu corpo. Isso se deve ao fato de que a sociedade ocidental estabeleceu um padrão de beleza corporal magro, ou seja, se você não se encaixa nesse perfil, você terá que fazer mudança para se inserir ou será excluído pela sociedade.

Além disso, segundo Gonçalves & Martínez (2014), os Transtornos Alimentares (TAs) são doenças caracterizadas por hábitos alimentares irregulares e preocupação com o peso ou a forma do corpo, se faz presente no cotidiano de boa parte da população e esse número vem aumentando durante as duas últimas décadas, apresentando influência do ambiente digital. Além disso, é válido informar que a insatisfação com o peso e o formato corporal não se faz presente somente na vida de adultos, mas é cada vez mais recorrente entre crianças e adolescentes, constatando que a influência da mídia atinge até o público infanto-juvenil.

O desejo de muitos adolescentes em se encaixar em um padrão de beleza e ser aceito na sociedade reforça a existência de um “Corpo perfeito” e, provavelmente, inalcançável para quase todos. Nesse tipo de situação o “corpo perfeito” deixa de ser um corpo saudável e passa a ser, segundo Ribeiro *et al.* (2009), “um corpo magro, modelado, sem gorduras”. Assim, o corpo humano passa a ser vítima de cálculos e medidas para conferir se você se encaixa nos padrões estabelecidos. Em suma, a mídia como uma fonte rápida de informações sobre beleza, pode desempenhar um papel de influenciador significativo, principalmente quando se trata de mídia insatisfação com o corpo.

O impacto das redes sociais nos padrões de beleza

De acordo com Back (2017) as mídias sociais são a construção de *sites* feitos para compartilhar informações, se relacionar com outras

pessoas e ser criativo. Podendo ser classificada, segundo Pereira (2014) em mídia de massa e alternativa. Sendo a massa caracterizada por veículos em que parte de um único emissor, para uma grande quantidade de receptores e a segunda, caracterizada por ter um baixo custo e sua utilização é mais simples, englobando as redes sociais, e não mais as mídias tradicionais como a televisão, revista e jornal.

Back (2017) aponta que foi a partir do século XXI então que surgiram as redes sociais na *internet*, que utiliza a tecnologia para se relacionar e conectar com outras pessoas, ou para compartilhar informações através de um computador, *tablet* ou celular, levando os indivíduos a passarem horas postando, lendo, curtindo, compartilhando e enviando mensagens. Dessa forma com o aumento da exposição dessas pessoas as redes sociais, pode impactar na autoestima das mulheres, que em sua maioria são usuárias das redes sociais e acabam tendo sua imagem distorcida.

Além disso, a mídia propaga através das redes sociais toda uma ideia de que existe um corpo ideal, a fim de estimular um mercado consumidor a indústria da beleza faz eclodir dietas, atividades físicas, cosméticos, procedimentos estéticos, todos em prol do tão almejado padrão de beleza, que muitas vezes se sobrepõe a saúde e que contribui para o aumento de doenças psicossomáticas. Dessa forma, segundo Vaz *et al.* (2021): “O impacto é determinante para o adoecimento psíquico, à medida que o indivíduo fica por um longo tempo exposto a constantes estímulos que criam idealizações relativas a padrões de corpos ideais e vidas perfeitas.”

Assim, as relações podem ser mediadas através dos recursos tecnológicos oferecidos pela mídia, o que pode ocasionar um certo distanciamento entre as pessoas envolvidas nessa relação, se tornando assim, mais fácil iniciar e terminar relações, sendo também uma possibili-

dade de os indivíduos construir novas versões de si mesmo, a partir de um perfil social. É nesse contexto que surgem os influenciadores digitais (BACK, 2017).

O *Instagram* é uma rede social gratuita de compartilhamento de fotos e vídeos mais utilizada no mundo, sendo possível editar e aplicar filtros nas imagens e depois publicar no perfil, onde os seguidores podem curtir, comentar e compartilhar fotos e vídeos do seu cotidiano, e passam a seguir perfis de amigos, familiares, pessoas que se identificam ou possuem algum tipo de curiosidade em relação ao dia-a-dia. O sucesso desse aplicativo está na importância da imagem com base no nosso físico que nos faz projetar uma imagem socialmente aceita na sociedade. O padrão de beleza imposto pelas redes sociais em específico o *Instagram* afeta o comportamento das estudantes que utilizam (BACK, 2017).

De acordo com Vaz *et al.* (2021), o impacto na vida das adolescentes se torna mais prejudicial devido às modificações que ocorrem durante esse período de vida, em que a modificações biológicas como emocional, além das mudanças corporais o que se apresenta como uma preocupação, devido ao aumento de peso, por desejarem serem magras e pelo medo da rejeição, o que coloca esse grupo como vulnerável às influências socioculturais e em específico da mídia.

Sendo assim, Back (2017) traz um estudo feito com 19 mulheres no curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL em que buscou questionar se o padrão de beleza imposto nessa rede social *Instagram* impacta no comportamento das estudantes que fazem uso do aplicativo. A faixa etária das entrevistadas que mais utiliza o aplicativo é de 16 a 20 anos, tendo o percentual de 79%, sendo então um público extremamente jovem. A frequência utilizada é alta sendo quatro ou mais vezes ao

dia representando 63% dos dados. 89% das entrevistadas seguem perfis que falam sobre dieta, moda e beleza, o que ressalta o quanto as redes sociais são fortes propagadores de padrões de beleza e que impactam na vida dessas mulheres.

Seguindo este raciocínio, Back (2017) apresenta que 84% responderam que seguem pessoas famosas; blogueiras e influenciadoras digitais, além disso 31% dizem que o motivo de seguir essas pessoas é por estar em busca de dicas de moda, alimentação e beleza. Quando questionadas se já compraram algum produto de moda divulgado por alguém que segue no *Instagram*, 68% responderam que não, entretanto os 32% que responderam ter comprado 100% foi por desejo. Na hora de se vestir, 63% das entrevistadas relataram ter copiado algum look postado por blogueira; famosas ou influenciadores digitais.

Em relação ao corpo das mulheres que seguem no *Instagram* 42% eram médios, mas também 32% magro e 26% malhado, sendo assim é perceptível que nenhuma das entrevistadas seguiam algum tipo de corpo gordo e quando questionadas sobre como elas se sentiam em relação a sua própria aparência 42% se sentiam normal, 37% sentiam o desejo de se tornar igual ou parecida e 21% estavam insatisfeitas com seu próprio corpo, e por fim 63% relataram não ter feito algum tipo de dieta feita pela rede social, enquanto 37% disseram ter feito (BACK, 2017).

Dessa forma, conforme o estudo realizado por Back (2017), as redes sociais, com foco no *Instagram*, podem afetar a autoestima das mulheres, em sua maioria as adolescentes, e conforme maior for o tempo de exposição as redes sociais, maior pode ser o sentimento de angústia, frustração e culpa, podendo desenvolver diversos transtornos mentais como depressão, sentimento de rivalidade e comparação entre outras mulheres, em busca de um corpo perfeito apresentado pelas *influencers* digitais.

A padronização de corpos fitness na era da cibercultura: influenciadores digitais e o Instagram

As redes sociais destacam-se entre as inovações tecnológicas, pois foram rapidamente introduzidas no cotidiano humano. A principal característica das mesmas, versa sobre o compartilhamento diário de informações, sendo isto, de maneira ininterrupta. Souza & Couto (2020), destacam que o Instagram é a principal ferramenta no contexto da cibercultura. Isto posto, pelo seu potencial de interação entre os usuários, o que manifesta influência principalmente no que se refere a padrões de corpos ideais. Consoante ao supracitado, Lemes *et al.* (2022) ressalta que o Instagram se destaca entre as demais plataformas de mídias digitais, pois dispõe de múltiplas formas de interação, possibilitando aos seus usuários, que produzam e compartilhem diversos tipos de conteúdo em um fluxo contínuo.

Nesse contexto, Souza & Couto (2020), aponta as “musas fitness” como fenômenos contemporâneos que exercem grande influência no que concerne aos corpos, gênero e até a sexualidade dos usuários. Sendo isto, através da publicação de imagens onde as mesmas expõem corpos atléticos, na maioria das vezes tendo como principal cenário academias de ginástica. Rotineiramente, é publicado também, a ida a supermercados ou lojas que comercializam suplementos alimentares. Dessa forma, o Instagram também opera como uma vitrine virtual, onde os produtores de conteúdo, nesse caso, as “musas fitness”, utiliza-o como uma rede de consumo, que é potencializada por meio da exposição dos corpos, da rotina fitness e principalmente, da divulgação de produtos relacionados à tal.

Lemes *et al.* (2022) ressaltam que a grande problemática que circunda tais práticas, é que as mesmas exercem uma pressão estética para adequação em um padrão de "corpo perfeito", con-

tudo, sabe-se que o mesmo é difícil ou até impossível de serem alcançados. Consoante a isto, perfis de “musas fitness” publicam fotos produzidas em ângulos milimetricamente escolhidos para favorecer seus corpos, no entanto, apesar de tais publicações demonstrarem uma felicidade plena, as mesmas possuem teor publicitário e midiático. Tais imagens são performáticas, direcionadas para impulsionar a construção e manutenção do corpo padronizado. Tais aspectos, caracterizam as musas fitness como personagens das mídias digitais, tendo como objetivo central, a promoção do corpo como uma mercadoria, o que acarreta no fortalecimento do problema supracitado (SOUZA & COUTO, 2020).

Essa constante exibição do corpo fitness é maléfica àqueles que não o possuem, principalmente gordos e obesos. Isto posto, acarreta em implicações no que concerne à aceitação de corpos reais. Resultando, também, na maximização de comentários ofensivos direcionado às pessoas que não se adequam ao padrão instituído. Em contrapartida, discussões acerca da aceitação de diferentes tipos de corpos, estão cada vez mais presentes nas mídias sociais, enfatizando, desse modo, a importância no que se refere ao combate a gordofobia e a pressão estética. Tais temáticas, quando instituídas e propagadas, viabilizam o empoderamento destas pessoas, configurando-se como uma prática de resistência exercida pelas vítimas (LEMES *et al.*, 2022).

Para Souza & Couto (2020), perfis voltados à disseminação de conteúdo fitness, se consolidam através da empresarização de si. Nesse sentido, seus corpos tratam-se de mercadorias midiáticas, onde os mesmos são usados diariamente para apresentar ao público, a narrativa do estilo de vida considerado saudável. Ademais, as musas fitness além de exibir sua rotina, ensinam e incentivam seus seguidores a alcançarem corpos semelhantes aos seus. Isto posto, contri-

bui para que os corpos que não se adaptam a tais padrões, sejam estigmatizados.

Dessa forma, tal prática viabiliza a cultura digital reducionista, pois desconsidera a diversidade corporal e a pluralidade no que se relaciona às definições de beleza, que não deve ser um padrão e sim singular a cada indivíduo (LEMES *et al.*, 2022). Nesse ínterim, entende-se a importância dos movimentos ativistas nas redes sociais, em especial, o Instagram, pois, possibilita que as redes sociais sejam pautadas com base no princípio da inclusão dos mais diversos corpos, ao passo que haja a minimização do risco de cancelamento digital em decorrência de questões estéticas.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo verificou-se como a era digital e sua influência de uma vida perfeita afetam negativamente jovens e adolescentes, suscitando, por vezes, sintomas de ansiedade, depressão, autoestima baixa entre outras repercussões na saúde mental. Conforme supracitado, apreende-se que as redes sociais tem um caráter contraditório, na qual pessoas que não seguem o tal padrão estabelecido sofrem exclusão social, ocasionando uma visão deturpada de si mesmo e da sua própria realidade.

Em contrapartida, os influenciadores digitais integram ideias de que tanto a vida como a

necessidade de alcançar um "corpo padrão" tornam-se algo simples, unicamente perfeito e que todos podem conseguir, dependendo, apenas, do seu esforço, dedicação e, claro, realizando a compra/ venda de produtos e\ou objetos que prometem uma mudança radical em efêmero tempo. Diante disso, observa-se a síndrome da vida perfeita que não leva em consideração as particularidades de cada indivíduo, condições, liberdade, diversidade e a essência única que cada ser humano possui.

Por esse viés, o estudo colaborou para pontuar os diversos impactos que a rede social apresenta com a influência de uma vida perfeita e seus desdobramentos na realidade, trazendo um enfoque nos padrões irreais, nos quais são inalcançáveis, uma vez que definem a questão "beleza" como algo único e aceitável.

Dessa forma, destaca-se a relevância de contribuir com a pesquisa feita na área abordada, considerando a importância de produzir materiais que possam servir de contribuição para o âmbito acadêmico e de pesquisa, bem como de alerta para a sociedade. Esta sociedade, que na realidade atual está cada vez mais atendida nas mídias sociais, sendo necessário alertar para a mesma os perigos encontrados na tentativa de se buscar uma vida tida como perfeita por pessoas aleatórias das redes sociais que objetivam trazer impactos e influência na vida cotidiana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABJAUDE, S.A.R. *et al.* Como as mídias sociais influenciam na saúde mental?. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 16, n. 1, p. 1, 2020.
- BACK, L. Padrão de beleza e o consumo de moda na rede social Instagram: pesquisa com mulheres estudantes que utilizam o aplicativo. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Design de Moda da Universidade do Sul de Santa Catarina - Tubarão, 2017.
- COPETTI, A.V.S. & QUIROGA, C.V. A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. Revista de Psicologia da IMED, v. 10, n. 2, p. 161, 2018.
- FURTADO, E.R.G. Representações sociais do corpo, mídia e atitudes. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2009.
- GONÇALVES, V.O. & MARTÍNEZ, J.P. Imagem corporal de adolescentes: um estudo sobre as relações de gênero e influência da mídia. Comunicação & Informação, v. 17, n. 2, p. 139, 2014.
- LEMES, R.M. *et al.* Tire seus padrões do meu corpo: a dinâmica complexa de discursos de resistência no Instagram. Travessias, v. 16, n. 1, p. 12, 2022.
- LIRA, A.G. *et al.* Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 66, p. 164, 2017.
- NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1, 1996.
- PEREIRA, D.B.S. O uso do Instagram patrocinada de marcas como veículo de publicidade. Trabalho apresentado à Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas, apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Propaganda e Publicidade do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2014.
- RIBEIRO, R.G. *et al.* O corpo ideal: a pedagogia da mídia. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 71, 2009.
- SILVA, A.F.S. *et al.* Repercussões das redes sociais na imagem corporal de seus usuários: revisão integrativa. Psicologia: Teoria e pesquisa, v. 36, 2021.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, p. 102, 2010.
- SOUZA, J.D.F. & COUTO, E.S. Musas fitness na cibercultura: pedagogias de corpos perfeitos no Instagram. Acta Scientiarum. Education, v. 42, 2020.
- TABOGA, A. & JUNIOR, R. Influência de redes sociais na saúde mental e autoimagem de adolescentes. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, v. 25, n. 1, p. 20, 2021.
- VAZ, L.C.S & FERNANDES, N.C.P.V. Redes sociais e a distorção da autoimagem: Um olhar atento sobre o impacto que os influenciadores digitais provocam na autoestima das mulheres. Trabalho de Curso apresentado ao Centro Superior UNA de Catalão, como requisito parcial para a integralização do curso de psicologia. Repositório Anima Educação. 2021.

Capítulo 02

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: POR ONDE COMEÇAR?

NÁDIA ALEXANDRINA COUTINHO LIMA¹
MARIA SUELY ALVES COSTA²

1. *Mestranda - Psicologia e Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará – UFC Sobral*
2. *Docente - Mestrado em Psicologia e Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará – UFC Sobral*

Palavras Chave: Depressão; Itinerário terapêutico; Transtorno do Espectro Autista.

INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista – TEA é um transtorno do desenvolvimento que pode ser reconhecido por déficits na comunicação social e na interação social; déficits expressivos na comunicação verbal e não verbal; padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividade (APA, 2014). Tem início precoce e possui alterações que podem acarretar prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional do indivíduo (SILVA & CHUN, 2018).

A etiologia multifatorial abrange conforme Oliveira & Souza (2022) alterações de ordem neurobiológica, genética e ambiental; tendo prevalência mundial da ordem de 10/10.000 crianças, sendo superior nas do sexo masculino, para cada uma menina, cinco meninos são autistas. Estudos epidemiológicos mostraram que nas últimas décadas houve um aumento significativo da prevalência de TEA, que nos últimos anos atingiram 1-2% das crianças (CHRISTENSEN *et al.*, 2016). A incidência atual de TEA é de 1 para cada 68 crianças segundo expõe Braun *et al.* (2014).

O diagnóstico de TEA segundo Reis *et al.* (2019) é clínico, pela observação da presença de sintomas comportamentais que caracterizam o transtorno. Após o diagnóstico, é determinado o grau do transtorno em leve, moderado ou grave e alguns precisarão de intervenção medicamentosa, além disso, é importante a abordagem multidisciplinar nos processos de reabilitação que podem abordar aspectos motores, funcionais e ocupacionais.

Na sua nova versão (CID-11), lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em junho de 2018, mas que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde seguiu a mesma tendência

do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014), reunindo as desordens em uma única categoria, também denominada de Transtorno do Espectro Autista (WHO, 2018).

Mapelli *et al.* (2018) orienta que o governo brasileiro tem demonstrado esforços na atenção a essa população e sua família, sobretudo em termos de direitos, através da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - TEA, que garante o diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional e acesso às informações que auxiliem no diagnóstico e tratamento.

Além da política para a pessoa com TEA, que segundo Silva & Chun (2018) teve início tardio, agrega-se movimentos para fazer valer a Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA); esses movimentos ora convergem em busca por apoio, diagnóstico e busca por assistência, ora divergem em virtude das duas abordagens epistemológicas do autismo: uma que defende os cuidados com base na Linha de cuidado para a pessoa com TEA e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2015) e a outra vertente que entende o autismo como uma deficiência e que acredita que devem ser assistidas pelo aspecto da reabilitação, com base nas Diretrizes de Atenção à reabilitação da Pessoa com TEA (BRASIL, 2014) (COUTO & DELGADO, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nesse contexto tem-se percebido que os caminhos percorridos pelas pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com os esquemas de fluxos pré-determinados pelas políticas públicas (SILVA & CHUN, 2018). Dessa forma, é importante compreender o acesso aos serviços de saúde a partir do olhar do usuário, a percepção que tem da doença, o tratamento e seus comportamentos em relação ao cuidado em saúde e ao uso dos serviços. Para isso, a análise de itinerário terapêutico

se apresenta como uma grande potencialidade, mesmo que pouco utilizada (CABRAL *et al.*, 2011).

Itinerário terapêutico pode ser entendido como a análise do percurso que a pessoa e seus familiares realizam na busca pelo diagnóstico e pelo tratamento, desde os primeiros sinais de alteração no desenvolvimento, que geraram a necessidade de avaliação, até a resolutividade do problema ou da demanda em saúde, sendo possível identificar as potencialidades e carências do processo levando em consideração as políticas públicas em saúde (SILVA *et al.*, 2015).

Faz-se necessário estudos sobre o itinerário terapêutico, pois conforme Silva & Chun (2018) esses percursos apresentam grande potencial contribuição para a resolutividade dos entraves na organização e na gestão das redes de serviço em saúde, uma vez que demonstram como as práticas em saúde são construídos em um contexto de pluralismo terapêutico e diversidade sociocultural.

A partir das concepções e discussões apresentadas, esse estudo tem como objetivo identificar qual o itinerário terapêutico de pessoas com TEA no Brasil.

MÉTODO

O presente estudo constitui-se de uma revisão de literatura que possui um caráter amplo e se propõe a desenvolver um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, com análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimento a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas (BRUM *et al.*, 2015).

Foi desenvolvida durante o percurso do Mestrado em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará – UFC. Selecio-

nou-se artigos e teses de mestrado dos últimos quinze anos encontrados nos seguintes acervos bibliográficos e base de dados: SciELO, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações*.

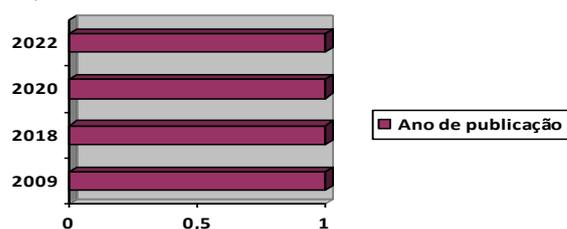
Utilizou-se como descritores para a busca: itinerário terapêutico, transtorno do espectro autista. Em seguida, foi realizada uma leitura prévia dos artigos e teses e, após essa análise, foi feita a leitura dos títulos e dos resumos, onde foram identificados três artigos e uma tese que atendiam o objetivo deste estudo. Foram excluídos da pesquisa os artigos e teses que não tinham no título sobre o itinerário terapêutico, mas que não se tratava do TEA.

Os dados foram organizados por categoria a partir do que foi encontrado em comum nas pesquisas analisadas. Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas para ajudar a subsidiar a descrição das pesquisas na área do itinerário terapêutico de familiares de crianças com TEA. Foram organizados em três categorias: percurso inicial após o reconhecimento dos primeiros sinais, busca pelo diagnóstico e rotas do cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto as publicações encontradas notam-se que há um lapso de tempo entre o ano de 2009 a 2018 entre uma publicação e a outra e as outras duas nos últimos três anos (**Gráfico 2.1**).

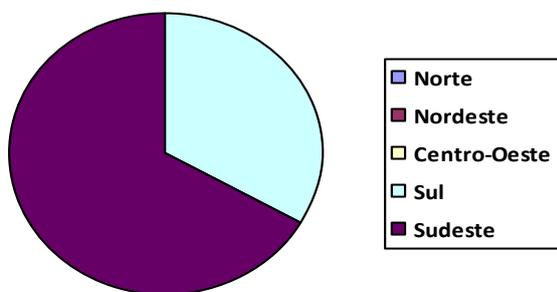
Figura 2.1 Publicações distribuídas por ano (2009 - 2022)



Segundo Fornazier & Jurdi (2022) expõe a necessidade de pesquisas sobre o itinerário terapêutico de familiares de crianças com TEA, pois as mesmas ajudarão a encontrar o mesmo caminho mais assertivo na busca por diagnóstico e tratamento para as crianças.

Quanto ao local de publicação das pesquisas encontradas observou-se que todas as pesquisas publicadas foram no Brasil, com maior incidência na Região Sudeste e Sul, nenhuma pesquisa na Região Norte, Centro-Oeste, Nordeste, conforme disposto no gráfico que segue.

Figura 2.2 Distribuição de publicação pelas regiões brasileiras



Nota-se que há uma discrepância sobre a produção científica na Região Sudeste, concentrando-se no Estado de São Paulo e na Região Sul, em Santa Catarina.

Percurso inicial após o reconhecimento dos primeiros sinais

Foi possível observar que houve o interesse e descrição do percurso inicial de familiares de crianças com TEA após a identificação dos primeiros sinais, de modo que foi visto que em ambas as pesquisas os familiares procuraram vários profissionais para que pudessem ser ouvidos e acolhidos de forma a serem entendidos, como um demonstrativo de um longo período entre a identificação dos sinais até o encaminhamento para o diagnóstico do TEA. Em função do maior contato da mãe com a criança, é ela quem primeiro identifica os sinais conforme Favero-Nunes & Santos, 2010.

Busca pelo diagnóstico

A falta de informações e compreensão sobre o TEA faz com que a busca dessas famílias se arreste por anos até que se tenha uma confirmação do diagnóstico. De acordo com Silva & Chun (2018), estudos realizados no Brasil evidenciam o retrato do atendimento precário de indivíduos com TEA, as limitações e má distribuição desses serviços na região. O índice maior de assistência dessas crianças se inicia a partir dos seis anos de idade, mostrando assim a falta de capacitação dos profissionais, as dificuldades de diagnóstico precoce e acompanhamento da vida adulta.

Outro ponto comum nas pesquisas é o reconhecimento da demora do diagnóstico, sendo referido que o diagnóstico precoce é atribuído as pediatras, já que são os profissionais que acompanham as crianças (SILVA & CHUN, 2018).

Rotas de cuidado

Nesse processo de busca por atenção/tratamento os estudos analisados apontam que as mães tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, independentemente de estes serem públicos, pelo plano de saúde ou particulares. Em função da dificuldade, muitas vezes acabam percorrendo diversos serviços, na tentativa de evitar que o atendimento aos filhos seja adiado e realizado tardiamente. Observa-se, ainda, que quanto mais especializado for o atendimento, maior é a dificuldade de acesso ao mesmo.

Como forma de enfrentamento das dificuldades de acesso aos serviços, são cada vez mais frequentes os casos de recorrência à justiça, na tentativa de fazer valer os direitos para a garantia da saúde e da educação às pessoas com TEA. Para tanto, as famílias processam o Estado ou o plano de saúde, por meio da Defensoria Pública ou de advogados particulares, com o intuito de conseguir atendimento especializado aos seus filhos. Embora os resultados costumam ser fa-

voráveis às famílias, as mães relatam sentimentos de desgaste com os processos burocráticos e de insegurança quanto à manutenção do parecer judicial (FORNAZIER & JURDI, 2022).

CONCLUSÃO

As concepções e discussões apresentadas nesse estudo teve como objetivo identificar qual o itinerário terapêutico de pessoas com Transtorno do espectro Autista – TEA no Brasil. A suspeita de que há algo de diferente na criança, os sinais ou sintomas apresentados não garantem que os familiares de crianças com TEA buscarão auxílio terapêutico imediato e nem se pode definir um padrão único no processo de tratamento. O itinerário terapêutico é um fenômeno complexo que não se pode resumir pela descoberta de leis que ordenam, já que ele é construído por cada sujeito a partir de suas vivências, familiares e aqueles que convivem mais próximo.

Diante da intenção de identificar o itinerário terapêutico de familiares de crianças com TEA, os achados evidenciam que, embora existam políticas públicas e diretrizes nacionais para a atenção à pessoa com TEA, a assistência a essas pessoas ainda é marcada pelo despreparo e desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o assunto, e pela fragilidade na articulação dos serviços, o que torna o cuidado em saúde bastante precário.

Verifica-se que as famílias passam por longa peregrinação, com enfrentamento de inúmeros desafios e conflitos, os quais se constituem em significativa sobrecarga emocional, o que corrobora com os resultados de estudos que investigaram o impacto do diagnóstico de TEA no contexto familiar.

Portanto, reitera-se a importância de que os cuidados na atenção à saúde das pessoas com TEA abranjam o acolhimento dos familiares, em especial das mães, com atenção aos aspectos psicoafetivos e promoção de redes de apoio que contribuem para o enfrentamento das dificuldades inerentes ao itinerário terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION -APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Associação Brasileira de Psiquiatria. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro autista e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtornos_autismo-versao_preliminar.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 28 de setembro de 2022.
- BRAUN J.M. *et al.* Gestational exposure to endocrine-disrupting chemicals and reciprocal social, repetitive, and stereotypic behaviors in 4- and 5-year-old children: the HOME study. *EHP*, v. 122, n. 5, p. 513, 2014.
- BRUM, C.N. *et al.* Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. Metodologia de pesquisa para a enfermagem a saúde da teoria à prática. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, p. 123, 2015.
- CABRAL, A.L.V. *et al.* Itinerários terapêuticos: O estado da arte de produção científica no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 443, 2011.
- CHRISTENSEN D.L. *et al.* Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years --- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ*, v. 65, n. 3, p. 1, 2018.
- COUTO, M.C.V. & DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v. 27, n. 1, p. 17, 2015.
- FÁVERO-NUNES, M.A e SANTOS, M.A. Itinerário terapêutico percorrido por Mães de Crianças com Transtorno autístico. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 23, n. 2, p 208, 2010.
- FORNAZIER, V.C.P. & JURDI, A.P.S. Itinerários terapêuticos de crianças com transtorno do espectro autista. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 4, p 25267, 2022.
- MAPELLI, L.D. *et al.* Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva da família. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 4, 2018.
- OLIVEIRA, B.D.C. *et al.* Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*; v. 27, n. 3, p. 707, 2017.
- OLIVEIRA, P.L. & SOUZA, A.P.R. Terapia com base em integração sensorial em um caso de Transtorno do Espectro Autista com seletividade alimentar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 30, p. e 2824, 2022.
- REIS, D.D.L. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com transtorno do espectro autista do centro de especializado em reabilitação. *Pará Research Medical Journal*, v. 3, n. 1, p. e15, 2019.
- SILVA, D.C. *et al.* Itinerário terapêutico de pessoas com úlcera venosa em assistência ambulatorial. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 3, p.722, 2015.
- SILVA, F.C.P. & CHUN, R.Y.S. Itinerário terapêutico de indivíduos com transtorno do espectro autista: estudo de caso. V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos. Foz do Iguaçu. Maio-junho de 2018. Disponível em: <https://sepeq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/06126067673/10>. Acesso em: 29 de setembro de 2022.
- SILVA, F.C.P. & CHUN, R.Y.S. Itinerário terapêutico de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista do Município de Campinas – SP. Tese de Mestrado Universidade Federal de Campinas. Campinas, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. International Classification of Diseases. Disponível em: <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>. Acesso em 30 de setembro de 2022.

Capítulo 03

A SAÚDE MENTAL NO PRONTO-SOCORRO

GABRIEL LOUREIRO SELEGHIM BOAVENTURA¹
THAYNARA MARIA MARAN DE SOUZA¹

1. Docente – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Palavras Chave: Saúde Mental; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Pronto-Socorro.



INTRODUÇÃO

A saúde mental é um tema recorrente que se apresenta em todos os âmbitos da Medicina. Seja em alas psiquiátricas ou não, transtornos do humor invariavelmente estão presentes em meio a queixas da maioria dos pacientes, por vezes sendo a causa primária da enfermidade atual do doente. No pronto-socorro, onde a dinâmica de atendimento visa uma resolução imediatista, indivíduos que se enquadram nessa categoria correm o grande risco de receber um manejo não resolutivo. Em casos de dor torácica, cefaleia ou até mesmo amenorréias, a avaliação psicoemocional pode passar despercebida, ou até mesmo ser banalizada, sendo esses alguns exemplos de situações em que sua etiologia pode fugir muito além do olhar clínico óbvio do profissional médico.

O objetivo deste estudo foi identificar os principais transtornos encontrados no pronto atendimento médico relacionados a alterações neuro-psiquiátricas e discutir a necessidade de um atendimento não categórico, com uma visão clínica que abranja a integralidade do cuidado sem desmerecer ou ignorar a saúde mental. Além disso, também objetivou-se discutir a saúde mental dos próprios profissionais de saúde frente a um ambiente caótico e estressante, como é o pronto-socorro.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de dezembro de 2022 por meio de pesquisas nas bases de dados: SciELO, PubMed, Medline e ATTENA (Repositório Digital da UFPE). Foram utilizados os descritores: Saúde Mental; Pronto-Socorro; Transtorno de Humor. Desta busca foram encontrados 13 artigos,

posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2010 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 07 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: A Saúde Mental do Doente no Pronto-Socorro e A Saúde Mental do Profissional de Saúde no Pronto-Socorro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a saúde mental ainda é um segmento da Medicina não completamente compreendido por todos, contudo apresenta-se em um crescimento progressivo por meio de debates e discussões. Sua definição engloba desde transtornos de humor ou personalidade, demências e distúrbios psicológicos relacionados às condições de vida da atual sociedade. Problemas relacionados a saúde mental estão entre as principais causas de morbidade no mundo (SOUZA, 2016) e necessitam de um entendimento claro para que o seu manejo apresente efetividade na melhora da qualidade de vida do doente.

Por um lado, a sua abordagem idealiza uma terapêutica personalizada para cada indivíduo, em consultórios psiquiátricos, grupos de discussão ou análise psíquica com profissionais capacitados para lidar com o problema em questão, o que não ocorre em prontos-socorros. Na tentativa de uma abordagem imediatista, o esta-

do mental do enfermo acaba ficando em segundo plano, podendo esse até mesmo ser o motivo da busca pelo atendimento, mesmo que de forma não óbvia ao olhar clínico do médico emergencista.

Em meio ao caos da sociedade, surgimentos de novas pandemias e estresses diários, é possível apontar que houve um considerado aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, uso de álcool e outras substâncias, estresse e ideação suicida (GORDON, 2021). Partindo do pressuposto de que cada doença mental apresenta uma manifestação única e individual conforme cada organismo, é possível identificar múltiplos cenários diferente, podendo o doente buscar atendimento médico de urgência devido uma crise de pânico, uma intoxicação por agentes exógenos ou uma tentativa de suicídio.

Idealmente, o pronto-socorro e os médicos responsáveis pela condução de tais pacientes deveriam apresentar o mínimo de capacitação para uma investigação do fator responsável do desfecho atual. O profissionalismo e o respeito devem ser mantido, seguindo o Código de Ética Médica, e a condução do cuidado deve ser realizada de forma integral, seja expandindo a anamnese com perguntas a respeito de distúrbios psíquicos ou ao menos um encaminhamento para que um profissional especialista da área consiga futuramente corrigir o problema em questão, evitando a prática de uma imperícia médica, com o objetivo de evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do paciente ou eliminar possíveis riscos a sua vida ou à integridade do outro (ROTOLI *et al.*, 2019).

A saúde mental do doente no pronto-socorro

A relação entre o clínico e o paciente em um atendimento psiquiátricos tem um importante destaque no alívio da doença mental. Emergên-

cias psiquiátricas constituem cerca de 10% de todos os atendimentos em prontos-socorros, além dos casos em que essa não é manifestada de forma clara. Muitas vezes um diagnóstico de uma doença de base com etiologia psíquica passa despercebido pelo imediatismo do cuidado e banalização da importância dada a história clínica de pacientes de certos grupos sociais, como alcóolatrás, usuários de drogas ilícitas ou idosos. A falta de cooperação, a incapacidade de dar uma história relevante, a mistura de sintomas físicos com psíquicos, os múltiplos diagnósticos e os conflitos familiares são exemplos dos obstáculos encontrados (BALDAÇARA, *et al.*, 2018). A desassistência que parte do doente mental recebe é histórica, disseminada na sociedade como uma “comunidade deslocada”.

Em um estudo descritivo conduzido no setor de emergência psiquiátrica da Irmandade da Santa Casa Misericórdia de São Paulo durante um período de três meses, foi possível obter como um dos dados que a grande maioria dos pacientes psiquiátricos, correspondendo a 82,1% da amostra de 492 pacientes, foi dispensada após a avaliação clínica, não tendo permanecido em internação hospitalar para uma continuidade do cuidado e observação clínica (CASTRO *et al.*, 2013).

Em outro estudo desenvolvido no estado de Minas Gerais no período de agosto a outubro de 2020, questionando profissionais de saúde sobre qual a correta definição e abordagem de uma urgência ou emergência psiquiátrica, muitos profissionais mencionaram como desafio a falta de conhecimento sobre a temática. Alguns evidenciaram a necessidade de haver mais capacitações que possibilitem aprendizados e atualizações de seus conhecimentos (LEOCÁDIO *et al.*, 2022).

Entre os principais transtornos encontrados nos pronto-atendimentos estão os transtornos de humor (em especial a depressão maior, a disti-

mia e o transtorno bipolar), os transtornos ansiosos, os transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas, os transtornos psicóticos (como a esquizofrenia) e os transtornos de personalidade (BALDAÇARA & TUNG, 2021).

A saúde mental do profissional de saúde no pronto-socorro

Nos últimos anos, a pandemia motivada pelo vírus SARS-CoV-2 propiciou uma maior discussão sobre a saúde mental direcionada aos profissionais da saúde, muito atribuído as consequências da própria doença: perdas, sobrecarga de trabalho, e a falta de conhecimento global para o manejo desta. Com isso, favoreceu o interesse e colocou em evidência a necessidade do cuidado psíquico de quem cede grande parte do seu tempo dedicada à vida do próximo.

O cenário de urgência e emergência é um dos ambientes mais propícios para o esgotamento mental de muitos profissionais, uma vez que é necessário lidar com as mais diversas patologias, e em alguns casos há falta de recursos, incertezas diagnósticas, sobrecarga e responsabilidade elevada, além de desfechos dos quais nem sempre são favoráveis. Dessa forma, comumente são evidenciados quadros depressivos e/ou ansiosos, além de tentativas de autoexterminio entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais.

Diante do exposto e em consequência dele, são altas as taxas de *burnout* entre os profissionais da saúde, o que provoca perda da relação

médico-paciente, erros médicos, além da piora na sua qualidade de vida. O estigma relacionado ao adoecimento psiquiátrico, bem como o receio do tratamento, como os efeitos adversos, reação de colegas frente à terapia, são fatores que predispõe a resistência à busca por terapêuticas.

Por fim, indivíduos próximos devem se atentar aos sinais de distanciamento afetivo, alterações marcantes de humor, maior introspecção, períodos de estresse e conflitos emocionais, a fim de que o cuidado seja imputado e a estratégia do *coping* (conjunto de técnicas utilizadas pelas pessoas para melhor adaptação às circunstâncias adversas) possa ser aplicada como meio de reduzir problemas emocionais, e priorizar o autocuidado.

CONCLUSÃO

Com essa discussão, a saúde mental se mostra mais uma vez de extrema importância, seja dentro de ambulatórios ou no pronto-atendimento médico. Todos os pacientes com queixas que apresentam o mínimo fundo de embasamento psíquico merecem e devem receber um tratamento não diferenciado dos demais, sem banalização do cuidado ou negligência. Além disso, não só em relação aos pacientes, mas o profissional médico responsável por atuar em tais setores também deve estar atento aos sinais de estresse e esgotamento que possam levar a prestação de seus serviços a uma redução de sucesso enquanto mentalmente doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDAÇARA, L. & TUNG, T.C. *Conduitas em psiquiatria*. 1ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2021.

BALDAÇARA, L. *et al.* *Emergências psiquiátricas*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CASTRO, L.A. *et al.* *Serviço de Emergência Psiquiátrica: Um Estudo Descritivo*. Universidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. São Paulo, São Paulo, 2013.

GORDON, J. One Year In: COVID-19 and Mental Health. NIMH - National Institute of Mental Health, 2021. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/director/messages/2021/one-year-in-covid-19-andmental-health>. Acesso em: 20/12/2022.

LEOCÁDIO, M.A. *et al.* Atendimento as Urgências e Emergências Psiquiátricas na Atenção Primária: Desafios envolvidos no cuidar. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 13, p. e501111335605, 2022.

ROTOLI, A. *et al.* Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 2, p. e20180303, 2019.

SOUZA, J.M.M. O impacto do pronto atendimento em saúde mental na redução das internações psiquiátricas no estado da Paraíba. Tese (Gestão e Economia em Saúde). Universidade Federal do Pernambuco – Recife, PB, 2016.

Capítulo 04

O ASPECTO CLÍNICO - DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA CAROLYNE MORIBE¹
BÁRBARA EMELI SILVA DA SILVA²
ELISAMA QUINTINO SALES²
EVELYN TEIXEIRA BORGES²
FERNANDO COSTA DA CRUZ²
GABRIELA BRITO BARBOSA²
GEOVANA DOS SANTOS COSTA²
HÁLISSE FERREIRA FREITAS FILHO²
FILIPE DE ALMEIDA NORONHA²
JOÃO PAULO DA SILVA SARMANHO²
LUCAS DA SILVA VINAGRE²
MIDIAN VIANA GONÇALVES³
MARÍLIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE³
NATÁLIA UCHÔA DOS SANTOS²
CAMILA DO NASCIMENTO BRITO SENA⁴

1. *Discente - Medicina na Universidade Federal de Tocantins, Campus de Araguaína.*
2. *Discente - Medicina na Universidade Federal do Pará, Campus Belém.*
3. *Discente - Fonoaudiologia na UNAMA, Campus Alcindo Cacela.*
4. *Discente - Fonoaudiologia no Centro Universitário Jorge Amado, Campus Paralela.*

Palavras Chave: Epilepsia; Diagnóstico; Manejo.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma condição médica que afeta mais de 60 milhões de pessoas ao redor do mundo, contribuindo para o incremento da carga global de doenças neurológicas. É um distúrbio crônico definido pela recorrência de crises não provocadas separadas por mais de 24 horas as quais ocorrem devido a uma descarga excessiva de neurônios no cérebro. Essas crises podem se apresentar de várias formas, sendo a crise tônico-clônica a mais comum, denominada comumente de convulsão, cujas manifestações clínicas são sialorreia, mordedura da língua, relaxamento dos esfíncteres e abalos musculares generalizados (HERRERA *et al.*, 2020). Na maioria das vezes, as crises possuem seu foco epileptogênico na zona cortical, mais especificamente no lobo temporal ou frontal, cuja alteração anatômica mais frequente é a esclerose hipocampal, sendo caracterizada por uma diminuição adicional na densidade neuronal (ARAUJO-REYES *et al.*, 2019).

Ademais, é importante citar que de acordo com o ILAE (*International League against Epilepsy*) de 2017, o paciente com epilepsia pode ser classificado de acordo com sua crise epiléptica, a qual pode ser focal, generalizada ou desconhecida; pelo tipo de epilepsia (focal, generalizada, combinada ou desconhecida), pela característica da síndrome eletroclínica, se existe ou não uma comorbidade associada e conforme sua etiologia, que pode ser genética, malformação ou tumoral. Essa classificação é essencial para auxiliar em seu diagnóstico (CHILE, 2020).

Dessa maneira, o diagnóstico pode ser estabelecido através de definições e critérios de classificação, em que se consideram a semiologia neurológica, os achados do EEG, bem como os exames de neuroimagem. Os quais, além disso, mostram-se importantes no que tange a propedêutica que estabelece a diferenciação en-

tre a epilepsia e seus diagnósticos diferenciais, haja vista que as crises podem ter diferentes origens (metabólica, neuro-estrutural, infecciosa, etc) (RAMOS-LIZANA *et al.*, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2022).

Além disso, os exames auxiliares, como eletroencefalograma (EEG) e imagem, permitem especificar o diagnóstico em conjunto com a clínica do indivíduo, e, desse modo, avaliar possíveis riscos. Tais descobertas permitem observar o tipo de tratamento do paciente, podendo ser sintomático antiepilético de curto prazo, o qual a causa subjacente se resolve (em convulsões induzidas) ou se possui grande risco de recorrência, neste último caso, necessita de medicação a longo prazo, o qual é escolhido a partir do perfil do paciente (HERRERA *et al.*, 2021).

Além do mais, é indubitável citar que além dos exames tradicionalmente utilizados, de acordo com Araujo-Reyes *et al.* (2019) e Martins *et al.* (2020) novos exames diagnósticos têm possibilitado melhor compreender os aspectos anátomo fisiopatológicos e moleculares das epilepsias, como exames de tomografia computadorizada craniana por emissão de fóton único (SPECT), tomografia por emissão de pósitrons (PET), vídeo magnetoencefalografia (VMEEG) e métodos diagnósticos genéticos (*microarray* cromossômico, painéis multigênicos de sequenciamento de próxima geração, sequenciamento de exoma completo, estudo de um único, etc). Diante disso, os novos arsenais diagnósticos assumem especial importância, sobretudo nas epilepsias refratárias ao tratamento medicamentoso (cerca de 1/3 a 1/4 dos casos de epilepsia), como proposta de identificar os mecanismos envolvidos e propor alternativas terapêuticas com melhor impacto prognóstico na vida desse perfil de pacientes (VALENCIA-CALDERÓN *et al.*, 2021).

O objetivo deste estudo foi descrever as características do aspecto clínico - diagnóstico dos pacientes com epilepsia.

MÉTODO

Este é um estudo de revisão bibliográfica, com intuito de pesquisar as informações acerca do aspecto clínico - diagnóstico em pacientes com epilepsia, a pesquisa foi realizada no período de 2019 a 2022, por meio de buscas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO. Foram utilizados os descritores: Epilepsia; Diagnóstico; Manejo. Desta busca foram encontrados 9.136 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos com textos completos, em idiomas espanhol, inglês e português, publicados durante o período de 2019 a 2022, que abordavam as temáticas propostas para a relevância desta pesquisa, revisões bibliográficas, estudos retrospectivos e relatos de caso disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: os artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam a proposta diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 13 artigos os quais foram submetidos à leitura minuciosa para coleta de dados. Além disso, também foi utilizado livros, revistas e sites para detalhar as informações acerca desse assunto sob o ponto de vista da ciência. Todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra e apresentados na **Tabela 4.1** abaixo, contendo: Numeração; Autor e ano; Título de estudo; Idiomas; Bases de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às pesquisas feitas da produção científica em questão na plataforma pesquisada utilizando os descritores correspondentes, é válido destacar que foi notório encontrar 200 artigos correspondentes à temática na base de dados da SciELO, após a aplicação dos filtros, 14 arti-

gos foram selecionados para discussão da problemática em escopo, sendo que todos são do período de 2020 e 2022. Além disso, é importante citar que outra base de dados utilizada foi o banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no qual, 8.936 artigos acerca da temática foram encontrados, após a aplicação dos filtros, 41 artigos foram selecionados para a discussão da problemática, sendo que todos são do período entre 2019 e 2022, no geral, foram 55 artigos ao total para discussão da proposta acerca do assunto na seleção de artigos.

A epilepsia é considerada sobretudo uma patologia oriunda de distúrbios da organização da rede cortical, sendo resultado de uma predisposição da região cerebral a desencadear crises epiléticas e caracterizada por uma manifestação clínica originada devido a uma descarga excessiva de neurônios no cérebro (VENEGAS *et al.*, 2020; USLU *et al.*, 2021). Seu acometimento é influenciado por fatores genéticos ou devido a acidentes, infecções do Sistema Nervoso Central, desnutrição, complicações na gravidez e no parto, entre outros. O conceito de epilepsia também abrange as consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais inerentes a essa condição (VENEGAS *et al.*, 2020).

Outrossim, destaca-se que a epilepsia é caracterizada clinicamente pela ocorrência de crises epiléticas com intervalo superior a 24 horas, ausentes de um fator causal direto, pela constatação de uma única crise epilética não provocada, mas com risco de recorrência, ou pela presença de uma síndrome epilética definida. Essa patologia apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas e compartilha até mesmo a fisiopatologia com demais transtornos neurológicos e psiquiátricos (VENEGAS *et al.*, 2020).

Além de tudo, cita-se que a neuroimagem, o histórico médico detalhado, uma boa anamnese

e a realização de um eletroencefalograma constituem-se ferramentas de extrema importância no diagnóstico e na classificação das epilepsias (USLU *et al.*, 2021). A maior parte dos casos de convulsão estão relacionados à epilepsia do lobo temporal (ELT), forma mais predominante em adultos, responsável por de 25% a 35% dos casos de epilepsia geral (ARAÚJO-REYES *et al.*, 2019).

Em relação ao diagnóstico diferencial de epilepsia, observa-se que diversos transtornos de origem neurológica ou não, que tendem a apresentar início repentino, duração breve e, em alguns casos, ocorrência periódica, assemelham-se a crises epiléticas e, frequentemente, são confundidos com esses episódios. Tais distúrbios, chamados transtornos paroxísticos não epiléticos (TPNE), caracterizam-se por anormalidades nos movimentos, alterações do tônus muscular, variações perceptíveis do nível de consciência ou mudanças de comportamento, sem haver, no entanto, irregularidades na atividade elétrica do cérebro – o que determina uma crise de epilepsia (HERRERA *et al.*, 2021).

A princípio, é necessário pontuar que não existe um consenso internacional sobre a classificação dos TPNE e várias maneiras de categorizá-los foram propostas. De acordo com alguns autores, os TPNE podem ser classificados de forma mais adequada com base em seu mecanismo fisiopatológico. Desse modo, existem seis categorias de TPNE: (1) TPNE por alteração ou doença sistêmica; (2) TPNE por hipóxia cerebral; (3) TPNE que ocorrem durante o sono; (4) TPNE por transtorno do movimento; (5) TPNE por quadros migranosos-vertiginosos e síndromes periódicas da infância; e (6) TPNE por transtornos do comportamento (PÉREZ *et al.*, 2020).

Nesse sentido, dentre os TPNE por hipóxia cerebral, destaca-se a síncope, que é considerada o TPNE mais frequente e que, com maior

facilidade, se confunde com uma crise epilética generalizada. Alguns pacientes apresentam um conjunto de sintomas que antecedem esse distúrbio, como sudorese, palidez, visão embaçada, tontura, náusea e parestesias. Em seguida, o quadro progride com perda de consciência e do tônus muscular, e pode haver um componente motor tônico-clônico, configurando uma síncope convulsiva. Nesses casos, ocorrem mordidas na língua e relaxamento dos esfíncteres com frequência. A duração da síncope é geralmente curta, de 10 a 30 segundos, e, ao final do episódio, o indivíduo tende a se recuperar relativamente rápido, sem confusão (CAMPISTOL, 2022; PÉREZ *et al.*, 2020).

Além disso, as crises não epiléticas psicogênicas (CNEP), também conhecidas como pseudocrises convulsivas, devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de epilepsia. Essas desordens neurológicas são categorizadas como TPNE por transtornos do comportamento e representam a resposta do organismo a um estresse emocional ou físico. As formas mais comuns de apresentação envolvem movimentos tônico-clônicos assíncronos, movimentos anormais da pelve ou da cabeça, olhar fixo e algum grau de inconsciência. Tem sido reportado na literatura que 75 a 85% dos pacientes com CNEP são do sexo feminino e o início ocorre entre a terceira e a quarta décadas de vida. Outrossim, cerca de 10,7% dos pacientes com epilepsia possuem CNEP e, em função disso, torna-se necessário realizar um vídeo eletroencefalograma (vídeo EEG) ictal e interictal para discriminar as duas condições (BORA *et al.*, 2021; CAMPISTOL, 2022; PÉREZ *et al.*, 2020).

Outros eventos paroxísticos que podem ser facilmente confundidos com a epilepsia são a migrânea, o ataque isquêmico transitório, os transtornos do movimento, como os tiques e as distonias, e a amnésia global transitória. Nesse contexto, é válido ressaltar que existe uma ten-

dência entre os profissionais de saúde de rotular todo evento paroxístico como epiléptico, haja vista que o paciente, seus familiares ou as pessoas que presenciaram o ocorrido encontram dificuldades para fornecer um relato detalhado. Tanto para o diagnóstico de epilepsia quanto para o de TPNE, uma anamnese criteriosa é indispensável e diminui consideravelmente a chance de um equívoco na interpretação semiológica do caso. Sendo assim, deve-se investigar as circunstâncias que antecederam a crise, os possíveis fatores desencadeantes e as características do episódio, como também analisar em detalhes o período pós-crítico (CAMPISTOL, 2022; PÉREZ *et al.*, 2020).

Além disso, em relação ao tratamento é válido frisar que o diagnóstico precoce é de extrema importância, pois a partir dele é possível adotar os cuidados necessários para que o indivíduo com epilepsia tenha uma maior qualidade de vida. Nesse sentido, uma vez confirmado o diagnóstico, recomenda-se iniciar o tratamento com um único medicamento, geralmente com benzodiazepínicos, após a ocorrência de duas ou mais crises epiléticas espontâneas, ou no caso de uma crise inequívoca com risco de recorrência superior a 70%, nesse viés, caso o tratamento inicial não funcione, outro medicamento antiepiléptico deve ser usado em monoterapia, uma vez que a utilização de medicamentos antiepilépticos básicos demonstrou-se como uma alternativa altamente eficaz, visto que a maioria das crises são controladas a partir da adoção de esquemas de monoterapia (CAMPISTOL, 2022). Entretanto, os indivíduos que apresentam epilepsia refratária aos antiepilépticos devem ser encaminhados para um centro de avaliação pré cirúrgica e o tratamento cirúrgico deve ser adotado em todas as pessoas com epilepsia refratária e com possibilidade de melhora do quadro com cirurgia ressectiva (CAMPISTOL, 2022).

Também é necessário destacar que os transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade também podem estar presentes na vida das pessoas que possuem epilepsia. Nesse sentido, é necessário que o tratamento desse indivíduo seja realizado de forma a promover assistência à sua saúde mental. Para isso, destaca-se que devem ser realizados acompanhamentos de uma equipe multiprofissional, com intuito de promover intervenções estratégicas, orientação aos cuidadores, realização de grupo de apoio e intervenção sobre o tema, além de uma organização da rede de cuidados à pessoa com epilepsia (MOREIRA & FUREGATO, 2020).

A epilepsia é o mais frequente transtorno neurológico considerado grave e atinge 50 milhões de pessoas ao redor do mundo. Entre esses pacientes, 40 milhões encontram-se em países em desenvolvimento, tratando-se, portanto, de um transtorno associado a problemas sociais e econômicos. As taxas de incidência anual do transtorno oscilam entre 40 e 70 indivíduos a cada 100.000 habitantes, aumentando para 122 a 190 indivíduos a cada 100.000 habitantes nos países em desenvolvimento. A elevação das taxas nos países em desenvolvimento é, em grande parte, associada a causas parasitárias (como neurocisticercose), infecções intracranianas virais ou bacterianas, traumatismo crânio encefálico (TCE) e doenças cerebrovasculares (PÉREZ *et al.*, 2020).

No Brasil, há poucos estudos sobre prevalência e incidência de epilepsia. Em estudos realizados, a prevalência de epilepsia ativa varia entre 0,1%, surpreendentemente abaixo dos padrões latino-americano, até 1,65% a depender da abrangência do estudo. Para epilepsia inativa encontrou-se uma taxa de incidência que varia de 0,6% até 2,03% dependendo da região do país. Baseado em estudos internacionais, é possível inferir que há aproximadamente 340 mil casos novos ao ano (estimativa de incidência

anual de 190/100.000) e 1,8 milhões de pessoas com epilepsia ativa (estimativa de 1% de prevalência pontual) (ARAÚJO-REYS *et al.*, 2019).

Ademais, nota-se a relevância que a frequência elevada do transtorno da epilepsia torna necessário conhecer a conduta sugerida diante de indivíduos passando por crises epiléticas, nessa situação deve-se manter a calma diante de uma pessoa com crise do tipo convulsivo, pois geralmente dura pouco tempo e passa sem a necessidade de interferência farmacológica. Durante a crise, é recomendado apoiar a cabeça do paciente para evitar traumas cranianos, assim como virar seu rosto de lado tanto para eliminar o acúmulo de saliva, quanto para impedir a asfixia. Após a crise, auxiliar na recuperação não restringindo os movimentos do indivíduo que apresentam confusão e sonolência (HERRERA *et al.*, 2021).

Além disso, Conforme HERRERA *et al.* (2021), uma vez que é identificado qual evento foi uma crise epilética, é importante realizar sua tipificação. Para isto deve se tomar como referência a classificação de crise do ano de 2017, proposta pela Liga Internacional contra a epilepsia, na qual são estratificadas três categorias: de início focal, de início generalizado e de início desconhecido.

Nessa classificação existe uma seção denominada “não classificáveis” na qual são agrupados os casos em que se obteve a maior informação possível sobre o início do evento, mas é insuficiente atribuí-lo a uma das três categorias. Logo, uma crise de início focal sem alteração da consciência equivale ao termo clássico “crise parcial simples”, e quando tem alteração da consciência é equivalente à antiga “crise parcial complexa”. Do mesmo modo, as convulsões focais que evoluem para convulsões tônico-clônicas bilaterais foram anteriormente chamadas de “crises parciais generalizadas secundárias”. Esta classificação é tipificada como colunar,

mas não hierárquica, haja vista que se podem pular níveis entre a descrição do envolvimento motor (presente ou ausente) e o detalhamento do estado de consciência (alterado ou preservado). Caso não haja conhecimento se uma crise focal teve ou não alteração da consciência, esse detalhe pode ser omitido na hora de classificá-la. Cabe ressaltar também que é importante determinar se a crise de epilepsia foi focal com evolução subsequente para uma crise tônico-clônica bilateral ou se foi uma crise tônico-clônica generalizada desde o seu início (HERRERA *et al.*, 2021).

Outrossim, é importante salientar que Martins *et al.* (2020) afirmam que problemas epiléticos podem ser classificados e agrupados em encefalopatias epiléticas clássicas, síndromes genéticas específicas e cromossomopatias, salientando que um grande número de encefalopatias não apresenta características distintas. Além disso, acabam por apresentar uma classificação de encefalopatias epiléticas infantis clássicas, que pode ser vislumbrada com a lista a seguir: Síndrome de Ohtahara; Encefalopatia mioclônica precoce; Espasmos infantis e síndrome de West; Síndrome de Dravet; Síndrome de Lennox-Gastaut; Síndromes genéticas específicas Esclerose Tuberosa; Síndrome de Rett; Síndrome de Angelman; Síndrome de Pitt-Hopkins; Síndrome de Mowat-Wilson. As síndromes de Ohtahara e a encefalopatia mioclônica precoce apresentam prognóstico grave. Ademais, dentro das características dos espasmos infantis, a síndrome de West corresponde à tríade de espasmos epiléticos, regressão psicomotora e padrão interictal de hipsarritmia. A síndrome de Dravet é caracterizada por crises febris prolongadas tônico-clônicas e/ou hemiclônicas com início até aos 18 meses de vida (MARTINS *et al.*, 2020).

De acordo com Martins *et al.* (2020), a síndrome de Lennox-Gastaut geralmente tem ini-

cio entre os três e cinco anos de idade. Caracteriza-se por crises tônicas, atônicas, tônico-clônicas, mioclônicas e ausências atípicas. A esclerose tuberosa é uma doença autossômica dominante com envolvimento cutâneo, cardíaco, renal e do sistema nervoso central. A síndrome de Angelman caracteriza-se por atraso cognitivo-motor, natureza afetiva, ataxia, epilepsia e dismorfias sugestivas. A síndrome de Pitt-Hopkins

caracteriza-se por atraso cognitivo-motor, fácies distintiva, alterações respiratórias e epilepsia, entre outras características. A síndrome de Mowat-Wilson é caracterizada por atraso cognitivo-motor, microcefalia, doença de Hirschprung, dismorfias distintivas e outras malformações congênitas. Acaba cursando frequentemente com epilepsia refratária precoce, destacando-se crises motoras e ausências atípicas.

Tabela 4.1 Tabela dos artigos utilizados para compor o escopo da pesquisa

N.	AUTOR E ANO	TÍTULO DE ESTUDO	IDIOMAS	BASE DE DADOS
1.	CAMPISTOL, (2022).	Eventos paroxísticos que se confundem com epilepsia	Inglês e Português	BVS
2.	VALENCIA-CALDERÓN <i>et al.</i> (2021).	Situação atual da cirurgia de epilepsia na Espanha. Compêndio e consciência	Espanhol e Português	BVS
3.	HERRERA <i>et al.</i> (2021).	Avaliação e manejo da primeira crise epiléptica	Espanhol e Português	BVS
4.	PÉREZ <i>et al.</i> (2020).	Mutación de protocaderina 19 (PCDH19), en paciente con epilepsia refractaria.	Espanhol e Inglês	BVS
5.	MARTINS <i>et al.</i> (2020).	Encefalopatias epilépticas da infância: o novo paradigma do diagnóstico genético	Inglês e Português	BVS
6.	RAMOS-LIZANA <i>et al.</i> (2020).	Prognóstico da epilepsia infantil com pontas centrotemporais: utilidade clínica de critérios diagnósticos objetivos	Espanhol e Português	BVS
7.	VENEGAS <i>et al.</i> (2020).	Características clínicas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na epilepsia	Espanhol e Português	BVS
8.	MOREIRA & FUREGATO, (2020).	La relación interpersonal terapéutica en el acercamiento a personas con epilepsia y depresión	Espanhol e Inglês	BVS
9.	CHILE, Ministério da Saúde. (2020).	Guía de Práctica Clínica Epilepsia en el adulto	Espanhol	BVS
10.	ARAÚJO-REYS <i>et al.</i> (2019).	Epilepsia do lobo temporal: uma revisão de tópicos na abordagem diagnóstica	Espanhol e Português	BVS
11.	MEDEIROS <i>et al.</i> (2022).	Narcolepsia en la infancia: actuación multidisciplinar con la psicología del sueño desde el diagnóstico hasta el	Espanhol, Inglês e Português	SciELO

		tratamiento en un caso clínico		
12.	USLU <i>et al.</i> (2021).	A relação das hiperintensidades da substância branca com as características clínicas das crises em pacientes com epilepsia	Espanhol, Inglês e Português	SciELO
13.	BORA <i>et al.</i> (2021).	Avaliação de casos de crises não epiléticas psicogênicas (CNEPS) pelo método de injeção de solução salina em unidade de monitoramento por vídeo-eeg	Espanhol, Inglês e Português	SciELO

CONCLUSÃO

Levando-se em conta o que foi observado, este estudo possibilitou entender os aspectos clínicos dos pacientes com epilepsia. Com isso, pode-se perceber a necessidade de estabelecer o diagnóstico diferencial do transtorno, uma vez que as crises epiléticas podem ter diferentes origens. Além disso, os exames complementares juntamente com avaliação clínica são de suma importância para avaliar os possíveis riscos, permitindo escolher o melhor tratamento de acordo com o perfil dos pacientes.

O diagnóstico precoce é de extrema importância, para que inicie imediatamente os cuidados necessários, sendo possível aplicar uma nova rotina ao indivíduo com epilepsia, a junção

de tratamentos, seja medicamentoso ou cirúrgico, e exercimento de funções específicas de cada profissional da equipe multiprofissional presente e responsável pelo cuidado de cada necessidade do paciente, pois, crises epiléticas podem abranger consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. Logo, transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade, podem estar presentes na vida de pessoas que possuem tal doença, e deve-se atentar aos sinais e sintomas para encaminhar à equipe multiprofissional. Por fim, diante disso, não restam dúvidas de que a temática abordada neste trabalho é de grande relevância atualmente, devendo ser cada vez mais discutida no mundo acadêmico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO-REYS, A.T. *et al.* Epilepsia do lóbulo temporal: uma revisão de tema sobre a abordagem diagnóstica. *MedUNAB*, v. 22, n. 2, p. 228, 2019.

BORA, I. *et al.* A avaliação de casos de crises não epiléticas psicogênicas (CNEP) com método de injeção salina em unidade de monitoramento por vídeo-EEG. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 79, n. 11, p. 957, 2021.

CAMPISTOL, J. Eventos paroxísticos que se confundem com epilepsia. *Medicina (Buenos Aires)*, v. 82, Supl. III, p. 19, 2022.

CHILE, Ministério da Saúde. Sumário executivo diretrizes de prática clínica: Epilepsia em adultos. Santiago: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/2021/04/1177416/resumen-ejecutivo-epilepsia2019_v4.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2023

HERRERA, M. *et al.* Evaluación y manejo de primera crisis epiléptica. *Revista Medica Herediana: Organ Oficial de La Facultad de Medicina "Alberto Hurtado"*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru, v. 31, n. 4, p. 274, 2020.

MARTINS, R. *et al.* Encefalopatias Epiléticas Infantis: O Novo Paradigma do Diagnóstico Genético. *Acta Médica Portuguesa*, v. 33, n. 6, p. 415, 2020.

MEDEIROS, M.R.B. *et al.* Narcolepsia na Infância: A Atuação Multidisciplinar com a Psicologia do Sono do

Diagnóstico ao Tratamento em um Relato de Caso. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 42, p. e243224, 2022.

MOREIRA, G.C.D. & FUREGATO, A.R.F. La Relación Interpersonal Terapéutica en el Acercamiento a Personas con Epilepsia y Depresión. *Horizonte de Enfermería*, v. 31, n. 2, p. 192, 2020.

PÉREZ, P. *et al.* Mutación de protocaderina 19 (PC-DH19), em paciente com epilepsia refratária. *Revista chilena de psiquiatria y neurología de la infancia y adolescência*, v. 31, n. 2, p. 30, 2020.

RAMOS-LIZANA, J. *et al.* Pronóstico de la epilepsia de la infancia con puntas centrotemporales: utilidad clínica de unos criterios diagnósticos objetivos. *Revista de neurología*, v. 70, n. 6, p. 206, 2020.

USLU, F.I. *et al.* Relationship of white matter hyperintensities with clinical features of seizures in patients with epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 79, n. 12, p. 1084, 2021.

VALENCIA-CALDERÓN, C. *et al.* Revisión Estado actual de la cirugía de la epilepsia en España. *Compendio y conciencia. Revista de neurología*, v. 72, n. 3, p. 92, 2021.

VENEGAS, V. *et al.* Características clínicas del trastorno de déficit atencional e hiperactividad en epilepsia. *Medicina (Buenos Aires)*, v. 80, supl. 2, p. 58, 2020.

Capítulo 05

A CORRELAÇÃO ENTRE O FÍSICO E O MENTAL: UMA ANÁLISE DA DEPRESSÃO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

ISABELLA MUNIZ BIANCARDI¹
IZABELLA RODRIGUES CARNEIRO¹
DÉBORA HEULALIA PAIVA DAMASCENO¹
GABRIEL ALENCAR AMARAL DE MELO¹
KARLOS JÚLIO DA SILVA LINHARES¹
KEDSON SANTOS LISBOA¹
MATHEUS MELO DA SILVA¹
PÂMELA DAIANA CANCIAN¹
RAFAEL RENNER FONSECA DE LIMA²
ROSENILDO MAUÉS SARDINHA¹
ROSANGELA AGUIAR DE ARAÚJO BORGES²
SUZAN KAROLINE GARCIA FERREIRA²
SHEYLLA RODRIGUES SOARES BRANDÃO¹

1. Discente – Medicina da Faculdade de Ciências Médicas do Pará - FACIMPA

2. Discente – Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia - UNIFAMAZ

Palavras Chave: Depressão; Fibromialgia; Saúde mental.



10.29327/5195476.9-5

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é definida como uma síndrome de dor crônica, não inflamatória, de origem iatrogênica e representa cerca de 15% das consultas ambulatoriais de reumatologia e 5% de todas as consultas de medicina geral. Aproximadamente 80% dos pacientes são mulheres e a frequência na população em geral costuma aumentar até a idade adulta e diminuir na velhice.

Nesse sentido, os autores Branco *et al.* (2010) e Galvez-Sánchez *et al.* (2020) se convergem, alegando que a FM não é apenas uma doença muscular, mas de características osteomusculares e que a ansiedade e depressão podem intensificar o quadro, então esses transtornos mentais são causas de pior prognóstico ao paciente.

Além disso; a doença está intrinsecamente relacionada com mecanismos patogênicos, incluindo os fatores genéticos, neuroendócrinos, distúrbios ambientais e alterações psicológicas, como depressão e ansiedade (BARBOSA-TORRES, 2018; ABREU, *et al.*, 2016). Os sintomas que cercam a síndrome estão ligados a mecanismos orgânicos e mentais, tais como: insônia, cansaço, problemas cognitivos e, sobretudo, depressão e ansiedade.

Adicionalmente, a relação entre a depressão e a fibromialgia está atrelada não somente ao conjunto de sintomas, mas também ao processo patofisiológico que influencia as duas enfermidades. Os mecanismos são semelhantes e relacionados com o eixo da serotonina 5HTT aliada a influência genética. A análise da frequência dos alelos revelou que o genótipo curto é mais comum em pessoas com fibromialgia, além de estar ligado ao surgimento deste tipo de genótipo e de problemas psicológicos e transtornos depressivos (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A fibromialgia pode estar associada a outras condições médicas, como diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva. Além disso, entre os problemas psicológicos, a depressão e a ansiedade são muito comuns entre os pacientes com fibromialgia.

Nesse contexto, ressalta-se que os pacientes com FM possuem maior risco de serem acometidos por depressão, ansiedade, síndrome do intestino irritável e fadiga quando comparados com pacientes não fibromiálgicos. Os efeitos psicológicos observados em pessoas que sofrem de FM vão desde a diminuição da qualidade de vida — devido à dor generalizada que dificulta a mobilidade — até os conflitos familiares, que intensificam o sofrimento emocional desses pacientes.

Sendo assim, o objetivo desse estudo é elucidar a correlação entre doenças orgânicas como a fibromialgia e a depressão, bem como discutir os efeitos da depressão e seus impactos nos quadros de pacientes fibromiálgicos; para compreender a relevância da temática em âmbito científico e social, tendo em vista os diferentes impactos causados pela associação entre as duas doenças abordadas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada no período de novembro e de dezembro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed Central por meio de *MeSH Terms (Medical Subject Headings)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* e *Uptodate*. Foram utilizados os descritores: fibromialgia AND depressão AND (*fulltext*:("1" OR "1") AND db:("MEDLINE" OR "LILACS")) AND mj:("Fibromialgia" OR "Depressão") AND la:("en" OR "pt")) AND (*year_cluster*: [2017 TO 2022]). Desta busca foram encontrados 144 artigos,

posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas, inglês (142) e português (4); publicados no período de 2017 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo artigos, revisão sistemática, relatos de caso, resumos expandidos e trabalhos acadêmicos, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 10 artigos submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas, quanto, descritivamente, divididos em categorias temáticas, abordando: a associação entre a fibromialgia e a depressão, a incidência dos quadros psíquicos relacionados a doenças físicas e os impactos relacionados a saúde

mental e a sociabilidade que circundam os pacientes acometidos por essas patologias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fibromialgia é uma síndrome crônica, não inflamatória, que se caracteriza por dor generalizada, acometendo todo o corpo e esqueleto axial; sendo de origem desconhecida. Seu mecanismo fisiopatológico pode estar relacionado tanto a doenças orgânicas, quanto psíquicas. Sendo assim, a fibromialgia é caracterizada por manifestações musculoesqueléticas de dor crônica, duradoura, difusa, com a presença de pontos específicos de dor e a ausência de inflamação tecidual. Não obstante, é uma patologia complexa e possui prevalência significativa na população geral. (BARBOSA-TORRES, 2018). A **Tabela 5.1** demonstra as características para diagnóstico da fibromialgia.

Tabela 5.1 Característica e avaliação diagnóstica para fibromialgia

História	Exame físico	Testando em laboratório “ou” teste experimental
Dor generalizada (multisítio)	Sensibilidade generalizada (multisítio)	Reagentes normais de fase aguda (ESR/CRP)
Presente há pelo menos 3 meses	Ausência de inchaço articular, inflamação	Hemograma normal
Fadiga, distúrbios do sono		Em casos selecionados, enzimas musculares, testes de tireoide
Outros sintomas, como distúrbios cognitivos, dores de cabeça, irritabilidade intestinal		

Fonte: GOLDENBERG, 2022.

A fibromialgia abrange de 3% a 10% da população mundial total e em torno de 2,5% da população brasileira, considerada a segunda doença reumática mais comum, depois da osteoartrite. O sexo feminino representa cerca de 70 a 90% dos casos, principalmente mulheres de 35 a 55 anos (MUHAMMAD & GHAURI, 2019; GODIM & ALMEIDA, 2018).

Nesse contexto, é importante salientar a ocorrência de depressão em pacientes fibromiálgicos, o que se deve tanto ao mecanismo patológico quanto às consequências dos sintomas da FM. Isso ocorre porque a gravidade dos sintomas afeta a qualidade de vida do indivíduo, sua vida profissional e o círculo familiar. Os impactos da doença e dos sintomas que as circundam abrem precedentes para o aumento dos quadros

de transtornos mentais, principalmente, no sexo feminino. Dessa forma, a FM e a depressão estão intimamente ligadas em seus processos, resultando em consequências para a saúde mental e impacta a vida social dos pacientes que sofrem com essas patologias.

Mecanismo patológico de associação: Depressão x Fibromialgia

A correlação entre a depressão e a fibromialgia está ligada tanto aos sintomas quanto ao processo fisiopatológico semelhante que as duas doenças compartilham. Como a fisiopatologia da fibromialgia não está completamente esclarecida, ainda há dúvidas; contudo, algumas pesquisas não apenas mostram uma relação de causa e consequência entre as duas patologias, mas também indicam aspectos de mecanismos semelhantes.

De acordo com Mattos & Luz (2012), a depressão é uma doença complexa que envolve a relação entre o meio ambiente, fatores hereditários e eventos que ocorrem durante o desenvolvimento. Logo, a depressão é causada pela soma de vários fatores intrínsecos e extrínsecos que desencadeiam alterações neuropsicológicas no sistema nervoso central. Nesse contexto, vale ressaltar que pacientes com fibromialgia têm 3 vezes mais taxa de depressão em comparação com aqueles sem fibromialgia. Mais de 50% dos pacientes com fibromialgia têm depressão ao longo da vida, o que evidencia ainda mais a incidência e a correlação entre as duas doenças.

No que se refere ao mecanismo central da fibromialgia, a alteração nos neurotransmissores do sistema nervoso central, causa uma série de sintomas relacionados tanto a saúde física, quanto a saúde mental.

A fibromialgia é caracterizada por uma dor difusa e crônica (período mínimo de três meses), e está geralmente associada a pontos dolorosos à palpação, os quais são os

tender points e eles podem ajudar no diagnóstico, porém eles não estão mais nos critérios atuais de diagnóstico, pois eles são muito inespecíficos (LORENA *et al.*, 2016).

Os hormônios noradrenalina, serotonina e dopamina, estão diretamente relacionados pela boa qualidade de vida do indivíduo, a deficiência na produção desses, está ligado a depressão e ao mecanismo doloroso peculiar da fibromialgia (MEIRELES, 2016).

Dentre os vários polimorfismos explorados em paciente com fibromialgia, destaca-se o gene transportador de serotonina SLC6A4, estando relacionada diretamente com o eixo da serotonina 5-HTT. Esta peculiaridade ocasiona no aumento da expressão da proteína transportadora e da captação celular de serotonina no neurônio serotoninérgico pré-sináptico, diminuindo os níveis de 5-HTT no soro, no líquor e nos níveis dos seus precursores em indivíduos fibromiálgicos. Desse modo, a redução da disponibilidade de serotonina na fenda sináptica nas áreas corticais e pré-corticais, aumentam a susceptibilidade e percepção da dor (ALMEIDA *et al.*, 2016; ABREU *et al.*, 2016).

Além disso, o uso de antidepressivos e seus resultados positivos em terapias para pacientes fibromiálgicos mitigam a ideia de que as duas doenças possuem uma possível patologia compartilhada, aliada ao fato de que uma doença pode predispor a outra, tendo em vista as suas características bidirecionais.

Vale lembrar também que o hormônio da serotonina regula os comportamentos e o humor, logo se o mesmo se encontra diminuído no organismo pode causar os transtornos mentais e de humor como a depressão e a ansiedade. Nesse sentido, destaca-se que a fibromialgia e a depressão são ligados não só em uma perspectiva

de causa e consequência, como também em uma perspectiva patológica e genética.

Impactos na qualidade de vida dos indivíduos acometidos

Existem vários estigmas que permeiam a fibromialgia e a depressão, logo destaca-se o sofrimento emocional causado por essas doenças. A diminuição da qualidade de vida das pessoas acometidas se relaciona tanto no aspecto social quanto no familiar, visto que os conflitos familiares aumentam e a saúde mental se desestabiliza devido as limitações impostas pela doença.

Diante desse cenário, a qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos é afetada negativamente, haja vista que esses pacientes costumam ser grandes usuários de cuidados médicos. Os sintomas que a doença causa interferem de forma crônica na rotina, no trabalho e nas relações familiares, assim, tudo muda.

Além de gerar a dor física, o mental e o emocional são diretamente afetados, ocasionando os quadros depressivos, ansiosos e a predominância dos pensamentos suicidas. É bem conhecido que os pacientes com fibromialgia desenvolvem depressão com mais frequência do que os pacientes com artrite reumatoide. Cerca de metade dos pacientes com fibromialgia já experimentou depressão em sua história (MELO & PEREIRA, 2012).

A depressão é o transtorno psicológico mais frequente entre os pacientes com fibromialgia. A prevalência da síndrome depressiva entre os pacientes com fibromialgia varia entre 28,6 a 70%, sendo que a incidência durante a vida inteira do doente, varia entre 62 e 86%.

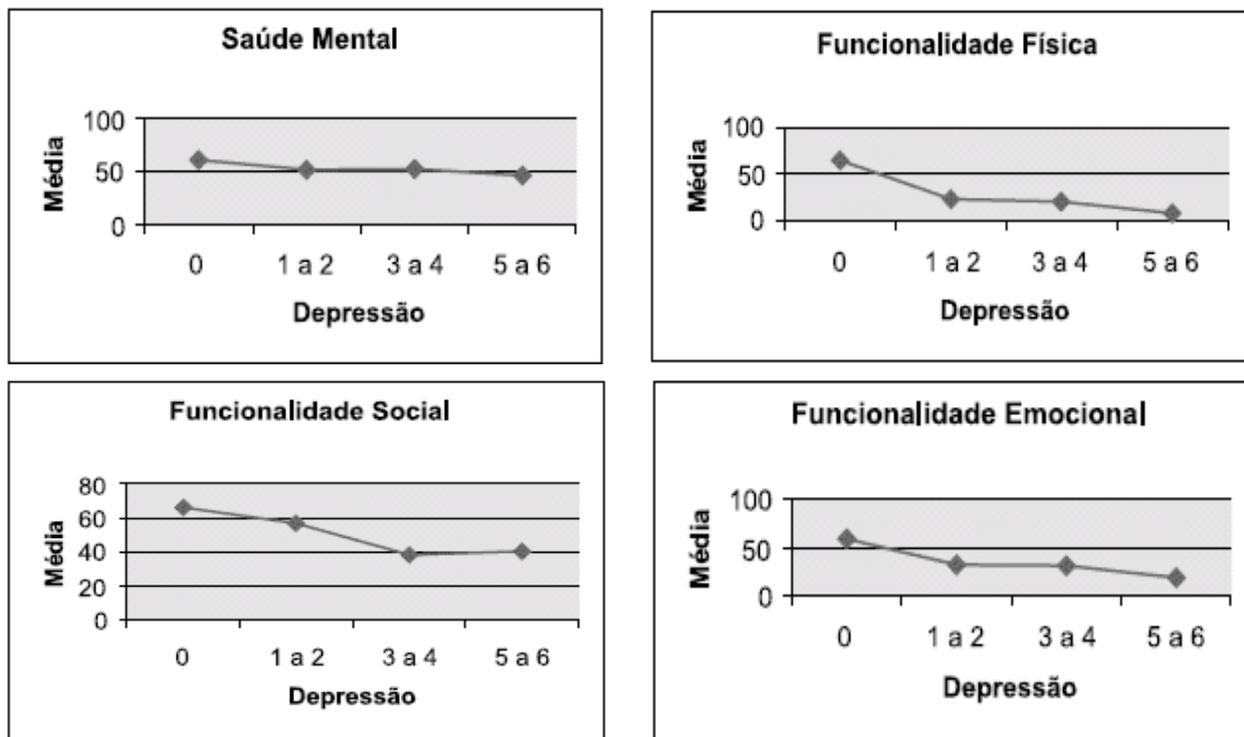
Somado a isso, a dificuldade de se expressar a dor também é uma das dificuldades expressas por esses pacientes, visto que a comunicação ineficaz gera desentendimentos entre as pessoas próximas, dificultando a convivência e o relacionamento entre familiares. Nesses cenários, os pacientes se encontram desamparados, desencorajados e sozinhos mediante ao processo de saúde-doença.

Na visão de Cruz (2020), em relação à auto-percepção de saúde e vitalidade, um dado interessante refere-se aos comportamentos dolorosos desses pacientes, o que faz parte da baixa vitalidade e das percepções negativas de saúde nos mesmos; pois a ideia de que a dor é apenas um sintoma ainda é muito difundida.

Portando, é inegável a relação entre a saúde mental e os quadros de fibromialgia, tendo em vista as perspectivas que circundam as duas doenças. Os impactos causados pelo processo patológico interferem diretamente na saúde mental e conseqüentemente na diminuição da qualidade de vida do indivíduo. No entanto, é importante frisar que uma grande proporção de pacientes com fibromialgia não apresenta depressão ou qualquer componente de doença mental (CRUZ, 2020).

Na **Figura 5.1**, é possível clarificar a correlação da fibromialgia com a saúde mental por exemplo, visto que vários eixos da vida dos pacientes são afetados; diminuindo a sua qualidade de vida e sua funcionalidade tanto emocional, quanto física. Logo, o processo é muito mais complexo do que uma simples causa e efeito de determinada situação.

Figura 5.1 Relação entre os eixos funcionais e a depressão em pacientes com fibromialgia



Fonte: BERBER *et al.*, 2005.

CONCLUSÃO

Nesse sentido, por meio desse estudo foi possível observar a correlação entre duas patologias consideradas distintas, porém que se complementam. Foi destacado a incidência de depressão em pacientes fibromiálgicos e quanto as patologias estão ligadas não só por meio dos sintomas, mas também pelos processos fisiopatológicos. Destaca-se, também, os impactos ge-

rados pela associação de ambas na vida dos indivíduos, visto que os caminhos da saúde mental e física se cruzam. Este estudo enfoca a importância do auxílio a esses pacientes, principalmente, com equipes multidisciplinares, por meio de acompanhamento psicológico e médico, para que os sintomas sejam amenizados e a qualidade de vida aumente. É necessário novos estudos que abordem a temática de maneira enfática para que essas hipóteses se confirmem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A.M.L.R. Limiares de dor, níveis séricos e variantes genéticas de serotonina em fibromialgia: uma associação de base familiar [dissertação]. Centro Universitário La Salle, Canoas, RS; 2016.

ALMEIDA, T.A.G. *et al.* Análise do polimorfismo na região promotora do transportador de serotonina (5-htt) em pacientes com fibromialgia e controles saudáveis. Revista Eletrônica Farmácia, v. 43, n. 1, 2016.

BARBOSA-TORRES, C. *et al.* El síndrome de fibromialgia y su tratamiento. Ciencias Y Humanidades De La Salud, v. 5, n. 3, p. 103, 2018.

BRANCO J.C. *et al.* Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. Seminars in Arthritis and Rheumatism, v. 39, n. 6, p. 448, 2010.

BERBER, J.S.S. *et al.* Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia, Revista Brasileira de Reumatologia, v. 45, n. 2, p. 47, 2005.

CRUZ, B.D. Avaliação da qualidade de vida e comprometimento funcional em pacientes com fibromialgia. Passo Fundo, Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) - Universidade Federal da Fronteira do Sul (UFFS), 2020.

GALVEZ-SÁNCHEZ, C.M. *et al.* Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia, Journal of Affective Disorders, v. 265, p. 486, 2020.

GOLDENBERG, D.L. Manifestações clínicas e diagnóstico da fibromialgia em adultos. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA 2022.

GODIM, S.S., & ALMEIDA, M.A.P.T. (2018). Os efeitos da massagem terapêutica manual em pacientes com a síndrome da fibromialgia. ID on line Revista de Psicologia, v. 11, n. 39, p. 336, 2018.

LORENA, S.B.D. *et al.* Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Revista dor, v. 17, n. 1, p. 8, 2016.

LUIZ, F.R., & RAUPP, L.M. Grupo de apoio psicológico a portadores da síndrome fibromialgia: relato de experiência. Saúde e Desenvolvimento humanas, v. 5, n. 3, p. 53, 2017.

MATOS, R.S. & LUZ, M.T. Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor e sofrimento: um estudo de caso sobre fibromialgia. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, 2012.

MEIRELES, C. Ansiedade e depressão codificadas pela CIF em pacientes com fibromialgia. Trabalho de conclusão do curso de graduação de Fisioterapia. Centro Universitário de Formiga – Formiga – MG, 2016.

MELO, R.S. & PEREIRA T.R. Depressão em pacientes fibromiálgicos em tratamento fisioterapêutico. EFDeportes.com Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, n. 167, 2012.

MUHAMMAD, J.S., & GHOURI, M.I. Increased risk of anxiety and depression associated with chronic pain and fibromyalgia in Pakistani population Biomedical Research and Clinical Practice, v. 4, p. 1, 2019.

Capítulo 06

USO DE REMÉDIOS CONTROLADOS E DIREÇÃO VEICULAR

AMANDA MARTINS PEREIRA¹

ALLINE MARTINS PEREIRA¹

ANA CAROLINA BARUFI¹

BEATRIZ RAMOS CANATO¹

GABRIELA GIL AGUILA SARAIVA LEITÃO²

GABRIEL RAMOS CANATO⁶

GABRIEL SOARES DE LEMOS³

SARA GELLONNE PEREIRA DE BECKAM TOLEDO⁴

THIAGO DE MELLO TAVARES³

VITÓRIA MENDES MIRANDA¹

MAURÍCIO DA SILVA PAIXÃO⁵

1. *Discente - Medicina União das Faculdades dos Grandes Lagos UNILAGO – São José do Rio Preto/SP*
2. *Discente - Medicina Unifadra – Fundec – Dracena/SP*
3. *Discente - Medicina Universidade do Contestado UnC – Mafra/SC*
4. *Discente - Medicina Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC – Palmas/TO*
5. *Discente - Farmácia Universidade Federal do Piauí UFPI – Teresina/PI*
6. *Discente – Medicina Faceres – São José do Rio Preto/SP*

Palavras Chave: Benzodiazepínicos; Opioides e acidentados; Medicina de trânsito.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, uma atenção crescente tem sido focada no impacto das deficiências e do uso de medicamentos na segurança viária por muitos indivíduos na comunidade que recebem medicamentos psicoativos com efeitos sedativos (ORRIOLS *et al.*, 2010). Essas drogas podem afetar suas funções diárias, das quais a direção de automóveis é um componente importante. Estudos epidemiológicos relataram associação entre acidentes de trânsito e o uso de hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos (IWA-TA *et al.*, 2020).

Cada vez mais, alguns dos medicamentos mais comumente detectados incluem medicamentos prescritos, sendo os mais notáveis os benzodiazepínicos e os opioides. No entanto, há uma escassez de pesquisas experimentais sobre os efeitos das drogas psicoativas prescritas no comportamento de dirigir (LEUNG, 2011).

Drogas psicoativas que afetam o sistema nervoso central com potencial de prejudicar o desempenho ao dirigir e provocar déficits neurocognitivos e psicomotores, reduzem a capacidade de um indivíduo de interpretar e organizar de forma eficaz e simultânea as informações visuais, auditivas e táteis recebidas e, ao mesmo tempo, impedir reações comportamentais adequadas, que podem resultar em acidentes de carro devido ao aumento do desvio de faixa, redução da reação e tempo de frenagem e maiores desvios de direção (VANDE LOO *et al.*, 2017).

OBJETIVO

Examinar a associação de classes de drogas psicoativas comumente usadas; benzodiazepínicos, antidepressivos e opioides relacionadas com o risco de acidentes de trânsito e desempenho de direção. Este trabalho tem como objetivo

revisar a literatura científica em relação ao Uso de Remédios Controlados e Direção Veicular (SAMYN *et al.*, 2002).

METODOLOGIA

Como parte do projeto, foram realizadas pesquisas bibliográficas para identificar estudos que aplicassem o teste de direção em trânsito, examinando os efeitos de antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos. Os dados extraídos na pesquisa foram a partir dos *US National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores: *Antidepressive Agents, Benzodiazepines, Opioids and acidentes, Action of benzodiazepines*. De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram encontrados 1.169 artigos e após critérios de inclusão e exclusão, 12 artigos foram utilizados. Os utilizados para a inclusão: artigos em inglês, português ou espanhol, entre 2016 a 2022 e que estivessem disponíveis na íntegra e para acesso online grátis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos ingeridos em doses únicas ou múltiplas durante o dia, prejudicam o desempenho de direção, independentemente de suas meias-vidas.

História dos Benzodiazepínicos

Os Benzodiazepínicos foram prescritos com frequência e continuamente a longo prazo para várias condições: ansiedade, insônia, abstinência de substâncias, anestesia, tensão muscular, convulsões, psicose, depressão, narcossíntese, para combater a neurose, estressores da vida comum psicossomática e até arritmias e enfarte do miocárdio. Na década de 1970, os BZDs eram os medicamentos mais comumente prescritos no mundo (GUINA & MERRILL, 2018).

Infelizmente, o potencial para abuso e dependência foi rapidamente descoberto. Em 1975, os BZDs foram colocados na lista de medicamentos restritos da *Food and Drug Administration* (FDA), refletindo as crescentes preocupações sobre o abuso. Após anos de pacientes e médicos relatando anedoticamente tolerância e abstinência com o uso em longo prazo de doses terapêuticas, vários estudos controlados na década de 1980 confirmaram que os BZDs podem causar dependência.

Apesar das recomendações contra o uso de BZD em longo prazo (ou seja, mais de 2–4 semanas), muitos provedores continuam a prescrevê-los por meses ou mesmo anos, permitindo que a dependência e o desvio ocorram. O uso total de BZD aumentou de 1999 a 2014.

Com hipnóticos, evidências convergentes de estudos experimentais e epidemiológicos indicam que Diazepam, Flurazepam, Flunitrazepam, Nitrazepam e o Zopiclone hipnótico não benzodiazepínico de meia-vida curta prejudicam significativamente a direção, pelo menos durante as primeiras 2-4 semanas de tratamento (DASSANAYAKE *et al.*, 2011). Foram notificados casos de condução sob a influência e a sua utilização está associada a uma deficiência psicomotora acentuada. Efeitos farmacológicos dos fármacos ansiolíticos e hipno-sedativos, produzem impacto e depreciação do Sistema Nervoso Central, assim o indivíduo pode apresentar sono, “agente de coma/morte”, ataxia e incoordenação motora: impactando as habilidades manuais de operar máquinas e dirigir, consequente a diminuição dos níveis de atenção. Todos esses efeitos dependem do grau, agente e dose empregada no paciente.

São fármacos que abrem canais de Cloro e prolongam sua abertura repetidas vezes, não devendo ser utilizados com certa frequência por indivíduos que dirigem, pilotam aviões, que controlam máquinas e metrô.

É sustentável o risco moderado de uma colisão responsável entre motoristas com níveis detectáveis de BZDs no sangue. Os médicos e farmacêuticos devem considerar o risco de colisão ao prescrever ou dispensar BZDs. A educação pública sobre o uso e direção de BZDs e a mudança na política de trânsito e nas medidas de fiscalização são necessárias (ASBRIDGE *et al.*, 2021).

Antidepressivos

Os IMAOs – Inibidores da Monoaminoxidase (MAO), foram os primeiros antidepressivos que surgiram, em virtude dos efeitos adversos e toxicidade sistêmica são poucos utilizados no tratamento da depressão; provocando tonturas, sonolência, hipotensão ortostática, ganho de peso, aumento dos níveis de aminotransferase hepática e distúrbio do orgasmo. De modo geral, produzem efeitos anticolinérgicos; xerostomia, constipação, visão turva “embaçada”, sedação, retenção urinária, náuseas e cefaleia.

Os antidepressivos não produzem efeitos clínicos imediatos. Podem demorar semanas, meses para aparecer (3-4 semanas ou meses). Porque os efeitos clínicos são observados após semanas de tratamento? Devido a defasagem do início da terapia até o aparecimento dos efeitos clínicos.

Hipóteses: o tratamento agudo com antidepressivos, aumentam os níveis de monoaminas no SNC que é o efeito primário desses fármacos, os outros efeitos secundários são tardios. O risco de responsabilidade foi associado ao uso de várias classes de antidepressivos e, em particular, inibidores seletivos da recaptção da serotonina e inibidores da recaptção da serotonina-norepinefrina, que são antidepressivos não sedativos (RAMAEKERS, 2003).

Influência dos Opioides

Revisões recentes de estudos experimentais e epidemiológicos descobriram que o uso de

opioides prescritos para motoristas está associado a maior comprometimento cognitivo e risco de acidentes.

Nas últimas 2 décadas, a prevalência de opioides prescritos detectados em motoristas fatalmente feridos aumentou de forma constante para mais de 7%. O presente estudo fornece evidências convincentes de que o uso de opioides prescritos por motoristas pode dobrar o risco de início de colisão fatal com 2 veículos, independentemente das características demográficas, histórico de direção e uso de álcool (CHIHURI & LI, 2019).

Dirigir sob a influência de drogas é uma preocupação de saúde pública nos Estados Unidos e em todo o mundo. Nos Estados Unidos, os acidentes de trânsito são a segunda causa principal de mortes não intencionais após a overdose de drogas.

O uso de opioides pode resultar em tontura, sonolência e sedação, o que pode prejudicar as habilidades psicomotoras e cognitivas necessárias para uma direção segura. Além disso, o uso de opioides também pode prejudicar a concentração e a atenção, diminuir o estado de alerta e aumentar o tempo de reação.

No presente estudo, os opioides prescritos referem-se a formulações injetáveis ou orais de Codeína, Metadona, Difenoxilato, Meperidina, Hidromorfina, Propoxifeno, Oximorfona, Morfina, Oxicodeona, Hidrocodona E Fentanil - o Fentanil continua a ser prescrito para tratamento da dor, apesar de cada vez mais ser usado de forma ilícita. A maioria dos opioides prescritos tem meia-vida de eliminação de 1 a 4 horas e uma janela de detecção de até 24 horas em amostras de sangue.

O uso concomitante de opioides prescritos e álcool está associado a um risco 21 vezes maior de envolvimento fatal em acidentes. O uso de opioides prescritos pode prejudicar as habilidades psicomotoras e cognitivas necessárias para

a operação segura de um veículo motorizado, como destreza manual, coordenação motora, alerta mental e processamento de informações visuais (LI & CHIHURI, 2019).

CONCLUSÃO

O uso de medicamentos prescritos está associado a um número substancial de acidentes de trânsito e apesar dos esforços para melhorar a segurança do automóvel e diminuir as práticas de direção inseguras, o trauma rodoviário continua sendo um sério problema de saúde pública (ANDRADE & ANTUNES, 2019).

A aplicação de testes de direção reais continua sendo essencial para definir de forma conclusiva o perigo potencial de drogas para dirigir. Pesquisas experimentais são necessárias para elucidar os efeitos desses medicamentos na direção, em diferentes condições e em dispare contextos médicos. Isso garantirá que os médicos que prescrevem benzodiazepínicos e opioides estejam bem informados e possam alertar os pacientes sobre os riscos associados à direção enquanto tomam esses medicamentos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE, 2018).

O uso de fluido oral para detecção de drogas de abuso está aumentando e apresenta várias vantagens no monitoramento de drogas de abuso. A amostragem do fluido oral é conveniente porque não é invasiva, menos intrusiva do que a amostragem de sangue e não requer equipe médica. Foi afirmado anteriormente que os tempos de detecção no fluido oral correspondem razoavelmente bem aos do sangue para muitos medicamentos e que o fluido oral, portanto, pode ser útil em testes de beira de estrada de motoristas suspeitos de dirigir sob a influência de drogas (BAKKE *et al.*, 2019).

A Confederação Nacional do Transporte junto com O Código de Trânsito Brasileiro, sa-

lienta que é preciso ampliar as orientações sobre os riscos que a utilização de certos medicamentos tem efeitos nocivos sobre a concentração, a coordenação motora, a vigília e os reflexos, considerados simples, que podem interferir nas habilidades necessárias para uma direção e tráfego seguros no trânsito (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE, 2018).

Embora o uso de benzodiazepínicos prescritos já tenha sido documentado como associado a acidentes de trânsito em países industrializados, os efeitos de outros medicamentos não foram bem estudados ou apresentam resultados in-

consistentes (ALMEIDA *et al.*, 2019). Há uma necessidade premente de compreender a associação entre medicamentos prescritos e o risco de acidentes de trânsito e também de ter uma imagem mais precisa da fração de acidentes de trânsito atribuíveis ao uso de medicamentos prescritos (CHANG *et al.*, 2020). Assim, pacientes e prescritores devem ser alertados sobre o risco de acidente durante os períodos de tratamento com medicação antidepressiva e sobre períodos de vulnerabilidade particularmente alta, como aqueles em que um tratamento é iniciado ou modificado (ORRIOLS *et al.*, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, P.F. *et al.* Padronização de medicamentos para o atendimento DE vítimas no pronto atendimento padronização de medicamentos para mensuração de múltiplas vítimas em pronto atendimento. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, v. 29, n. 2, p. 73, 2019.
- ANDRADE, F.R. & ANTUNES, J.L.F. Tendência do número de vítimas em acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras antes e depois da Década de Ação pela Segurança no Trânsito. *Cadernos de saúde pública*, v. 35, n. 8, p. e00250218, 2019.
- ASBRIDGE, M. *et al.* Prescription medication use as a risk factor for motor vehicle collisions: a responsibility study. *Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, v. 27, n. 4, p. 324, 2021.
- BAKKE, E. *et al.* Detection of drugs in simultaneously collected samples of oral fluid and blood. *Journal of analytical toxicology*, v. 43, n. 3, p. 228, 2019.
- CHANG, F.R. *et al.* Global road traffic injury statistics: Challenges, mechanisms and solutions. *Zhonghua chuang shang za zhi [Chinese journal of traumatology]*, v. 23, n. 4, p. 216, 2020.
- CHIHURI, S. & LI, G. Use of prescription opioids and initiation of fatal 2-vehicle crashes. *JAMA network open*, v. 2, n. 2, p. e188081, 2019.
- CNT – Confederação Nacional do Transporte. Medicamentos também interferem na capacidade de dirigir. Available from: <https://www.cnt.org.br/agencia-cnt/medicamentos-tambem-interferem-capacidade-dirigir-cnt>. Acesso em: 28 fev. 2022.
- DASSANAYAKE, T. *et al.* Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence: A systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. *Drug safety: an international journal of medical toxicology and drug experience*, v. 34, n. 2, p. 125, 2011.
- GUINA, J. & MERRILL, B. Benzodiazepines I: Upping the care on downers: The evidence of risks, benefits and alternatives. *Journal of clinical medicine*, v. 7, n. 2, 2018.
- IWATA, M. *et al.* Development and validation of a driving simulator for evaluating the residual effects of drugs on driving performance - sensitivity analysis using zopiclone as a positive control: Study Protocol Clinical Trial (SPIRIT Compliant). *Medicine*, v. 99, n. 12, p. e19395, 2020.
- LEUNG, S. Y. Benzodiazepines, opioids and driving: an overview of the experimental research: Benzodiazepines, opioids and driving. *Drug and alcohol review*, v. 30, n. 3, p. 281, 2011.
- LI, G. & CHIHURI, S. haashes: a population-based case-control study. *Injury epidemiology*, v. 6, n. 1, p. 11, 2019.
- ORRIOLS L. *et al.* Prescription medicines and the risk of road traffic crashes: a French registry-based study. *PLoS Med*, v. 7, n. 11, p. 1000366, 2010.
- ORRIOLS L. *et al.* Risk of injurious road traffic crash after prescription of antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 78, n.1, p.1088-94, 2012.
- RAMAEKERS, J.G. Antidepressants and driver impairment: empirical evidence from a standard on-the-road test. *The journal of clinical psychiatry*, v. 64, n. 1, p. 20, 2003.
- SAMYN, N. *et al.* Detection of flunitrazepam and 7-aminoflunitrazepam in oral fluid after controlled administration of rohypnol. *Journal of analytical toxicology*, v. 26, n. 4, p. 211, 2002.
- VAN DE LOO, A. *et al.* The effects of intranasal esketamine (84 mg) and oral mirtazapine (30 mg) on on-road driving performance: a double-blind, placebo-controlled study. *Psychopharmacology*, v. 234, n. 21, p. 3175, 2017.

Capítulo 07

A SAÚDE MENTAL DO IDOSO NA PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANDERSON ALMEIDA ROSA¹
ANDREZA DA SILVA NOVAES¹
FERNANDO COSTA DA CRUZ¹
GIOVANA BORDI PRIMO²
JAKELLYNE BARROS SANTOS³
KALIANA KENNEDY OLIVEIRA CALIXTO¹
LUCAS DA SILVA VINAGRE¹
LUCAS GUILHERME MEDEIROS E SILVA¹
MARILIA SANTA BRIGIDA SILVA JORGE⁴
NAARA GOMES DA LUZ RIBEIRO³
RAMON PATRÍCIO VALENTE PINHEIRO¹
RHILLERY CUNHA BOTELHO¹
RONALD MELO DOS SANTOS¹
SARAH BLANCO DA COSTA OLIVEIRA⁴
SHARA CRISTINE BAHIA GALVÃO³

1. *Discente - Medicina na Universidade Federal do Pará, Campus Belém.*
2. *Discente – Medicina na Universidade Federal do Tocantins, Campus de Araguaína.*
3. *Discente – Medicina no Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Campus de Araguaína.*
4. *Discente - Fonoaudiologia na UNAMA, Campus Alcindo Cacela.*

Palavras Chave: COVID-19; Saúde do idoso; Saúde mental.



INTRODUÇÃO

Um importante ponto de discussão está relacionado ao reconhecimento de que pessoas diagnosticadas com Covid-19 são suscetíveis a algum tipo de sofrimento mental. Dessa forma, é importante estar atento aos desdobramentos da saúde mental na Atenção Básica de Saúde (ABS), uma vez que os transtornos mentais são uma parcela significativa da demanda da ABS, e o sofrimento psicológico pode ser amplificado, principalmente durante uma pandemia. Em um estudo transversal realizado com 45.161 brasileiros durante a pandemia da covid-19, foi verificado que 40,4% se sentiram tristes ou deprimidos; 52,6% frequentemente ansiosos ou nervosos e 48% relataram problemas de sono preexistente agravado (EIDMAN, 2021).

Ademais, ressalta-se a importância que conforme ROCHA *et al.*, (2020), deve-se entender e compreender o que é a solidão e como ela afeta de maneira significativa o indivíduo adulto. A solidão, segundo o dicionário, está relacionada com a ausência de companhia, podendo-se inserir como uma “tristeza e melancolia que sentem pela ausência, morte de algum parente ou perda de algo”. Assim, é importante definir quais são os fatores que desencadeiam esse sentimento de solidão na pandemia de covid-19. Nesse aspecto, encontramos a denominada “síndrome do vazio”, que passa despercebida devido às visitas de familiares e profissionais de saúde, a possibilidade de sair e realizar atividades ao ar livre, entre outros. Com a pandemia, a realização dessas atividades foi impossibilitada.

É importante destacar a relevância que segundo ROCHA *et al.* (2020) contribuem ainda fortalecendo a ideia de que a pandemia de covid-19 acabou desencadeando sentimentos de angústia, aumentando a sensação de solidão. Dentro da área da saúde, é imprescindível conscientizar a população a respeito da ideia de que

a velhice não é sinônimo de solidão e que intervenções e acompanhamentos podem ser realizados ao longo do desenvolvimento desse sentimento. Dentro do conceito de envelhecimento ativo postulado pela Organização Mundial de Saúde, o qual descreve que a participação social ativa dos adultos é benéfica para o indivíduo e para toda a comunidade.

O isolamento de casos suspeitos, a distância social, a lavagem frequente das mãos, a limpeza ambiental e a proibição do compartilhamento de objetos são apenas algumas das medidas preventivas usadas para impedir a propagação descontrolada da doença (EIDMAN, 2021). No entanto, à medida que as pessoas passavam mais tempo em casa, o número de horas de trabalho aumentou, as preocupações com crianças que também estavam estudando em casa, atritos matrimoniais, um aumento no número de mortes e obituários, entre outras mudanças, isso levou a um aumento de questões nas esferas social, econômica, educacional, física e psicológica dos indivíduos (SABORÍO *et al.*, 2022).

Ademais, destaca-se que é importante citar que segundo MOREIRA *et al.* (2022) é primordial ter conhecimento das medidas preventivas que estão vinculadas à saúde mental e reconhecimento dos sintomas e modalidades de tratamento dos transtornos mentais, pois isso irá possibilitar o apoio a pessoas que sofrem destas condições psíquicas. Define-se este comportamento percebido como Letramento em Saúde Mental (LSM). Apesar de pouco discutido no Brasil, o LSM é emergente na promoção da saúde, principalmente frente à vulnerabilidade posta no contexto pandêmico relacionada à saúde mental.

Durante a pandemia, devido a restrição de atendimentos e o isolamento social, foram encontrados desafios para a manutenção do autocuidado dos idosos, em ênfase os idosos com doenças crônicas, sendo comprometido o cui-

dado e atenção com a educação em saúde, causando aos idosos objeção para um adequado uso das medicações prescritas, dieta indicada por um profissional, atividades físicas e até mesmo sua própria autonomia (FORTES *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, ressalta-se que é importante que a ABS se faz necessária, sendo uma ferramenta importante para confrontar os desencadeamentos da pandemia na saúde mental. Com o objetivo de possuir um olhar mais atento aos pacientes, a ABS identifica e cria uma estratégia para contornar tais obstáculos, desse modo, a saúde mental do idoso afetada pela COVID-19 é restabelecida pelo vínculo formado neste ambiente, tanto com o paciente quando com sua família, atingindo bons resultados terapêuticos (NARANJO-HERNANDES *et al.*, 2021).

Contudo, a ABS não é reconhecida em sua total potencialidade, ocorrendo um subaproveitamento do sistema, o qual é capaz de lidar com questões psíquicas, mas é subestimado. Logo, muitos pacientes não obtêm a melhor resolução possível para seus problemas (FORTES *et al.*, 2021).

Assim, foi objetivo deste estudo identificar na literatura científica nacional e internacional evidências sobre a saúde mental do idoso durante a pandemia de covid-19.

MÉTODOS

O presente estudo trata - se de uma revisão integrativa de literatura a respeito da saúde mental do idoso na pandemia de covid-19, mediante análise e interpretação da literatura, de forma ampla com foco na descrição e discussão do tema proposto realizada no período de 09 de outubro de 2020 a 5 de agosto de 2022, por meio de buscas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores: COVID-19; Saúde do idoso; Saúde

mental. Desta busca foram encontrados 96 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: Publicações com textos completos, artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2020 a 2022, e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, revisão sistemática, ensaios clínicos e meta-análises disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: trabalhos repetidos, disponibilizados na forma de resumo, estudos que não possuíam como enfoque a abordagem da saúde mental do idoso durante a pandemia de COVID-19, e também os estudos que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 9 artigos os quais foram submetidos à leitura minuciosa para coleta de dados. Além disso, também foi utilizado livros, revistas e sites para detalhar as informações acerca desse assunto. Todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra e apresentados na **Tabela 7.1** abaixo, contendo: Numeração, autor e ano, título de estudo, idiomas e bases de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne aos resultados da produção científica pesquisada utilizando os descritores específicos, é fundamental ressaltar que o total de artigos encontrados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) totalizou 96 publicações científicas, sendo que foi utilizado os filtros para fazer essa pesquisa utilizando os termos: “COVID-19”, “Texto completo”, “Idoso”, “Saúde mental” e publicações nos idiomas em português e espanhol.

Em relação à quantidade de idiomas dos conteúdos encontrados, a distribuição ficou demonstrado que os 48 artigos são textos completos, dentre esses artigos, 31 publicações são do

idioma português e outras 17 publicações são do idioma espanhol.

O novo tipo de coronavírus, SARS-CoV-2, disseminou-se por vários continentes em 2019, provocando mudanças sociais, econômicas e culturais em diversos grupos populacionais. Vários países, entre eles o Brasil, adotaram medidas de distanciamento social com o objetivo de conter a disseminação do popularmente conhecido COVID-19, cujo efeito provocou novas maneiras de vivência no lar frente às contingências e mudanças nas atividades fora da residência (NARANJO-HERNANDES *et al.*, 2021). Em virtude desse novo cenário, foi provocado mudanças significativas tanto na saúde física quanto mental dos idosos, uma vez que esse grupo é caracterizado por sua vulnerabilidade, isto é, possuem predisposição a doenças físicas e mentais e maior risco de morte. Do ponto de vista psicológicos, é possível adquirir transtorno como insônia, ansiedade, a solidão e a diminuição das interações sociais, os quais podem aumentar de caso de depressão, diminuir os estímulos cognitivos, como também exercícios físicos, que, por sua vez, contribui mais ainda para distúrbios psíquicos, já que saúde mental e atividade físicas estão intimamente relacionados (CLAUSELL *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2020).

Assim, foi analisado três perspectivas que influenciaram na saúde mental do idosos a partir dos artigos lidos: a) a ausência de exercício físicos nesse período e seus impactos no bem-estar do idoso, b) a alta disseminação de informações, algumas delas falsas, sobre o COVID-19, que provocaram percepções e comportamentos deletérios a saúde mental dessa população, c) o isolamento social em massa com suas consequências o percentil populacional idoso.

Sabe-se que os idosos, diferentemente do restante da população, já se encontram em uma posição de maior vulnerabilidade devido a imu-

nossenescência (diminuição das funções do sistema imunológico) causada pelo avanço da idade, porém, diante da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, nota-se que problemas que já eram causados por essa situação mais vulnerável foram acentuados (SABORÍO *et al.*, 2022).

É importante citar que a capacidade de reconhecer distúrbios específicos ou diferentes tipos de sofrimento psíquico apontou para a percepção sobre os sintomas, agentes causadores, repercussões e impactos gerados à saúde mental (MOREIRA *et al.*, 2022).

A ansiedade é uma reação natural do corpo humano em vista de sua autopreservação, mas ao se tornar patológica traz consigo prejuízos que acabam trazendo dificuldades e sofrimento para o indivíduo em sua rotina. Alterações no sono e na rotina, notícias falsas, sensacionalistas e em demasia e a incerteza do tempo da duração da quarentena, são os principais agravantes da ansiedade nesse período. A depressão, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é um transtorno mental caracterizado por tristeza persistente e pela perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, acompanhadas da incapacidade de realizar atividades diárias, durante pelo menos duas semanas. Dentre as principais razões que desencadeiam sentimentos depressivos relacionados a esse contexto, destacam-se: a solidão, a sensação de abandono familiar, a restrição ao lar eminente por esse grupo de risco e o amedrontamento acerca do vírus. Esses transtornos para o idoso assustam e causam momentos mais estressantes comparados a uma pessoa jovem, pois estes possuem mais limitações e estilo de vida mais regrado/rotineiro. Por essa razão, pesquisas recentes demonstraram que houve um aumento significativo do número de suicídios em idosos, fato esse que emerge como resultado de uma inibição global da pessoa, da mente, comprometendo o ser humano na sua totalidade, sem

que seja possível fazer a separação entre o psíquico, o social e o físico, expressando sinais como o abandono da sua autoestima, o desespero em relação à vida, a tristeza profunda ou a presença constante da morte. Partindo desses fatos, é de extrema importância planejar medidas de prevenção e promoção à saúde dessa população (FORTES *et al.*, 2021).

Assim, o ato de se exercitar é essencial para a saúde mental e física do idoso, não apenas isso, mas além da atividade física, é importante a socialização do indivíduo em meio a uma comunidade voltada aos mesmos fins. Portanto, o impacto da pandemia e a necessidade do distanciamento social tendem a desencadear uma fragilidade socioemocional, podendo mesmo vir a se tornar uma psicopatologia mais grave. Dessa maneira, como sugestão para esse problema, a implementação de jogos esportivos onde o usuário deve utilizar sensores de movimento que incentivam o ato de se exercitar do jogador, como exemplo de jogos de dança, *ping pong*, futebol, vôlei, golfe, basquete e etc. Ademais, vale ressaltar também atividades caseiras como zumba, yoga, dentre outros (ROCHA *et al.*, 2020).

Ademais, os exercícios físicos e os esportes proporcionam muito além de um corpo bonito. Esses hábitos são capazes de aumentar vigor, disciplina, diminuir o estresse e desenvolver uma boa relação pessoal consigo e com os outros, além de uma homeostase psicológica e sistema do organismo, benefícios que a grande maioria dos idosos almejam. Nesse viés, com o afastamento social necessário na pandemia e o fechamento de diversos ambientes públicos, os esportes foram substituídos por exercícios que precisavam apenas do próprio peso e não mais de uma piscina, uma bola ou um campo, o que funcionou como uma barreira para inúmeros indivíduos. Outrossim, é essencial mencionar que o estresse psicológico é reduzido na prática de atividades físicas, assim como o contrário é vá-

lido, pois a exacerbação dessa prática pode acarretar estresse físico e cansaço prolongado, culminando em mal-estar mental, informação que deve ser alcançada a todos os públicos, principalmente os idosos (FHON *et al.*, 2022).

Com a propagação do SARS-CoV-2 e das medidas protetivas para evitar a contaminação da população mundial, disseminou-se também notícias pressupostas ao vírus, resultando na análise duvidosa quanto à veracidade das informações publicadas através dos veículos de informação como a televisão. Deste modo, isocronicamente à pandemia do COVID-19, a população mundial convive com mais uma ameaça à saúde proveniente do excesso de informação, a infodemia. A infodemia, caracterizada pela propagação exacerbada de notícias verdadeiras ou não, causa impactos negativos à saúde emocional principalmente dos idosos, culminando em outras doenças psicossomáticas como estresse, ansiedade e depressão. Além disso, o meio de informação mais utilizado pela população idosa são a televisão e o WhatsApp, meios pelos quais há um maior alcance das notícias publicadas, em contrapartida não se tem o controle por estes canais, a fim de filtrar a veracidade dos conteúdos decodificados. Nesse aspecto, compete aos órgãos responsáveis pela promoção da saúde na atenção primária à saúde, de modo a mitigar a infodemia, elaborar estratégias como medidas de fiscalizar as notícias falsas (*fake news*) e difundir informações e conhecimentos fundamentados em estudos científicos, buscando proporcionar saúde e bem estar ao público em geral, especialmente ao idoso, partindo do princípio de que é o grupo mais vulnerável às doenças emocionais (FHON *et al.*, 2022).

Neste sentido, se faz necessário mudanças comportamentais da população mundial, para minimizar a alta prevalência de transtornos mentais, segundo os dados apontados pelos estudos. Pois, em período pandêmico, há o super-

dimensionamento de desafios que estabelecem bloqueios de compreensão, apoio e enfrentamento concernentes à saúde mental (MOREIRA *et al.*, 2022).

É relevante citar que um dos grupos mais vulneráveis ao contágio do novo coronavírus é a população idosa, sendo mais evidente nos residentes de instituições para idosos, por fazer parte do grupo de risco à contaminação e morbimortalidade. O quadro de maior vulnerabilidade associada ao envelhecimento está relacionado à significativa frequência de declínio da capacidade funcional, de modo a gerar sérios impactos na fragilidade e dependência na população de pessoas idosas, assim como associa-se ao processo natural de senescência advinda com a idade. As instituições, como ambientes coletivos, trazem aos residentes com vulnerabilidade grande risco à infecção pela COVID-19. Nos idosos acometidos por quadros de demência e outras doenças neurológicas, o isolamento social aprofunda a gravidade da infecção pela COVID-19, dificultando, assim, as atividades relacionadas à atenção e assistência realizadas pelos cuidadores. Percebe-se ainda uma deficiência referente à construção de um protocolo com me-

didias de profilaxia e manejo adequado de modo mais direcionado dentro dessas instituições. Torna-se urgente um olhar mais atento às necessidades da população idosa, especialmente do grupo institucionalizado de modo a promover políticas de investimento em cuidados de saúde integrais e realizados por equipe multiprofissional (NETO *et al.*, 2021).

Os efeitos psicológicos advindos da atual situação pandêmica estão relacionados a manifestações clínicas associadas à ansiedade, angústia mental, intolerância à incerteza, medos irracionais, medo da morte, depressão e diferentes condições psicopatológicas. Deve-se notar que a estratégia geral, em grande número de países, foi o distanciamento social de vários meses, o que desencadeou efeitos psicológicos em grande parte da população. Foi assim que encontraram pior saúde mental, comportamentos de evitação e raiva, medos da própria saúde ou dos outros, sensação de sentir sintomas relacionados com a doença, aborrecimento, perda de rotina, frustração, raiva, stress devido a perdas, ambivalência, desorganização, tristeza, sentimento de solidão e confinamento, pessimismo e pensamentos negativos (MOREIRA *et al.*, 2022).

Tabela 7.1 Dados coletados dos artigos selecionados para compor o escopo da pesquisa

NUMERAÇÃO	AUTOR E ANO	TÍTULO DE ESTUDO	IDIOMAS	BASE DE DADOS
1.	SABORÍO <i>et al.</i> , 2022	Estudo de caso: Adultos idosos sedentários no contexto de uma pandemia através de tele-nursão.	Inglês, Espanhol e Português	BVS
2.	FHON <i>et al.</i> , 2022	Infodemia da covid-19 e repercussões na saúde mental dos idosos paulistas	Inglês e Português	BVS
3.	MOREIRA <i>et al.</i> , 2022	COVID-19 no Brasil: existem diferenças no letramento em saúde mental entre homens jovens e idosos	Português	BVS
4.	EIDMAN, 2021	O continuum da saúde mental durante a pandemia de Covid-19 em uma população geral de adultos argentinos	Inglês, Espanhol e Português	BVS
5.	FORTES <i>et al.</i> , 2021	Como promover um envelhecer saudável durante a pandemia de COVID-19? Uma revisão integrativa	Inglês e Português	BVS
6.	NETO <i>et al.</i> , 2021	O Impacto da Covid -19 Na Saúde De Pessoas Institucionalizadas	Inglês, Espanhol e Português	BVS
7.	NARANJO-HERNANDES <i>et al.</i> , 2021	Estados emocionais de idosos em isolamento social durante a COVID-19	Espanhol e Português	BVS
8.	CLAUSELL <i>et al.</i> , 2021	Vejez en tiempos de aislamiento por la COVID-19 en Cuba	Espanhol e Inglês	BVS
9.	ROCHA <i>et al.</i> , 2020	The COVID-19 pandemic and the mental health of the elderly: possibilities of physical activity through Exergames	Inglês e Português	BVS

CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 teve um impacto importante na saúde mental dos idosos, sobretudo em relação ao isolamento social, às preocupações com a sua própria segurança e às alterações na rotina diária. O distanciamento social e o bombardeio de informações sem embasamento científico foram imbróglis que desfavoreceram este grupo por suprimir a interação com o círculo social e emocional que normalmente recebem, além de intensificar os casos de estresse, ansiedade e depressão.

É inegável que o isolamento e o distanciamento social destacam-se como fatores elementares que repercutiram negativamente no bem-estar do idoso, que é um grupo etário demasiadamente vulnerável no âmbito social, físico e psicológico. Ademais, com o fechamento de diversos ambientes públicos no período da pandemia, a realização de atividades físicas, ficaram cada vez mais escassas, o que demonstrou ter efeitos deletérios para o bem-estar psicofísico da população, principalmente para o grupo em questão.

Destaca-se ainda que, concomitantemente a pandemia de SARS-CoV-19, a população teve que conviver com a infodemia, em que inúmeras informações em relação ao vírus, verídicas ou não, se disseminaram, especialmente, nas mí-

dias sociais, tornando-se mais uma ameaça à saúde pública e, em particular, à saúde do idoso, causando estresse emocional e físico.

Dessa forma, é inegável que todos os fatores citados contribuíram para o desenvolvimento ou acentuação de doenças psicossomáticas como ansiedade e depressão entre os idosos, que cooperam como fatores incapacitantes e demonstraram crescentes etiologias de casos de suicídios entre esses indivíduos.

A partir do exposto, a pandemia chamou a atenção para a importância da saúde mental e do apoio emocional, o que deve levar a uma maior conscientização e acesso a melhores tratamentos para problemas de saúde mental entre idosos no futuro. É relevante continuar monitorando e abordando os efeitos da pandemia na saúde mental dos idosos, através de um complexo acompanhamento por parte de uma equipe multidisciplinar, com o fito de garantir que eles recebam o apoio que precisam durante esses tempos desafiadores.

Assim, compreende-se que é de suma importância o planejamento de ações para promoção e prevenção de saúde voltadas para os idosos, visando estimular a socialização e a prática de esportes e exercícios físicos, visto que estes são fatores essenciais para a saúde física e mental da população, em especial, desse grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLAUSSEL, A.B. *et al.* Vejez en tiempos de aislamiento by la COVID-19 en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Militar*, v. 50, n. 1, p. e966, 2021.

EIDMAN, L. O contínuo de saúde mental durante a pandemia de COVID-19 na população geral de adultos argentinos. *Revista Costarricense de Psicología*, San José, v. 40, n. 2, p. 93, 2021.

FHON, J. *et al.* Infodemia da covid-19 e repercussões na saúde mental dos idosos paulistas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, p. e20210421, 2022.

FORTES, F. *et al.* Como promover um envelhecimento saudável durante a pandemia de COVID-19? Uma revisão integrativa. *Revista de APS*, v. 24, n. 1, p. 199, 2021.

MOREIRA, W. *et al.* COVID-19 no Brasil: existem diferenças no letramento em saúde mental entre homens jovens e idosos? *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 30, p. e3603, 2022.

NARANJO-HERNÁNDEZ, Y. *et al.* Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Información Científica*, v. 100, n. 2, p. e3387, 2021.

NETO, P.D.F. *et al.* O impacto da covid - 19 na saúde de pessoas institucionalizadas. *Revista Ciência Plural*, v. 7, n. 2, p. 196, 2021.

ROCHA, S.V. *et al.* A pandemia de COVID-19 e a saúde mental de idosos: possibilidades de atividade física por meio dos Exergames. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 25, p. 1, 2020.

SABORÍO, M.C. *et al.* Vista de estudio de caso: adulto mayor sedentario en contexto de pandemia a través de teleenfermería. *Notas enfermería. (Córdoba)*; (Sept- Edición especial), p. 13, 2022.

Capítulo 08

ANÁLISE DOS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA: REVISÃO DE LITERATURA

CRISTIANO CÉSAR RODRIGUES AUGUSTO GONÇALVES¹
VÍTOR NASCIMENTO MALHEIRO¹
BEATRIZ MOTA E RIOS¹
GABRIEL ORIÁ MENEZES ARARIPE¹
BEATRIZ BANDEIRA DE LAVÔR FARIAS¹
HANNAH DE ALENCAR SANTOS¹
DAVI DOS SANTOS LIMA¹
LAURO ROCHA SEABRA¹
BRENDA DE SOUSA MEDEIROS¹
RIAN VICTOR VASCONCELOS DE PAULA¹
GABRIELA ARRUDA NAVARRO TAVARES¹
JOSÉ AIRTON FEIJÃO NETO¹
LEVI BASTOS GOMES¹
VITÓRIA MELINA UCHÔA VASCONCELOS¹
AMANDA JORGE DE SOUSA VASCONCELOS¹

1. *Discente - Medicina da Universidade de Fortaleza*

Palavras Chave: Saúde mental; Saúde do Homem; Câncer de próstata.



10.29327/5195476.9-8

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é uma neoplasia bastante incidente na sociedade masculina. Estima-se que, em 2020, foram registrados cerca de 191.930 novos casos e 33.330 mortes nos Estados Unidos, revelando uma discrepância entre incidência e mortalidade, o que possui relação com alguns fatores, como as diferentes apresentações clínicas de cada paciente e os tratamentos utilizados (SWAMI *et al.*, 2020).

Em comparação a vários outros tipos de câncer, a taxa de prognóstico do câncer de próstata é animadora, em torno de 90% de sobrevida em 10 anos, proporcionando aos homens acometidos por esta neoplasia um extenso período de sobrevivência. Contudo, no decorrer desse período, os pacientes com câncer de próstata podem ser afetados por um conjunto de estressores culturais, psicológicos e sociais, favorecendo nesse público o desdobramento de transtornos de saúde mental. Acredita-se que o enfrentamento de um câncer em si, somado aos sintomas específicos do câncer de próstata, urinários e sexuais, bem como efeitos colaterais e possíveis sequelas de seu tratamento, justifica o neuroticismo como traço de personalidade caracterizado pela instabilidade emocional, ou seja, capacidade de experimentar emoções negativas frente ao problema (GILLIS *et al.*, 2021).

Os avanços no tratamento do câncer apontam para que ele passe a ser enxergado como uma doença crônica que pode ser controlada por um longo período de tempo. Tendo em vista a longevidade relacionada ao seguimento do câncer de próstata, justificada pela alta taxa de sobrevida, é lógico pensar que a possibilidade de sofrimento psíquico nesse público não seja algo tão efêmero, mas sim crônico, com altos e baixos no decorrer da trajetória de enfrentamento do câncer (WATTS *et al.*, 2014).

O manejo da doença mental faz parte de uma abordagem integral do tratamento oncológico. Nesta seara, entende-se que os efeitos adversos do tratamento, como disfunção sexual e incontinência urinária, as condições sintomáticas relacionadas ao câncer, os mecanismos de suporte familiar, a personalidade do paciente e as habilidades de enfrentamento são fatores contributivos para o desenvolvimento da depressão e outros transtornos de saúde mental, refletindo negativamente nos desfechos gerais do câncer (GILLIS *et al.*, 2021).

Dada a alta taxa de sobrevivência do câncer de próstata de baixo grau, torna-se importante a identificação dos determinantes psicossociais dos transtornos mentais no período do tratamento e pós-tratamento. Tais pacientes podem beneficiar-se das estratégias de intervenções principalmente pelo fato de que os homens são menos propensos do que as mulheres a relatar sintomas de saúde mental ou procurar cuidados médicos especializados, no que refere a possíveis distúrbios psicológicos (MASSOEURS *et al.*, 2021).

O objetivo do presente estudo é descrever a prevalência de alguns transtornos, doenças e distúrbios relacionados à saúde mental durante o diagnóstico, o tratamento, o acompanhamento e a persistência dessas condições referente ao câncer de próstata, além de identificar os fatores sociodemográficos, psicossociais, clínicos e físicos que estão intimamente associados a esses desfechos.

MÉTODO

Foi feita uma revisão da literatura científica de caráter analítico em novembro de 2022, sendo as informações obtidas a partir de pesquisas na base de dados PubMed. Como descritores, foram utilizados “*mental health*”, “*depression*”, “*anxiety*”, “*suicide*” e “*prostate can-*

cer”. Para encontrar a interseção de tais descritores com seus impactos em relação ao câncer de próstata foi utilizado o conectivo “AND”. Desse modo, as buscas encontraram 561, 846, 726 e 108 artigos, respectivamente, tendo sido posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Cabe salientar, também, que foi utilizado, como fim de introduzir o assunto do capítulo, apenas 1 artigo cuja pesquisa na base dados foi feita utilizando-se apenas o descritor “*prostate cancer*”.

Os critérios de inclusão foram: artigos escritos na língua inglesa publicados entre 2006 e 2022 e que abordavam o conteúdo necessário para escrita do presente estudo, como forma de revisões sistemáticas e artigos originais, por exemplo. Já como critérios de exclusão, estão artigos que iam de encontro aos critérios de inclusão, artigos duplicados e que não supriam a proposta da revisão literária.

Após os critérios de seleção, foram selecionados para compor o presente estudo um total de 20 artigos, os quais passaram por detalhada leitura para coleta e análise de dados por parte dos autores que compõem esse capítulo. Assim, os resultados foram apresentados de forma descritiva, abordados e divididos da seguinte maneira, mostrando a relação de alguns aspectos da saúde mental com pacientes portadores de câncer de próstata, sendo eles: depressão, ansiedade, suicídio, distúrbios do sono e transtorno por uso de substâncias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depressão

Como já foi relatado anteriormente, homens, de forma geral, buscam cuidar menos acerca de sua saúde mental em comparação às mulheres. Dessa forma, diagnósticos, como o de depressão, ficam cada vez mais difíceis de serem feitos, apesar de que o diagnóstico e o tratamento

precoce dessa enfermidade devem também ser tratados como prioridade no que se refere ao acompanhamento de uma neoplasia (ERIM *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, apesar de esse ser um tema em que mais pesquisas e estudos devem ser produzidos, alguns já foram e vêm sendo realizados, podendo fornecer um norte do real panorama que essa circunstância traz à sociedade científica.

Um deles é um estudo de Duarte *et al.* (2022), promovido no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), um dos maiores hospitais oncológicos de Portugal, entre os anos de 2018 e 2020, que avaliou pacientes com diagnóstico recente de câncer de próstata confirmado por biópsia. Em tal pesquisa, foi evidenciado um aumento bastante considerável nos escores aplicados para avaliar os índices de depressão ao longo do primeiro ano de acompanhamento do câncer. Além disso, vale ratificar que houve pioras consideráveis nesses escores em quase $\frac{1}{4}$ dos pacientes. Todavia, também nesse intervalo de 1 ano, melhoras no que tange aos sintomas e ao quadro depressivo foram noticiadas em menos de $\frac{1}{5}$ do total da população participante da pesquisa.

Dessa maneira, como forma de complementação ao estudo anterior, é crucial que sejam apontados fatores que se mostraram associados ao aparecimento e desenvolvimento de depressão em pacientes com câncer de próstata. Alguns deles são doenças, como problemas cardíacos e artrite, e sintomas, como disfunção sexual, que pode, assim como a incontinência urinária, ser um efeito do tratamento aplicado contra essa neoplasia, comprovando, assim, que a depressão nesses pacientes está bastante associada a uma certa perda de sua identidade masculina e está bastante relacionada a homens portadores de comorbidades (RICE *et al.*, 2018).

Ainda acerca de fatores de risco, um estudo canadense que recrutou 100 homens com câncer de próstata relatou outros deles que aumentam as chances de provável depressão, como desemprego, histórico de depressão e acesso desigual a cuidados da saúde mental. Em contrapartida, no que tange a fatores protetivos, foram citados alguns, como o tempo em que convive com o câncer (sendo de 3 anos ou mais) e pacientes que aderem às recomendações de exercício físico. Nessa perspectiva, essa mesma pesquisa também confirma outro fator: a relação entre arrependimentos quanto a decisões acerca do tratamento e depressão. Isso afetou um percentual considerável de pessoas que sobreviveram a esse câncer a curto prazo, aumentando a probabilidade que indica associação entre a depressão e pensamentos negativos e pessimistas rememorados de forma repetida pelos próprios pacientes (ERIM *et al.*, 2019).

Assim, como forma de diminuição desses índices, vários pacientes mostraram melhora do quadro quando participam de uma intervenção multimodal aliada a uma terapia cognitivo-comportamental, incluindo educação sobre o tema e momentos de discussões em grupo (CHAMBERS *et al.*, 2017).

Ansiedade

Pacientes com câncer de próstata tem risco para um tipo único situacional de ansiedade chamado Ansiedade Relacionada ao Câncer de Próstata (*Prostate Cancer Related Anxiety - PCRA*), o qual pode ser subdividido em 3 tipos: Ansiedade do Câncer de Próstata, Ansiedade relacionada ao PSA (Antígeno prostático específico) e Medo de Recorrência do Câncer. Os pacientes afetados podem apresentar sintomas de ansiedade, sendo estes clinicamente significativos, requerendo intervenção comportamental em cerca de 10% dos casos. Além disso, pacientes com sintomas de ansiedade persistentes pos-

suem maior probabilidade de evoluir para um quadro de depressão maior (ERIM *et al.*, 2020).

O Medo de Recorrência do Câncer (*Fear of cancer recurrence - FCR*) é descrito como o “Medo, preocupação ou preocupação relacionada à possibilidade de que o câncer volte ou progrida”. O FCR é frequentemente negligenciado durante o atendimento médico, sendo um fator que impacta significativamente na saúde física e mental do paciente sobrevivente do câncer de próstata e está relacionado a uma pior qualidade de vida no geral, além de outros problemas de bem-estar, como baixa autoestima (JAMES *et al.*, 2022).

O teste e o monitoramento do PSA representam outra fonte de ansiedade para os pacientes, sendo esta unicamente de pacientes com câncer de próstata. É caracterizado como “estado de sofrimento físico ou emocional devido a um nível elevado de PSA”, o qual afeta a qualidade de vida dos pacientes e a forma como eles veem seus sintomas. O FCR e Ansiedade Relacionada ao PSA são dois fatores-chave para o sofrimento em pacientes e, como o teste de PSA é utilizado em investigação de recorrência, esses subtipos estão intimamente relacionados (JAMES *et al.*, 2022).

A ansiedade relacionada ao câncer de próstata é complexa e pode ser subdividida de acordo com o espectro de tratamento. A meta-análise feita por Watts *et al.* (2014) apontou as prevalências de ansiedade pré-tratamento, durante o tratamento e pós-tratamento. Nesse estudo foi identificado que a maioria das prevalências agudas de ansiedade ocorrem antes e após o término do tratamento.

A ansiedade relacionada ao câncer pode vir acompanhada de uma série de consequências à saúde psicológica do paciente. Um estudo feito por Erim *et al.* (2020), analisou os dados do NC ProCESS (*North Carolina Prostate Cancer Comparative Effectiveness & Survivorship*

Study), uma coorte populacional com aproximadamente 1.000 pacientes diagnosticados com câncer de próstata. Foi identificada uma relação da ansiedade relacionada ao câncer de próstata com perda subjetiva de produtividade logo após o diagnóstico de câncer.

Outra forma de manifestação da ansiedade é na raiva. Muitos homens experimentam o câncer de próstata como uma doença vitalícia, em parte porque os tratamentos primários podem reduzir a qualidade de vida. Assim, a disfunção sexual induzida pelo tratamento e a incontinência urinária podem desencadear estados de ansiedade, com consequências sociais relacionados à raiva, por sua vez, alimentando a depressão e a solidão (RICE *et al.*, 2021).

Portanto, os médicos nem sempre percebem que, apesar de um prognóstico comparativamente favorável, muitos pacientes apresentam altos níveis de ansiedade após o diagnóstico de câncer de próstata. É recomendado aos médicos que tentem detectar precocemente os pacientes com altos riscos e fornecer-lhes apoio psicológico (KORFAGE *et al.*, 2006).

Suicídio

No início do tratamento contra o câncer, o objetivo principal era a sobrevivência do paciente, desvalorizando muitas vezes o lado psicoemocional do doente. Desse modo, como citado anteriormente, o câncer tornou-se um fator de influência para o desenvolvimento de transtornos depressivos e relacionados à ansiedade, o que repercute diretamente em um risco maior de suicídio. Tal risco de suicídio entre indivíduos com câncer aumentou ao longo do tempo, sendo quatro vezes maior do que no restante da população (ZAORSKY *et al.*, 2019).

O câncer de próstata, em comparação com os demais cânceres, apresenta uma taxa de sobrevivência de cinco anos favorável, destacando a importância de uma qualidade de vida digna

desde o momento do diagnóstico até o período pós-tratamento (TRIPP *et al.*, 2020; ZAORSKY *et al.*, 2019). Dessa forma, promover saúde também inclui zelar pela saúde mental do paciente e minimizar as chances de um eventual suicídio. Assim, cabe à equipe de saúde identificar os principais fatores de risco e individualizar a abordagem para cada paciente (GUO *et al.*, 2018).

Os fatores de risco para suicídio entre pacientes com câncer são similares aos da população geral, podendo ser destacados em relação ao câncer de próstata: (1) idade avançada, em geral entre 50 e 75 anos, (2) menos de um ano após o diagnóstico e (3) a realização de tratamento com terapia hormonal. Vale ressaltar que a relação entre o grau de severidade da doença e o risco de suicídio não é tida como um unânime fator de risco para desfechos desfavoráveis (GUO *et al.*, 2018). O período logo após o diagnóstico tem significativa importância na prevenção do suicídio, uma vez que se trata de um momento de extrema vulnerabilidade, em decorrência da estigmatização do diagnóstico e da convivência com o câncer (PATASIUS *et al.*, 2020). Isso reforça a necessidade da comunicação empática entre médico e paciente, fornecendo informações detalhadas acerca da doença, das opções terapêuticas e do prognóstico, visando a aumentar a adesão ao tratamento, mas também a acolher e confortar o enfermo (GUO *et al.*, 2018).

Portanto, considerando que as taxas de sobrevivência de pacientes com câncer continuam a aumentar, torna-se essencial identificar tais pacientes com câncer e com risco elevado de suicídio, a fim de reduzir o número de mortes evitáveis por essa causa. Para isso, embora seja uma tarefa difícil, visto que são escassos os recursos que possam auxiliar os médicos na identificação desses pacientes, há a necessidade de um treinamento para que urologistas realizem o *screening* para portadores de câncer de próstata

com alto risco de suicídio, avaliando não só os fatores de risco supracitados, mas também a presença de outros acometimentos psicológicos pré-existentes. Os estudos existentes também reforçam a importância de uma assistência médica integrada, com profissionais de diversas áreas da saúde no intuito de fornecer o total suporte aos pacientes que recebem o diagnóstico ou que são acompanhados para o tratamento do câncer de próstata (ZAORSKY *et al.*, 2019; GUO *et al.*, 2018).

Distúrbios do sono

Outros fatores que possuem importante impacto na saúde mental de indivíduos portadores de câncer de próstata são os distúrbios do sono, os quais são subdivididos, de acordo com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD), em: insônia, hipersonia, distúrbios respiratórios relacionados ao sono, distúrbios circadianos, distúrbios do movimento relacionados ao sono, parassonia e outros distúrbios (SPARASCI *et al.*, 2022).

Assim, uma grande parte dos homens que é tratada para CA de próstata relata problemas tanto na quantidade quanto na qualidade do sono, em que o sono ruim leva à desregulação biológica e nos processos imunológicos, que juntos contribuem para o início e/ou progressão dos sintomas depressivos (HOYT *et al.*, 2016).

Essa problemática possui uma etiologia multifatorial, estando associados ao tipo de tratamento, aos efeitos colaterais e a fatores individuais do paciente. Sintomas associados ao trato urinário e gastrointestinal, ondas de calor e suores noturnos são frequentemente encontrados após prostatectomia radical, radioterapia ou tratamentos hormonais, representando fatores que interferem negativamente na saúde física e mental desse grupo. De fato, a insônia é clinicamente significativa, ocorrendo em 32% dos homens tratados para câncer de próstata por pros-

tatectomia radical, e homens submetidos a vários tratamentos para câncer de próstata relataram-na como o sintoma mais frequente (HOYT *et al.*, 2016).

Dessa forma, é nítido que a dificuldade para dormir possui um impacto no humor, no funcionamento diário e na cognição da população em geral, mas a vulnerabilidade e o estresse apresentados por aqueles que foram diagnosticados com câncer de próstata e estão em tratamento aumentam sua prevalência e a gravidade de suas consequências, como a depressão e a ansiedade. Além disso, o quadro depressivo/ansioso pode atuar também como causa do distúrbio do sono, o que demonstra a íntima ligação entre os aspectos que interferem negativamente na saúde mental desses cidadãos (HOYT *et al.*, 2016).

Transtorno por uso de substâncias

No seguimento clínico de pacientes portadores de câncer de próstata, a existência de um transtorno por uso de substância, como álcool e drogas, é uma importante comorbidade de caráter psicossocial que demanda uma melhor abordagem terapêutica devido aos impactos significativos no tratamento e no prognóstico da afecção neoplásica (CHHATRE & JAYADEVAPPA, 2016).

Nesse mérito, é válido ressaltar que, embora sejam escassas as produções científicas que relacionem ambas as patologias, em recente estudo de coorte realizado com idosos portadores de câncer de próstata em estágios avançados, foi constatado que a prevalência de uso de substâncias em um contexto de dependência é de 10,6%, sendo associada diretamente com uma maior demanda por serviços de saúde, elevados custos relacionados às intervenções terapêuticas e maior mortalidade (CHHATRE *et al.*, 2014). Ademais, o abuso de substâncias, como álcool, tabaco, cocaína e outros, apresenta relação direta com o desenvolvimento, ampliação e per-

petuação de sintomas relacionados à depressão e ansiedade, sendo importante fator desencadeador para ideação e tentativas de suicídio.

CONCLUSÃO

Os estudos realizados sobre o impacto do câncer de próstata na saúde mental dos pacientes demonstraram que há um aumento considerável dos transtornos ansiosos e depressivos, possuindo, assim, relação com um maior índice e risco de suicídio entre essa população.

Nessa perspectiva, foi observado que a ansiedade pode constituir uma causa importante e risco maior de suicídio. Assim, se faz de extrema necessidade haver diálogo, empatia e um acompanhamento psicológico a longo prazo entre a equipe de saúde e o paciente diante do diagnóstico de câncer de próstata.

Ademais, o estresse gerado pela depressão e ansiedade demonstraram, também, bastante relação no desenvolvimento de distúrbios no sono e abuso de substâncias, como drogas e álcool. No caso dos distúrbios do sono, eles acabam, por consequência, prejudicando a regulação biológica da pessoa e alterando a qualidade do sono, além de, junto aos transtornos de abuso de substâncias, atuarem como fatores predisponentes à progressão e até ao aparecimento de outros transtornos mentais e também de ideias suicidas.

Assim, diante da relevância do tema e do impacto nos pacientes com diagnóstico de câncer

de próstata, conclui-se, também, que uma abordagem multimodal, pautada em educação em saúde e em acompanhamento psicoterapêutico deve fazer parte do tratamento desses pacientes, pois, como foi constatado, os homens tendem a apresentar melhora do quadro em geral. Além disso, é bastante plausível que seja providenciada a criação de mais políticas de saúde com foco na saúde mental dos homens junto às políticas anuais de combate ao câncer de próstata a fim de incentivar a promoção de saúde dessas pessoas e a procura de cuidados médicos especializados enquanto a doença ainda não estiver tão avançada. Além disso, adotar medidas eficazes que influenciem os homens a relatarem mais sobre sintomas que possam porventura estar apresentando, especialmente os que têm relação com a saúde mental, não só durante o período em que se descobre o diagnóstico, mas também antes e até após o tratamento tiver sido estipulado.

Nesse contexto, convém, conjuntamente a um maior incentivo para que cada vez mais homens procurem assistência à saúde, a realização de mais pesquisas e estudos, para que a comunidade científica obtenha mais informações acerca de tal tema e demonstre que esse assunto é de extrema importância para a população de forma geral, promovendo mais visibilidade e magnitude a ele, tendo em vista que infelizmente ainda é bastante estigmatizado e subdiagnosticado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHAMBERS, S.K. *et al.* New Challenges in Psycho-Oncology Research III: a systematic review of psychological interventions for prostate cancer survivors and their partners: clinical and research implications. *Psycho-Oncology*, v. 26, n. 7, p. 873, 2017.
- CHHATRE, S. & JAYADEVAPPA R. Racial and ethnic disparities in substance use disorders and outcomes in elderly prostate cancer patients. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, v. 17, n. 2, p. 135, 2018.
- CHHATRE, S. *et al.* Substance use disorder and its effects on outcomes in men with advanced-stage prostate cancer. *Cancer*, v. 120, n. 21, p. 3338, 2014.
- DUARTE, V. *et al.* Anxiety and Depression in Patients with Prostate Cancer, at Cancer Diagnosis and after a One-Year Follow-Up. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 15, p. 9122, 2022.
- ERIM, D.O. *et al.* Associations between prostate cancer-related anxiety and health-related quality of life. *Cancer Medicine*, v. 9, n. 12, p. 4467, 2020.
- ERIM, D.O. *et al.* Prevalence and predictors of probable depression in prostate cancer survivors. *Cancer*, v. 125, n. 19, p. 3418, 2019.
- GILLIS, C. *et al.* Personality Traits and Urinary Symptoms Are Associated with Mental Health Distress in Patients with a Diagnosis of Prostate Cancer. *Current Oncology*, v. 28, n. 4, p. 2993, 2021.
- GUO, Z. *et al.* Incidence and risk factors of suicide after a prostate cancer diagnosis: a meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, v. 21, n. 4, p. 499, 2018.
- HOYT, M.A. *et al.* Sleep quality and depressive symptoms after prostate cancer: the mechanistic role of cortisol. *Behavioral Neuroscience*, v. 130, n. 3, p. 351, 2016.
- JAMES, C. *et al.* Fear of cancer recurrence and PSA anxiety in patients with prostate cancer: a systematic review. *Supportive Care In Cancer*, v. 30, n. 7, p. 5577, 2022.
- KORFAGE, I.J. *et al.* Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *British Journal of Cancer*, v. 94, n. 8, p. 1093, 2006.
- MASSOEURS, L. *et al.* Psychosocial and Functional Predictors of Mental Disorder among Prostate Cancer Survivors: informing survivorship care programs with evidence-based knowledge. *Current Oncology*, v. 28, n. 5, p. 3918, 2021.
- PATASIUS, A. *et al.* Suicide risk among prostate cancer patients before and after the implementation of prostate-specific antigen-based prostate screening in Lithuania in 2006. *European Journal Of Cancer Prevention*, v. 30, n. 1, p. 103, 2020.
- RICE, S.M. *et al.* Depression and Prostate Cancer: examining comorbidity and male-specific symptoms. *American Journal of Men'S Health*, v. 12, n. 6, p. 1864, 2018.
- RICE, S.M. *et al.* The Anxiety Depression Pathway Among Men Following a Prostate Cancer Diagnosis: cross-sectional interactions between anger responses and loneliness. *American Journal of Men'S Health*, v. 15, n. 3, p. 15579883211023699, 2021.
- SPARASCI, D. *et al.* Prostate Cancer and Sleep Disorders: a systematic review. *Cancers*, v. 14, n. 7, p. 1784, 2022.
- SWAMI U. *et al.* Advanced Prostate Cancer: Treatment Advances and Future Directions. *Trends Cancer*, v. 6, n. 8, p. 702, 2020.
- TRIPP, D.A. *et al.* Quality of life, depression, and psychosocial mechanisms of suicide risk in prostate cancer. *Canadian Urological Association Journal*, v. 14, n. 10, p. E487, 2020.
- WATTS, S. *et al.* Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, v. 4, n. 3, p. 003901, 2014.
- ZAORKY, N.G. *et al.* Suicide among cancer patients. *Nature Communications*, v. 10, n. 1, p. 207, 2019.

Capítulo 09

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ALBÚM SERIADO SOBRE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CRIS ARAGÃO MELO¹

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA²

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES³

IVONIZETE PIRES RIBEIRO⁴

FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY⁵

NANIELLE SILVA BARBOSA⁶

1. *Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI.*
2. *Doutora e Mestre em Políticas Públicas. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.*
3. *Pós-doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.*
4. *Doutora em Medicina Tropical. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Piauí/FACIME/CCS.*
5. *Doutor em Reabilitação Oral. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Piauí/FACIME/CCS.*
6. *Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.*

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Tecnologia Educacional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde mental passou por transformações a partir da reforma psiquiátrica, iniciada na década de 1970. Esse movimento compreende um conjunto de transformações permanentes nos campos teóricos, assistenciais, jurídicos e socioculturais, marcado por tensões, conflitos e desafios ao propor a retirada do usuário com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e lhe proporcionar os cuidados necessários na comunidade (RAMOS *et al.*, 2019).

Dentro desse processo de reforma, entende-se que as ações de saúde mental não pertencem única e exclusivamente a serviços psiquiátricos específicos, devendo ocorrer em todos os níveis de atenção, o que inclui a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, começa a haver um remodelamento dos serviços, tanto da mão de obra quanto das formas de financiamento (FERNANDES *et al.*, 2020; SAMPAIO & BISPO JÚNIOR, 2021).

A ESF e a saúde mental apresentam características que as aproximam enquanto áreas de saber, prática assistencial e de cuidado, culminando em uma parceria para atingir a proposta de reabilitação psicossocial. A parceria entre ambas proporciona a reinserção do indivíduo na comunidade a partir de ações no território, de modo a reduzir as internações psiquiátricas desnecessárias e facilitar o atendimento integral da família, modificando as relações de cuidado e as condutas em saúde (MARTINELLO & FONSÊCA, 2022; PUPO *et al.*, 2021).

Como forma de articular as equipes de saúde mental e da ESF, o Ministério da Saúde propôs o Apoio Matricial (AM), ou matriciamento em saúde mental, possibilitando o direcionamento dos fluxos na rede. O matriciamento pode ser entendido como uma proposta de trabalho em

rede, ou seja, mediante a integralidade dos serviços de saúde, é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus diferentes níveis, com a finalidade de prestar assistência ao usuário em todas as suas necessidades (BRASIL, 2011; FAGUNDES *et al.*, 2021).

É notório ressaltar que nem todos os profissionais que atuam na atenção primária são ou se sentem seguros para conduzir os casos de saúde mental, o que repercute na qualidade da assistência à população que realmente necessita do acesso a esses serviços. A lógica dos encaminhamentos muitas vezes ocorre de maneira desnecessária, acarretando a sobrecarga de pontos especializados da rede com casos possíveis de acompanhamento efetivo nos níveis primários de cuidados (SILVA-JÚNIOR *et al.*, 2021).

Trabalhar o Apoio Matricial com esses profissionais requer treinamentos e capacitações para que haja uma efetivação na compreensão do seu papel dentro desse processo. Para isso, as Tecnologias Educacionais (TE) se tornam uma ferramenta útil a fim de qualificá-los para a assistência em saúde mental. Essas tecnologias se apresentam como práticas sociotécnicas que mediam o processo do ensinar-aprender de modo a torná-lo mais ativo e colaborativo, podendo ser utilizadas durante a prática assistencial (PAIM *et al.*, 2014).

Diante dos aspectos discutidos anteriormente e considerando a escassez de evidências disponíveis na literatura acerca do uso das tecnologias educativas sobre a temática, o objetivo deste estudo foi construir e validar um álbum seriado sobre matriciamento em saúde mental na ESF, com o intuito de auxiliar no processo de trabalho dos profissionais de saúde, tendo em vista que se constitui em um instrumento capaz de favorecer a comunicação e melhorias na compreensão e aquisição de conhecimentos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, de elaboração, validação e avaliação de instrumento e técnica de pesquisa que possa posteriormente ser utilizado por outras pessoas (POLIT *et al.*, 2011).

Para fundamentar os itens que iriam compor a construção do álbum seriado realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre matriciamento em saúde mental na atenção primária, publicada como capítulo de livro no *e-book* Saúde Mental: Desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna (MELO *et al.*, 2021). Esta etapa abrangeu produções com recorte temporal entre os anos de 2012 e 2018. Este tipo de metodologia reúne e sintetiza resultados de estudos sobre delimitado tema ou questão, de uma forma sistemática e ordenada, que contribui para aprofundar o conhecimento sobre a temática investigada (MENDES *et al.*, 2008).

Após a revisão, foi realizada a construção do álbum seriado, com ajuda de uma *designer* gráfica, mediante as orientações dos pesquisadores. Para tal, foi utilizado o programa *Adobe Illustrator* para desenho e *Adobe Photoshop* para coloração das figuras. À medida que a *designer* realizava as ilustrações, estas eram enviadas para aprovação por parte dos pesquisadores.

O material foi intitulado “Matriciamento em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” e abordou tópicos relacionados aos conceitos que envolvem o matriciamento, ferramentas utilizadas no processo e suas respectivas etapas.

Finalizada esta etapa, iniciou-se a validação do álbum, por treze juízes, que participaram da avaliação do instrumento quanto aos seus objetivos, apresentação, estrutura e relevância. A seleção dos juízes ocorreu por meio da Plataforma Lattes do Portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq), do banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por amostragem bola de neve (VIANA, 1982; POLIT *et al.*, 2011). Foram incluídos aqueles que possuíam ampla experiência na área de tecnologias da educação e/ou saúde mental. Os participantes que não responderam ao convite formal para participar da pesquisa, via e-mail, dentro do prazo de 15 dias foram excluídos.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2018, sendo realizada por meio de e-mail, em ambiente virtual. Nesse contato foram apresentados os objetivos do estudo e, nos casos de concordância do especialista em participar da etapa de validação, eram enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Produto Álbum Seriado, e o Instrumento de avaliação, tomando como base o instrumento de Teixeira & Mota (2011), adaptado pelos pesquisadores. O instrumento de avaliação continha duas partes, a primeira com questões relacionadas à caracterização dos juízes e a segunda contendo questões relacionadas ao objetivo, estrutura e relevância do álbum seriado.

A etapa de validação do material educativo empregou a utilização da escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro (1- inadequado; 2- parcialmente adequado; 3- adequado; 4- totalmente adequado) e baseou-se nas respostas dos juízes com relação ao grau de relevância de cada item (POLIT *et al.*, 2011). Os itens que receberam pontuação 3 e 4 foram considerados válidos e os itens pontuados com 1 ou 2, eliminados ou revisados.

A análise de dados foi realizada com base no Índice de Validade de Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,78. O cálculo do IVC por item é igual ao número de respostas “3” ou “4” dividido pelo número total de respostas. Para avaliar o material educativo, foi utilizado o cálculo por meio da média dos valores dos itens calculados sepa-

radamente, onde somando-se todos os IVC calculados separadamente, posteriormente será dividido pelo número de itens considerados na avaliação (ALEXANDRE & COLUCI, 2011).

Este estudo atende a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), apresentando aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 2.628.941, em 30 de abril de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa treze especialistas, conforme os critérios anteriormente citados, sendo em sua maioria do sexo feminino (77%), enfermeiros (30,8%) e com faixa etária entre 30 a 50 anos (77,3%). A **Tabela 9.1** apresenta os dados de caracterização dos especialistas participantes do estudo.

Tabela 9.1 Caracterização dos especialistas participantes da etapa de validação do estudo

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	3	23,0
Feminino	10	77,0
Faixa etária		
< 30 anos	2	15,3
30– 50 anos	10	77,3
>50 anos	1	7,7
Titulação		
Doutorado	4	30,8
Mestrado	9	69,2
Profissão		
Médico	1	7,7

Enfermeiro	4	30,8
Terapeuta Ocupacional	3	23,0
Psicólogo	3	23,0
Assistente Social	1	7,7
Farmacêutico	1	7,7
Publicação nas temáticas		
Sim	10	77,0
Não	3	23,0
Experiência como docente		
Sim	9	69,2
Não	4	30,8
Experiência com validação de materiais educativos		
Sim	8	61,6
Não	5	38,4
Atuação prática em Saúde Mental		
Sim	7	53,8
Não	6	46,2

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Quanto à avaliação do álbum seriado, os treze especialistas responderam aos 15 itens do instrumento. Dessa forma, realizou-se um levantamento das notas atribuídas a cada aspecto de avaliação.

Na avaliação dos especialistas sobre os objetivos a serem atingidos com a utilização do álbum seriado, este estudo mostrou que a classificação com maior frequência dos itens do instrumento foi totalmente adequado, demonstrando que o material educativo está validado quanto aos objetivos. A **Tabela 9.2** mostra o IVC médio desta avaliação que foi de 0,93.

Tabela 9.2 Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre especialista quanto aos objetivos do material educativo

Objetivos	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	IVC
As informações/conteúdo são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo	-	4	9	1
As informações/conteúdo são importantes para promoção da saúde dos usuários da saúde mental	1	-	12	0,92

Convida e/ou instiga a mudanças de comportamento e atitude	2	7	4	0,84
Pode circular no meio científico	-	3	10	1
Atende aos objetivos de instituições que assistem usuários de saúde mental	1	2	10	0,92
IVC médio				0,93

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

A **Tabela 9.3** representa o IVC correspondente à avaliação da estrutura e apresentação do álbum seriado. Foi verificado que dos cinco itens, três alcançaram o IVC no valor máximo

(1,0), comprovando êxito do material educativo. Quanto a esse item, o IVC médio desta avaliação foi 0,96.

Tabela 9.3 Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre especialista quanto à estrutura e apresentação do material educativo

Estrutura e apresentação	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	IVC
O álbum seriado é apropriado para o público-alvo	-	3	10	1
As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	1	3	9	0,92
As informações apresentadas estão cientificamente corretas	-	1	12	1
O material está apropriado ao nível socio-cultural do público-alvo	1	3	9	0,92
Há uma sequência lógica do conteúdo proposto	-	1	12	1
IVC médio				0,96

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Também foi avaliado itens relacionados quanto à relevância do álbum seriado, conforme

demonstrado na **Tabela 9.4**. O IVC médio dessa avaliação foi 0,95.

Tabela 9.4 Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre especialista quanto à relevância do material educativo

Relevância	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	IVC
O álbum seriado retrata aspectos-chave que devem ser reforçados	1	2	10	0,92

O álbum seriado permite generalização e transferência do aprendizado a diferentes contextos	2	5	6	0,84
O álbum seriado propõe a construção de conhecimentos	-	2	11	1
O álbum seriado aborda o assunto necessário para o saber do público-alvo	-	2	11	1
O álbum seriado está adequado para ser usado por qualquer profissional da área de saúde em suas atividades educativas	-	3	10	1
IVC médio				0,95

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

O IVC global do álbum seriado atingiu 0,95, o que confirmou a validação de conteúdo e aparência realizada pelos especialistas, sugerindo que essa tecnologia pode ser utilizada em atividades de matriciamento para profissionais da ESF, sendo de grande relevância, tendo em vista que não foram encontradas tecnologias educativas validadas com essa temática.

O estudo buscou abranger todas as etapas necessárias para a construção do material produzido, as quais foram essenciais para cada passo seguinte no seu processo de validação. A versão validada do álbum seriado “Matriciamento em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” foi composta por 22 páginas: capa, ficha técnica, sumário, apresentação, conceito, ferramentas utilizadas no matriciamento e referências bibliográficas.

O matriciamento indica uma relação horizontal, sem autoridade, baseada em procedimentos dialógicos e é desenvolvido por meio da troca de conhecimentos, do fornecimento de orientações, de consultas conjuntas e de intervenções complementares realizadas pelo apoiador, mas sempre considerando a equipe de referência responsável pelo caso, ainda que o apoio especializado se faça necessário em diferentes momentos (IGLESIAS & AVELLAR, 2019).

A implantação do apoio matricial é considerada uma ferramenta muito importante para o manejo de situações de saúde mental na Atenção Primária, onde o atendimento conjunto é definido pelos profissionais em equipe, enriquecendo e compartilhando o aprendizado (BRASIL, 2008). O apoio matricial facilita o encontro com o outro e com o campo da saúde mental, proporcionando um espaço rico em possibilidades, onde questões outrora não percebidas pelos profissionais da APS, por motivos variados, como receio e estigmas relacionados à demanda de saúde mental, tornam-se agora, sob um olhar mais novo e ampliado, parte da necessidade de saúde e do cuidado integral ao usuário (SANTOS *et al.*, 2020).

A saúde mental na Atenção Primária envolve mais do que o cuidado aos transtornos mentais, requer a construção de modelos de cuidado integrais que abordem o usuário, sua família e a comunidade em geral, além da formação de vínculos reais e contínuos entre profissionais e usuários, ampliando as possibilidades de desenvolvimento de autonomia, autoestima, autocuidado e garantia da cidadania. Envolve também, o apoio e o cuidado ao sofrimento emocional da população, seja qual for a sua intensidade e a prioridade clínica no momento, dentro

dos contextos de vida de cada um (BARROS *et al.*, 2019).

Estudos de validação de tecnologias educacionais, como vídeos, jogos e manuais educativos, têm sido empregados tanto no que se refere à educação em saúde como em relação ao ensino. Esses estudos mostram a importância e a necessidade de comprovar a aplicabilidade de novas tecnologias para que possam ser utilizadas, tendo em vista que não somente a criação é suficiente. Assim, a elaboração dessas novas tecnologias permite obter maior visibilidade sobre o que cerca a Enfermagem, além de registrar e divulgar a produção do conhecimento (PEREIRA *et al.*, 2019; GADELHA *et al.*, 2019).

Os juízes que participaram da validação do álbum seriado eram de diversas áreas da saúde, sendo a maior parte enfermeiros 30,8% e os demais médico, psicólogos, farmacêutico, terapeutas ocupacionais e assistente social. Visando assim considerar várias opiniões, experiências e enfoques para o aperfeiçoamento do material. Ao se tratar de matriciamento, o enfoque no cuidado deve ser discutido em equipe, de forma inter e transdisciplinar, considerando que o usuário apresenta diferentes necessidades e não deve ser tratado como “paciente” exclusivo de um único profissional. A construção e validação de materiais educativos é uma oportunidade para uniformizar e oficializar as informações em saúde, com a participação de todos (FRANKE *et al.*, 2018; ECHER, 2005).

A avaliação dos especialistas foi de grande relevância para o aperfeiçoamento do material e evidenciou que o álbum seriado se constituiu instrumento de conteúdo e aparência pertinente e válido, com IVC de item e global com valores consideráveis. Contudo, apesar do resultado do IVC global de 0,95, foram sugeridas algumas modificações e inclusão de informações. Os principais tópicos sugeridos pelos especialistas foram: revisão ortográfica, ampliar a utilização

do material educativo para as diversas categorias profissionais da ESF e não limitar apenas para área da Enfermagem, utilizar a definição de um dos termos (usuário ou paciente ou cliente) e detalhar como elaborar ecomapa e genograma. As sugestões foram acatadas pelos pesquisadores, exceto a referente a elaboração do ecomapa e genograma.

Considera-se que por serem ambos os instrumentos essenciais para o processo de trabalho do profissional de saúde que atua na saúde da comunidade, essas duas ferramentas encontram-se disponíveis em no guia prático sobre matriciamento em saúde mental no Caderno de Atenção Básica nº 34 (BRASIL, 2013).

Materiais educativos constituem uma tecnologia de cuidado que potencializa as intervenções de saúde e o trabalho da equipe. São ferramentas permanentes de cuidado, uma vez que podem ser consultadas sempre que necessário e quando construídos por meio de bases metodológicas robustas, com estratégias de construção válidas e confiáveis, e referenciais teóricos adequados, tornam-se eficazes na transmissão de informações dentro do contexto de uma intervenção planejada (LEMONS & VERÍSSIMO, 2020).

Como limitação do estudo, aponta-se a não realização da avaliação sobre a eficácia do material educativo quanto ao conhecimento, atitude e prática do público-alvo, antes e após o uso da tecnologia. Contudo, sugere-se que novos estudos possam ser realizados com o propósito de avaliar se o álbum seriado promoverá mudanças de comportamento e produzirá ações positivas na realização do matriciamento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família do município em estudo.

CONCLUSÃO

O álbum seriado “Matriciamento em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” foi o

primeiro elaborado acerca da temática, seguindo um processo metodológico rigoroso de construção, sendo avaliado por juízes especialistas e validado quanto aparência e conteúdo mediante IVC global de 0,95, satisfazendo aos objetivos da pesquisa.

Durante o processo de validação foram realizados modificações e ajustes na versão inicial do material, a partir das sugestões e recomendações por parte dos juízes, tornando o instrumento mais apto a ser aplicável e útil no contexto das atividades de matriciamento como fer-

ramenta capaz de operacionalizar, orientar e facilitar o processo de trabalho dos profissionais.

Acredita que o uso deste material, facilitará a prática das ações de matriciamento, tendo em vista que se constitui uma tecnologia ilustrada e com linguagem adequadamente compreensível, capaz de favorecer a comunicação e melhorias na compreensão e aquisição de conhecimentos sobre a temática e com isso, proporcionar aos usuários uma assistência à saúde mental integral, no contexto do seu próprio território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, N.M.C. & COLUCI, M.Z.O. Validação de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061, 2011.
- BARROS, S. *et al.* Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 1609, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*; 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em 07 fev. 2023.
- BRASIL. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora)... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf. Acesso em 07 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da política de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em 07 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernos_demo_34.pdf. Acesso em 07 fev. 2023.
- ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754, 2005.
- FAGUNDES, G.S. *et al.* Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2311, 2021.
- FERNANDES, C.J. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, 2020.
- FRANKE, C. M. *et al.* O atendimento compartilhado na perspectiva da atuação multiprofissional na atenção primária à saúde. *Revista Contexto & Saúde*, v. 18, n. 35, p. 111, 2018.
- GADELHA, M.M.T. *et al.* Tecnologias educativas no processo formativo: discurso dos acadêmicos de enfermagem. *Revista enfermagem UFPE online*, p. 155, 2019.
- IGLESIAS, A., & AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1247, 2019.
- LEMOS, R.A. & VERÍSSIMO, M.D.L.Ó.R. Estratégias metodológicas para elaboração de material educativo: em foco a promoção do desenvolvimento de prematuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 505, 2020.
- MARTINELLO, E.C.C. & FONSÊCA, G.S. Saúde mental na Atenção Básica: perspectivas a partir da clínica ampliada e compartilhada. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 12, p. e352111234727, 2022.
- MELO, C.A. *et al.* Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. In: DE FREITAS, G.B.L editor. **Saúde Mental: desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna**. Irati: Pasteur; p. 82, 2021.
- MENDES, K.D.S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enfermagem*. v.17 n.4, 2008.
- PAIM, L.M.D. *et al.* História da tecnologia e sua evolução na assistência e no contexto do cuidado de enfermagem. In *Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?* 1st ed. Porto Alegre: Moriá; p. 17, 2014.
- PEREIRA, E.L.C. *et al.* Tecnologias educativas gerontogerátricas nas diferentes temáticas de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 9, 2019.
- POLIT, D.F. *et al.* Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 6ªed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- PUPPO, L.R. *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 107, 2021.
- RAMOS, D.K.R. *et al.* Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazeres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 839, 2019.

SAMPAIO, M.L. & BISPO JÚNIOR, J.P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, A.M. *et al.* O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, 2019.

SILVA-JUNIOR, R.F. *et al.* Marriage in mental health in the vision of professionals who work primary care

health/Matricramento em saúde mental na visão de profissionais que atuam atenção primária a saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 13, p. 1415, 2021.

TEIXEIRA, E. & MOTA, V.M.S.S, organizadoras. *Tecnologias educacionais em foco*. São Paulo (SP): Difusão; 2011.

VIANA, H.M. *Teses em educação*. São Paulo: IBRASA; 1982.

Capítulo 10

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS PARA O EXERCÍCIO DO CUIDADO NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

AMPARO MARIA DA SILVA¹

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA²

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDE³

FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY⁴

ADÉLIA DALVA SILVA OLIVEIRA⁵

MATEUS IBIAPINA VAZ DE SOUSA CRUZ⁶

LETÍCIA VIANA DOS SANTOS⁶

1. *Psicóloga clínica. Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI.*
2. *Doutora e Mestre em Políticas Públicas. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.*
3. *Pós-Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.*
4. *Doutor em Reabilitação Oral. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Piauí/FACIME/CCS.*
5. *Pós-Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.*
6. *Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.*

Palavras Chave: Suicídio; Capacitação Profissional; Docentes.



INTRODUÇÃO

Conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM (DATASUS, 2018), no ano de 2018 foram notificados 103 casos de morte por suicídio em todo o Estado do Piauí. Esse elevado índice motivou a escolha do local como cenário para o estudo, assim como nas lacunas observadas na formação profissional quanto a este tema nas graduações de curso da área da saúde.

A palavra suicídio (etimologicamente *sui* = si mesmo; *caedes* = ação de matar) foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737 e significa morte intencional auto-infligida, isto é, quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar sua própria vida (ABP, 2014).

Atualmente é um tema de crescente interesse não só no Brasil, como no mundo todo. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), em seu primeiro relatório sobre prevenção do suicídio, alerta que mais de oitocentas mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, apontando o Brasil como oitavo país com maior índice.

As notificações de suicídio na região Nordeste aparecem de forma preocupante e óbitos por essa causa passaram de mil e quarenta e nove para dois mil cento e nove, entre 2003 a 2013, ou seja, mais que duplicaram no período, atingindo o percentual de 109%. Nessa região, três Estados, Paraíba, Piauí e Sergipe, mais que triplicam seus quantitativos. Bahia, Ceará, Maranhão e Rio Grande do Norte mais que duplicam. Nesse cenário, o Piauí ocupa a quinta posição em números de suicídios do Brasil, de acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em janeiro de 2014. Em Teresina, a cada cem mil habitantes, 6,8 cometem suicídio todos os anos (CECCONet *et al.*, 2014).

O Boletim Epidemiológico de 2017 da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) indica, através de dados absolutos, que Teresina é o município do Piauí com maior número de óbitos por suicídio. Para enfrentamento desse agravo, faz-se necessária uma convergência de medidas de impacto pelo Estado, que passa por campanhas educativas, formação profissional continuada e ações de promoção em saúde e prevenção de danos, visando o fortalecimento e a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, para se estimar o risco de suicídio é importante realizar uma avaliação dos indicadores de risco e de proteção, de modo que a prevenção ocorra a partir da redução dos fatores de risco (BOTEGA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecer os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para evitar o suicídio.

A Organização Mundial da Saúde considera o suicídio um fenômeno social de grande impacto, cuja demanda é crescente nos serviços da rede de saúde e intersetorial. Para cada suicídio, estimam-se dez a vinte tentativas, as quais, em geral, são atendidas nos serviços de urgência e emergência que deveriam encaminhar o paciente para o atendimento especializado. A prevenção envolve família, escola, trabalho, profissionais de saúde e de outros setores que direta ou indiretamente lidam com o problema necessitando, portanto, da participação de todos (CONTE *et al.*, 2015).

Para a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014), o risco de suicídio é uma urgência médica, pois pode acarretar ao indivíduo, desde lesões graves e incapacitantes, até a sua morte. Uma tentativa de suicídio pode levar o indiví-

duo a um primeiro contato com um profissional que o ajude.

Constitui um importante problema de saúde pública, e sua prevenção depende de medidas articuladas que incluem os campos da educação e saúde. A capacitação de profissionais de saúde para cuidar adequadamente das pessoas em risco é uma das possíveis ações (ABP, 2014).

Em 2014 foi lançada pela Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP, a cartilha “Suicídio: informando para prevenir”. Conforme a cartilha, o luto do suicídio representa um processo de adaptação à perda da morte por suicídio pelo qual a família, amigos e outras pessoas próximas vivenciam. Desta forma, as pessoas que passam por este processo são descritas como “enlutados do suicídio”. Portanto, quando ocorre uma morte por suicídio, uma parte da sociedade sofre seus efeitos. A cartilha ainda traz a recomendação de que o paciente e a família recebam acompanhamento no intuito de impedir novas tentativas e também, demanda que as pessoas em processo de luto sejam auxiliadas (ABP, 2014).

É essencial pensar na capacitação de profissionais de saúde que atuam nos diversos cenários, inclusive em Instituições de Ensino Superior e, considerar também, além da formação técnica, suas crenças, preconceitos e emoções (BERTOLOTE, 2012).

Para o enfrentamento dessas situações é preciso construir uma identidade autônoma, investir no desenvolvimento profissional, no competente desempenho de suas atividades e na conquista de aperfeiçoamento da carreira, através das competências que remetem o professor ao reconhecimento e à valorização (FREIRE& FERNANDEZ, 2015).

Nessa perspectiva, Ramalho *et al.* (2003) compreendem que não basta mudar somente a cultura do professor, suas concepções sobre a docência, é preciso que se crie novas referên-

cias, melhores condições de trabalho que venham a iluminar seus pensamentos e seu agir. É necessário, também, que o professor se assuma como produtor de sua profissão, pois não basta mudar o profissional, é preciso mudar também os contextos em que ele intervém (ALMEIDA& LOPES, 2014).

Quanto à questão da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), esta constitui uma política de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que tem como objetivo contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização, democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde (BARBOSA *et al.*, 2012).

Dessa maneira, é salutar refletir na Instituição de Ensino Superior (IES) como espaço de formação para que profissionais tenham um momento dedicado à reflexão sobre suas práticas de atenção à saúde como estratégia de formação continuada (ABP, 2014).

Nessa perspectiva, entende-se ser imprescindível que profissionais da área da saúde e da educação compartilhem informações voltadas para compreensão dos fatores de risco e de proteção para o comportamento suicida, possibilitando, por meio da aproximação científica do tema, repensar suas condutas e seu manejo profissional (FUKUMITSU, 2018).

Assim, considerando o conjunto descritivo atual do fenômeno do suicídio, percebem-se as razões que levaram as políticas de saúde a argumentar tanto em favor da atuação do profissional generalista, como da necessária qualificação desse profissional. Para atender esta qualificação, é preciso enfrentar pelo menos duas dificuldades: a não inclusão do tema como objeto de atenção regular nos cursos de formação da área da saúde e a tradição de enfoque psiquiátrico do suicídio, que o configura como um tema para especialistas em doença mental.

Convém ressaltar que o presente estudo não pretende definir propostas para mudanças curriculares, mas ao relatar os resultados da pesquisa realizada, busca-se oferecer dados e reflexões que sirvam como referências para intervenções na formação profissional, no que diz respeito a um fenômeno que merece, atualmente, a qualificação de alarmante tanto no Brasil como em outros países.

A partir do exposto e considerando que os docentes da área da saúde constituem uma categoria de profissionais que têm uma atuação significativa junto ao discente na sua formação, foi necessário pesquisar como o tema suicídio tem sido abordado por esses profissionais e a necessária qualificação através de programas de educação continuada. Nessa perspectiva, objetivou-se refletir, a partir da literatura científica, sobre a formação de professores universitários da área de saúde acerca das práticas de cuidado na prevenção ao suicídio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico do tipo reflexivo, caracterizado como uma formulação discursiva aprofundada com foco no constructo teórico da área correspondente ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos, que consiste em refletir sobre a formação de professores universitários da área de saúde acerca das práticas de cuidado na prevenção ao suicídio (BRASIL, 2022).

Por se tratar de um artigo de reflexão, e não uma revisão de literatura, não se delineou especificamente critérios de exclusão e inclusão para a seleção do material bibliográfico. As referências teóricas utilizadas foram selecionadas levando em consideração a abordagem acerca do tema, independente do recorte temporal. Atra-

vés da abordagem qualitativa, os pesquisadores interpretaram e analisaram os elementos teóricos obtidos no levantamento bibliográfico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo pretende fazer uma aproximação com a literatura existente sobre suicídio e as concepções dos docentes sobre a temática, permitindo um entendimento mais amplo sobre a questão. A apresentação das diferentes abordagens que estudam e buscam compreender o suicídio teve como objetivo apresentar a complexidade deste fenômeno. Reconhece-se, entretanto, a limitação quanto à profundidade e à impossibilidade de se esgotar todos os temas aqui expostos.

Suicídio

É possível caracterizar o comportamento suicida como um ato ambivalente, pois a morte é anunciada não como um querer morrer, mas como o desejo de uma vida livre da dor insuportável que tanto adocece. Diante da complexidade que permeia o ato suicida, se faz indispensável serviços preparados para o cuidado voltado para a saúde mental da população como estratégia para a redução dos índices de morbimortalidade do agravo (CORREIA *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), em seu primeiro relatório sobre prevenção do suicídio, alerta que mais de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, apontando o Brasil como oitavo país com maior índice de suicídio. Recentemente, o Ministério da Saúde divulgou o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, destacando a região Sul do país com altos índices de suicídio. Conforme aponta o estudo, baseados em dados recolhidos no período de 2011 a 2016, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná apresentam taxa de 23% dos

casos, sendo que os referidos Estados abrangem somente 14% da população nacional (BRASIL, 2017b). Contudo, a OMS aponta que o suicídio é passível de prevenção e destaca a importância de estratégias de trabalho com uma abordagem multissetorial abrangente (BRASIL, 2017b).

O comportamento suicida atualmente é um dos principais problemas de saúde pública enfrentados pelos profissionais de saúde mental, à medida que com o passar dos anos aumenta o número de atos suicidas consumados. Embora a relação entre distúrbios suicidas e mentais (em particular, depressão e abuso de álcool) estejam bem estabelecidos em países de alta renda, vários suicídios ocorrem de forma impulsiva em momentos de crise, fatores como o defrontamento de conflitos, violência, perdas familiares, isolamento e outras tentativas anteriores também se encontram fortemente ligados ao comportamento suicida (RANUZI *et al.*, 2020).

O ato suicida, diante das dificuldades e algumas circunstâncias que a vida emprega, pode ser visto como uma escolha. Esse fato tem acompanhado a história da humanidade e se potencializado, uma vez que o modo de vida moderno não tem contribuído para a redução de casos de suicídio. Pelo contrário, a solidão, a individualidade e os meios digitais acabaram por contribuir para a falta de qualidade de vida. Assim, as consequências se desdobram de várias maneiras, desde a ideação suicida, até a própria consumação do ato (HERNÁNDEZ *et al.*, 2019).

Fatores de risco e Fatores protetores relevantes

A natureza dos fatores de risco é variável. Há a influência da genética, de elementos da história pessoal e familiar, de fatores culturais e socioeconômicos, fatores sociodemográficos, fatores psicossociais, de acontecimentos estressantes, de traços de personalidade e de transtornos mentais (SMS/RJ, 2016).

Os fatores de risco mais importantes para comportamento suicida são: tentativa de suicídio anterior, transtornos mentais, os quais estão presentes em mais de 90% daqueles que cometem suicídio, antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abuso de substâncias, problemas físicos, principalmente aqueles que causam invalidez e/ou dor crônica e situação social desfavorável como desemprego (BOTE-GA, 2023).

Alguns fatores constituem características pessoais imutáveis e, embora não possam ser objeto de ações clínicas ou preventivas, são, na prática, importantes sinalizadores de risco de suicídio (por exemplo, sexo, história de abuso sexual ou de tentativa de suicídio). Outros fatores, como transtornos mentais, estados emocionais e acesso a meios letais, podem ser modificados, tornando-se alvo tanto da atenção clínica dirigida a um paciente quanto das estratégias de prevenção (SMS/RJ, 2016).

Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que quando presentes estão associados à prevenção dos comportamentos autolesivos e atos suicidas. Uma estratégia de prevenção deve identificar as vias suscetíveis de estabelecer, manter e reforçar estes fatores. Entre os fatores de proteção encontram-se: capacidade na resolução de problemas e conflitos; iniciativa no pedido de ajuda; noção de valor pessoal; abertura para novas experiências e aprendizagens; estratégias comunicacionais desenvolvidas; empenho em projetos de vida; o bom relacionamento familiar; o suporte e apoio familiares; as relações de confiança; estar empregado; ter facilidade de acesso aos serviços de saúde (SMS/RJ, 2016).

Contudo, para analisar a prevenção, vale abordar o atual paradigma do suicídio, entendendo seu conceito básico e processo. À começar pela ideação suicida, que é definida como o

surgimento de ideias em que o indivíduo causa sua própria morte. Essa idealização suicida e os cometimentos de suicídio fatal e não fatal geralmente iniciam precocemente e tendem a aumentar durante a adolescência, e consequentemente podem estabelecer um determinado padrão de comportamento suicida em adultos jovens (LEJDERMAN *et al.*, 2020; RANUZI *et al.*, 2020).

Prevenção e Posvenção

Para a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) a prevenção do suicídio é um termo usado para as tentativas coletivas de organizações institucionais, psicólogos e pessoas envolvidas com a saúde, para reduzir a incidência de suicídio. Esses esforços englobam medidas preventivas e pró-ativas nos campos da medicina e da saúde mental, bem como da saúde pública, uma vez que o suicídio não é apenas visto como uma questão de saúde física ou mental.

Pensar na prevenção do comportamento suicida implica não apenas no objetivo de evitar a morte das pessoas, mas também em considerar as sérias implicações na sociedade que são provocadas pela ocorrência desses atos. Inegavelmente o comportamento suicida, e em especial o suicídio consumado, dão conta de um fenômeno complexo que desafia pesquisadores e estudiosos não só em relação à compreensão das motivações de decisão do sujeito de por fim à própria vida, como também de explicitar os fatores éticos envolvidos na abordagem de tal fato (BOTEGA, 2014).

No quesito Políticas Públicas voltadas para a prevenção do suicídio, a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, estabelece desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de

recuperação da saúde e de prevenção de danos; desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido.

A Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil que tem a proposta de elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde; articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil (BRASIL, 2017c).

A Portaria nº 1.315, de 11 de maio de 2018, habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2018).

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental, antes centrado em internações em hospitais psiquiátricos, foi redirecionado para serviços comunitários de saúde mental, de forma a se promover a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. A partir disso, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, objetivando ampliar o acesso à atenção psicossocial e articular ações intersetoriais (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde, com base nos dados do primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, lança uma agenda estratégica para atingir meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020. Entre as ações, destacam-se a capacitação de profissio-

nais, orientação para a população e jornalistas, a expansão da rede de assistência em saúde mental nas áreas de maior risco e o monitoramento anual dos casos no país e a criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2017b).

A prevenção do suicídio faz-se por meio do reforço dos fatores ditos protetores e diminuição dos fatores de risco, tanto no nível individual como coletivo. Entre os primeiros, podemos citar bons vínculos afetivos, sensação de estar integrada a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo, ter filhos pequenos (OMS, 2012).

Nesse sentido, é de suma importância o acolhimento aos enlutados por suicídio que terão que lidar com o luto.

Em vista disso, o suporte assistencial para aqueles afetados por um suicídio consumado é chamado posvenção. O termo foi introduzido no Brasil a partir da dissertação de mestrado de Karen Scavacini (2011) e o primeiro curso a tratar diretamente do tema foi realizado pelo Instituto Gestalt de São Paulo (IGSP), sob a coordenação e docência de Karen Scavacini em 2012. Seu propósito é auxiliar aos enlutados em relação aos efeitos traumáticos da morte de seus entes queridos. Favorecendo ações de alívio dos efeitos relacionados com o sofrimento e a perda, prevenir o aparecimento de reações adversas e complicações do luto, minimizar o risco de comportamento suicida nos enlutados por suicídio, promover resistência e enfrentamento em sobreviventes.

Muitas vezes, amigos e familiares que, usualmente, dariam apoio e ajuda ao luto por outras causas, afastam-se e não sabem o que fazer, contribuindo ainda mais para a sensação de isolamento e abandono vivenciados pelos sobreviventes. Sem ajuda apropriada, sobreviventes, especialmente crianças, podem experimentar um luto traumático e complicado. A

posvenção oferece serviços de acesso aos cuidados especializados para o manejo do processo de luto, minimizando, dentre outras coisas, o risco de suicídios dentro desse grupo vulnerável (SCAVACINI, 2018).

Portanto, é imprescindível que existam programas educativos para formação voltados para profissionais de cuidados da saúde com ênfase na temática do suicídio.

O suicídio e a importância da formação profissional em saúde

Uma rede de saúde para prevenção do suicídio reforça a importância de uma rede bem integrada. A prevenção do suicídio não deve se iniciar apenas nos centros com foco em saúde mental, mas deve ser observada em todos os âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2013).

Ao propor uma rede bem integrada, a formação profissional em saúde surge como uma possibilidade, no espaço acadêmico, para que esses profissionais sejam capazes de pensar o suicídio por uma ótica interdisciplinar, com interlocuções de saberes, para que a prática seja pautada de forma integrada, considerando os suicídios em seus complexos elementos biopsicossociais (BOTEGA, 2023).

Uma equipe de saúde atenta e bem treinada considera o comportamento suicida sempre um fato relevante. Isso requer uma avaliação cuidadosa que disponha de certos critérios. A identificação e a avaliação do risco suicida são competências que dizem respeito à área de saúde, sendo fundamental que todos estejam capacitados para realizá-la, por se tratar de uma grande questão de saúde pública mundial.

Nesse sentido, a formação profissional em saúde poderá propiciar o aumento significativo de conhecimentos em prevenção do suicídio e de mudanças de atitudes dos profissionais em saúde perante a pessoa com comportamento suicida (ABP, 2014).

Ainda na perspectiva da Educação Permanente dos profissionais de saúde na prevenção do suicídio, o Ministério da Saúde oferta, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), um curso à distância sobre Crise e Urgência em Saúde Mental. Desde 2014, já foram capacitados 1.994 profissionais. O programa ainda prevê a Oficina Nacional de Qualificação das Ações de prevenção suicídio entre povos indígenas.

No que tange a formação profissional, esta se configura exigência no cenário das Instituições de ensino superior, com objetivo de favorecer uma atuação docente voltada para o saber técnico, humanístico e crítico.

Formação Profissional

Diante do novo cenário de reformas das políticas públicas de formação de docente, formulou-se neste estudo a possibilidade de refletir sobre a visão do docente de uma instituição de Ensino Superior (IES) acerca do fenômeno suicídio, bem como a necessária qualificação através de programas de educação continuada. Não se pode mais entender o professor como “detentor do saber”, nem o ensino como transmissão de um conhecimento pronto e acabado. O modelo pelo qual se pautava a organização do ensino superior não dá mais conta da complexidade do momento que vivenciamos e é constantemente impulsionado a mudanças (ABREU *et al.*, 2010).

Neste contexto, professores e alunos passam a construir conjunta e continuamente o conhecimento, embasados nas teorias e na revisão constante destas, nos questionamentos e nas leituras da realidade e do presente histórico. A indissociabilidade ensino-pesquisa, a autonomia de pensamento, o incentivo à criticidade e à criatividade e a emergência da interdisciplinaridade, entre outros fatores, alteram profundamente o perfil necessário ao professor numa IES

e nos chamam a atenção para a necessidade de que estes professores, ou futuros professores, estejam conscientes desses processos nos quais se acham envolvidos (PEREIRA, 2002).

A formação profissional na área da saúde também sofre significativas transformações, a partir da premissa de um processo de formação que incentive a produção do conhecimento dentro de um contexto de multidisciplinaridade (CECCIM, 2004).

Em razão do exposto, supõe-se que a educação permanente caracteriza-se premissa voltada para a melhoria da prática profissional em saúde.

Educação Permanente em Saúde

Para Ceccim (2004) a Educação Permanente em Saúde-EPS é essencial para orientar o desenvolvimento dos profissionais e a produção do cuidado. Segundo o autor, trata-se de uma forma de viabilizar ações intersetoriais, sanar a histórica fragmentação entre os níveis de atenção à saúde, e dar visibilidade aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da mudança do agir do profissional da área da saúde na busca de superar os limites da formação no modelo biomédico tradicional para o enfoque no acolhimento, produção de vínculos entre os colaboradores da equipe e o desenvolvimento da autonomia para a resolução de problemas de saúde (BARBOSA *et al.*, 2012).

A questão acima, nos remete à formação médica, é preciso formar um profissional capaz de conduzir de forma autônoma seu processo de aprendizagem ao longo da vida profissional; capaz de se adaptar às mudanças, raciocinando criticamente e tomando decisões fundamentadas em sua própria avaliação; e com uma formação humanística que valorize a relação médico-paciente e o dever ético da profissão (CARVALHO *et al.*, 2011).

Na década atual, algumas iniciativas têm impulsionado mudanças no ensino médico brasileiro, tais como as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

Tais iniciativas apontam uma concepção diferenciada de educação, organizada em torno de quatro aprendizagens fundamentais que ao longo da vida seriam, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: “aprender a conhecer”, que consideram as rápidas alterações provocadas pelo progresso científico e as novas formas de atividade econômica e social; “aprender a fazer”, a fim de adquirir não somente uma qualificação profissional, mas, de maneira mais ampla, competências que tornem o sujeito apto a enfrentar as diferentes situações; “aprender a ser”, para melhor desenvolver sua personalidade com autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal; “aprender a viver juntos”, de forma a desenvolver o conhecimento acerca dos outros e, a partir daí, criar um espírito novo que conduza à realização de projetos comuns (BRASIL, 2011b).

A atuação dos profissionais da saúde não se restringe somente à assistência, englobando também a pesquisa, a gerência e a educação. Um dos lados desse quadrilátero, a educação, envolve atividades com o paciente, família e sociedade, equipe assistencial, além da própria formação de novos profissionais, seja nos níveis técnico, de graduação ou de pós-graduação (CECCIM& FEUERWERKER, 2004).

No entendimento do autor, para trabalhar em qualquer outra área é necessário ter formação específica, a atuação na educação também carece de preparo. A profissão docente, seguindo o modelo de outras profissões que definem suas bases de conhecimento em termos sistemáticos requer preparação, visto que a função do pro-

fessor não se define pelo simples domínio de conteúdos, mas pela utilização e mobilização desses saberes e em como fazer com que esse conteúdo possa ser ensinado e aprendido (CARVALHO *et al.*, 2011).

Desta maneira, é imprescindível uma formação que vise quebrar os tabus e preconceitos acerca do suicídio, uma vez que o primeiro contato com o paciente é, muitas vezes, realizado por este profissional.

CONCLUSÃO

Atualmente, o tema do suicídio ainda é considerado um tabu cujos preconceitos são determinados culturalmente, sendo também a formação da subjetividade influenciada por fatores culturais. É inegável que a percepção do profissional docente da área de saúde e a sua relação com o aluno com comportamento suicida, nestas circunstâncias, também pode ser afetada e, inclusive, vivenciada de maneira preconceituosa.

Nota-se a relevância da temática no contexto social e no âmbito da Instituição, e destacam a importância do (re) pensar a formação do docente no sentido de abarcar as mudanças sociais, culturais e econômicas por que passa a nossa sociedade nos dias atuais. Ademais, todos reconhecem que identificar fatores de risco constitui pilar para alcançar índices de redução da chance de suicídio e condução com acompanhamento dos casos oportunos, evitando desta forma os riscos inerentes ao suicídio no âmbito universitário.

Nessa perspectiva, seria relevante a atuação profissional direcionada ao desenvolvimento de habilidades voltadas para a implementação de ações fundamentais na prevenção ao suicídio. Além disso, uma vez identificadas as características de vulnerabilidade ao suicídio, os profissionais docentes poderão, atuar na vinculação

por meio da família de apoio, buscar junto a essas pessoas razões específicas para viver, considerando sua subjetividade e história de vida, uma vez que essas ações são apontadas na literatura como geradoras de esperança para um desfecho favorável.

É importante ressaltar, todavia, que dada à complexidade do fenômeno do suicídio, de forma alguma, se buscou esgotar as considerações e discussões em torno da temática na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Comissão de prevenção ao suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <https://www.hsaude.net.br/wpcontent/uploads/2020/09/CartilhaABPPreven%C3%A7%C3%A3oSuic%C3%ADdi.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- ABREU, K.P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195, 2010.
- ALMEIDA, J.R.& LOPES, F.R.B. A docência no ensino superior: a construção do conhecimento e a necessidade das práticas de pesquisas e extensão. e-Gaia Conhecimento, v.1, n.1, 2014.
- BARBOSA, V.B.A.*et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 1, p. 56, 2012.
- BERTOLETE, J.M. O suicídio e sua prevenção. Editora UNESP – São Paulo, 1ª Edição, 2012.
- BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, v. 25, n. 3, p. 231, 2014.
- BOTEGA, N.J. Crise suicida: avaliação e manejo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Volume 48 N° 30 – 2017a. Disponível em: [2017025Perfilepidemiologicodas-tentativa-seobitos-porsuicidio-no-Brasil](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/comunicacao/boletim-epidemiologico-volume-48-n-30-2017a). Acesso em: 15 fev.2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n° 34, Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernos_34.pdf. Acesso em: 15 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.315, de 11 de maio de 2018. Diário Oficial da União – Seção 1. Edição 93. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1315_16_05_2018.html#:~:text=Habilita%20Estados%20a%20receberem%20incentivo,da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial. Acesso em: 20 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União – Seção 1. Edição 96. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. Seção 1. Edição 245. 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html. Acesso em: 20 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGETS_politicas_acoes.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Suicídio: saber agir e prevenir. Boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017b. Disponível em: [2017025Perfilepidemiologicodas-tentativa-seobitos-porsuicidio-no-Brasil](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/comunicacao/boletim-epidemiologico-volume-48-n-30-2017b). Acesso em: 15 fev.2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cursos de Prevenção ao Suicídio e Automutilação. 2022. Disponível em: Incrições abertas para os cursos de Prevenção ao Suicídio e Automutilação — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em: 15 fev. 2023.
- CARVALHO. B.G. *et al.* Percepção dos médicos sobre o curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 35, n. 1, p. 132, 2011.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface. v. 9, n. 1, p. 161, 2004.
- CECCIM, R.B.& FEUERWERKER, L.C.O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, 41, 2004.
- CECCON, R.F, *et al.* Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. Ciência & Saúde Coletiva. v. 19, n. 7, p. 2225, 2014.
- CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 8, p. 2017, 2012.

CORREIA, C.M. *et al.* Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, p. 1, 2020.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 20 jan. 2023.

FREIRE, L.I.F.& FERNANDEZ, C. O professor universitário novato: tensões, dilemas e aprendizados no início da carreira docente. *Ciência & Educação*, v. 21, n. 1, p. 255, 2015.

FUKUMITSU, K.O. *Vida, morte e luto: realidades brasileiras*. São Paulo: Summus, 2018.

HERNÁNDEZ, G.L.R. *et al.* Psicodinâmica familiar y apoyo social en adolescentes con conducta suicida. *Área VI. Cienfuegos. MediSur*, v. 17, n. 2, p. 191, 2019.

LEJDERMAN, B.*et al.* Trends in suicidal behavior at a general hospital emergency department in southern Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 42, n. 4, p. 311, 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Catálogo da Biblioteca da OMS-in-Data de Publicação. Ação de Saúde Pública para a Prevenção de Suicídio: uma estrutura*. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Preventing suicide: a global imperative*. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564779>. Acesso em: 20 jan. 2023.

PEREIRA, E.M.A. *Implicações da Pós-modernidade para a Universidade. Avaliação*. Ano 7. v. 7, n. 1, p. 35, 2002.

RAMALHO, B.L. *et al.* *Formar o professor, profissionalizar o ensino: perspectivas e desafios*. Porto Alegre: Sulinas, 2003.

RANUZI, C.*et al.* Suicidal thinking, depression, and religiosity in a freedom-deprived population. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, p. 1, 2020.

SCAVACINI, K. *O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio*. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

SCAVACINI, K. *Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities - The availability of services and an intervention plan in Brazil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Karolinska, Solna, Suécia, 2011.

SMS/RJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Coleção Guia de Referência Rápida. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção*. Comunicação e Educação em Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro Série F, 2016. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

Capítulo 11

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DA DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

EDMAR JOSÉ FORTES JÚNIOR¹

ANA KLARA RODRIGUES ALVES²

VITORIA CASTELO BRANCO BEZERRA SILVA³

KATARINY MARIA LEAL SANTOS⁴

JOÃO PÉRSIO LAGO DAMASCENO⁴

RAQUEL SANTOS MUNIZ⁴

NATATSCHA ALLENDE COSTA DE SOUZA PEREIRA⁴

BRUNA DENISE FRAZÃO DA SILVA⁶

LUCAS ANDRADE LIMA⁴

LARISSA AIMEE CALLAND LEITE SILVA⁴

BRUNA OLIVEIRA LEITE³

ANELIZA DE FÁTIMA FIGUEREDO LIMA⁴

THALINE FIGUERÊDO LIMA DE OLIVEIRA⁴

MIZAEEL SIQUEIRA DE ARAUJO⁴

ILMARA CECÍLIA PINHEIRO DA SILVA MORAIS⁷

1. Médico-FAHESP/IESVAP.

2. Enfermeira - Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

3. Discente- Medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

4. Discente- Medicina do Centro universitário UNINOVAFAPI.

5. Discente- Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

6. Discente- Medicina ITPAC SANTA INÊS

7. Discente- Medicina Centro Universitário de Várzea Grande - Unifag- MT

Palavras Chave: Depressão, Manejo clínico, Fisiopatologia.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma das condições que mais contribuem para a carga global das doenças relacionadas à saúde mental. Além de ser uma das principais causas de incapacidade no mundo, a depressão está associada a mortes prematuras por suicídio e por outras doenças crônicas (MORA *et al.*, 2018).

Os transtornos depressivos são transtornos altamente prevalentes, incapacitantes e dispendiosos que estão associados a desempenho de papéis e qualidade de vida consideravelmente diminuídos, comorbidade médica e mortalidade (BROMBERGER & EPPERSON, 2018; FANG *et al.*, 2019).

Milhões de indivíduos sofrem de transtornos depressivos em todo o mundo e até 40% dos pacientes não respondem adequadamente aos medicamentos antidepressivos. Os transtornos depressivos são diversos e diferenciam-se de acordo com os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (MORA *et al.*, 2018; SAMPAIO-JÚNIOR *et al.*, 2018).

No entanto, todos os quadros assemelham-se pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (LENER *et al.*, 2017).

Dados de 2019 do estudo *Global Burden of Disease* (GBD) estimaram que mais de 270 milhões de pessoas apresentavam transtornos depressivos, o que representava, à época, aproximadamente 3,8% da população mundial. No Brasil, a prevalência de transtornos depressivos está estimada em 4,3% (PRINCE & DUMAN, 2020).

O transtorno depressivo maior (TDM) é uma doença sintomaticamente heterogênea, abrangendo os domínios cognitivo, emocional, motivacional e fisiológico. Identificar a etiologia

exata do TDM é desafiador, pois os pacientes com TDM apresentam uma constelação de sintomas que provavelmente não são explicados por um único mecanismo unificador (AKIL *et al.*, 2018).

No entanto, imagens funcionais humanas e estudos de tecidos pós-morte identificaram anormalidades em várias regiões do cérebro incluindo núcleos dentro da via de recompensa do cérebro (BORBÉLY *et al.*, 2022).

O TDM tem alta incidência na adolescência e está associado a prejuízos funcionais no trabalho, nas relações sociais e na vida familiar. Além disso, os indivíduos com TDM têm um risco aumentado de comportamento autolesivo e suicídio, demonstrando o grave impacto do transtorno (LENER *et al.*, 2017; AKIL *et al.*, 2018).

De fato, a prevalência geral de suicídio na adolescência aumentou para 14,2 por 100.000 habitantes, tornando-se a segunda maior causa de morte nessa faixa etária. Isso destaca a importância de desenvolver tratamentos eficazes de depressão para reduzir essas taxas (BEUREL *et al.*, 2020).

O objetivo deste estudo é analisar na literatura a fisiopatologia e o manejo clínico da depressão.

MÉTODO

O presente estudo utilizou como método a revisão integrativa da literatura, que conforme Galvão *et al.* (2012), é uma construção de uma análise ampla da literatura com passos pré-definidos, realizado via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e por meio de uma busca nas bases de dados Medline, PubMed e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) usando os cruzamentos os descritores “*depression*”, “*pathophysiology*” e “*treatment*”. Para a avaliação do problema de pesquisa e sua estratificação foi

utilizada a estratégia PVO (População/Problema, Variável/Resultados e *Outcomes*/Desfechos) sendo formulada a seguinte estratégia que pode ser observada no **Quadro 11.1**. A estratégia supracitada permitiu formular a seguinte questão norteadora: Quais os mecanismos fisiopatológicos da depressão? A partir da questão norteadora foram utilizados os operadores booleanos para a sistematização das buscas com o seguinte esquema: *Depression AND pathophysiology AND treatment*.

Quadro 11.1 Estratificação do problema de pesquisa seguindo estratégia PVO para formulação de pesquisa

P População	Pessoas com depressão.
V Variáveis	Fisiopatologia e manejo clínico.
O Desfechos	Como realizar manejo clínico da depressão.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos na língua inglesa; publicados nos últimos 5 anos e que abordem os mecanismos fisiopatológicos da depressão sendo selecionados apenas ensaios clínicos. No que diz respeito aos critérios de exclusão, dispensaram-se artigos que se distanciavam da temática central desta revisão e trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados pesquisadas.

Após a pré-leitura e leitura seletiva dos textos, foram selecionados 10 artigos (**Quadro 11.2**), nos quais realizou-se uma leitura interpretativa buscando responder à pergunta de pesquisa desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das buscas realizadas nas bases de dados, foi encontrado um total de 8.495 artigos,

sendo selecionados, 10 artigos encontrados na base de dados PubMed.

Os transtornos depressivos (TD) possuem fisiopatologia complexa que envolve fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais. No entanto, evidências sugerem que desregulações nos sistemas dopaminérgico e glutaminérgicos são a base da fisiopatologia de vários transtornos psiquiátricos, incluindo esquizofrenia e depressão (LENER *et al.*, 2017).

O sistema glutamatérgico passou a ser implicado na regulação do humor, principalmente a partir da observação da ação antidepressiva de antagonistas dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). A plena atividade dos neurotransmissores serotonina (5-HT), noradrenalina (NA), dopamina (DA), glutamato e GABA é essencial para a modulação das atividades cerebrais, como o comportamento motor, a cognição e as emoções (GÓRSKA *et al.*, 2019).

Alterações genéticas e estruturais, como polimorfismos dos receptores do sistema dopaminérgico e glutaminérgicos, provocam um desequilíbrio nas projeções nervosas e uma consequente hiperatividade das vias cerebrais integrativas. Estudos identificaram uma hiperatividade no córtex pré-frontal e na amígdala com o relato da depressão, principalmente a estímulos com componentes negativos (BROMBERGER & EPPERSON, 2018; MORA *et al.*, 2018; FANG *et al.*, 2019).

Os principais critérios sintomatológicos examinados em uma pessoa com o transtorno depressivo é a presença de humor triste, vazio ou irritável, associadamente a mudanças somáticas e/ou cognitivas que influem diretamente no funcionamento pleno de um sujeito (SAMPAIO-JUNIOR *et al.*, 2018).

Quadro 11.2 Distribuição dos artigos segundo o título, autores, objetivo, a abordagem do artigo, revista e ano

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	ABORDAGEM	REVISTA	ANO DE PUBLICAÇÃO
Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment.	FANG <i>et al.</i>	Destacar o tratamento dos distúrbios do sono antes, durante e após a depressão, o que provavelmente desempenha um papel importante na melhora dos resultados e na prevenção da recorrência da depressão.	Manejo Clínico	Journal of Cellular and Molecular Medicine	2019
The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation	BEUREL <i>et al.</i>	Descrever como o sistema imunológico regula o humor e as possíveis causas das respostas inflamatórias desreguladas em pacientes deprimidos.	Fisiopatologia	Neuron	2020
Novel drug developmental strategies for treatment-resistant depression.	BORBÉLY <i>et al.</i>	Revisar novos alvos de drogas e candidatos a drogas atualmente investigados em ensaios clínicos de Fase I-III. As abordagens mais promissoras são a inibição da neurotransmissão glutamatérgica por NMDA e mGlu 5 antagonistas de receptores, modulação do sistema opioide por antagonistas de receptores κ e derivados alucinógenos de triptamina.	Manejo clínico	British Journal of Pharmacology	2022
Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease.	BROMBERGER & EPPERSON	Discutir as evidências de que o envelhecimento reprodutivo está associado ao aumento do risco de depressão, bem como os diversos fatores endócrinos, genéticos, comportamentais e sociais que podem explicar a associação.	Manejo clínico	Obstetrics and Gynecology Clinics of North America	2018
Blood biomarkers and treatment response in major depression.	MORA <i>et al.</i>	Examinar as descobertas recentes, provenientes de diferentes 'ciências ômicas', em biomarcadores baseados no sangue humano associados à resposta ao tratamento antidepressivo, com atenção particular aos biomarcadores genéticos/epigenéticos e bioquímicos	Manejo clínico	Expert Review of Molecular Diagnostics	2018
Neuroplasticity in cognitive and psychological mechanisms of depression: an integrative model.	PRICE & DUMAN	Analisar a neuroplasticidade nos mecanismos cognitivos e psicológicos da depressão.	Manejo clínico	Molecular Psychiatry	2020
Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach.	AKIL <i>et al.</i>	Enfoca novas estratégias na descoberta de drogas antidepressivas, particularmente para pacientes com TRD.	Manejo clínico	Neuroscience and Behavioral Reviews	2018

Magnesium and ketamine in the treatment of depression.	GÓRSKA <i>et al.</i>	Analisar o uso do magnésio e cetamina no tratamento da depressão	Manejo clínico	Psychiatria Danubina	2019
Glutamate and Gamma-Aminobutyric Acid Systems in the Pathophysiology of Major Depression and Antidepressant Response to Ketamine.	LENER <i>et al.</i>	Examinar estudos que usam técnicas de eletroencefalografia (EEG), magnetoencefalografia (MEG) e ressonância magnética funcional (fMRI) para identificar padrões de circuitos neurais funcionais aberrantes em pacientes com MDD e BD. Em seguida, hipotetizamos as ligações entre anormalidades de neurotransmissores e déficits de neurocircuitos funcionais na depressão.	Fisiopatologia	Biological Psychiatry	2017
Efficacy and Safety of Transcranial Direct Current Stimulation as an Add-on Treatment for Bipolar Depression: A Randomized Clinical Trial.	SAMPAIO-JUNIOR <i>et al.</i>	Determinar a eficácia e a segurança do tDCS como tratamento complementar para a depressão bipolar.	Manejo clínico	JAMA Psychiatry	2018

O TDM é considerado a condição clássica do transtorno depressivo, com episódios com duração de pelo menos duas semanas, envolvendo alterações significativas, afetivas e cognitivas, como também em funções neurovegetativas, possuindo na maioria das vezes remissões episódicas (GÓRSKA *et al.*, 2019).

Já a forma mais crônica da depressão se apresenta no transtorno depressivo persistente (distímia), este diagnóstico é dado quando a alteração do humor é contínua e persiste por pelo menos dois anos (MORA *et al.*, 2018; PRICE & DUMAN *et al.*, 2020).

A maioria dos pacientes deprimidos é tratada na atenção primária e apenas uma pequena proporção deles é encaminhada para serviços de saúde mental. Embora tanto a medicação antidepressiva quanto as psicoterapias tenham efeitos pequenos, mas positivos na depressão, sem diferenças clinicamente relevantes a curto prazo, muitos clínicos gerais (GPs) tendem a prescrever medicamentos antidepressivos para pacientes deprimidos (BROMBERGER & EPPERSON, 2018; MORA *et al.*, 2018; FANG *et al.*, 2019).

Nas últimas décadas, vários tipos diferentes de psicoterapia para depressão foram desenvolvidos e testados na atenção primária. A psicoterapia pode ser definida como a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos com o propósito de ajudar as pessoas a modificar seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais em direções que os participantes considerem desejáveis (MORA *et al.*, 2018).

Os tipos de terapia que foram melhor examinados em ambientes de cuidados primários são terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de ativação comportamental (BAT), psicoterapia interpessoal (IPT), terapia de resolu-

ção de problemas e aconselhamento não diretivo (AKIL *et al.*, 2018).

Além das psicoterapias, as drogas também se mostraram eficazes no tratamento da depressão em meta-análises em larga escala de ensaios randomizados em vários contextos (PRINCE & DUMAN, 2018).

O tratamento combinado é mais eficaz do que a psicoterapia ou a farmacoterapia isoladamente. Verificou-se que a aceitabilidade é melhor para psicoterapia e tratamento combinado em comparação com antidepressivos isolados. A maioria das meta-análises neste campo examinou essas questões em vários contextos e não foi estabelecido se esses achados também são verdadeiros na atenção primária (BROMBERGER & EPPERSON, 2018).

Um desenvolvimento interessante nos últimos anos é a entrega remota de psicoterapias através da internet e aplicativos móveis. Está ficando cada vez mais claro que os efeitos dessas intervenções são comparáveis aos das terapias presenciais (FANG *et al.*, 2019).

Os diagnósticos psiquiátricos são tradicionalmente baseados na avaliação retrospectiva da história; as avaliações de acompanhamento são igualmente baseadas no relato do paciente das semanas ou meses intermediários desde a última consulta. O diagnóstico tem se concentrado na identificação de “episódios”, e o resultado clínico é muitas vezes dicotomizado, de modo que se um paciente não é julgado como atingindo os critérios para um episódio, ele/ela é considerado “bem” (PRICE & DUMAN, 2020).

A psicoeducação e os tratamentos psicológicos também têm um importante papel coadjuvante. Todos os tratamentos atuais têm eficácia limitada e os medicamentos podem ter sérios efeitos adversos. Os pacientes são crônicos e a adesão à farmacoterapia é fundamental para aumentar a chance de melhorar o prognóstico,

amenizando os episódios durante à vida (BROMBERGER & EPPERSON, 2018).

Embora nos últimos anos tenha ocorrido aumento nas pesquisas relacionadas ao diagnóstico, epidemiologia e tratamento da depressão, os pacientes com esse transtorno continuam sendo subdiagnosticados e tratados de forma inadequada. Uma melhor compreensão do mecanismo de ação das medicações utilizadas pode auxiliar no desenvolvimento de novos medicamentos (LENER *et al.*, 2017; MORA *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Por fim, identificar biomarcadores confiáveis de diagnóstico e resposta ao tratamento no TD tem sido um desafio, dada a heterogeneidade clínica desse distúrbio e a ampla variabilidade da resposta ao tratamento. Sendo necessário mais estudos voltados para a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da depressão para que assim se possa realizar um manejo terapêutico adequado dos pacientes.

O diagnóstico e tratamento baseado em evidências de pessoas com depressão devem ser realizados em um processo multiprofissional, com envolvimento próximo das pessoas afetadas e das pessoas mais próximas a elas. O tratamento psiquiátrico/psicoterapêutico moderno de pessoas com depressão deve ser sempre multiprofissional, e todos os envolvidos no tratamento devem manter uma atitude empática e apreciativa.

Sendo necessário os elementos de farmacoterapia, psicoterapia e tratamentos psicossociais devem ser oferecidos em termos de um plano de tratamento global com o envolvimento próximo da pessoa com depressão junto com seus familiares ou outras pessoas de referência.

Compreender a fisiopatologia da depressão é de extrema importância para que o manejo clínico do mesmo seja efetivo e que pacientes tenham uma melhor qualidade de vida através do tratamento realizado de forma mais precoce possível. Portanto, é essencial que ocorra a capacitação dos profissionais para que os mesmos realizem o diagnóstico diferencial dos pacientes.

As psicoterapias são eficazes no tratamento da depressão em pacientes da atenção primária. Os efeitos são comparáveis aos da medicação antidepressiva a curto prazo e provavelmente mais eficazes a longo prazo. O tratamento combinado é mais eficaz do que a psicoterapia ou a farmacoterapia isoladamente. A maioria dos pacientes prefere a psicoterapia à farmacoterapia e também é mais aceitável.

Nos últimos anos, ficou claro que as terapias podem ser efetivamente fornecidas em diferentes formatos, incluindo formatos baseados na Internet. Também pode ser fornecido por conselheiros de saúde leigos treinados, conforme demonstrado em um número crescente de estudos em países de baixa e média renda. O tipo de terapia também pode ser simplificado, como mostraram pesquisas recentes comparando a terapia cognitivo-comportamental e a ativação comportamental. Outro desenvolvimento recente interessante é o uso de tratamento psicológico como prevenção de depressão maior em pessoas com depressão sublimiar.

Finalmente, um número considerável de estudos mostrou que as psicoterapias podem ser efetivamente usadas como tratamento em adultos mais velhos, pacientes com distúrbios médicos gerais e na depressão perinatal. Os efeitos são provavelmente menores naqueles com problemas de uso de substâncias comórbidas, depressão crônica e em crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKIL, H. *et al.* Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 84, p. 272, 2018.
- BEUREL, E. *et al.* The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Neuron*, v. 107, n. 2, p. 234, 2020.
- BORBÉLY, É. *et al.* Novel drug developmental strategies for treatment-resistant depression. *British Journal of Pharmacology*, v. 179, n. 6, p. 1146, 2022.
- BROMBERGER, J.T. & EPPERSON, C.N. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 45, n. 4, p. 663, 2018.
- FANG, H. *et al.* Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, v. 23, n. 4, p. 2324, 2019.
- GÓRSKA, N. *et al.* Magnesium and ketamine in the treatment of depression. *Psychiatria Danubina*, v. 31, n. 3, p. 549, 2019.
- GALVÃO, C.M. *et al.* Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidegli MM, Sertório SCM. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde, p. 105, 2012.
- LENER, M.S. *et al.* Glutamate and Gamma-Aminobutyric Acid Systems in the Pathophysiology of Major Depression and Antidepressant Response to Ketamine. *Biological Psychiatry*, v. 81, n. 10, p. 886, 2017.
- MORA, C. *et al.* Blood biomarkers and treatment response in major depression. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, v. 18, n. 6, p. 513, 2018.
- PRICE, R.B. & DUMAN, R. Neuroplasticity in cognitive and psychological mechanisms of depression: an integrative model. *Molecular Psychiatry*, v. 25, n. 3, p. 530, 2020.
- SAMPAIO-JUNIOR, B. *et al.* Eficácia e Segurança da Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua como Tratamento Complementar para Depressão Bipolar: Um Ensaio Clínico Randomizado. *JAMA Psiquiatria*, v. 72, n. 2, p. 158, 2018.

Capítulo 12

ESCUTANDO O MUNDO DE UMA NOVA FORMA: A VIDA ANTES E APÓS A OTOPLASTIA

VINICYUS EDUARDO MELO AMORIM¹
ANA PAULA DE SOUZA MOITA²
ANDERSON DEODATO DA SILVA²
ANDRESA DOS SANTOS VIANA²
ARTHUR RODRIGUES CARDOSO²
BEATRIZ LAGES ZOLIN¹
BRUNO MOHR BICCA²
DANIEL WANDERLEY PRAGANA²
JÚLIA CIBELY DA SILVA SOUZA²
FELIPE RIGATTI DE SOUZA²
LARISSA CARARETO BRAVIN²
MARCOS TÚLIO ALVARES DE LIMA FÉLIX²
MATEUS MONTEIRO DOS SANTOS²
ROBERTA GOMES BARROS³
YASMIN MELO LA GRECA DE PAIVA²

1. *Discente – Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.*
2. *Discente – Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.*
3. *Discente – Medicina da Universidade Católica de Pernambuco.*

Palavras Chave: Otoplastia; Orelha de abano; Qualidade de vida; Autopercepção.



INTRODUÇÃO

A orelha de abano, também conhecida como orelha proeminente, tem por definição a abertura excessiva de seu ângulo de implantação no crânio, provocando um efeito inestético devido à projeção que forma em relação aos outros elementos da cabeça. Conseqüentemente, até as orelhas que possuem um tamanho adequado, tornam-se evidentes. A distância considerada normal da margem lateral da orelha até o crânio é de 2 cm ou menos (MÉLEGA *et al.*, 2011). Dessa forma, a orelha de abano classifica-se como a anormalidade mais comum da orelha, sendo, frequentemente, acompanhada de impactos psicológicos negativos para o indivíduo desde a infância até a sua vida adulta (PITANGUY, 1981).

A proeminência auricular, popularmente chamada de “orelhas de abano” é a anomalia crânio-cérvico-facial mais frequente com uma incidência aproximada de 5% em indivíduos brancos (SCLAFANI & MEYERS, 2021). Apesar de ser uma anomalia prevalente e determinante de inúmeros impactos psicossociais, é uma alteração considerada de importância secundária. Isso porque a alteração não influencia em nada o funcionamento fisiológico do aparelho auditivo. No entanto, estes indivíduos são recorrentemente alvo de bullying e situações de ridicularização, sobretudo crianças e adolescentes, ocasionando a reclusão, distanciamento social, depreciação da autoestima e baixo rendimento escolar deste jovem.

Diante de uma doença que tem um alto impacto na autoestima, a orelha de abano, termo utilizado muitas vezes em situações de bullying, é facilmente corrigida com técnicas de otoplastia. Além de melhora da autoestima, a cirurgia auxilia na questão do isolamento social e redução do bullying. No estudo de Aguilar, 127 pacientes foram submetidos ao procedimento e

todos eles relataram um maior nível de autoconfiança pós otoplastia (AGUILAR *et al.*, 2008).

Dessa forma, a otoplastia surge como uma solução para melhorar a aparência estética e qualidade de vida do indivíduo. O objetivo deste estudo é compreender o impacto da otoplastia na qualidade de vida de indivíduos com orelhas aladas, suas repercussões em sua vida pessoal e profissional, bem como os seus riscos cirúrgicos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de dezembro de 2022 e janeiro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores: “*Otoplasty*” e “*Satisfaction*” associados pelo operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês publicados no período de 2000 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, bem como estudos disponibilizados na íntegra.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: o que é e qual a origem embrionária das orelhas de abano, qual o impacto biopsicossocial na vida do indivíduo que a possui, o surgimento da otoplastia, quais as principais técnicas utilizadas para realização da correção cirúrgica, como a qualidade de vida do paciente é impactada e quais os questionários existentes para mensuração da satisfação do paciente com o procedimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A orelha de abano é uma patologia frequente na faixa etária pediátrica, sendo evidente já nos

primeiros anos de vida, podendo ser diagnosticada ao nascimento em cerca 60% dos casos (LIMA *et al*, 2020). A anomalia mostra-se presente em ambos os sexos na mesma proporção (LIMA *et al*, 2020), além de se apresentar majoritariamente de modo bilateral e com assimetria prévia a qualquer tipo de intervenção cirúrgica (CAOUILLE-LABERGE *et al*, 2000).

As orelhas aladas guardam uma forte relação genética, sendo a história familiar positiva em 59% dos casos. Sua transmissão genética segue um padrão autossômico dominante com penetrância variável (SCLAFANI & MEYERS, 2021). Apesar de não haver relação direta com alteração auditiva, visto que a orelha interna se desenvolve independentemente do pavilhão auricular, pode coincidir de estar presente com outras deformidades congênicas.

Entre as causas da proeminência auricular, a mais comum e responsável por até dois terços dos casos, é o apagamento ou a ausência da anti-hélice. No entanto, outras alterações também podem estar presentes sendo responsáveis pela projeção lateral da hélice, em concomitância ou não, sendo elas: hipertrofia da concha, aumento do ângulo cefaloconchal (>90°) e protusão do lóbulo (LIMA *et al*, 2020).

Desenvolvimento embrionário

O desenvolvimento embrionário da orelha é composto pelos três tecidos germinativos primários: ectoderma, mesoderma e endoderma. Devido às suas diferentes origens, cada qual com o seu próprio padrão, torna-se possível a formação de um aspecto único ao final do processo. As diversas formas anatômicas e defeitos congênicos são originários de variados desvios nesse processo (HELWANY *et al.*, 2022).

Em relação à orelha externa, que compõe a aurícula, seu desenvolvimento se inicia com a proliferação de tecidos oriundos da crista neural nas extremidades dorsais do primeiro e segundo

arco faríngeo. O primeiro arco está envolvido na formação do trago e do meato acústico externo, enquanto que o segundo arco está relacionado com a elaboração de praticamente toda orelha externa. A proliferação desses tecidos ocasiona a formação de três protuberâncias ao lado do meato acústico externo e, posteriormente, há uma fusão dessas saliências, formando o pavilhão auricular definitivo (SADLER, 2021).

Esse processo é comandado pelas vias moleculares que regulam a expressão do HOXA2. O primeiro arco faríngeo é coordenado pelo HOXA2-, enquanto os do segundo arco são pelo HOXA2+. Os defeitos congênicos estão relacionados a mutações nos genes envolvidos nas vias de HOXA2. As anormalidades dessa estrutura não são incomuns, tendo em vista a complexidade de sua morfologia. A crista neural dá origem tanto à orelha externa, como também está presente na formação de outros órgãos e tecidos. De tal maneira, as malformações da orelha externa muitas vezes estão associadas a anormalidades de outras estruturas como face, crânio e coração (SADLER, 2021). A origem da orelha de abano deriva tanto do desenvolvimento insuficiente da dobra da anti-hélice, ou mesmo do desenvolvimento exagerado da concha. Ambas as deformidades podem estar presentes no quadro, mas também ocorrem de forma isolada (PITANGUY, 1981).

Impactos na vida dos pacientes

Por muito tempo as orelhas proeminentes foram consideradas apenas como uma questão estética e isso minimizava o impacto na vida das pessoas com essa condição hereditária. No entanto, hoje se tem uma noção maior acerca dos impactos das orelhas de abano nos indivíduos portadores, uma vez que muitos estudos demonstraram que esses pacientes podem sofrer com baixa autoestima, isolamento social, intimidação e bullying por parte de colegas, o que

traz diversos efeitos danosos, principalmente, para crianças em idade escolar (CARVALHO *et al*, 2022).

As crianças tornam-se autoconscientes entre os 4 e 6 anos de idade. Durante esta fase da vida elas se tornam muito sensíveis e sabem quando são aceitos ou rejeitados. Nesse momento inicial do seu desenvolvimento, tais questões podem moldar completamente o seu comportamento futuro (MUTEWEYE & MUGUTI, 2015). Jones verificou em seu estudo que o bullying foi mais frequente em crianças com idades entre 7 e 14 anos, coincidindo com o início da vida escolar e o surgimento da percepção cognitiva das outras crianças de que as orelhas de abano são diferentes do padrão habitual (JONES *et al*, 2020).

Sendo assim, aqueles indivíduos que sofrem com esta alteração morfológica, geralmente desenvolvem baixa confiança, imagem corporal negativa e dificuldades de interação social. A introspecção decorre do medo e do receio de uma avaliação negativa durante as interações sociais, levando o indivíduo a se envolver cada vez menos em atividades sociáveis e em situações cada vez mais inócuas sendo percebidas como ameaçadoras (JONES *et al*, 2020). Nesse contexto, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é definida como um estado de bem-estar geral que leva em consideração os aspectos físicos, sociais e psicológicos sendo considerada um parâmetro relevante para indicação de uma cirurgia remodeladora como a otoplastia.

Corroborando com as implicações estéticas e sociais que as orelhas proeminentes podem trazer para os indivíduos, um estudo realizou a avaliação pós cirúrgica de 180 pacientes com idade de 3 a 36 anos (KAJOSAARI *et al*, 2017). Quando questionados, 62,7% dos participantes indicaram questões estéticas para a realização da cirurgia e 29,3% indicaram o bullying como motivo principal.

Apesar de a faixa etária mais acometida pelo bullying e repercussões psicossociais ser de crianças e adolescente, os problemas causados pelas orelhas proeminentes não se limita a esse intervalo. Um estudo demonstrou que adultos podem desenvolver problemas de ordem psicológica maiores comparado às crianças, devido ao longo tempo já convivido com o problema (SCHWENTNER, 2006). Embora não haja nenhuma indicação vital para a otoplastia, o fato de a deformidade auricular trazer morbidade psicológica para os adultos, isso é um forte argumento para a intervenção cirúrgica.

Reforçando tais evidências, um estudo avaliou os aspectos psicológicos de 62 pacientes antes e após a realização da otoplastia (HORLOCK *et al*, 2005). Os participantes do estudo relataram antes da realização da cirurgia uma autoconfiança reduzida (73%) e que isso afetava a sua vida social (54%) e as atividades de lazer (46%). No mesmo estudo os pacientes foram questionados sobre sua motivação para fazer o tratamento. Nos adultos, a resposta mais frequente foi porque estavam insatisfeitos com a aparência (73,1%), desejavam uma orelha normal (34,6%) ou um suporte para óculos (19,2%). Dessa forma, esses dados reforçam que os impactos sofridos com as orelhas proeminentes na infância continuam durante a vida adulta, interferindo, inclusive, em sua vida profissional.

Um trabalho avaliou a mudança comportamental dos indivíduos pós otoplastia por meio de um questionário a seus familiares e a maioria deles relataram diminuição da ansiedade, depressão, agressividade, problemas de atenção e interação social, melhora nas atividades escolares e até redução de complicações somáticas após a cirurgia (GASQUES, 2003). O trabalho de Jones *et al* também verificou que a cirurgia é capaz de reduzir a incidência de muitos impactos psicossociais, como o bullying, autopercep-

ção negativa, estresse, ansiedade, depressão, dificuldades de concentração e comportamentos agressivos (JONES *et al.*, 2020). Além disso, as evidências recomendam a correção cirúrgica das orelhas proeminentes em uma idade antes do início da vida escolar da criança, a fim de prevenir o sofrimento psicossocial, sendo indicada após os 7 anos de idade, período no qual as orelhas atingem cerca de 95% de seu desenvolvimento final (ALENCAR *et al.*, 2015; MÉ-LEGA *et al.*, 2011). Dessa forma, o Sistema Único de Saúde possui uma verba específica para realização gratuita de otoplastias em indivíduos que sofrem de danos psicológicos graves consequentes às orelhas de abano.

O surgimento da otoplastia

Técnicas de reconstrução auricular foram documentadas desde o século VII nos escritos de Sushruta (HAUBEN, 1984). Em meados do século XVI, Tagliacozzi, cirurgião italiano, publicou *De Curtorum Chirurgi*, que descrevia métodos de reconstrução auricular com retalhos retroauriculares. Foi Johann Dieffenbach, um cirurgião prussiano, no entanto, quem publicou a primeira técnica para tratar orelhas proeminentes, porém, ele estava tratando de uma aurícula proeminente pós-traumática (NAUMANN, 2007)

Em 1881, Ely publicou a primeira descrição em inglês da otoplastia, na qual fazia excisões de espessura total da cartilagem e da pele por meio de uma abordagem anterior. Mesmo nesse estágio inicial, observou-se que excisões cartilaginosas de espessura total apresentavam o risco de sulcos cartilaginosos não naturais (ELY, 1881). Em 1910, Lockett descreveu a ideia de restabelecer a dobra da anti-hélice ausente, a fim de melhorar a aparência proeminente da aurícula. Isso foi feito excisando a pele retroauricular no nível da nova anti-hélice proposta e excisando totalmente a cartilagem ao re-

tor da nova posição da anti-hélice para restaurar a dobra e, em seguida, suturando as bordas (ROGERS, 1969; SHIFFMAN, 2013).

Observando a aparência super corrigida das técnicas de otoplastia na época, em 1952, Becker divulgou a técnica de fazer incisões de espessura parcial ao longo da anti-hélice e, em seguida, utilizar técnicas de sutura em colchoeiro posterior para construção de tubos anti-hélice cônicos (BECKER, 1952). Mustarde, em 1963, introduziu o uso de apenas suturas para recriar a dobra anti-hélice, sem excisar a cartilagem, como forma de chegar a uma anti-hélice de aparência natural (MUSTARDE, 1963). O recuo concomastóideo, talvez mais conhecido como técnica de Furnas, foi descrito em 1968 por Furnas (FURNAS, 1968).

Principais técnicas de otoplastia

Centenas de técnicas foram descritas para a correção das orelhas proeminentes desde o início da otoplastia estética e, embora muito debatido, nenhuma abordagem se tornou universalmente preferida. As técnicas de otoplastia têm sido tipicamente divididas em dois tipos: corte da cartilagem e remodelação ou preservação da cartilagem, incluindo apenas a sutura da cartilagem.

As técnicas de corte de cartilagem incluem pontuação, abrasão, excisão e incisões de espessura total ou parcial na cartilagem auricular. Esses procedimentos dependem da flexão da cartilagem para longe do lado cortado e, normalmente, acredita-se que melhorem a duração dos resultados cirúrgicos, embora haja claramente um risco aumentado de deformidade pós-operatória secundária às superfícies pontiagudas criadas quando a cartilagem é cortada. A técnica de remodelagem puramente cartilaginosa implica no uso apenas de suturas para recriar a anatomia auricular normal. As cicatrizes e as deformidades de contorno são evitadas com o uso da otoplastia apenas com sutura; no entanto, há uma

taxa mais alta de anormalidade auricular (SCHNEIDER & SIDLE, 2018).

Independentemente da técnica, antes da cirurgia, uma história pré-operatória abrangente e exame físico devem ser realizados. Protrusão, proporcionalidade com as estruturas faciais, relações angulares do mastóide com aurícula e concha e todas as outras deformidades devem ser observadas para cada orelha individualmente e em relação umas às outras. Como todos os procedimentos estéticos, as fotografias pré e pós-operatórias são essenciais para fins de planejamento e documentação. Uma compreensão dos objetivos do paciente para a operação deve ser alcançada e expectativas realistas devem ser garantidas a esse respeito. As complicações e a importância de seguir as instruções pós-operatórias também devem ser discutidas detalhadamente com o paciente e/ou pais.

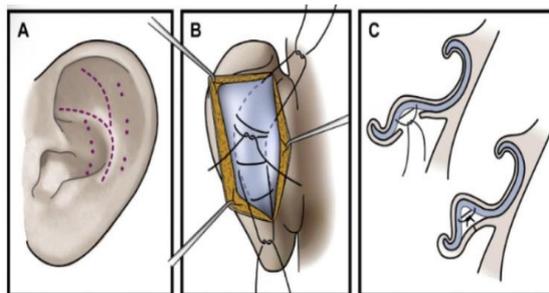
As principais técnicas cirúrgicas utilizadas para a realização da otoplastia consistem em: otoplastia aberta, otoplastia fechada; otoplastia combinada; e correção de anotia. A otoplastia aberta é a técnica cirúrgica mais comum utilizada para corrigir orelhas protuberantes. Consiste em uma incisão feita na parte de trás da orelha para remover ou moldar a cartilagem. Esta técnica permite ao cirurgião ter acesso direto à cartilagem da orelha e moldá-lo com precisão para alcançar o formato desejado. A incisão é geralmente feita na linha do sulco da orelha, de modo que a cicatriz fique discreta (NAUMANN, 2007; BECKER, 1952; FURNAS, 1968; SCHNEIDER & SIDLE, 2018).

Já a otoplastia fechada não envolve incisão na orelha. É realizada através de inserção de incisões pequenas na orelha para remover ou moldar a cartilagem. Essas incisões são feitas na parte interna da orelha, o que torna a cicatriz praticamente invisível. Esta técnica é geralmente recomendada para pacientes com orelhas protuberantes (NAUMANN, 2007; BECKER,

1952; FURNAS, 1968; SCHNEIDER & SIDLE, 2018).

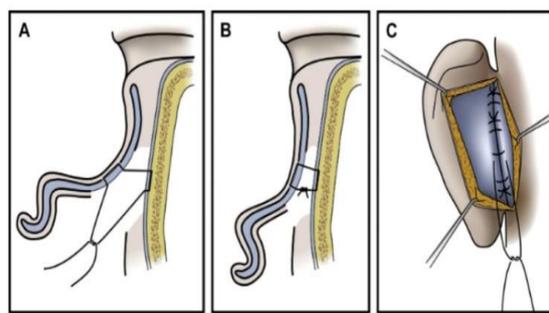
A otoplastia combinada é uma combinação das técnicas otoplastia aberta e fechada. Esta técnica é geralmente utilizada para pacientes com orelhas protuberantes graves e que necessitam de uma correção mais extensa. A incisão é feita na parte de trás da orelha, e também são realizadas incisões menores na parte interna da orelha (NAUMANN, 2007; SCHNEIDER & SIDLE, 2018). Essas três otoplastias podem utilizar da técnica de Mustardé ou da sutura concomastóidea, respectivamente, representadas a seguir nas **Figura 12.1** e **Figura 12.2** (SCHNEIDER & SIDLE, 2018).

Figura 12.1 Técnica de Mustardé



Legenda: (A) A linha média da dobra anti-hélice planejada é marcada com uma caneta marcadora antes de fazer uma incisão e pontos são feitos nos locais dos pontos horizontais planejados do colchão de Mustardé. (B) São demonstrados os pontos de colchão horizontal usados para criar a dobra anti-helicoidal, cada um sendo meio amarrado antes dos nós finais serem lançados. (C) Demonstração transversal das suturas de Mustardé com a incisão fechada. **Fonte:** SCHNEIDER & SIDLE, 2018.

Figura 12.2 Sutura concomastóidea



Legenda: (A) Demonstração da sutura concomastóidea antes do nó ser amarrado com segurança. (B) Demonstração transversal da sutura do recuo concomastóideo após ser amarrado com segurança. (C) Demonstração de várias suturas concomastóideas amarradas com segurança antes

de fechar a incisão na pele. **Fonte:** SCHNEIDER & SIDLE, 2018.

Por fim, a correção de anotia é uma técnica para a construção de uma orelha completa em indivíduos com ausência congênita de uma orelha. Esta técnica geralmente envolve a retirada de tecido da parte traseira da orelha, ou de outra área do corpo, para formar uma orelha nova. A cirurgia geralmente é realizada quando o paciente tem entre 5 e 7 anos, e pode ser realizada novamente quando o paciente atingir a idade adulta para ajustar a forma e tamanho da orelha nova (NAUMANN, 2007; SCHNEIDER & SIDLE, 2018).

Complicações da otoplastia

Para que se evite maiores complicações, é necessário que os curativos sejam trocados logo no primeiro dia de pós-operatório, uma vez que o diagnóstico precoce de hematomas ou de mau posicionamento da orelha diminui a chance de haver complicações. De acordo com Furnas, no pós-operatório, podemos notar que algumas complicações são possíveis: dor e sensibilidade na região; hematomas; mau posicionamento do pavilhão auricular; infecção; queloides e cicatrizes hipertróficas; complicações de sutura; recidiva das orelhas proeminentes; distorção do canal auricular; e complicações psicológicas (FURNAS, 1968).

Alguns estudos apontam pequenas variações no percentual de complicações (MÉLEGA *et al.*, 2011). Para Baker e Converse (1979), citados por Furnas, as complicações mais presentes foram queiloide em negros (11%) e em caucasianos (2,1%), recidiva das orelhas proeminentes (4%), orelha em telefone (4%), celulite localizada (1,2%), hematoma (0,8%), cicatriz hipertrófica (0,7%), e condrite (0,7%). Já para Adamson (1985), as complicações variaram entre 7,1% e 11,4%, sendo elas 8% de granuloma, 3% de hematoma e 2% de infecção. Quanto a reci-

diva, Nielsen *et al.* (1985), encontrou 11%, Mahler (1986), encontrou 20% e Pitanguy *et al.* (1987), encontrou 0,61%.

Orelha de abano em populações africanas

Um estudo antropométrico avaliou a frequência de orelhas proeminentes em crianças negras em Zimbábue (MUTEWEYE & MUGUTI, 2015). Para esse estudo, foram visitadas três escolas primárias, escolhidas de forma randômica, sendo uma em área de baixa densidade populacional e duas em área de alta densidade populacional. Os pesquisadores mediram o comprimento e projeção das orelhas, juntamente com a altura da face, usando um paquímetro de deslizamento, de 305 crianças saudáveis, entre 9 e 13 anos, sem distinção de sexo, excluindo do estudo aquelas crianças que apresentassem anomalias congênitas, tumores de orelha ou histórico de trauma na orelha.

Um total de 6.89% das crianças que participaram do estudo tinham orelha direita proeminente, e 6,56% tinha a orelha esquerda proeminente, concluindo que a prevalência em crianças negras africanas, dentro da população estudada, é comparável aos dados já coletados entre caucasianos. Dentro da sociedade zimbabueana, o nível de estigmatização de crianças com orelha proeminente é desconhecido, assim como o nível de conscientização da deformidade, o que demonstra que o estigma negativo de possuir uma “orelha de abano” pode estar diretamente atrelado a parâmetros socioculturais específicos de certos lugares (MUTEWEYE & MUGUTI, 2015).

Satisfação pós otoplastia

Desenvolver e aplicar ferramentas que permitam quantificar o grau de satisfação e melhora na qualidade de vida dos indivíduos submetidos à cirurgia é essencial desde o pré-operatório até os meses que se sucedem após o

momento da cirurgia. No entanto, a avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à otoplastia torna-se difícil, devido à escassez de dados na literatura.

Dentre os mecanismos usados para quantificar a satisfação dos pacientes, tem-se a Escala de Resultados de Glasgow (ERG), que consiste em um questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Um estudo retrospectivo realizado com pacientes submetidos à otoplastia, utilizou-se essa ferramenta de avaliação, encontrando-se um potencial aumento do escore do ERG no pós-operatório, em comparação com o resultado do pré-operatório, demonstrando ganho na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento (MARONE *et al*, 2012).

Como uma possibilidade de avaliação objetiva de resultados no pós-operatório, em um estudo realizado pelo serviço de cirurgia plástica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, foram realizadas medidas da distância entre a porção mais lateral da hélice e a superfície da região mastoideia em três pontos - superior, médio e inferior - de 23 pacientes que foram submetidos às suturas de Mustardé e Furnas para a correção da antélice e ângulo céfalo-conchal, respectivamente (CALDERONI *et al*, 2016). Essas medições basearam-se no estudo de Messner & Crysdale e se deram no momento pré-operatório, sucedendo-se do pós-operatório imediato até retornos, que se deram nos trinta dias, três meses, seis meses e um ano subsequentes ao momento cirúrgico (MESSNER & CRYSDALE, 1996).

Com essa avaliação, foi possível, de maneira objetiva, registrar valores que refletiam a evolução do pós-operatório dos pacientes, o que auxiliou, de maneira importante, o serviço de cirurgia plástica a tomar a decisão de quando reoperar, ou não, os pacientes não levando em conta unicamente a autopercepção e grau de satisfação do indivíduo. Ademais, foi percebido que a introdução da raspagem anterior da carti-

lagem na topografia da antélice, como procedimento associado à técnica já estabelecida de otoplastia, poderia estar associado a menores índices de reoperações (CALDERONI *et al*, 2016).

Dessa forma, fica evidente a importância de sistematizar a avaliação pós-operatória, de tal forma que considere, além do referido grau de satisfação, qualidade de vida e autopercepção do indivíduo, uma métrica objetiva de avaliação pós-operatória que possibilite um melhor acompanhamento da evolução pós-operatória dos pacientes, bem como uma comparação fidedigna das diversas técnicas e seus graus de sucesso operatório.

CONCLUSÃO

A Otoplastia representa um dos procedimentos estéticos mais comuns em crianças e adolescentes, sendo a orelha proeminente uma condição que afeta cerca de 5% da população geral. A correção é responsabilidade da cirurgia plástica e, na maioria dos casos, é motivada por bullying e questões relacionadas à autoestima, podendo ser feita a partir dos 7 anos de idade. Nesse sentido, a intervenção cirúrgica recebe grande importância para mitigar o sofrimento psicológico e elevar a autoestima de pacientes com deformidades auriculares.

A otoplastia mostrou-se, na maioria dos casos, ser uma técnica cirúrgica eficiente para o tratamento de orelhas proeminentes, garantindo a satisfação com a aparência física dos pacientes no resultado pós-operatório e, gerando, por isso, um ganho psicossocial bastante importante. Além de melhorar a autoestima do indivíduo, é capaz de reduzir a incidência de muitos impactos psicossociais, como o bullying, autopercepção negativa, estresse, ansiedade, depressão, dificuldades de concentração e comportamentos agressivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMSON, P.A. Complications of otoplasty. *Ear, Nose and Throat Journal*, v. 64, p. 568, 1985.
- AGUILAR, R. *et al.* Estudio de la evolución de 238 otoplastias mediante encuesta de satisfacción [A satisfaction survey of the evolution of 238 otoplasty]. *Cirurgia pediátrica: organo oficial de la Sociedad Espanola de Cirurgia Pediatrica*, v. 21, n. 2, p. 104, 2008.
- ALENCAR, E.C. *et al.* Correção cirúrgica de orelhas em abano: associação das técnicas de Furnas e Mustardé. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 30, n. 3, p. 439, 2015.
- BECKER, O.J. Correction of the protruding deformed ear. *British Journal of Plastic Surgery*, v. 5, n. 3, p. 187, 1952.
- CALDERONI, D.R. *et al.* Desenvolvimento e aplicação de um protocolo antropométrico para a avaliação de resultados de otoplastia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 31, n. 1, p. 66, 2016.
- CAOQUETTE-LABERGE, L. *et al.* Otoplasty: Anterior Scoring Technique and Results in 500 Cases. *Plastic & Reconstructive Surgery*, v. 105, n. 2, p. 504, 2000.
- CARVALHO, C. *et al.* Quality of life after otoplasty for prominent ears in children. *Acta Otorrinolaringológica Española*, v. S2173, p. 00118, 2022.
- MÉLEGA, J.M. *et al.* *Cirurgia plástica: os princípios e a atualidade* - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ELY, E. An operation for prominence of the auricles. *Archives of otolaryngology*, v. 19, p. 9, 1881.
- FURNAS, D.W. Correction of prominent ears by concha-mastoid sutures. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 42, n. 3, p. 189, 1968.
- GASQUES, J.A.L. Efeitos psicossociais da otoplastia em crianças com orelhas proeminentes (em abano). 2004. 22 f. Tese (Doutorado em Medicina Interna; Medicina e Ciências Correlatas) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2004.
- HAUBEN, D.J. *Sushruta Samhita (Sushruta's collection) (800-600 B.C.?). Pioneers of plastic surgery.* *Acta Chirurgiae Plasticae*, v. 26, n. 2, p. 65, 1984.
- HELWANY, M. *et al.* *Embryology, Ear.* StatPearls, StatPearls Publishing, 2022.
- HORLOCK, N. *et al.* Psychosocial Outcome of Patients After Ear Reconstruction - A Retrospective Study of 62 Patients. *Annals of Plastic Surgery*, v. 54, n. 5, p. 517, 2005.
- JONES, E.S. *et al.* The psychological, social and educational impact of prominent ears: A systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, v. 73, p. 2111, 2020.
- KAJOSAARI, L. *et al.* Otoplasty for prominent ears e demographics and surgical timing in different populations. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 100, p. 52, 2017.
- LIMA, M.F.M.B. *et al.* Comparação de técnicas cirúrgicas de correção de orelhas proeminentes: Mustardé versus converse. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 35, n. 2, p. 154, 2020.
- MAHLER D. The correction of the prominent ear. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 10, p. 29, 1986.
- MARONE, S.A.M. *et al.* Utilização do questionário ERG na avaliação do grau de satisfação dos pacientes submetidos à otoplastia em um serviço de residência médica de otorrinolaringologia. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 78, n. 1, 2012.
- MESSNER, A.H. & CRYSDALE, W.S. Otoplasty. Clinical protocol and long-term results. *Archives of Otolaryngology-head & neck Surgery*, v. 122, n. 7, p. 773, 1996.
- MUSTARDE, J.C. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *British Journal of Plastic Surgery*, v. 16, p. 170, 1963.
- MUTEWEYE, W. & MUGUTI, G.I. Prominent ears: Anthropometric study of the external ear of primary school children of Harare, Zimbabwe. *Annals of Medicine and Surgery (Lond)*, v. 4, n. 3, p. 287, 2015.
- NAUMANN, A. Otoplasty - techniques, characteristics and risks. *GMS current topics in otorhinolaryngology, head and neck surgery*, v. 6, 2007.
- NIELSEN F. *et al.* Prominent ears: A follow-up study. *Journal of laryngology and otology*, v. 99, n. 3, p. 221, 1985.
- PITANGUY, I. *Aesthetic Plastic Surgery of Head and Body.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 1981
- ROGERS, B.O. The classic reprint. A New Operation for Prominent Ears Based on the Anatomy of the Deformity by William H. Lockett, M.D. (reprinted from *Surgery, Gynecology and Obstetrics.*, 10: 635-7, 1910). *Plastic and reconstructive surgery*, v. 43, n. 1, p. 83, 1969.

SADLER, T.W. Langman Embriologia Médica. 14th edição. Grupo GEN, 2021

SCHNEIDER, A.L. & SIDLE, D.M. Cosmetic Otoplasty. Facial Plastic Surgery Clinics of North America, v. 26, n. 1, p. 19, 2018.

SCHWENTNER, I. Health-related Quality of Life Outcome of Adult Patients after Otoplasty. The journal of craniofacial surgery, v. 17, n. 4, p. 629, 2006.

SCLAFANI, A.P. & MEYERS, A.D. Otoplasty. Medscape. 2021. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/839886-overview> Acesso em: 15 jan. 2023.

SHIFFMAN, M.A. History of otoplasty: review of literature. In: Shiffman M, editor. Advanced cosmetic otoplasty: art, science, and new clinical techniques. Berlin: Springer; p. 43, 2013.

Capítulo 13

O PROMISSOR PAPEL DOS PROBIÓTICOS NO CONTROLE DO AUTISMO

YGOR JOSÉ DE MELO MESQUITA¹
HUMBERTO DE ARAÚJO TENÓRIO²
ALLAN MAIA ANDRADE DE SOUZA²

1. *Discente - Medicina do Centro Universitário Tiradentes (UNIT) - Alagoas;*
2. *Docente - Medicina do Centro Universitário Tiradentes (UNIT) - Alagoas.*

Palavras Chave: Autismo; Probióticos; Microbiota intestinal.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por sintomas como dificuldades de interação social, comunicação e comportamentos repetitivos e restritos, sendo estes presentes desde o início da infância (APA, 2022). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), o autismo afeta hoje aproximadamente 1 em cada 100 crianças no mundo inteiro, aumentando progressivamente sua prevalência a cada ano.

Nos últimos anos, diversos problemas gastrointestinais (GI), como constipação, diarreia, intolerância alimentar e disbiose intestinal, vêm sendo documentados e associados à gravidade do quadro (GORRINDO *et al.*, 2012). Embora saiba-se que um terço dos casos possam estar ligados a causas genéticas (YU *et al.*, 2015), investigações recentes sugerem fortemente que a disbiose intestinal pode desempenhar um papel importante na patogênese do autismo (FATTORUSSO *et al.*, 2019). Na última década, através de estudos do eixo cérebro-intestino, a associação entre a disbiose e o desenvolvimento de patologias neuropsiquiátricas vem sendo muito postulado e ganhando reconhecimento de toda comunidade científica.

Para assimilar a correlação que existe entre a disbiose e o TEA, primeiro deve-se compreender a conformação da flora intestinal do paciente com autismo. Em condições normais, o trato gastrointestinal (TGI) humano é colonizado por bactérias *Archaea* e *eucariontes*, as quais se aproximam da mesma quantidade de células humanas no corpo (SENDER *et al.*, 2016). Há muito tempo se pensou que durante a vida fetal o TGI era estéril, no entanto, estudos recentes tem demonstrado a presença de um mi-

crobioma na placenta, órgão materno-fetal responsável pelo transporte de nutrientes e oxigênio ao feto (FATTORUSSO *et al.*, 2019). Tal assertiva sugere que a exposição à bactéria e o início da flora intestinal fetal podem ocorrer mesmo antes do nascimento durante a vida intrauterina via colonização placentária. No momento do parto, o recém-nascido é exposto a infecções vaginais, fecais e cutâneas, sendo, portanto, as bactérias maternas responsáveis pela primeira colonização gastrointestinal substancial do recém-nascido (DOMINGUEZ-BELLO *et al.*, 2010).

Desde o nascimento, diversos fatores pós-natais podem afetar a colonização do TGI, tais como: tipo de parto, estresse, dieta e uso de antibiótico. O intestino infantil saudável é inicialmente dominado por *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*, no entanto, é instável durante os primeiros anos de vida, durante o desmame e introdução alimentar, estabilizando-se em seguida para uma composição mais adulta por volta dos 3 anos de idade (RODRÍGUEZ *et al.*, 2015). Os filos dominantes de bactérias no intestino adulto saudável são *Firmicutes* e *Bacteroidetes*, com uma porção menor da microbiota composta por *Actinobacteria*, *Proteobacteria* e *Verrucomicrobia* (RINNINELLA *et al.*, 2019). Uma vez estabelecida, a microbiota passa a manter uma relação de simbiose com o hospedeiro, contribuindo para funções essenciais, como digestão de alimentos, colheita de energia e armazenamento, desenvolvimento do sistema imunológico, manutenção da função e integridade da barreira intestinal e proteção contra organismos patógenos (FELICE & O'MAHONY, 2017).

Embora ainda não seja amplamente discutido, a microbiota intestinal desempenha um papel fundamental na comunicação entre o TGI e o sistema nervoso central (SNC), por meio de um processo complexo que envolve vias neurais, metabólicas, e mecanismos endócrinos

(CRYAN & O'MAHONY, 2011). Um número crescente de estudos comprova a participação da microbiota na modulação de etapas importantes do desenvolvimento do SNC, onde sua perturbação no início da vida pode trazer efeitos duradouros no desenvolvimento do sistema nervoso central e entérico (HEISS & OLOFSSON, 2019).

Dessa forma, conclui-se que a parceria entre os microrganismos e o hospedeiro é essencial para a saúde e sobrevivência. Em pessoas dentro do espectro autista, entretanto, esse equilíbrio parece estar prejudicado. Diferentemente do observado na população geral, evidências sugerem que a flora intestinal do paciente com TEA apresenta uma maior abundância de bactérias do gênero *Clostridium*, as quais são capazes de sintetizar certos produtos metabólicos que são potencialmente tóxicos para os seres humanos, como fenóis, p-cresol e certos derivados de indol (FINEGOLD, 2008). Outros estudos observados em amostras de fezes de crianças autistas demonstraram uma diminuição da relação entre os filos *Bacteroidetes* e *Firmicutes*, que apontou números elevados de *Firmicutes* em contraste com níveis diminuídos de *Bacteroidetes* (STRATI *et al.*, 2017). O filo *Bacteroidetes* é responsável pela digestão de polissacarídeos, tendo como produto final os ácidos graxos de cadeia curta (SCFA) que, além de apresentar um papel fundamental como fonte de energia, atravessam a BHE e influenciam o cérebro imaturo modulando a produção do neurotransmissor serotonina e dopamina (DE ANGELIS *et al.*, 2015). Portanto, como consequência da diminuição de *Bacteroidetes*, concentrações mais baixas de SCFAs são encontradas em crianças autistas (DE ANGELIS *et al.*, 2013), indicando uma redução na capacidade de fermentação da microbiota e prejuízo na modulação do SNC.

Em contrapartida, alguns estudos indicam aumento dos níveis de *Bacteroidetes* em indiví-

duos com autismo grave, e que os produtos finais de seu metabolismo, especialmente o ácido propiônico, provocam uma resposta inflamatória no sistema nervoso central, induzindo a mudanças comportamentais características do autismo (FINEGOLD *et al.*, 2010). A diminuição dos níveis do gênero *Bifidobacterium*, o qual poderia ter um papel protetor no autismo através de suas propriedades anti-inflamatórias, também foram relatados, assim como níveis reduzidos de *Prevotella*, *Coprococcus* e *Veillonellaceae*, que são responsáveis pela digestão e fermentação de carboidratos (FATTORUSSO *et al.*, 2019).

Sendo assim, todo esse desequilíbrio da flora intestinal e a inflamação consequente resultam na quebra da barreira mucosa intestinal, levando ao aumento da sua permeabilidade à peptídeos exógenos de origem alimentar ou peptídeos neurotóxicos (endotoxinas) de origem bacteriana (como lipopolissacarídeo) (DE ANGELIS *et al.*, 2015). Tal afirmação dá sustentação para uma das hipóteses mais consideradas sobre o mecanismo patogênico do TEA, a qual sugere que uma vez transposta a barreira intestinal, os antígenos e complexos imunes podem facilmente atravessar a barreira hematoencefálica (BHE), levando a uma cadeia de eventos que causam a neuroinflamação e, portanto, a doença subsequente (FIORENTINO *et al.*, 2016).

Estudos pré-clínicos demonstraram que o lipopolissacarídeo, ao atravessar a BHE e atingir o cérebro (amígdala), induzem danos neurais, alterações comportamentais, comprometimento cognitivo e neuroinflamação por meio da ativação da via de sinalização NF-κB (fator nuclear kappa B), que é associada à ativação da microglia e neurotoxicidade (SETTANNI *et al.*, 2021).

É primordial considerar também a teoria da serotonina, a qual é sintetizada tanto no cérebro como no intestino a partir do aminoácido tripto-

fano. A inflamação no trato intestinal causada pela disbiose leva à produção exagerada de serotonina pelas células enterocromafins e mastócitos intestinais, reduzindo a concentração de triptofano disponível para a síntese de serotonina no cérebro. Como consequência dessa redução o paciente apresenta alterações de humor e disfunção cognitiva, ocasionando as alterações comportamentais observadas no autismo (CHIDAMBARAM *et al.*, 2020). Alguns autores acreditam que essa série de processos podem começar desde a vida intrauterina até o pós-parto. Isso se deve ao fato de que um desequilíbrio na via da serotonina pode estar implicado no desenvolvimento de TEA, uma vez que esse neurotransmissor regula o desenvolvimento do SNC durante a vida fetal e na primeira infância (YANG *et al.*, 2014).

Embora não haja consenso entre os autores, e seja qual for a teoria (dentre as diversas existentes), todas apontam para uma provável correlação entre a disbiose e a gravidade dos sintomas no autismo. Levando isso em conta, diversos estudos baseados na suplementação de probióticos foram realizados na última década buscando uma solução para o controle do TEA com base no reequilíbrio da microbiota intestinal. Sendo o autismo uma enfermidade tão prevalente e intratável, os resultados se mostraram surpreendentemente promissores. Portanto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma análise integrativa dos estudos revisados sobre a efeito da suplementação de probióticos no controle de sintomas sociocomportamentais do TEA.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de março a novembro de 2022, por meio de pesquisas nas seguintes bases de dados:

PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores: “autism” (autismo) e “probiotic (s)” (probióticos). Desta busca foram encontrados 278 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período entre os anos de 2010 e 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa; estudos do tipo ensaios clínicos em humanos, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 9 (nove) artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas e após discutidos de forma descritiva ao longo do corpo da discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente revisão baseou-se na extração, síntese e discussão de nove ensaios clínicos, indexados nas plataformas: PubMed, SciELO e LILACS. As evidências extraídas dos estudos incluídos na revisão encontram-se sumarizadas e descritas na **Tabela 13.1**.

Em relação à proposta desse estudo, ou seja, a avaliação da eficácia dos probióticos no controle dos sintomas comportamentais do autismo, observou-se, nos nove artigos analisados, uma significativa melhora na gravidade do quadro em diferentes escalas e recortes etários. Além do progresso nos sintomas comportamentais, também foram observados, em todos os artigos avaliados, algum grau de melhora nos sintomas gastrointestinais (GI).

Tabela 13.1 Principais ensaios clínicos que avaliaram a eficácia de probióticos no controle dos sintomas no Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Referência	Amostra	Suplementação	Principais resultados
WANG <i>et al.</i> , 2020	Público alvo: crianças com TEA (n=26) e neurotípicas (n=24), com idade entre 3 e 9 anos	Prebiótico: frutooligosacarídeos (FOS); Probiótico: 4 (quatro) cepas probióticas (<i>Bifidobacterium infantis</i> Bi-26, <i>Lactobacillus Rhamnosus</i> HN001, <i>Bifidobacterium lactis</i> BL-04 e <i>Lactobacillus Paracasei</i> LPC-37); Dose: 10 ¹⁰ UFC ¹ /pacote/dia Duração: 108 dias	Ao final de 30 dias as pontuações gerais do ATEC ² diminuíram, mas não significativamente, após a suplementação com probióticos + FOS. Em 60 dias a diminuição na gravidade dos sintomas autistas já era significativa, conforme foi avaliada através do teste de fala/linguagem/comunicação do ATEC ² e categorias de sociabilidade. Ao final de 108 dias, os sintomas dos autistas foram novamente avaliados usando pontuações ATEC ² , demonstrando uma melhora expressiva desde o 60º dia. O grupo placebo não obteve resultados significantes
SHAABAN <i>et al.</i> , 2018	Público alvo: crianças com TEA (n=30), com idade entre 5 e 9 anos	Probiótico: 3 (três) cepas probióticas (<i>Lactobacillus acidophilus</i> , <i>Lactobacillus rhamnosus</i> e <i>Bifidobacteria longum</i>); Dose: 5g/dia (100x10 ⁶ UFC ¹ /g); Duração: 3 meses.	Ao final dos três meses de suplementação, as pontuações da fala/linguagem/comunicação, avaliadas pelo ATEC ² , progrediram consideravelmente, com os entrevistados relatando melhorias significativas também na sociabilidade, consciência sensorial/cognitivo e saúde/físico/comportamento. Após o final da suplementação, também foi observada uma melhora considerável na pontuação total do ATEC ² .
SANCTUARY <i>et al.</i> , 2019	Público alvo: crianças com TEA (n=11) com comorbidades gastrointestinais, com idade entre 8 e 11 anos	Prebiótico: <i>Bifidobacterium infantis</i> ; Prebiótico: <i>Bovine Colostrum Product</i> (BCP - Produto do Colostro Bovino); Dose: 0,15 g/lb/ Kg/dia e 20 bilhões de UFC ¹ por dia; Duração: 12 semanas.	Não foram observadas diferenças nos comportamentos adaptativos (por exemplo, capacidade de autocuidado) com base no questionário ABAS-II ³ ou em comportamentos repetitivos baseados no RBS-R ⁴ . Uma redução significativa em certos comportamentos aberrantes foi encontrada com base no questionário do ABC ⁵ durante o tratamento apenas com prebióticos. No grupo em uso de prebióticos isolados, houve uma redução expressiva na irritabilidade, estereotípias, hiperatividade, juntamente com uma tendência de redução significativa da letargia. O tratamento combinado demonstrou uma redução considerável apenas na letargia. Embora não houvesse diferença significativa na maioria das pontuações entre os grupos de tratamento, houve uma melhora significativa na estereotípias no grupo que fez uso de prebióticos isolado em comparação com o grupo de tratamento combinado.
KONG <i>et al.</i> , 2021	Público alvo: indivíduos com TEA (n=35), com idade entre 3 e 20 anos	Probiótico: <i>Lactobacillus plantarum</i> PS128; Dose: 2 (duas) cápsulas por dia (6 × 10 ¹⁰ UFC ¹); Associado a ocitocina (Spray Syntocinon®) administrada por via nasal Dose: 1ª semana: 1 puff (4 UI/dia); 2ª semana: 1 puff por narina (8 UI/dia); 3ª semana: 1 puff por narina duas vezes ao dia (16UI/dia);	Foram observadas melhorias nos escores do ABC ⁵ e do SRS ⁶ e melhorias significativas do CGI ⁷ entre aqueles que receberam probióticos e terapia combinada de ocitocina em comparação com aqueles que receberam placebo (p <0,05). Os achados sugerem efeitos sinérgicos entre os probióticos PS128 e a ocitocina em pacientes com TEA, embora seja necessária uma investigação mais aprofundada.

		4ª semana: 2 puffs por narina duas vezes ao dia (32UI/dia); Duração: 28 semanas.	
MENSI <i>et al.</i> , 2021	Público alvo: pacientes com TEA (n=131), com intervalo de idade de 86,1 ± 41,1 meses	Probiótico: <i>Lactobacillus plantarum</i> PS128 (grupo LP); Dose: de 3×10^{10} UFC ¹ se peso <30 kg e 6×10^{10} UFC ¹ se peso > 30 kg; Duração: 6 meses	Os efeitos positivos mais frequentemente relatados foram um aumento do nível de atenção compartilhada (54 sujeitos), uma redução de movimentos estereotipados (43 sujeitos), um aumento nas aquisições funcionais em termos de habilidades de comunicação (32 sujeitos) e autônomo (23 sujeitos). Para alguns pacientes, melhorias em duas ou mais dessas áreas foram relatadas ao mesmo tempo.
MEGUID <i>et al.</i> , 2022	Público alvo: crianças com TEA (n=40), com idade entre 2 e 5 anos.	Probiótico: <i>Bifidobacterium</i> ; Dose: 10g de suplementos alimentares contendo cepas probióticas (10^8 /g), uma vez ao dia; Duração: 3 meses.	Houve uma grande melhora nas relações interpessoais, uso do corpo, resposta visual, comunicação verbal e resposta intelectual. Também foi observada uma grande evolução na imitação, uso de objetos, adaptação à mudança, medo ou nervosismo e comunicação não verbal após a suplementação com probiótico. Os resultados também evidenciaram que o produto probiótico melhorou os resultados da escala CARS ⁸ em 90%, onde houve melhora nos distúrbios do sono em 80%, comunicação verbal em 32%, comunicação em redes sociais 31,4%, e redução da hiperatividade em 25%.
NIU <i>et al.</i> , 2019	Público alvo: crianças com TEA (n=144), com idade entre 3 e 8 anos.	Probiótico: 6 (seis) cepas de bactérias; contendo, cada, 1 bilhão de UFC ¹ /grama; Dose: 6g/dia (36 bilhões de UFC ¹ no total); Duração: 4 semanas.	Em 83,8% das crianças com TEA, os escores totais do ATEC ² diminuíram em média 8,1 pontos. Os escores de Fala/Comunicação Linguística, Socialidade, Consciência Sensorial/Cognitiva e Saúde/Física/Comportamento também diminuíram significativamente. Entre eles, os escores de Saúde/Físico/Comportamento foram os que mais declinaram. O questionário observacional das crianças com TEA indicou que, entre as 31 crianças que apresentaram escores ATEC ² diminuídos, 17 também apresentaram melhora em seus sintomas comportamentais (contato visual, obediência, comportamento de autolesão, etc.), 18 apresentaram melhora do humor (frequência de choro, adesão), 19 pacientes apresentaram melhora nos sintomas relacionados a alimentação (melhora no apetite etc), e 13 pacientes apresentaram melhora na qualidade do sono.
SANTOCCHI <i>et al.</i> , 2020	Público alvo: pré-escolares com TEA (n=85), com idade média de 4 anos.	Probióticos: Visbiome®. Cada pacote com 450 bilhões de oito cepas probióticas: <i>Streptococcus thermophilus</i> , <i>Bifidobacterium breve</i> , <i>Bifidobacterium longum</i> , <i>Bifidobacterium infantis</i> , <i>Lactobacillus acidophilus</i> , <i>Lactobacillus plantarum</i> , <i>Lactobacillus para-casei</i> , <i>Lactobacillus delbrueckii subsp. Bulgaricus</i> ; Dose: 2 (dois) sachês/dia no primeiro mês de tratamento e 1 (um) sachê/dia nos 5 meses seguintes; Duração: 6 meses.	Foi encontrado um efeito positivo dos probióticos no funcionamento adaptativo (nas subescalas de habilidades receptivas, habilidades domésticas e habilidades de enfrentamento do VABS-II ⁹), e nas vias de desenvolvimento e processamento multissensorial, este último sendo relatado pelo DSM-5 entre os principais sintomas do TEA

GUIDETTI <i>et al.</i> , 2022	Público alvo: indivíduos com diagnóstico de TEA (n=61), com idade entre 24 meses e 16 anos.	Probiótico: <i>Limosilactobacillus fermentum</i> , <i>Ligilactobacillus salivarius</i> , <i>Lactiplantibacillus plantarum</i> e uma mistura de cinco cepas de <i>Bifidobacterium longum</i> ; Dose: 1 (um) sachê/dia contendo 2,5 g (10×10^9 UFC ¹); Duração: 8 meses.	Foram observadas melhorias na escala de linguagem receptiva, bem como o aspecto sócio-relacional, na atitude de comunicação (VABS-I ¹⁰) e comportamentos desadaptativos (PEP-3 ¹¹).
-------------------------------	---	--	---

Legendas: ¹UFC: Unidades Formadoras de Colônia; ²ATEC: *Autism Treatment Evaluation Checklist* (Inventário de Avaliação do Tratamento do Autismo); ³ABAS-II: *Adaptive Behavior Assessment System, 2nd Edition* (Sistema de Avaliação de Comportamento Adaptativo, 2ª Edição); ⁴RBS-R: *Repetitive Behaviour Scale-Revised* (Escala de Comportamento Repetitivo Revisada); ⁵ABC: *Autism Behavior Checklist* (Inventário de Comportamento da Criança Autista); ⁶SRS: *Social Responsiveness Scale* (Escala de Responsividade Social); ⁷CGI: *Clinical Global Impression Scale* (Escala de Impressão Clínica Global); ⁸CARS: *Childhood Autism Rating Scale* (Escala de Classificação de Autismo na Infância); ⁹VABS-II: *Vineland Adaptive Behavior Scales, 2nd Edition* (Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland, 2ª Edição); ¹⁰VABS-I: *Vineland Adaptive Behavior Scales, 1st Edition* (Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland, 1ª Edição); ¹¹PEP-3: *Psychoeducational Profile, 3rd Edition* (Perfil Psicoeducacional, 3ª Edição).

Shaaban *et al.* (2017), por exemplo, observou alívio significativo nos sintomas gastrointestinais, em particular na constipação, consistência das fezes, flatulência e dor abdominal, após três meses de suplementação de probióticos quando medidos através do *Gastrointestinal Severity Index* (6-GSI, Inventário de Gravidade de Sintomas Gastrointestinais).

Wang *et al.* (2020), buscando evitar a subjetividade das avaliações comportamentais e questionários relatados por pais de crianças com autismo, recorreu a dados laboratoriais concretos para provar o efeito positivo dos probióticos e a disbiose no paciente com autismo. Além de um perfil bacteriano fecal muito distinto daquele presente nos pacientes neurotípicos (abundância de bactérias patogênicas e redução de bactérias benéficas), observou também um desequilíbrio de neurotransmissores na corrente sanguínea e metabólitos. Considerando isso, chegou à conclusão de que os estados desordenados de ácidos graxos de cadeia curta (SCFA) e neurotransmissores induzidos pela disbiose podem ter contribuído para a gênese e desenvolvimento do TEA. No fim do tratamento, baseado em uma associação de probiótico e prebiótico, evidenciou que houve uma nítida redução, se comparado ao grupo placebo, da gravidade do autismo e dos sintomas gastrointestinais, avaliados usando ATEC e 6-GSI, respectivamente.

Shaaban *et al.* (2017) observaram níveis significativamente menores de *Bifidobacteria* nas fezes de crianças autistas quando comparado às do grupo controle. Após a suplementação com três cepas de probióticos (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus* e *Bifidobacteria longum*) observou uma melhora significativa no escore total do ATEC, com redução significativa nos escores da subescala fala/linguagem/comunicação ($P < 0,017$), sociabilidade ($P < 0,001$), consciência sensorial/cognitiva (P

$< 0,026$) e saúde/físico/ comportamento ($P < 0,0001$).

No estudo realizado por Sanctuary *et al.* (2019), após a suplementação com *B. infantis* associado a um prebiótico, o *Bovine Colostrum Product* (BCP), com exceção da redução da letargia, não foram encontrados resultados significativos a partir dessa associação, o que talvez se deva ao fato de se tratar do estudo com a menor amostra e menor tempo de suplementação. Por outro lado, a suplementação com probióticos isolados parece demonstrar uma redução em sintomas do espectro autista como irritabilidade, estereotipia, hiperatividade, juntamente com uma tendência de redução significativa da letargia. Segundo Sanctuary *et al.* (2019), em sua discussão, a ausência de piora nos comportamentos adaptativos fornece evidências de que ambos os suplementos obtiveram um desempenho positivo, mas, por outro lado, não descarta que as reduções em comportamentos aberrantes podem estar relacionadas à diminuição do desconforto gastrointestinal associado à suplementação.

Ao final de 28 semanas de suplementação com probióticos (*Lactobacillus plantarum* PS128) associados a ocitocina, Kong *et al.* (2021) observaram uma melhora nas medidas sociais e comportamentais no *Autism Behavior Checklist* (ABC) e na *Social Responsiveness Scale* (SRS), sobretudo no escore total do ABC ($p = 0,077$), no escore da subescala de comportamento estereotipado do ABC ($p = 0,069$) e no escore da subescala de cognição da SRS ($p = 0,059$). Também foi observada uma melhora significativa na *Clinical Global Impression* (CGI) naqueles pacientes que fizeram uso da suplementação associada. Baseado em estudos realizados em camundongos, Kong *et al.* (2021) discutem que a associação da ocitocina ao suplemento probiótico poderia estar associada a

uma melhora nos déficits nas interações sociais em indivíduos do espectro autista.

Mensi *et al.* (2021) também estudou o uso do suplemento com cepas de *Lactobacillus plantarum* PS128. Segundo os autores, estudos pré-clínicos mostraram que a cepa *Lactobacillus plantarum* PS128 poderia estar associada de forma indireta ao aumento dos níveis de dopamina e serotonina no córtex pré-frontal e no hipocampo, e norepinefrina no córtex pré-frontal e no corpo estriado. Ao final de seis meses de tratamento, os resultados se mostraram muito promissores. As melhoras foram significativas em termos de funcionamento global do paciente, sendo descritas pelos cuidadores como aumento da atenção (54 sujeitos), aumento das habilidades de comunicação (32 sujeitos), redução de movimentos estereotipados (43 sujeitos) e aumento das autonomias pessoais (23 sujeitos).

No estudo realizado por Meguid *et al.* (2022) os resultados mostraram uma melhora de 90% na pontuação total da *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) após suplementação probiótica no que se refere às avaliações comportamentais. Foi observado um grande progresso em relação ao uso do corpo, resposta visual, comunicação verbal, e resposta intelectual. Também, houve uma melhora significativa na imitação, uso de objetos, adaptação à mudança, medo ou nervosismo e comunicação não verbal após 3 meses de suplementação probiótica com *Bifidobacterium*.

Niu *et al.* (2019) realizaram o primeiro estudo baseado em probióticos em crianças chinesas autistas. Em apenas quatro semanas de tratamento, as pontuações no *Autism Treatment Evaluation Checklist* (ATEC) diminuíram em cerca de oito pontos em mais de 80% das crianças com TEA, o que sinaliza uma provável resposta terapêutica. Os escores de Fala/Comunicação Linguística, Sociabilidade, Consciência Sensorial/Cognitiva e Saúde/Física/Comporta-

mento também diminuíram significativamente. O questionário observacional das crianças com TEA indicou que as crianças apresentaram melhora nos sintomas comportamentais (contato visual, obediência, comportamento de autolesão etc.), no humor (frequência de choro, adesão), nos sintomas relacionados a alimentação (melhora no apetite, etc) e até na qualidade do sono.

Santochi *et al.* (2020), realizou um estudo de seis meses na Itália baseado na suplementação de probióticos contendo oito cepas. Como resultado final foi encontrado um efeito positivo dos probióticos não apenas nos sintomas gastrointestinais, mas também no funcionamento adaptativo, vias de desenvolvimento e processamento multissensorial, este último agora relatado pelo DSM-5-TR (APA, 2022) entre os principais sintomas de TEA. Em outro estudo realizado também na Itália, 61 crianças com autismo foram submetidas a uma suplementação com uma combinação de cepas probióticas (GUIDETTI *et al.*, 2022). Após 8 meses de suplementação, Guidetti *et al.* (2022) observou que os probióticos pareciam reduzir parcialmente a gravidade dos sintomas comportamentais relacionados a condições gastrointestinais. Dentre esses sintomas, foram constatadas melhoras no aspecto sócio-relacional (habilidades de comunicação e linguagem receptiva) e nos comportamentos desadaptativos, bem como uma melhora geral nos sintomas gastrointestinais.

CONCLUSÃO

Um efeito positivo da suplementação de probióticos no controle de diversos sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser apontado segundo as evidências atuais integradas pela presente revisão, sobretudo em crianças e adolescentes.

Ainda que o mecanismo de ação dos probióticos não esteja completamente elucidado, os di-

versos benefícios para o controle dos sintomas comportamentais no autismo foram expressivos. Possivelmente, os probióticos atuam em diferentes vias para o controle dos sintomas do espectro autista, desde à regulação da microbiota intestinal e melhora da disbiose até um efeito indireto em múltiplas cascatas de síntese e ação de neurotransmissores. Sendo assim, as evidências oriundas de estudos empíricos e sintetizadas pelo presente trabalho podem ser consideradas promissoras para a compreensão mais ampla da etiopatogenia e da terapêutica do TEA.

A suplementação com probióticos parece ser uma excelente alternativa terapêutica, de um modo geral com poucos riscos e bem tolerada, com leves efeitos colaterais relatados (flatos e ganho de peso) e de fácil administração. A seletividade alimentar das crianças com TEA, no entanto, muitas vezes pode representar um problema, uma vez que parece ter influenciado um certo número de desistências nos estudos. Os probióticos se mostraram capazes de desempenhar um papel promissor no controle dos sintomas comportamentais no autismo, mas a divergência entre a intensidade dos resultados aponta para a necessidade de mais estudos para padronizar a dose, as cepas e a duração da intervenção terapêutica.

No entanto, esses achados devem ser observados com cautela. Deve-se atentar para um possível viés de publicação em nossa análise, típico dos estudos bibliográficos, no qual evidências negativas podem não necessariamente ser publicadas e dessa forma não serem inseridas nas bases de dados contempladas pela presente

revisão. Além disso, dentre as outras limitações de nosso trabalho é possível elencar as diferentes metodologias e protocolos clínicos empregados pelos estudos incluídos, a diferença das cepas avaliadas, a heterogeneidade das populações clínicas estudadas (diferentes faixas etárias, em amostras não representativas da população geral com TEA) e da aferição dos resultados (uso de diferentes escalas e aplicação de diferentes recortes temporais para avaliação da sintomatologia do TEA antes e após a intervenção - uso de probióticos). Além disso, nosso trabalho não incluiu medidas de avaliação do risco de vieses dos estudos clínicos avaliados, o que limita também a possibilidade de discutir a qualidade das evidências integradas pela revisão. Outro limitador é que em nenhum dos estudos avaliados houve comparação com tratamentos já validados e aprovados para o TEA pelas agências reguladoras e sociedades de especialistas, o que limita o grau de recomendação das evidências expostas.

Mais estudos são necessários no intuito de se compreender melhor a aplicação clínica dos probióticos em indivíduos com TEA. É importante que se siga replicando as evidências preliminares favoráveis aqui integradas e, num segundo momento, conforme se avance e se produzam evidências mais robustas e consistentes, esses achados possam ser replicados em estudos bibliográficos com maior força de recomendação e melhor qualidade em termos de evidência científica, como revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos randomizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ed. Text Revision (DSM-5-TR). Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- CHIDAMBARAM, S. *et al.* Autism and Gut-Brain Axis: Role of Probiotics. *Advances in neurobiology*, v. 24, p. 587, 2020.
- CRYAN, J.F. & O'MAHONY, S.M. The microbiome-gut-brain axis: From bowel to behavior. *Neurogastroenterology and Motility*. v. 23, n. 3, p. 187, 2011.
- DE ANGELIS, M. *et al.* Autism spectrum disorders and intestinal microbiota. *Gut Microbes*. v. 6, n. 3, p. 207, 2015.
- DE ANGELIS, M. *et al.* Fecal Microbiota and Metabolome of Children with Autism and Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified. *PLoS ONE*. v. 8, n. 10, 2013.
- DOMINGUEZ-BELLO, M.G. *et al.* Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. v. 107, n. 26, p. 11971, 2010.
- FATTORUSSO, A. *et al.* Autism spectrum disorders and the gut microbiota. *Nutrients*. v. 11, n. 3, 2019.
- FELICE, V.D. & O'MAHONY, S.M. The microbiome and disorders of the central nervous system. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, v. 160, p. 1, 2017.
- FINEGOLD, S.M. *et al.* Pyrosequencing study of fecal microflora of autistic and control children. *Anaerobe*. v. 16, n. 4, p. 444, 2010.
- FINEGOLD, S.M. Therapy and epidemiology of autism-clostridial spores as key elements. *Medical Hypotheses*. v. 70, n. 3, p. 508, 2008.
- FIORENTINO, M. *et al.* Blood-brain barrier and intestinal epithelial barrier alterations in autism spectrum disorders. *Molecular Autism*, v. 7, n. 1, 2016.
- GORRINDO, P. *et al.* Gastrointestinal dysfunction in autism: Parental report, clinical evaluation, and associated factors. *Autism Research*. v. 5, n. 2, p. 101, 2012.
- GUIDETTI, C. *et al.* Randomized Double-Blind Crossover Study for Evaluating a Probiotic Mixture on Gastrointestinal and Behavioral Symptoms of Autistic Children. *Journal of Clinical Medicine*, v. 11, n. 18, 2022.
- HEISS, C.N. & OLOFSSON, L.E. The role of the gut microbiota in development, function and disorders of the central nervous system and the enteric nervous system. *Journal of Neuroendocrinology*, v. 31, n. 5, 2019.
- KONG, X.J. *et al.* Probiotic and oxytocin combination therapy in patients with autism spectrum disorder: A randomized, double-blinded, placebo-controlled pilot trial. *Nutrients*, v. 13, n. 5, 2021.
- MEGUID, N.A. *et al.* Molecular Characterization of Probiotics and Their Influence on Children with Autism Spectrum Disorder. *Molecular Neurobiology*, v. 59, n. 11, p. 6896, 2022.
- MENSI, M.M. *et al.* *Lactobacillus plantarum* ps128 and other probiotics in children and adolescents with autism spectrum disorder: A real-world experience. *Nutrients*, v. 13, n. 6, 2021.
- NIU, M. *et al.* Characterization of Intestinal Microbiota and Probiotics Treatment in Children With Autism Spectrum Disorders in China. *Frontiers in Neurology*, v. 10, 2019.
- RINNINELLA, E. *et al.* What is the healthy gut microbiota composition? A changing ecosystem across age, environment, diet, and diseases. *Microorganisms*. v. 7, n. 1, 2019.
- RODRÍGUEZ, J.M. *et al.* The composition of the gut microbiota throughout life, with an emphasis on early life. *Microbial Ecology in Health & Disease*. v. 26, 2015.
- SANCTUARY, M.R. *et al.* Pilot study of probiotic/colostrum supplementation on gut function in children with autism and gastrointestinal symptoms. *PLoS ONE*, v. 14, n. 1, 2019.
- SANTOCCHI, E. *et al.* Effects of Probiotic Supplementation on Gastrointestinal, Sensory and Core Symptoms in Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, 2020.
- SENDER, R. *et al.* Revised Estimates for the Number of Human and Bacteria Cells in the Body. *PLoS Biology*, v. 14, n. 8, 2016.
- SETTANNI, C.R. *et al.* Gastrointestinal involvement of autism spectrum disorder: focus on gut microbiota. *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology*. v. 15, n. 6, p. 599, 2021.
- SHAABAN, S.Y. *et al.* The role of probiotics in children with autism spectrum disorder: A prospective, open-label study. *Nutritional Neuroscience*, v. 21, n. 9, p. 676, 2018.

STRATI, F. *et al.* New evidences on the altered gut microbiota in autism spectrum disorders. *Microbiome*. v. 5, n. 1, 2017.

WANG, Y. *et al.* Probiotics and fructo-oligosaccharide intervention modulate the microbiota-gut brain axis to improve autism spectrum reducing also the hyper-serotonergic state and the dopamine metabolism disorder. *Pharmacological Research*. v. 157, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Autism. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news->

[room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders](#). Acesso em: 15 nov. 2022.

YANG, C.J. *et al.* The developmental disruptions of serotonin signaling may involved in autism during early brain development. *Neuroscience*. v. 267, p. 1, 2014.

YU, L *et al.* Genetic architecture, epigenetic influence and environment exposure in the pathogenesis of Autism. *Science China (Life Sciences)*. v. 58, n. 10, p. 958, 2015.

Capítulo 14

DEMÊNCIAS: FISIOPATOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

IZA SHERLEN DOS SANTOS CORAÇÃO¹

CLARA TAVARES CARMINATI¹

EMILY NOGUEIRA KÜSTER¹

EDUARDA PRATTI VENTURIM¹

LYRIA DE OLIVEIRA ROSA¹

MARIA CLARA CUNHA E SILVA¹

MARIA EDUARDA MELO DE REZENDE¹

NAYRA GOMES CAMPOS¹

RYANE CAMBUI SILVA¹

ENI MARIA MAGALHÃES CALDEIRA¹

1. *Discente - Graduação em Medicina no Centro Universitário do Espírito Santo.*

Palavras Chave: Demências; Desafios; Atualmente.



10.29327/5195476.9-14

INTRODUÇÃO

A demência é um quadro neurológico, crônico e progressivo caracterizado pelo declínio das funções cognitivas, levando a prejuízo da memória, problemas de comportamento e perda das habilidades, que interfere diretamente na qualidade de vida. De acordo com o DSM-5 existem vários transtornos neurocognitivos, entre eles é válido destacar a Doença de Alzheimer (DA), Degeneração lobar frontotemporal, Doença com corpos de Lewy e a Doença vascular.

A DA é a forma mais comum de demência, responsável por cerca de 60-80% dos casos (CROUS-BOU *et al.*, 2017), sendo que o número de ocorrência deverá aumentar de 30,8 milhões em 2010 para mais de 106 milhões em 2050 (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2016). Além disso, é previsto que o número de pessoas com demência alcance os 82 milhões em 2030 e os 152 milhões em 2050, segundo a OMS.

Ademais, é importante salientar que o aumento do número de indivíduos acometidos com a doença está relacionado, principalmente, com a transição demográfica e o aumento da expectativa de vida em todo o mundo, visto que as comorbidades aumentam o risco de demências e a sua prevalência dobra a cada 5 anos de aumento da idade. Além disso, com o envelhecimento ocorre a persistência dos estímulos inflamatórios, que mesmo sendo de baixo grau de forma constante podem causar prejuízos no funcionamento de muitos sistemas e órgãos, como o cérebro. Isso porque com o avançar da idade acontece uma desregulação em nível mitocondrial, com posterior fosforilação oxidativa, estresse oxidativo e perda neuronal podendo levar à ocorrência de demências.

Outrossim, é de suma importância avaliar as condições relativas ao estilo de vida para prevenção da doença, visto a falta de uma terapia

que modifique sua progressão, uma vez que a prevenção primária visa diminuir os fatores de risco, melhorando os hábitos de vida antes ou nos primeiros estágios das alterações neuropatológicas, já que a patologia da doença começa no cérebro décadas antes do declínio cognitivo.

Desse modo, faz-se relevante a investigação de aspectos relacionados às demências, através de um olhar mais cauteloso para os grupos acometidos por essa situação e muitas vezes negligenciados pela sociedade.

MÉTODO

O estudo realizado refere-se a uma revisão integrativa (RI), de aspecto qualitativo relacionada a análise das demências de alzheimer, frontotemporal, por corpúsculo de lewy e vascular, que visa à análise de estudos pertinentes para a produção de conhecimento sobre o assunto levando em consideração vários aspectos associados a cada uma delas. Foram efetuadas pesquisas nas bases de dados: SciELO, PubMed e UpToDate. Desta busca foram encontrados 49 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão consistiram em documentos do tipo artigo, publicados em português e inglês, de 1987 a 2022, utilizando-se os descritores: Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal, Corpúsculo de Lewy, Demência Vascular, Epidemiologia, Desafios, Prevenção, Tratamento, Dificuldades e Cuidados. Para os critérios de exclusão não foram considerados os tipos de documentos não relacionados ao tema proposto, publicados em outras línguas que não o português e o inglês, e publicados antes de 1987.

Após os critérios de seleção permaneceram 27 artigos que passaram por uma leitura analítica para ordenar as informações e identificar o objeto de estudo. Os resultados encontram-se

organizados em temas, retratando a DA, Demência Frontotemporal, Demência por Corpúsculo de Lewy, Demência Vascular, Epidemiologia das Demências, Desafios na prevenção e tratamento e dificuldades nos cuidados desses pacientes na sociedade moderna.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Demência de Alzheimer

Dentre as principais mudanças acarretadas pela DA, encontra-se: acúmulo de péptídeos beta-amilóide; placas neuríticas, que se relaciona com danos neurais, a amiloide gerando beta-amilóide, a fosfo-tau imunorreativa; deterioração neurofibrilar, com emaranhados neurofibrilares. Em vista disso, as modificações patológicas do Alzheimer podem ser observadas em categorias, tendo em consideração: a irradiação do emaranhado neurofibrilar e da placa beta-amilóide, além da espessura da placa neurítica (KEENE *et al.*, 2022).

Ademais, há outras transformações frequentemente ligadas a DA, tais como: Doença inflamatória causada pela deposição de material amilóide nos vasos de pequeno e médio calibre do cérebro, sendo comumente vinculado, os corpos de Lewy são geralmente encontrados nos casos intermediários e avançados de mudanças neuropatológicas. O qual, se depara com um grande acúmulo desses corpos na amígdala. O dano cerebral nos vasos também é muito encontrado nessa demência. Essas alterações vasculares são devidas deficiência na quantidade de sangue, hipóxia ou isquemia, acometendo diversos vasos. Outrossim, ocorre ainda, esclerose hipocampal grave, onde há perda de células neuronais e gliose no hipocampo. Somado a isso, TAR 43 (TDP-43) é uma proteína de ligação do DNA, que no Alzheimer vai apresentar uma imunorreatividade. Estudos demonstram que o depósito TDP-43, se relaciona ao rápido avanço do qua-

dro clínico e da atrofia hipocampal (KEENE *et al.*, 2022).

Demência Frontotemporal

A Demência Frontotemporal (DFT) é um grupo de distúrbios com manifestações clínicas e com neuropatologias diferentes que está incluída nas demências não-Alzheimer. Caracteriza-se por alterações progressivas no comportamento, na função executiva ou na linguagem, resultantes da deterioração progressiva dos lobos frontal e temporal anterior do cérebro (HOGAN *et al.*, 2016). É a terceira forma mais comum de demência pré-senil, depois da DA e da demência por Corpúsculo de Lewy, sendo mais prevalente na faixa etária de 45 e 65 anos (YOUNG *et al.*, 2018) com proporções iguais entre homens e mulheres (HOGAN *et al.*, 2016). Ela abrange três principais demências: demência frontotemporal variante comportamental (DFTvc), demência semântica (DS) e a afasia progressiva não fluente (APNF), sendo que as variantes possuem neuropatologias e sintomas heterogêneos (BAHIA *et al.*, 2013). No entanto, a mais comum é a variante comportamental (DFTvc), correspondendo à quase metade dos casos de DFT, em que suas primeiras alterações clínicas são desinibição, apatia ou perda de empatia, hiperoralidade e comportamentos compulsivos (JOHNSON *et al.*, 2005).

A Demência Frontotemporal é uma doença altamente hereditária, cerca de 30% a 50% dos casos possuem um parente próximo que possui demência, sendo causada por variantes patogênicas autossômicas dominantes na expansão do hexanucleotídeo no quadro de leitura aberta 72 do cromossomo 9 (*c9orf72*), mutações na progranulina (*GRN*) e na proteína tau associada a microtúbulos (*MAPT*) (SCHÖNECKER *et al.*, 2022). Em relação a patologia macroscópica de todos os subtipos clínicos, revela-se degeneração nos lobos frontal e/ou temporal, em que a

atrofia cortical e/ou dos gânglios da base pode ser simétrica ou assimétrica e a despigmentação da substância negra surge em conjunto às outras alterações. Microscopicamente ocorre microvasculização e perda neuronal acompanhada por neurônios inchados, perda de mielina e gliose astrocítica, observa-se também inclusões proteicas anormais no citoplasma e/ou núcleos de células neuronais e/ou gliais, sendo que essas inclusões anormais são usadas para classificar a patologia em subtipos distintos que estão relacionadas com as inclusões de proteínas tau, a proteína de ligação ao DNA TAR 43 (TDP-43) e as proteínas FET (PERRY *et al.*, 2017).

Demência por Corpúsculo de Lewy

A Demência com corpos de Lewy é uma doença neurodegenerativa cerebral, que tem como características clínicas a demência, alucinações visuais, parkinsonismo e transtorno comportamental do sono REM e que se manifesta patologicamente pela presença dos corpos de Lewy e por metabolismo anormal da alfa-sinucleína (BUDSON & SOLOMON, 2017). Estudos com autópsias sugerem que a demência com corpos de Lewy representa mais de 20% dos casos de demência, sozinha ou combinada com outras doenças (TAVARES & AZEREDO, 2003).

O comprometimento das habilidades visuais e espaciais, da atenção e da função executiva são mais proeminentes; o comprometimento da memória pode ou não ser proeminente no início do quadro (GALLUCCI NETO *et al.*, 2005). Em contrapartida, pacientes que também possuem patologia Alzheimer, o comprometimento da memória e dificuldade para encontrar palavras também são proeminentes; da mesma forma como na doença de Alzheimer isolada. Os transtornos do sono são comuns na demência com corpos de Lewy, os pacientes podem apresentar o ritmo circadiano desregulado, com transtorno

comportamental do sono REM e flutuações dos níveis de atenção (FERMAN *et al.* 2002)

Ademais, é necessário acrescentar que um subgrupo de pacientes com demência com corpos de Lewy também atende a critérios diagnósticos, tanto clínicos, quanto patológicos para doença de Alzheimer. Segundo os estudos desenvolvidos por Tatsch *et al.* (2002), existe sobreposição de ambas patologias em mais de 90% dos casos. Porém, normalmente, esses pacientes apresentam mais sintomas da DA; apresentando, portanto, demência mista da DA associada à demência com corpos de Lewy.

Demência Vascular

A Demência Vascular (ou Comprometimento Cognitivo Vascular) é a segunda causa mais comum de demência depois da DA, é responsável por cerca de 15% dos casos de demência na Europa, cerca de 20% na América do Norte e com estimativas mais altas de aproximadamente, 30% na Ásia e em países em desenvolvimento (AGRAWAL & SCHNEIDER, 2022). Antigamente, era atribuída à esclerose das artérias cerebrais que leva à uma lesão isquêmica difusa e atrofia cerebral sendo que atualmente é considerado que a demência vascular é causada por doenças da vasculatura cerebral e do sistema cardiovascular como, por exemplo: hipoperfusão e embolia cardíaca (IADECOLA, 2013).

Pode ser classificada de acordo com seu mecanismo de lesão como: múltiplos infartos lacunares, demência de múltiplos infartos, demência de um único infarto estratégico e demências vasculares hereditárias. Além disso, as doenças de pequenos vasos mesmo representando 20% a 25% dos acidentes vasculares cerebrais, a doença cerebral de pequenos vasos é o correlato neuropatológico mais comum da demência vascular e muitas vezes não é clinicamente reco-

nhecida até ser detectada em exames de imagem (SMITH & WRIGHT, 2020).

De acordo com Agrawal & Schneider (2022), os infartos lacunares, são pequenas lesões irregulares de 1 a 10 mm de tamanho que são localizados nos núcleos subcorticais, cápsula interna, ponte e, menos comumente, na substância branca. A demência de múltiplos infartos ocorre por múltiplas oclusões arteriais ao longo do tempo que prejudicam a cognição e a demência de um único infarto estratégico ocorre em regiões cerebrais críticas para a função cognitiva (IADECOLA, 2013). A doença hereditária mais comum da demência vascular é a arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia (AADCISL) que são mutações no gene Notch3 no cromossomo 19p13 que criam e eliminam resíduos de cisteína (AGRAWAL & SCHNEIDER, 2022).

Segundo Smith & Wright (2020), a arteriosclerose é uma das causas mais comuns de doença cerebral de pequenos vasos e é caracterizado pelas paredes de pequenas artérias e arteríolas podendo exibir alterações no espessamento, hialinização, lipohialinose, formação de microaneurismas e perda da integridade vascular com rachaduras e depósitos de hemossiderina perivasculares. A angiopatia amilóide cerebral é a segunda causa mais comum de lesão cerebral nos pequenos vasos é causada pela deposição de beta-amilóide em pequenas artérias e arteríolas nas leptomeninges e no córtex cerebral, sua alteração principal é a perda da integridade vascular que resulta em grandes hemorragias cerebrais sintomáticas e pequenas hemorragias assintomáticas (SMITH & WRIGHT, 2020).

Epidemiologia das Demências

A população mundial vem evoluindo cada vez mais e, com isso, tem-se um aumento da expectativa de vida. Sabe-se que os transtornos

mentais sofrem influências das mudanças populacionais, o que faz com que ocorra um aumento das taxas de demências, principalmente, no que se refere aos idosos. Jorm *et al.* (1987), em importante revisão da literatura, observaram esta tendência, destacando que a prevalência de demência dobrava a cada 5 anos de aumento da faixa etária. Essa tendência pode variar de acordo com o local avaliado, o contexto de vida, condição socioeconômica, nível de escolaridade, entre outros.

No que concerne à idade, sugere-se que, em todas as regiões pesquisadas (excetuando-se a África, por falta de dados para a comparação), houve aumento das taxas de prevalência com o aumento da idade. Esta tendência mantém-se até a faixa etária dos 90 aos 94 anos. A partir desta idade, pode-se notar tendência de estabilização, de queda ou ainda de aumento após 100 anos (LOPES & BOTTINO, 2002).

Em relação ao gênero, observou-se que as demências são mais comuns no sexo feminino chegando a uma prevalência de duas mulheres a cada um homem. Isso é atribuído, principalmente, a maior expectativa de vida das mulheres e não necessariamente a um fator específico do sexo feminino.

A doença de Alzheimer (DA) foi mais prevalente do que a demência vascular (DV) em todas as regiões pesquisadas, destacando-se o estudo sul-americano (Brasil), que apresentou um resultado 2 a 3 vezes maior do que as outras regiões. Este achado pode ter sido influenciado por dois aspectos principais: a prevalência de demência vascular nesta região foi realmente a mais baixa de todas as áreas geográficas; e este estudo foi um dos poucos (4 de um total de 19) a diagnosticar, entre os tipos etiológicos de demência, a demência mista (doença de Alzheimer associada a demência vascular), o que pode ter causado uma taxa menor de casos de demência vascular (LOPES & BOTTINO, 2002).

Além disso, vale ainda destacar a importância e influência do diagnóstico diferencial no caso das demências para a epidemiologia de cada uma delas.

Desafios na Prevenção e Tratamento

A prevenção contra o desenvolvimento de demências está altamente relacionada à padrão alimentar, estilo de vida, controle da pressão arterial e risco cardiovascular. A alta prevalência no Brasil da obesidade, desnutrição, sedentarismo e hipertensão arterial mostram uma população com risco aumentado para demências (CARAMELLI *et al.*, 2022).

Em geral, as demências contêm um prognóstico ruim marcado por impossibilidade de reabilitação cognitiva total. Dessa forma, o tratamento consiste em retardar a progressão da doença e aliviar os principais sintomas visando melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Na DA o uso de inibidores da colinesterase e memantina são a intervenção farmacológica mais indicada relacionada com estabilização e piora mais lenta do quadro demencial. Contudo, os inibidores da colinesterase aumentam o tônus vagal estando contraindicado em casos de bradicardia, arritmia ou bloqueio atrioventricular. Em caso de ausência de benefício clínico é válido descontinuar o uso da medicação com objetivo de evitar uso desnecessário de medicação (CARAMELLI *et al.*, 2022).

Além disso, o tratamento não farmacológico com musicoterapia está relacionado com melhoras em sintomas comportamentais, psicológicos (como ansiedade, depressão, agitação e distúrbios de atividade) e na memória (FERREIRA *et al.*, 2020).

Em caso de agitação psicomotora ou agressividade o uso de benzodiazepínicos deve sempre ser evitado uma vez que seu uso prolongado está relacionado à déficits cognitivos (CARAMELLI *et al.*, 2022).

No caso de demência frontotemporal o tratamento é voltado ao manejo de sintomas pois ainda não há medicação específica. O cuidado multidisciplinar é extremamente importante e fármacos como Trazodona, Citalopram, Rivastigmina e Paroxetina são amplamente utilizados no tratamento de sintomas como desinibição, hiperoralidade, depressão e outros sintomas comportamentais (CARAMELLI *et al.*, 2022).

A demência de Corpos de Lewy tem como principal diagnóstico diferencial a doença de Parkinson, uma vez que está relacionada com depleção dopaminérgica e distúrbios do movimento. A Rivastigmina é indicada para o tratamento de sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos enquanto a Levodopa pode ser utilizada para aliviar os sintomas motores. O uso de antipsicóticos deve ser evitado ao máximo por conta da hipersensibilidade à síndrome neuroléptica maligna (CARAMELLI *et al.*, 2022).

Já a demência vascular tem como principal tratamento farmacológico o uso de Memantina e Inibidores da Colinesterase e possui diversos sintomas semelhantes à DA. O controle da pressão arterial, controle glicêmico, dieta apropriada, suplementação, uso de agentes antiplaquetários e estatinas (caso o paciente contenha indicação) são as principais formas de prevenção primária e secundária. Vale ressaltar que, assim como na DA, o uso de benzodiazepínicos deve ser sempre evitado (CARAMELLI *et al.*, 2022).

Dificuldades no Cuidado desses Pacientes na Sociedade Moderna

As necessidades de cuidado do paciente com demência são amplas e variadas, se moldando a partir do diagnóstico e da progressão da doença, sendo ainda influenciado pelo estado emocional em que cada paciente se encontra. Alguns podem apresentar quadros de depressão, irritabilidade e ansiedade associado a demência, fator

que terá impacto direto na relação do paciente com o cuidador (GARCIA *et al.*, 2019).

É válido ressaltar a sobrecarga enfrentada pelos cuidadores, que pode ser definida como todo impacto na saúde física ou mental, assim como na vida social ou financeira do indivíduo. Hodiernamente, temos conhecimento acerca do impacto dessa sobrecarga na forma como é feito o manejo dos sintomas psiquiátricos e comportamentais dos pacientes com demência, além da institucionalização precoce do paciente (SANTOS *et al.*, 2011). Além disso, parcela significativa dos cuidadores não apresentam o conhecimento preciso para realizar tal tarefa, fazendo com que se tornem também foco da atenção dos profissionais e serviços de saúde, tanto para realizar capacitação, como para prevenir a sobrecarga (estresse crônico, patologias físicas e mentais, isolamento social, entre outros) (SANTOS *et al.*, 2011).

Nesse mesmo viés, vale pôr em evidência as dificuldades do manejo dos sinais e sintomas frente às condições físicas e mentais desencadeadas pela demência. A dor, por exemplo, é um dos principais sintomas a ser manejado, uma vez que traz extremo desconforto para o paciente, além de gerar alteração no humor, contudo a progressão de algumas demências, como o Alzheimer, impossibilita o paciente de expressar a dor, dificultando que o cuidador a identifique e consiga determinar sua localização, intensidade e duração (GARCIA *et al.*, 2019).

Aspectos Psicossociais

As demências de Alzheimer (DA), frontotemporal (DFT), por corpúsculos de Lewy e vascular (DV) são problemas de saúde crescentes, visto que a transição demográfica e a epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos com comprometimento físico e mental. A convivência com essas limitações torna a vida dos idosos muito di-

fícil, fazendo com que se sintam um fardo, incompreendidos e incapazes (MACHADO, 2016).

Na demência de Alzheimer, a evolução se dá em fases, durante as quais existem 3 grupos sintomáticos, conhecidos como sintomas comportamentais e psicológicos da demência, da sigla em inglês BPSD. São eles: depressão da DA, psicose da DA e apatia da DA (MACHADO, 2016). Os sintomas do BPSD podem ocorrer em qualquer estágio no caso de demência devido à DA, enquanto eles tendem a ocorrer precocemente no caso de sua variante comportamental: demência frontotemporal ou demência com corpos de Lewy e são essenciais para o diagnóstico (MAGIERSKI *et al.*, 2020).

Na depressão da DA/DFT, há redução do afeto e do prazer relacionado a atividades antes consideradas usuais. Os pacientes podem se recusar a participar delas, demonstrando comportamentos agressivos que podem ser incompreendidos pela família, agravando a irritabilidade. A recusa do alimento ou a alimentação compulsória, por exemplo, podem causar perda ou ganho de peso significativo. No tocante ao psíquico, pode haver aumento da agitação ou retardo psicomotor. Ainda, o isolamento social pelo sentimento de incompreensão pode causar ideação suicida e humor deprimido (MACHADO, 2016).

Na psicose da DA/DFT, alucinações visuais ou auditivas e/ou ideias delirantes devem estar presentes há pelo menos 1 mês. Elas trazem risco ao paciente por poderem agravar comportamentos depressivos e/ou inconsequentes visto que, na DA, ele considera-se apto para fazer coisas que estão além de suas capacidades e subestima os riscos envolvidos com a execução delas, podendo se engajar em comportamentos arriscados (MACHADO, 2016), além de experimentar um medo significativo ou terem sua segurança ameaçada (MAGIERSKI *et al.*, 2020).

Já na apatia da DA/DFT, o paciente sente-se desmotivado a engajar-se em atividades de vida diária, buscar atividades sociais, manter interesse e curiosidade sobre eventos de rotina ou novidades e demonstrar emoção frente a grandes acontecimentos. A apatia é um estado duradouro que está associado ao aumento da mortalidade (MAGIERSKI *et al.*, 2020).

Acredita-se que os distúrbios do sono, que são frequentes em pacientes com demências, resultem de processos neurodegenerativos. As consequências do sono anormal em pacientes com demência incluem risco de queda e pior qualidade de vida. Além disso, os distúrbios do sono são o principal fator de risco para internação em asilos, além do comprometimento cognitivo. Finalmente, muitas vezes agravam as dificuldades que fazem parte da rotina da pessoa com demência através da sonolência durante o dia, prejudicando assim o desempenho cognitivo, a condução e as atividades sociais (MAGIERSKI *et al.*, 2020).

Em relação à demência dos corpos de Lewy, existem quatro sintomas principais: (1) flutuações na cognição, atenção e vigília; (2) alucinações visuais recorrentes animadas e detalhadas; (3) distúrbio do comportamento do sono de movimento rápido dos olhos (REM) que leva à encenação de sonhos violentos recorrentes; (4) parkinsonismo, envolvendo rigidez, lentidão e frequência de quedas (LARSSON *et al.*, 2019).

No estudo “*Living with dementia with Lewy bodies: an interpretative phenomenological analysis*”, foi realizado um estudo qualitativo de entrevistas em profundidade usando análise fenomenológica interpretativa. Este estudo fornece uma visão ampla sobre a experiência em primeira mão de viver com DLB e como ela se compara a outros tipos de demência. A maioria dos participantes demonstrou insight sobre as complexidades de sua própria cognição e como isso foi influenciado por flutuações, o que pode

gerar um sentimento de frustração. As alterações físicas foram destacadas, com relatos de instabilidade, rigidez e lentidão, levando por vezes a experiências assustadoras. Os participantes geralmente expressam a crença de que aqueles ao seu redor, como familiares ou colegas, têm uma visão exagerada ou equivocada do que a doença realmente acarreta. Isso às vezes foi associado à percepção de exclusão física e psicológica, contribuindo para a solidão e a infelicidade (LARSSON *et al.*, 2019).

Por fim, na DV, ao contrário da DA, em que há um declínio esperado na função cognitiva ao longo do tempo, espera-se que a dificuldade cognitiva inicial após o AVC, evento desencadeador da doença, melhore e depois se estabilize. Depressão e apatia são comuns na DV, enquanto alucinações e delírios são menos frequentes. Pode-se também observar epilepsia pós-AVC, o que acrescenta uma gama de novas dificuldades ao paciente (BIR *et al.*, 2021)

CONCLUSÃO

Dentre as demências discutidas neste trabalho, pôde-se concluir que de acordo com a maior prevalência, contamos com a DA, cuja patologia consiste em uma doença inflamatória, resultante do acúmulo do peptídeo beta-amilóide e formação de emaranhados neurofibrilares, culminando em danos cerebrais que, por sua vez, implicam diretamente no afeto, prazer, sono, entre outros aspectos. Como segunda mais incidente, tem-se a Demência Vascular (DV), a qual se origina de doenças cardiovasculares e é classificada de acordo com o seu mecanismo de lesão. Há a Demência por Corpúsculos de Lewy (DCL), que se traduz em um metabolismo anormal da alfa-nucleína, resultando em um comprometimento das habilidades visuais, espaciais, cognitivas e no sono. A literatura observou também uma incidência de Demência Mista (so-

breposição de DCL e DA) em 90% dos casos de DCL. Por fim, resta a Demência Frontotemporal (DFT), doença hereditária que consiste na degradação gradual do lobo frontal e/ou temporal e alterações estruturais do neurônio, podendo também ser subclassificada a depender das inclusões anormais de proteínas.

Em relação à epidemiologia, as altas taxas de prevalência cursam com o aumento da idade e com o sexo feminino, considerando que este tem maior expectativa de vida. Também, ao observar a incidência de cada demência, deve-se levar em conta o local o qual o paciente vive, condições socioeconômicas, escolaridade, dentre outros fatores.

Acerca do manejo, estudos mostram que manter bom padrão alimentar, estilo de vida e controle de pressão arterial, podem ajudar na prevenção de tais patologias. Assim como, reduzir a sobrecarga do cuidador e obter um atendimento multidisciplinar para cada demência, permite uma melhor assistência ao paciente e mais qualidade de vida. Dessa forma, ao considerar as informações discutidas neste trabalho, pôde-se inferir que cada demência tem sua peculiaridade, porém se parecem em certos aspectos, o que torna seu diagnóstico, prevenção e tratamento difíceis. Desse modo, cabe aos profissionais da saúde estarem cada vez mais atentos no momento do diagnóstico e da tomada de decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRAWAL, S. & SCHNEIDER, J. Vascular pathology and pathogenesis of cognitive impairment and dementia in older adults. *Cerebral Circulation - Cognitive and Behavior*, v. 3, p. 100148, 2022.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION (Org.). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, v. 12, n. 4, p.459, 2016.
- BAHIA V.S. *et al.* Neuropathology of frontotemporal lobar degeneration: a review. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 7, n. 1, p. 19, 2013.
- BIR, S.C. *et al.* Emerging concepts in vascular dementia: a review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 30, n. 8, p. 105864, 2021.
- BUDSON, A.E. & SOLOMON, P.R. *Perda da Memória, Doença de Alzheimer e Demência*. Editora: GEN Guanabara Koogan, Edição: 2, 2017.
- CARAMELLI, P. *et al.* Tratamento da demência: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Revista Dementia and Neuropsychologia*, v. 16, n. 3, p. 88, 2022.
- CROUS-BOU, M. *et al.* Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research & Therapy*, v. 9, n. 1, 2017.
- FERMAN T.J. *et al.* Dementia with Lewy bodies may present as dementia and REM sleep behavior disorder without parkinsonism or hallucinations. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, v. 8, n. 7, p. 907, 2002.
- FERREIRA, M.F.S. *et al.* Musicoterapia em pacientes com doença de Alzheimer- Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, n. 28, p. 31, 2020.
- GALLUCCI NETO, J. *et al.* Diagnóstico diferencial das demências. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 32, n. 3, 2005.
- GARCÍA, A.M.A. *et al.* Necessidades de cuidado em pacientes com demência e/ou Alzheimer: uma revisão integrativa. *Revista Cuidarte*, v. 10, n.3, 2019.
- HOGAN D.B. *et al.* The Prevalence and Incidence of Frontotemporal Dementia: a Systematic Review. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, v. 43 Suppl 1, p. S96, 2016.
- IADECOLA, C. The pathobiology of vascular dementia. *Neuron*, v. 80, n. 4, p. 844, 2013.
- JOHNSON, J.K. *et al.* Frontotemporal Lobar Degeneration: Demographic Characteristics of 353 Patients. *Archives of neurology*, v. 62, n. 6, p. 925, 2005.
- JORM, A.F. *et al.* The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*, v. 76, p. 465, 1987.
- KEENE, C.D. *et al.* Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Alzheimer disease. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2022.
- LARSSON, V. *et al.* Living with dementia with Lewy bodies: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ open*, v. 9, n. 1, p. e024983, 2019.
- LOPES, M.A. & BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]*, v. 60, n. 1, 2002.
- MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, L. *et al.* *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Guanabara Koogan, p. 260, 2016.
- MAGIERSKI, R. *et al.* Pharmacotherapy of behavioral and psychological symptoms of dementia: state of the art and future progress. *Frontiers in Pharmacology*, v. 11, p. 1168, 2020.
- PERRY D.C. *et al.* Clinicopathological correlations in behavioural variant frontotemporal dementia. *Brain: a Journal of Neurology*, v. 140, n. 12, p. 3329, 2017.
- SANTOS, R.L. *et al.* Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 38, p. 161, 2011.
- SCHÖNECKER, S. *et al.* Frequency and Longitudinal Course of Motor Signs in Genetic Frontotemporal Dementia. *Neurology*, v. 99, n. 10, p. e1032, 2022.
- SMITH, E. & WRIGHT, C. Etiology, clinical manifestations, and diagnosis of vascular dementia. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2022.
- TATSCH, M.F. *et al.* Demência com corpúsculos de Lewy: uma entidade distinta com tratamento específico?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 24, n. 3, 2002.
- TAVARES, A. & AZEREDO, C. Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 30, n. 1, 2003.
- WHO. World Health Organization. Dementia. WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- YOUNG J.J. *et al.* Frontotemporal dementia: latest evidence and clinical implications. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, v. 8, n. 1, p. 33, 2018.

Capítulo 15

REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS EM ALZHEIMER

RENATA RODRIGUES CASUSA¹
LETÍCIA OLIVEIRA PEREIRA¹
JOÃO PEDRO ARAÚJO SILVA¹
LUCAS GONÇALVES DA ROCHA LIMA¹
VITÓRIA CASTELO BRANCO BEZERRA SILVA¹
MARIA CLARA ANDRADE ALVIM VIEIRA¹
REGIANE MARIA BATISTA COSTA¹
IAN DA COSTA ARAÚJO BARROS¹
GUSTAVO MAGALHÃES VALENTE¹
FELIPE AUGUSTO OLIVEIRA DANTAS¹
MARINA NASCIMENTO PESSOA¹
ANA LARICE DE OLIVEIRA SAMPAIO RIBEIRO²
INGRID CARVALHO CORREIA³

1. *Discente - Medicina da Universidade Federal do Piauí.*
2. *Discente - Centro Universitário Uninovafapi*
3. *Docente - Departamento de Medicina Especializada.*

Palavras Chave: *Fatores de risco modificáveis; Alzheimer; Demência.*



INTRODUÇÃO

De acordo com a World Health Organization (2012), as síndromes demenciais são decorrentes de uma enfermidade do cérebro – geralmente de caráter crônico ou progressivo – em que há perturbação de múltiplas funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Apesar de não haver modificação da consciência, a perda da função cognitiva é comumente acompanhada pela deterioração do controle emocional e do comportamento social. A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e possivelmente contribui para 60-70% dos casos.

Estima-se que existam 35,6 milhões de pessoas com Doença de Alzheimer (DA) no mundo, sendo que o número tende a dobrar até o ano de 2030 e triplicar até 2050. No Brasil, a possibilidade é de que existam cerca de 1,2 milhões de pessoas com DA (WHO, 2012).

A DA, muito além de acarretar em um progressivo déficit cognitivo, tem repercussões financeiras, econômicas e sociais. Por isso, identificar formas de prevenir o adoecimento e de retardar a sua evolução tem sido uma grande preocupação da comunidade científica e médica. Para isso, faz-se necessário o entendimento acerca dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da DA e de outros quadros demenciais.

Alguns fatores de risco para o desenvolvimento da DA estão bem estabelecidos: idade, histórico familiar, sexo feminino, baixa escolaridade, sintomas depressivos, traumatismo cranioencefálico, presença do alelo E4 da APOE, hipercolesterolemia, tabagismo, sedentarismo e comprometimento cognitivo leve (BRUCKI, 2009).

É possível perceber que alguns fatores como idade, sexo, histórico familiar e a presença do

alelo E4 da APOE não são passíveis de intervenção, porém, há fatores como baixa escolaridade, sintomas depressivos, hipercolesterolemia, tabagismo, etc, em que é possível atuar preventivamente. Dessa maneira, atuar na prevenção, a partir da promoção de mudança do estilo de vida, da manutenção da saúde mental e do tratamento oportuno de patologias predisponentes, poderia ajudar a diminuir o declive cognitivo e, conseqüentemente, retardar manifestações das síndromes demenciais e da DA.

Os objetivos deste estudo são: verificar os dados presentes na literatura médica, acerca dos fatores de risco modificáveis em Alzheimer; identificar o fator de risco mais prevalente e identificar os fatores de risco relacionados ao estilo de vida do paciente, para posteriormente sugerir modificações do comportamento, visando a prevenção em saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de novembro a dezembro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores: “*Modifiable risk factors*” AND “*Alzheimer*” AND “*Dementia*”. Desta busca foram encontrados 21 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma inglês; publicados no período de 2018 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram

apresentados em quadros e de forma descritiva, com base na âncora teórica dos fatores de risco modificáveis em Alzheimer e da sua importância para o diagnóstico precoce.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, foram detalhados na **Tabela 15.1**.

A DA é não só a doença mais onerosa para os sistemas de saúde, como também é a demência mais comum. As causas genéticas na literatura científica apontam uma correlação entre a DA e a apolipoproteína E (Apo E), além de diferenciar o Alzheimer em dois tipos: com início precoce, causada por mutações genéticas na proteína precursora amilóide (APP) e da presenilina (PSEN1/2). Em contrapartida, a doença também pode se manifestar de forma tardia, nesses casos, observou-se que a DA possui uma etiologia multifatorial, relacionada não só aos fatores de risco genéticos, mas também à doença vascular, TCE e fatores de risco associados à dieta, sistema imunológico, função mitocondrial, exposição a metais e infecções.

De acordo com Armstrong (2019), esses fatores de risco modificáveis podem promover a liberação de espécies reativas de oxigênio, com a idade, por meio do estresse ambiental ou por meio da carga alostática cumulativa no corpo ao longo da vida. Isso explica a gênese de um Alzheimer mais tardio e também fundamenta a hipótese de que mudanças no estilo de vida podem reduzir o impacto desses mecanismos causadores do DA.

Diante disso, é importante entender a história natural da doença, com sua fisiopatologia, influenciada pelos fatores de risco e fatores de

proteção. O objetivo de compreender tais mecanismos se justifica na possibilidade de um diagnóstico precoce, antes que o paciente possua os pródromos da demência. As evidências científicas já apontaram exaustivamente os benefícios da atividade física e de um estilo de vida saudável, não só para prevenção de demências, como de outras doenças metabólicas e cardiovasculares.

A partir dos estudos analisados, podemos inferir que os fatores de risco modificáveis para DA, podem ser agrupados em: exposição à toxicidade, hipertensão, sedentarismo, alimentação pobre em verduras, frutas e fibras. Os fatores de risco mais prevalentes estão relacionados aos transtornos mentais, principalmente os transtornos do humor (depressão), alcoolismo, transtornos do sono, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático.

Em relação à dieta dos pacientes portadores de Alzheimer, Więckowska-Gacek *et al.* (2021a), frisa que o excesso de ácidos graxos saturados e açúcares simples, presentes na maior parte da dieta ocidental, fazem-na ser um dos maiores fatores de risco ambiental para o desenvolvimento da doença, pois nesse tipo de alimentação, há o estímulo para alterações metabólicas no organismo, incluindo a predisposição para a obesidade, a deposição de um tecido gorduroso e inflamatório no organismo, disbiose da microbiota intestinal e estímulo para formação de um estado metabólico cronicamente inflamatório, no qual há aumento das espécies reativas de oxigênio e comprometimento da barreira hematoencefálica, com desenvolvimento de neuroinflamação. Com o passar dos anos, essas alterações no organismo, estimulam uma disfunção da transmissão sináptica, neurodegeneração, memória e cognição.

Tabela 15.1 Síntese dos estudos analisados segundo título, autor, ano e país de publicação, método, objetivo, 2022

Título do Artigo	Autor(a)	Ano/País	Método	Objetivo
Risk factors for Alzheimer's disease	ARMSTRONG, <i>et al.</i>	2019/ Reino Unido	Artigo de revisão	A teoria da acetilcolina como um modelo geral de DA foi questionado e uma revisão recente também identificou nove fatores de risco modificáveis para a doença que pareciam agir independentemente da patologia Ab e tau.
Western diet as a trigger of Alzheimer's disease: From metabolic syndrome and systemic inflammation to neuroinflammation and neurodegeneration	WIĘCKOWSKA-GACEK, <i>et al.</i>	2021a/ Polônia	Revisão Sistemática	Fornecer uma visão geral das evidências que demonstram que as alterações sistêmicas associadas à WD levam ao comprometimento da barreira hematoencefálica (BHE) e ao desenvolvimento de neuroinflamação paralela ao acúmulo de amiloide tóxico
Evidence-based prevention of Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of 243 observational prospective studies and 153 randomized controlled trials	YU, <i>et al.</i>	2020/China	Revisão sistemática e meta-análise de estudos prospectivos observacionais e ensaios clínicos randomizados	Consolidar as evidências existentes de estudos prospectivos observacionais e ensaios clínicos randomizados para formular os níveis de evidência e classes de sugestões clínicas para a prevenção da doença de Alzheimer.
Risk of Dementia in persons who have previously experienced clinically significant Depression, Anxiety, or PTSD: A Systematic Review and MetaAnalysis	KURING, <i>et al.</i>	2020/ Austrália	Revisão Sistemática	A meta-análise examinou o risco de desenvolver demência de todas as causas em pessoas com e sem histórico de depressão clinicamente significativa, ansiedade ou TEPT, a fim de entender melhor a ligação entre doença mental e demência.
Western Diet Induces Impairment of Liver-Brain Axis Accelerating Neuroinflammation and Amyloid Pathology in Alzheimer's Disease	WIĘCKOWSKA-GACEK, <i>et al.</i>	2021b/ Polônia	Revisão sistemática	The aim of the study was to investigate whether WD-derived systemic disturbances may accelerate the brain neuroinflammation and amyloidogenesis at the early stages of AD development.
Female Sex and Alzheimer's Risk: The Menopause Connection	SCHEYER, <i>et al.</i>	2018/ Estados Unidos da América	Revisão Integrativa	This review discusses the MT as a window of opportunity for therapeutic interventions to compensate for brain bioenergetic crisis and combat the subsequent increased risk for AD in women.
Causal Associations Between Modifiable Risk Factors and the Alzheimer's Phenome	ANDREWS, <i>et al.</i>	2021/ Estados Unidos da América	Randomização mendeliana (RM) de duas amostras foi usada para inferir o efeito causal dos fatores de risco no fenômeno da DA.	O objetivo deste estudo foi inferir relações causais entre 22 fatores de risco relatados anteriormente para a doença de Alzheimer (DA) e o "fenômeno DA": DA idade de início da DA (AAOS), volume do hipocampo, área e espessura da superfície cortical, líquido cefalorraquidiano (LCR), níveis de amiloide- β (A β 42), tau e ptau181, e a carga neuropatológica de placas neuríticas, e emaranhados neurofibrilares (NFTs) e lesão cerebral vascular (VBI).
Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies	DINIZ, <i>et al.</i>	2018/ Reino Unido	Meta-análise, feita com método genérico de variância inversa com um modelo de efeitos aleatórios para calcular o risco combinado de demência, doença de Alzheimer e demência vascular em idosos com depressão tardia	Conduzir uma revisão sistemática e meta-análise para avaliar o risco de incidência de demência por todas as causas, doença de Alzheimer e demência vascular em indivíduos com depressão tardia em estudos prospectivos de base populacional
Sleep disturbances increase the risk of dementia: a systematic review and metaanalysis	SHI, <i>et al.</i>	2017/China	Revisão sistemática e meta-análise.	Revisar sistematicamente e meta-analisar os papéis preditivos de distúrbios gerais do sono, seus subtipos (por exemplo, insônia, distúrbios respiratórios do sono [SDB]), e outros problemas do sono (por exemplo, sonolência

				diurna excessiva, distúrbio do movimento relacionado ao sono, distúrbio do sono do ritmo circadiano e problemas inespecíficos do sono) em incidentes de todas as causas demência e doença de Alzheimer (DA) e subtipos de demência vascular.
High Blood Pressure and Risk of Dementia: A Two-Sample Mendelian Randomization Study in the UK Biobank	SPROVIERO, <i>et al.</i>	2021/ Reino Unido	Análise de randomização mendeliana resumida generalizada (GSMR) usando estatísticas resumidas estatísticas de uma meta-análise	Investigar a relação entre hipertensão na meia-idade e risco tardio de doença de Alzheimer
Alcohol and Alzheimer's Disease-Does Alcohol Dependence Contribute to Beta-Amyloid Deposition, Neuroinflammation and Neurodegeneration in Alzheimer's Disease?	ASHWIN <i>et al.</i>	2016/ Reino Unido	Revisão de literatura	Investigar a neurobiologia subjacente entre o uso, abuso e dependência de álcool e comprometimento cognitivo, particularmente a doença de Alzheimer
Association of Late Life Depression, (Non-) Modifiable Risk and Protective Factors with Dementia and Alzheimer's Disease: Literature Review on Current Evidences, Preventive Interventions and Possible Future Trends in Prevention and Treatment of Dementia	KUO, <i>et al.</i>	2020/ República Tcheca	Revisão de literatura	Identificar os fatores de risco modificáveis do Alzheimer, identificar a associação entre depressão e demência, juntamente com a relação entre depressão e os outros fatores de risco.
A tale of two systems: Lessons learned from female mid-life aging with implications for Alzheimer's prevention & treatment	MISHRA, <i>et al.</i>	2021/ Estados Unidos da América	Revisão de literatura	Herein we review a critical period in neurological aging: the multistage adaptive and response networks of both the metabolic and immune system as they traverse three midlife stages of aging. The complex dynamics of the interaction between the immune and metabolic systems of biology across stages of midlife aging creates the platform on which risk of late onset neurodegenerative diseases, including AD, is created.
Risk factors for dementia in Brazil: Differences by region and race	SUEMOTO, <i>et al.</i>	2022/Brasil	Estudo Longitudinal	Twelve risk factors (RFs) account for 40% of dementia cases worldwide. However, most data for population attributable fractions (PAFs) are from high-income countries (HIC). We estimated how much these RFs account for dementia cases in Brazil, stratifying estimates by race and socioeconomic level.

Outra condição importante a ser abordada, é a relação entre o climatério e DA. É evidente que há uma maior ocorrência de Alzheimer de início tardio em pacientes do sexo feminino, no entanto, as bases fisiopatológicas por trás de tal correlação ainda não estão suficientemente bem esclarecidas.

A menopausa caracteriza o término da idade reprodutiva feminina, marcando a transição neuroendócrina para a senescência. Nesse viés, a neurobiologia por trás do climatério envolve componentes hormonais, termorregulação, ciclo circadiano, mudanças de humor e alterações cognitivas. A respeito disso, Scheyer *et al.* (2018) afirma:

Estudos pré-clínicos mostraram que, durante a menopausa, a rede de estrogênio se separa do sistema bioenergético do cérebro. O estado hipometabólico resultante poderia servir como substrato para a disfunção neurológica. De fato, estudos translacionais de imagens cerebrais demonstram que mulheres na perimenopausa e pós-menopausa de 40 a 60 anos exibem um endofenótipo de DA caracterizado por diminuição da atividade metabólica e aumento da deposição de beta-amilóide no cérebro em comparação com mulheres na pré-menopausa e homens da mesma idade. (...). Estudos translacionais de imagens cerebrais demonstram que mulheres na perimenopausa e pós-menopausa de 40 a 60 anos exibem um endofenótipo de DA caracterizado por diminuição da atividade metabólica e aumento da deposição de beta-amilóide no cérebro em comparação com mulheres na pré-menopausa e homens da mesma idade.

Mishra *et al.* (2022) demonstram em seus estudos que o processo de envelhecimento femi-

nino é caracterizado por três diferentes fases, envolvendo o envelhecimento cronológico precoce (pré-menopausa), o endocrinológico (perimenopausa) e o cronológico tardio (pós-menopausa). Ao longo desse processo, o metabolismo e o sistema imune das mulheres, interagem através de cascatas de sinalização ordenadas que regulam respostas adaptativas. Aqui, cabe destacar, que há uma desregulação entre o controle do estrogênio e o metabolismo da glicose, durante o envelhecimento feminino na meia-idade. Tal fato contribui para mudanças metabólicas que incluem um maior reservatório energético de ácidos graxos, visando suprir o aumento da demanda metabólica, além do maior catabolismo de lipídios para gerar corpos cetônicos por meio da beta oxidação, também no intuito de suprir a altíssima demanda energética.

Tais estudos corroboram a hipótese entre uma correlação da dieta, do metabolismo e das alterações de humor na gênese do Alzheimer. Com relação aos transtornos do humor, é importante ressaltar que a depressão é muito prevalente na população idosa, numa faixa etária semelhante à do acometimento da demência. É sabido que a depressão pode causar alterações cognitivas, apatia, letargia e problemas de concentração. Paralelo a isso, a demência também pode causar alterações e oscilações no humor dos pacientes. No entanto, existem particularidades nessa relação que ainda não estão plenamente esclarecidas. À exemplo disso, as controvérsias foram explicitadas por Kuo *et al.* (2020):

A maioria dos estudos realizados nos últimos 30 anos sobre depressão e demência são baseados em pontuações de questionários de autorrelato existentes usados como testes de triagem de depressão. A principal limitação desses estudos epidemiológicos é geralmente o período de acompanhamento relativamente curto entre a avaliação da depressão e os pródromos da demência. Algu-

mas dessas investigações anteriores sugeriram que a depressão tardia aumenta o risco de demência e DA. Evidências de outros estudos, no entanto, indicaram que a depressão tem apenas um efeito leve na demência, não aumenta o risco de desenvolvimento de demência ou pode ser até mesmo o estágio prodromico da demência.

Diante dessa necessidade de mais estudos sobre a correlação entre depressão e Alzheimer, outros estudos do tipo coorte foram realizados, com a proposta de fazer um acompanhamento mais longo. Estes confirmam a associação entre os sintomas depressivos e o desenvolvimento da demência, sugerindo que se pode pensar no Alzheimer como hipótese diagnóstica, em pacientes idosos que desenvolvem depressão.

Ademais, distorções cognitivas também estão presentes na depressão, independentemente da idade. Os pacientes podem apresentar dificuldade no processamento de informações e disfunções executivas em quadros depressivos. Assim, a suspeita de Alzheimer em pacientes com queixas cognitivas e alterações no humor pode ser útil para o melhor atendimento dessa população idosa.

Além disso, a depressão também está relacionada ao climatério, alterações nos padrões ali-

mentares, no ciclo circadiano e em outras variáveis que constituem fatores de risco para DA. Assim, vê-se que há uma explicação multifatorial para a doença, permeada por diversas alterações. No entanto, o diagnóstico da depressão pode ser desafiador na terceira idade, pois muitas vezes não é possível observar os sintomas clássicos do transtorno, o que contribui para o sub diagnóstico e falhas no tratamento.

CONCLUSÃO

É importante verificar quais são as particularidades das alterações de humor da população idosa, visando o rastreamento precoce da depressão. Para isso, foram desenvolvidas escalas, como a de Connell, que pode auxiliar no diagnóstico desses pacientes. Sua aplicação é fácil e confiável, pode ser facilmente incorporada na rotina dos consultórios geriátricos e psiquiátricos, no acompanhamento desses pacientes. O diagnóstico precoce pode contribuir para um desfecho clínico melhor, com boa resposta ao tratamento e abordagem multiprofissional para os pacientes que apresentam sintomas climatéricos e distúrbios metabólicos/alimentares associados às alterações de humor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREWS, S.J. *et al.* Causal Associations Between Modifiable Risk Factors and the Alzheimer's Phenome. *Annals of Neurology*, v. 89, p. 54, 2021.
- ARMSTRONG, R.A. Risk factors for Alzheimer's disease. *Folia neuropathologica*, v. 57, p. 87, 2019.
- ASHWIN, V. *et al.* Alcohol and Alzheimer's Disease- Does Alcohol Dependence Contribute to Beta-Amyloid Deposition, Neuroinflammation and Neurodegeneration in Alzheimer's Disease?. *Alcohol and Alcoholism*, v. 52, p. 151, 2016.
- BRUCKI, S.M.D. Does prevention for Alzheimer's disease exist?. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 3, p. 209, 2009.
- DINIZ, B.S. *et al.* Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *British Journal of Psychiatry*, v. 202, 2013.
- KUO, C.Y. *et al.* Association of Late Life Depression, (Non-) Modifiable Risk and Protective Factors with Dementia and Alzheimer's Disease: Literature Review on Current Evidences, Preventive Interventions and Possible Future Trends in Prevention and Treatment of Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 20, 2020.
- KURING, J.K. *et al.* Risk of Dementia in persons who have previously experienced clinically-significant Depression, Anxiety, or PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 274, p. 247, 2020.
- MISHRA, A. *et al.* A tale of two systems: Lessons learned from female mid-life aging with implications for Alzheimer's prevention & treatment. *Ageing Research Reviews*, v. 74, 2022.
- SCHEYER, O. *et al.* Female Sex and Alzheimer's Risk: The Menopause Connection. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, v. 5, p. 225, 2018.
- SHI, L. *et al.* Sleep disturbances increase the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, v. 40, p. 4, 2018.
- SPROVIERO, W. *et al.* High Blood Pressure and Risk of Dementia: A Two-Sample Mendelian Randomization Study in the UK Biobank. *Biological Psychiatry*, v. 89, p. 817, 2021.
- SUEMOTO, C.K. *et al.* Risk factors for dementia in Brazil: Differences by region and race. *Alzheimer's & Dementia*, p. 1, 2022.
- WIĘCKOWSKA-GACEK, A. *et al.* Western diet as a trigger of Alzheimer's disease: From metabolic syndrome and systemic inflammation to neuroinflammation and neurodegeneration. *Ageing Research Reviews*, v. 70, 2021a.
- WIĘCKOWSKA-GACEK, A. *et al.* Western Diet Induces Impairment of Liver-Brain Axis Accelerating Neuroinflammation and Amyloid Pathology in Alzheimer's Disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 13, 2021b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dementia: A public health priority. [S. l.: s. n.] p. 112, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>. Acesso em: 24 jan. 2023.
- YU, J.-T. *et al.* Evidence-based prevention of Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of 243 observational prospective studies and 153 randomised controlled trials. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, v. 91, p. 1201, 2020.

Capítulo 16

VIOLÊNCIA CONTRA TRABALHADORES DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO: AVANÇOS E RETROCESSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CÔRREA FEITOSA¹
ISABEL MARIA RODRIGUES CRAVEIRO²
PAULO DE LYZ GIROU MARTINS FERRINHO³
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES⁴

1. Pós-Doutoranda em Saúde Pública Internacional /IHMT- Universidade Nova de Lisboa-Portugal. Doutora e Mestre em Políticas Públicas/UFPI.

2. Doutora em Saúde Internacional. Professora Auxiliar da Universidade Nova de Lisboa-Portugal

3. Professor Titular do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/IHMT. Pesquisador do Centro de Malária e outras Doenças Tropicais (CMDT).

4. Pós-Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.

Palavras Chave: *Pessoal de saúde; Violência; Riscos ocupacionais; Saúde do trabalhador.*

INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência no contexto do trabalho, incluindo os serviços de saúde, vem recebendo notório interesse de investigação por estudiosos nacionais e internacionais. É possível observar que a exposição às situações de violência no local de trabalho vem se agravando devido ao processo de urbanização em países menos desenvolvidos, o que contribui para o aumento da criminalidade, expondo de maneira significativa os profissionais ao risco. Associadas a isso destacam-se as condições laborais, como ambientes com iluminação precária, excesso de ruídos, escassez de recursos materiais e humanos, estrutura física danificada, organização do trabalho, alta circulação de pessoas não identificadas e ausência de treinamentos específicos para lidar com a violência (OSHA, 2015; OMS, 2010; STURBELLE *et al.*, 2019).

A definição de violência no trabalho é caracterizada como definida “qualquer ação, incidente ou comportamento baseado em uma conduta voluntária do agressor, em consequência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto do seu trabalho”. Os índices relacionados a este agravo podem variar conforme o nível de desenvolvimento de cada país, contudo, sua ocorrência se faz presente a nível mundial, podendo ser agravada pela baixa condição socioeconômica da população, submetendo os profissionais a situações inaceitáveis (ILO, 2018; FLÓRIDO *et al.*, 2020).

Esse tipo de violência demonstra que vem ocorrendo um processo de degradação das condições de trabalho e de produtividade, expondo os trabalhadores cada vez mais a riscos de acidentes e de adoecimento, seja físico ou mental, podendo abranger a relação com a gestão, entre os pares e com a clientela, caracterizando-se por situações como abusos, ameaças ou ataques du-

rante o exercício da atividade laboral. Qualquer forma de violência se configura como malefícios à segurança, bem-estar e à saúde do trabalhador (PALMA *et al.*, 2018; DAL PAI *et al.*, 2018, MARQUES *et al.*, 2020).

Os impactos da violência no ambiente de trabalho sobre a saúde de quem a vivencia é mais preocupante quando os profissionais estão permanentemente envolvidos com outros cidadãos, como é o caso dos trabalhadores atuantes no setor da saúde. Aponta-se que o risco de agressão é quatro vezes maior do que no setor privado em geral. Além disso, ameaça a qualidade do cuidado prestado aos usuários. Segundo a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho (Eurofound) 14,9% dos trabalhadores da União Europeia sofrem algum tipo de violência no local de trabalho (FANG *et al.*, 2018; EUROFOUND, 2015).

Em 2000, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *Public Services International* (PSI) lançaram um programa a fim de desenvolver políticas para a prevenção e eliminação da violência no setor da saúde. No intuito de identificar e preencher lacunas com relação à violência no local de trabalho, foi estimulada uma série de estudos nacionais em Portugal, além de pesquisas similares em outros países, como Austrália, Brasil, Bulgária, Líbano, África do Sul e Tailândia (DI MARTINO, 2002).

Após conclusão do relatório, em 2002, Di Martino (2002) ressaltou sobre a dimensão do problema da violência no local de trabalho, que emergira como "devastadora", com dados que contavam com mais da metade dos profissionais pesquisados tendo sofrido pelo menos um incidente de violência física ou psicológica nos doze meses anteriores à pesquisa, sendo em Portugal 60% no complexo do Centro de Saúde e 37% no âmbito hospitalar.

Considerando as duas décadas que se passaram após a conclusão do referido relatório, onde se apresentaram resultados tão contundentes, se faz necessárias investigações atuais acerca da problemática da violência sofrida pelo trabalhador a fim de determinar o *status quo* da temática em seus avanços e retrocessos em Portugal.

A partir do exposto, o presente estudo teve como objetivo identificar e descrever os avanços, retrocessos, bem como as estratégias de enfrentamento, dos últimos 20 anos, no que tange à violência contra trabalhadores no local de trabalho em serviços de saúde de Portugal.

MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão integrativa, elaborado conforme seis etapas de construção: identificação do tema e definição da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão (SOUZA *et al.*, 2010; MENDES *et al.*, 2019).

A pergunta norteadora do estudo foi: quais foram os avanços e retrocessos bem como as estratégias adotadas para a prevenção e controle, nos últimos 20 anos da violência contra trabalhadores no local de trabalho em serviços de saúde de Portugal?

Para sua elaboração foi adotado o acrônimo PICO (População/Problema; Interesse; Contexto), assim definido: P= trabalhadores de saúde; I= avanços, retrocessos e estratégias de enfrentamento à violência no local de trabalho; Co= serviços de saúde de Portugal.

A seleção dos estudos ocorreu no período de agosto a outubro de 2022. Inicialmente, houve a delimitação dos termos de busca nos Descritores

em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical SubjectHeadings (MeSH)*: “*violence*”, “*health*”, “*personnel*”, “*nurse*”, “*physician*”, “*Portugal*” e “*workers*”. Estes foram combinados com os operadores booleanos *AND/OR*, gerando expressões de busca específicas e utilizadas nas seguintes bases de dados eletrônicas: *National Library of Medicine's (PubMed)*, *Scopus*, *Web of Knowledge*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL)* e *Psycinfo*.

Foram considerados como critérios de inclusão: estudos primários disponíveis na íntegra que respondessem ao objetivo proposto, em português, inglês ou espanhol, publicados a partir de 2002. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos de anais de eventos científicos e produções duplicadas.

A identificação e seleção dos estudos ocorreram em duas etapas. A primeira por meio da leitura de títulos e resumos, e a segunda pela leitura criteriosa do texto completo para checagem de adequação à questão norteadora e aos critérios de inclusão. As informações obtidas foram transcritas para formulário de coleta dos dados em que foram registrados os seguintes aspectos de cada estudo selecionado: título, autoria, ano de publicação, fonte de publicação, objetivos, principais resultados e conclusões.

Os artigos selecionados foram agrupados por temática e as informações extraídas dessas pesquisas foram apresentadas em quadros com posterior discussão. Os artigos foram analisados na íntegra, e a produção dos resultados foi realizada de forma descritiva por meio de identificação dos temas e dados mais significativos em cada texto.

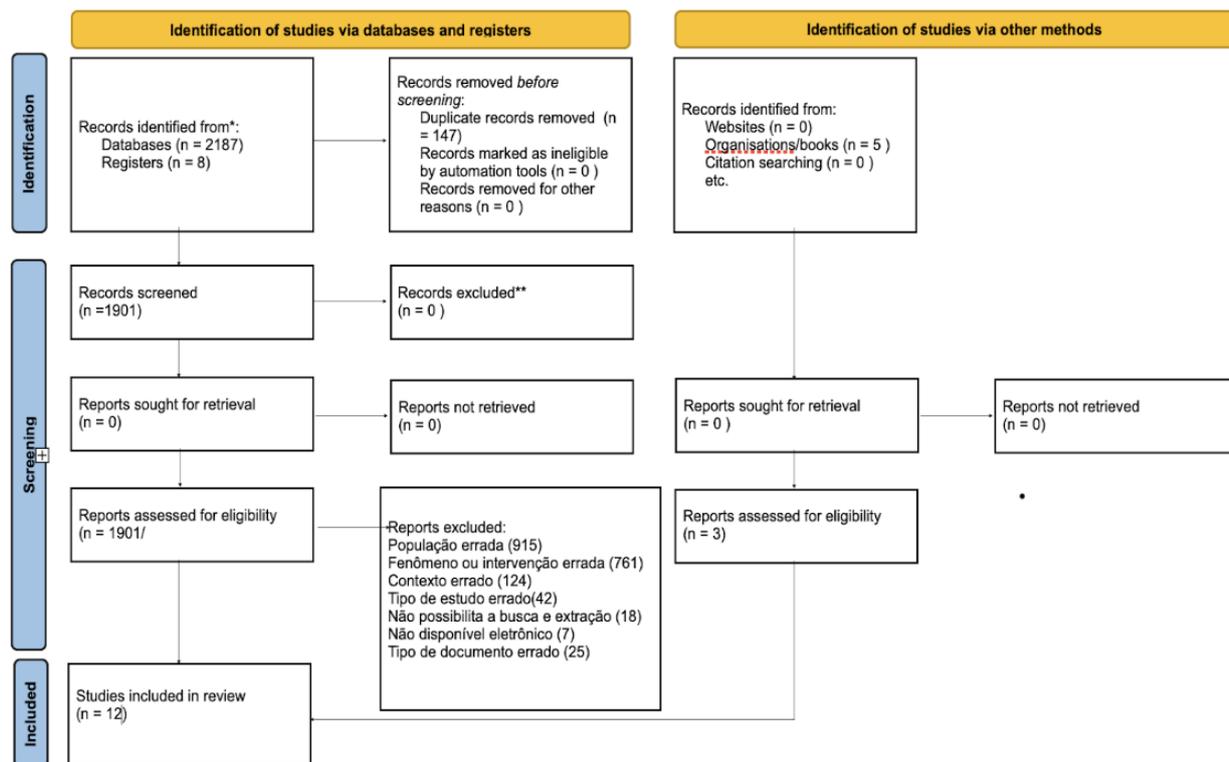
RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas realizadas retornaram um total de 1901 referências. Após triagem dos artigos por

meio de leitura dos títulos e exclusão dos trabalhos repetidos ou indisponíveis em texto completo, foram selecionados os artigos para leitura na íntegra, dentre os quais se observou aqueles cuja população não correspondia a de interesse (n= 915), não abordava o fenômeno em estudo (n= 761), o contexto não representava o da pesquisa (n= 124), tipo de estudo errado (42), rela-

tórios que impossibilitaram busca/extração dos dados (n= 18), e ainda não disponíveis eletronicamente (n= 7) e documentos com erro (n= 25). Ao final, dos trabalhos 12 estudos foram considerados elegíveis para compor amostra desta revisão, conforme processo apresentado na **Figura 16.1**.

Figura 16.1 Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão conforme fluxograma PRISMA



Os achados foram publicados entre os anos de 2002 e 2022. O ano de 2020 se destacou com três (25%) publicações. Dois artigos (16,7%) foram publicados na Revista Brasileira de Medi-

cina do Trabalho. O **Quadro 16.1** sintetiza as principais informações das produções incluídas quanto ao título, autoria, ano e periódico de publicação.

Quadro 16.1 Características da produções incluídas na revisão quanto ao título, autoria, ano e periódico de publicação e abordagem metodológica

Código	Título	Autor e ano	Fonte da publicação
E1	Determinants of violence against health workers in Portugal	CRAVEIRO <i>et al.</i> , 2007	Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales
E2	Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study	SAMPAIO <i>et al.</i> , 2021	Environmental Research
E3	Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector	FERRINHO <i>et al.</i> , 2003	Human Resources for Health

E4	Workplace violence in the health sector - country case studies: Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: synthesis report	DI MARTINO, 2002	Relatório de Síntese, OIT
E5	Prevalence and determinants of bullying among health care workers in Portugal	NORTON <i>et al.</i> , 2017	SAGE Journals. Workplace Health & Safety.
E6	Type II Violence in Portuguese Nursing Homes: Contributions to its Characterization	RIBEIRO <i>et al.</i> , 2020	Capítulo do livro Occupational and Environmental Safety and Health II
E7	Violência no trabalho: um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses	MARQUES & SILVA, 2017	Revista Psicologia: Organizações e Trabalho
E8	Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses	SACADURA-LEITE <i>et al.</i> , 2019	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho
E9	Workplace violence among nursing professionals	BERNARDES <i>et al.</i> , 2020	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho
E10	Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies 12	ANTÃO <i>et al.</i> , 2020	Acta Médica Portuguesa
E11	Workplace Violence in the Health Sector Portuguese	FERRINHO <i>et al.</i> , 2002	Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia Dorta – A. G. O. Relatório Final
E12	Violence against psychiatric trainees: Findings of a european survey	PEREIRA-SANCHEZ <i>et al.</i> , 2022	Academic Psychiatry

A análise dos objetivos, principais resultados e conclusões foram realizados de forma narrativa, permitindo o agrupamento das ideias e apresentação em categorias temáticas.

Prevalência e percepção da violência no Sistema Nacional de Saúde (NHS)

A Organização Mundial de Saúde traz uma diferenciação do conceito de violência no local de trabalho, em três categorias: Tipo I: atos violentos por parte de criminosos (e.g., furtos ou crimes afins) que não têm qualquer ligação com o local de trabalho; Tipo II: violência dirigida a profissionais, clientes, pacientes, alunos, reclusos (entre outros), por parte de alguém fora da organização - os enfermeiros e funcionários dos serviços sociais são particularmente vulneráveis a este tipo de violência e Tipo III: violência contra os colegas de trabalho, supervisores ou gerentes, por parte de um profissional ou ex-em-

pregado da organização (WHO, 2008; OSHA, 2015).

Ferrinho *et al.* (2003), em estudo pioneiro sobre os padrões de percepção da violência contra profissionais de saúde no ambiente de trabalho em serviços assistenciais em Portugal, observaram casos complexos em hospital e centro de saúde, além de entrevistas com gestores, que a violência verbal é a mais frequente e ocorre em maior quantidade nos Centros de Saúde se comparada aos hospitais.

Identificaram ainda que nos centros de saúde, a violência é mais dirigida contra as mulheres, enquanto nos hospitais, os trabalhadores do sexo masculino são o principal alvo. Violência física, sobretudo dirigida a enfermeiros do centro de saúde e do hospital; *bullying/mobbing* contra clínicos gerais do centro de saúde e assédio sexual aparecem em menor proporção e mais relacionados ao pessoal administrativo.

Evidenciou-se ainda que as notificações, em sua maioria, foram feitas por médicos, estando evidente a subnotificação por parte dos enfermeiros e pessoal administrativo (FERRINHO *et al.*, 2003).

Em estudo sobre a caracterização da violência ocorrida com 191 enfermeiros hospitalares portugueses indicou que a violência psicológica, em comparação com a variante e física foi a mais frequente. Os serviços de urgência e psiquiatria foram mais associados à ocorrência de violência física, o que conseqüentemente trouxe prejuízos à saúde psicológica em um universo de 91,6% de mulheres participantes da pesquisa (MARQUES & SILVA, 2017).

Ainda no estudo de Marques e Silva (2017), no ambiente hospitalar existia um maior número de relatos de violência psicológica (54%) do que física (8,1%), sendo que entre as diferentes formas de violência psicológica, a violência verbal (51%) era a que mais se destacava, ao se comparar os atos de violência ocorridos nos últimos doze meses exercidos sobre enfermeiros (74%) e médicos (58%).

Em investigação de abordagem transversal para identificar a prevalência e determinantes de *bullying* em uma instituição de saúde, Norton *et al.* (2017) relataram que o *bullying* foram predominantemente verticais e mais frequentes entre enfermeiros (12,5%), funcionários administrativos (7,6%) e auxiliares de saúde (6,4%), correspondendo a um risco duas vezes maior entre funcionários do governo em comparação com trabalhadores com contratos de trabalho por tempo indeterminado. Em relação ao autor do assédio moral no trabalho, encontrou-se 64,8% dos agressores como superiores e 35,2% eram colegas de trabalho (*bullying* horizontal).

O Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho destacou a taxa de assédio moral no trabalho em torno de 11,3% entre profissionais de saúde e de 8% entre trabalhadores

portugueses, número que não pode ser negligenciado (EUROFOUND, 2010).

Em estudo de 2020, Antão e colaboradores objetivaram caracterizar a violência física e verbal num hospital público com a definição de estratégias de prevenção e vigilância em saúde ocupacional em um estudo observacional transversal conduzido em Lisboa com trabalhadores da saúde, a partir de inquéritos qualitativo e quantitativos. Os resultados demonstraram que apenas 23,81% vítimas notificaram o incidente; 85,71% das vítimas reportaram estados de hipervigilância permanente; 78,57% participantes não conheciam ou conheciam mal os procedimentos de notificação; e que 85,71% consideravam possível minimizar o problema (ANTÃO *et al.*, 2020).

Pesquisa conduzida por Pereira-Sanchez *et al.* (2022) em estudo transversal com 827 estagiários de 39 países (68,4% mulheres) sobre experiências de abuso verbal e agressões físicas e sexuais, bem como seu contexto e impacto demonstraram que a maioria (83,6%) relatou ter sofrido abuso/agressão pelo menos uma vez (destes, 92% verbalmente, 44,1% fisicamente e 9,3% sexualmente). Salas de emergência e unidades de internação foram os locais mais frequentes. A maioria dos entrevistados não denunciou os abusos e agressões a seus supervisores e descreveram a falta de treinamento para os planos de gestão de pessoal e agressão em suas instituições ou desconhecimento de sua existência.

A violência por parte de pacientes é relatada por muitos estagiários em serviços psiquiátricos, em vários países da Europa, como abuso verbal muito frequente e números preocupantes de agressões físicas e sexuais, embora com proporcional ausência de relatos às autoridades, justificada pela falta de treinamento de pessoal e protocolos de gestão, bem como a falta de co-

nhecimento das vítimas sobre esses recursos (PEREIRA-SANCHEZ *et al.*, 2022).

Causas determinantes na violência dirigida aos profissionais de saúde em Portugal

O papel da mídia é um fator importante na perpetuação da violência, por um lado, as pessoas reivindicam cada vez mais pelos seus direitos, por vezes desconhecendo suas responsabilidades, por outro lado, a maior visibilidade midiática não significa necessariamente aumento na incidência da violência. Destaca-se ainda a expectativa natural da violência como um "*risco profissional*" e nem todos os profissionais veem agressão como agressão a si mesmo enquanto profissional. Ignoram porque o profissional procura compreender as reações dos pacientes no contexto de emergência hospitalar onde lidam com indivíduos muitas vezes insatisfeitos (FERRINHO *et al.*, 2003).

As causas da violência perpassam pela falta de segurança e políticas flexíveis no mercado de trabalho, favorecendo a ocorrência de *bullying*-nesses locais, bem como a precarização da atividade laboral (NORTON *et al.*, 2017; BORGES *et al.*, 2019).

No estudo de Antão *et al.* (2020), os entrevistados mencionaram como causas determinantes da violência aos profissionais de saúde, o acesso irrestrito às áreas de trabalho, ausência de agentes de segurança e policiais (ou falta de suas intervenções ativas). Relataram ainda como os principais motivos subjacentes às agressões o "longo tempo de espera", "mal educação/desrespeito de pacientes e população com os profissionais de saúde" além do "distúrbio psiquiátrico".

A posição defensiva em relação aos agressores também foi normalizada pelos médicos estagiários psiquiátricos (residentes e bolsistas) no estudo de Pereira-Sanchez *et al.* (2022), ao afirmarem que o trabalho em serviços de emergên-

cia e serviços de saúde mental apresentavam maior risco de os tornarem vítimas, devido à sua falta de experiência e tempo significativo em ambientes de alto risco. As evidências sugerem déficits institucionais em protocolos de segurança e treinamento, visto ser primordial a sua implementação na realidade.

Consequências e impactos da violência na qualidade assistencial em Portugal

Para Ferrinho *et al.* (2003), seja pela maior visibilidade da violência ou pela percepção crescente dos direitos dos cidadãos, o fato é que a maior consciência de direitos não acompanhou semelhante educação cívica dos mesmos e o reflexo disso é o aumento exponencial de situações de violência contra os trabalhadores da saúde. *Pari passu* à subnotificação, meios que não garantem segurança e privacidade no registro dos relatos corrobora com registros aquém dos reais nas instituições de saúde.

O *bullying* relacionado ao trabalho se destaca como uma consequência em nível individual e organizacional, além de consequências psicopatológicas e comportamentais como os transtornos de ansiedade, uso de drogas lícitas e ilícitas, isolamento social, estigmatização e suicídio também podem ser observados nessas vítimas. Em um nível somático, o *bullying* está associado a doenças cardiovasculares e dispepsia, também está associado ao absenteísmo, diminuição da produtividade e eficiência organizacional, menos motivação e um ambiente de trabalho percebido de alta tensão (NORTON *et al.*, 2017).

A exposição à violência no local de trabalho acarreta em sérias consequências para os trabalhadores: psicológicas e emocionais (depressão e ansiedade na maioria), físicas (dores no corpo), funcionamento do trabalho (pressão e stress), relação com os pacientes e qualidade dos cuidados prestados (raiva e irritabilidade), soci-

ais e financeiras (MARQUES & SILVA, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2020).

De outro ponto de vista, os efeitos da violência no trabalho também se apresentam a nível organizacional. A exaustão emocional e o bem-estar psicológico podem ter relação direta e indireta entre o *bullying* no local de trabalho e a perda de produtividade dos trabalhadores. Há uma associação positiva e significativa entre o *bullying* e a exaustão emocional, diretamente relacionada com a perda do bem-estar psicológico, ambos com estreita relação negativa com a concentração demonstrada pelos trabalhadores no local de trabalho (NETO *et al.*, 2017).

Antão *et al.* (2020) fazem alusão à ativação cognitiva preocupante e/ou de pensamentos repetitivos que desencadeiam excitação autonômica e estresse emocional durante exposição a eventos estressantes no trabalho, considerando o tempo de exposição como determinante para a gravidade desses efeitos. Alguns dos entrevistados acreditam que notificar é inútil diante da inação organizacional, visto que a gestão hospitalar não está suficientemente preocupada ou consciente do problema e não tem como prioridade máxima a prevenção da violência. Os motivos apontados para a insatisfação foram “ausência de ação”, “não houve alterações”, “ausência de apoio aos trabalhadores”, “não adianta fazer notificação”, “sem consequências para o agressor”.

A inação organizacional também foi percebida no estudo de Pereira-Sanchez *et al.* (2022), uma vez que 49,9% não denunciaram o abuso/agressão por acharem desnecessário (não grave/bastante significativo) e 19,2% por acharem fútil, ou seja, por acreditarem que nenhuma mudança significativa ocorreria. Entre os participantes, 219 (31,7%) sentiram-se insuficientemente apoiados em suas instituições. Houve relatos de sentimentos como desafios vocacionais, menor empatia em relação às pacientes com

transtornos psiquiátricos, pensamentos sobre deixar o emprego como psiquiatras e reflexões sobre deixar a medicina.

Embora diante de tais experiências e frente a inação organizacional, a maioria dos profissionais que vivenciaram comportamentos agressivos não os denunciou às autoridades, por motivos semelhantes aos relatados por outros estudos como a falta de apoio institucional, vergonha, culpa, ver a denúncia como fútil e a crença de que a violência é inerente à profissão (PEREIRA-SANCHEZ *et al.*, 2022).

Prevenção e medidas de intervenção na supressão da violência entre profissionais de saúde de Portugal

Para Antão *et al.* (2020), as estratégias de prevenção da violência no local de trabalho podem ser incluídas em duas grandes categorias: estratégias pré-incidente, que englobam legislação e gestão (por exemplo, políticas organizacionais, desenho do trabalho), desenho do ambiente de trabalho, educação e formação; e estratégias pós-incidente, que incluem notificação e intervenção psicológica para trabalhadores afetados.

A inclusão de medidas administrativas como sinalizar os prontuários de pacientes com histórico de violência contra trabalhadores da saúde; punir os autores de atos violentos contra trabalhadores médicos e; em escala mais ampla, ensinar os mais jovens membros da população para respeitar e ajudar o pessoal médico pode contribuir para evitar os riscos (AMETZ *et al.*, 2017).

No que tange uma abordagem estrutural para o problema, em que a avaliação de risco desempenha um papel importante, a inclusão de auditorias no local de trabalho, avaliações de treinamento e revisões de incidentes de violência anteriores podem ser efetivas, além, é claro da necessidade de um número adequado de profissio-

nais de saúde (já que longos tempos de espera aumentam as chances de hostilidade do paciente) e pessoal de segurança (sabe-se que a presença de vigilantes nas instituições de saúde desestimula comportamentos agressivos e tem sido associada à melhora da sensação de segurança nos trabalhadores de saúde) (ANTÃO *et al.*, 2020).

As estratégias de intervenção direcionadas à melhoria da segurança do ambiente de trabalho também devem incluir um claro endosso da alta direção, incentivo à notificação em toda a organização, avaliação e estratificação de risco para priorizar intervenções entre as diversas áreas físicas, treinamento e acompanhamento dos procedimentos de violência no local de trabalho fornecido a todos os trabalhadores em risco, definição de sanções para pacientes violentos e seus familiares e garantia de pessoal de saúde ocupacional suficiente para que todas as estratégias possam ser implementadas com sucesso (GROENEWOD *et al.*, 2018).

Em relação às estratégias de intervenção, estas podem se diferenciar entre intervenção primária, secundária e terciária. A intervenção primária ocorre com a prevenção do fenômeno, reduzindo o risco de ocorrência de violência no local de trabalho (por exemplo, implementação de sistemas de segurança e de programas anti-bullying); já a intervenção secundária surge após a ocorrência do fenômeno no intuito de atenuar os seus efeitos negativos, aumentando as capacidades individuais (por exemplo, formação ou criação de um plano de emergência para ajudar a vítima); e por último, a intervenção terciária é a etapa em que o objetivo inclui a disponibilização de meios para a recuperação do bem-estar psicológico e físico do profissional (por exemplo, reintegração da vítima no ambiente de trabalho) (MARQUES & SILVA, 2017).

Para prevenir a violência no trabalho deve haver um código de boas práticas que deve ser difundido e contribua para a conscientização das situações de violência existentes na organização. Mais especificamente, essas práticas devem passar por: (1) Criação de uma política de prevenção da violência no local de trabalho, definindo e proibindo comportamentos de violência, intimidação ou assédio; (2) Assegurar um ambiente de trabalho isento dos atos de violência; (3) Formação e sensibilização contra a violência no trabalho; (4) Criação de mecanismos internos de recepção e investigação dos casos de violência; (5) Garantia dos direitos dos trabalhadores da organização e, além de, (6) Reprovação e censura de todos os comportamentos violentos, sancionando os infratores (MÚRIAS *et al.*, 2015).

No estudo de Marques e Silva (2017), 78% dos profissionais referiram que o hospital onde exerciam a sua atividade profissional dispunha de serviço de vigilância de segurança, resultado que parece apontar para a possibilidade de melhoria neste âmbito; já cerca de 60% dos(as) enfermeiros(as) referiram que o hospital dispunha de algum tipo de serviço de apoio jurídico em caso de violência, e cerca de 40% referiram a disponibilização de algum tipo de serviço de apoio psicológico.

Após a ocorrência do ato de violência, é necessário criar estratégias mais focadas em atores específicos (intervenção secundária) que permitam identificar e pôr fim a essas situações, por exemplo, a criação de um “grupo de emergência”, onde a administração pode acompanhar o caso ou os colegas de trabalho podem apoiar a vítima. Por último, a nível terciário, é fundamental reabilitar a vítima e o agressor disponibilizando, por exemplo, apoio psicológico às vítimas ou definindo disposições jurídicas para os agressores (NETO *et al.*, 2017).

Plano de ação para a prevenção da violência no setor da saúde (PAPVSS)

O Gabinete de Segurança para a Prevenção e o Combate à Violência Contra os Profissionais de Saúde tem como objetivo principal, a avaliação e gestão das condições de segurança e fatores que potenciem fenômenos de violência sobre profissionais de saúde e a implementação de medidas de segurança e este surge em meio ao reconhecimento da importância de uma definição de estratégia de prevenção da violência no setor da saúde com a elaboração do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde – PAPVSS, integrado no Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida da Direção-Geral da Saúde de Portugal (PORTUGAL, 2022).

A violência no setor da saúde no âmbito PAPVSS, lançado em janeiro de 2022, é definida como todas as situações em que um trabalhador, independentemente do seu vínculo jurídico, a desempenhar funções numa instituição que presta cuidados ou serviços de saúde do Ministério da Saúde, é submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações, colocando em risco, de forma direta ou indireta, a sua segurança, bem-estar ou saúde ou os de terceiros. São objetivos gerais do plano: prevenir o mais amplamente possível à violência no setor da saúde; abordar adequadamente os episódios de violência e apoiar as vítimas de violência no setor da saúde; mitigar as consequências da violência no setor da saúde.

A visão do PAPVSS é a possibilidade de usufruir de ambientes de trabalho seguros e saudáveis no âmbito de uma cultura organizacional de não violência no setor da saúde e sua finalidade consiste em contribuir para que as organizações do setor da saúde possam exercer a sua atividade de um modo seguro e saudável em cinco eixos de intervenção (Eixo 1 - Observató-

rio para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde; Eixo 2 - Cultura organizacional; Eixo 3 - Comunicação; Eixo 4 - Segurança e Eixo 5 - Ética) com medidas a desenvolver em termos de implementação e monitorização; além da constituição de um modelo de governança com atribuições a nível nacional, regional, institucional e local.

O PAPVSS demonstra importante reconhecimento do XXII Governo Constitucional português e coloca em evidência a melhoria das condições de trabalho no Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou pelo menos a sua pretensão, reconhecendo ser essencial o investimento em uma política de recursos humanos da saúde que reflita a atenção a organizações saudáveis e seguras, enquanto afirmação do combate a todas as formas de violência considerando que os contextos de saúde podem gerar ambientes vulneráveis e propensos à violência, de origem multifatorial, com consequências para a saúde física e mental dos profissionais, nos cuidados que prestam e, sobretudo, na qualidade da relação que desenvolvem com as pessoas que os procuram.

A abordagem do PAPVSS segue um conjunto de princípios orientadores, que interagem de forma preventiva, sistemática, descentralizada e participativa, sensível e não discriminatória, integrada, sistêmica, humanizada e sustentável, com estabelecimento de estratégias de intervenção que permitam o reforço de fatores protetores e dissuasores com minimização do impacto dos contextos menos seguros para ganhos em saúde estruturais e de longo prazo.

CONCLUSÃO

As evidências identificadas permitiram discutir sobre a violência sofrida pelos profissionais de saúde em seus locais de trabalho, nos últimos 20 anos em Portugal. Destaca-se a importância de novas pesquisas que explorem a pre-

valência do fenômeno da violência no local de trabalho, bem como os fatores a este relacionado e os impactos provocados na saúde do trabalhador.

Diante das evidências disponíveis, os estudos indicam que embora a discussão sobre a violência contra profissionais de saúde no ambiente de trabalho ainda seja incipiente e haja poucos estudos científicos sobre o assunto em Portugal, a discussão tem ganhado corpo no sistema de saúde português fomentando a implementação de políticas públicas de prevenção, proteção e intervenção nesse sentido.

A partir dessas informações é possível reconhecer a necessidade de orientar o profissional acerca da notificação e registro dos incidentes de violência, bem como as organizações precisam trabalhar medidas de prevenção e proteção à saúde do trabalhador, o que inclui maior segurança institucional e suporte emocional, promovendo ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros para que o trabalhador da saúde possa exercer suas atividades laborais de forma adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTÃO, H.S. *et al.* Work place violence in healthcare. *Acta médica portuguesa*, v. 33, n. 1, p. 31, 2020.
- ARNETZ, J.E. *et al.* Prevenção da violência de paciente para trabalhador em hospitais: resultado de uma intervenção controlada randomizada. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 59, p. 1, p. 18, 2017.
- BERNARDES, M.L.G. *et al.* Workplace violence among nursing professionals. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 18, n. 3, p. 250, 2020.
- BORGES, E. *et al.* Bullying no trabalho: estudo preliminar com enfermeiros portugueses. *Revista ROL de Enfermeira*, v. 42, n. 11-12, p. 27, 2019.
- CRAVEIRO, I. *et al.* Determinants of violence against health workers in Portugal. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, v. 47, n. 3, p. 347, 2007.
- DAL PAI, D. *et al.* Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 27, n. 1, p. e2420016, 2018.
- DI MARTINO, V. Violência no Local de Trabalho no Setor da Saúde – Estudos de Casos de Países Brasil, Bulgária, Líbano, Portugal, África do Sul, Tailândia, além de um Estudo Australiano Adicional: Relatório de Síntese. Programa conjunto OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail, Genève. 2002. Disponível em: https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay/alma994982593402676/41ILO_INST:41ILO_V2. Acesso em 28 fev. 2023
- EUROFOUND. Quinto inquérito europeu sobre as condições de trabalho. Luxemburgo: serviço das publicações da união europeia, 2010. Disponível em: <https://www.eurofound.europa.eu/pt/surveys/european-working-conditions-surveys/fifth-european-working-conditions-survey-2010>. Acesso em 28 fev. 2023
- EUROFOUND. Violence and harassment in European work places: Causes, impacts and policies, Dublin; 2015. Disponível em: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_comparative_analytical_report/field_ef_documents/ef1473en.pdf. Acesso em 28 fev. 2023
- FANG, H. *et al.* Depressive symptoms and workplace violence related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. *BMJ*, v. 8, p. 1, 2018.
- FERRINHO, P. *et al.* Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*, v. 1, n. 1, p. 1, 2003.
- FLÓRIDO, H.G. *et al.* Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 29, 2019.
- GROENEWOLD, M.R. *et al.* Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 61, p. 157, 2018.
- ILO. International Labour Organization. Violence at work. *World of work* [Internet]. 2018. Spe Issue. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/dcomm/documents/publication/wcms_630276.pdf. Acesso em 28 fev. 2023.
- MARQUES, C.R.D. *et al.* Fatores de satisfações e insatisfações no trabalho de enfermeiros. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v.14, p. 1, 2020.
- MARQUES, D. & SILVA, I.S. Workviolence: a study with nurses in portuguese hospitals. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, v. 17, n. 4, p. 226, 2017.
- MENDES, K.D.S. *et al.* Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 28, 2019.
- MÚRIAS, C. *et al.* Assédio sexual é violência. Direito ao trabalho com dignidade. UMAR–União de Mulheres Alternativa e Resposta. 2015. Disponível em: <https://www.animar-dl.pt/recursos/assedio-sexual-e-violencia-direito-ao-trabalho-com-dignidade/>. Acesso em 28 fev. 2023.
- NETO M. *et al.* Workplace bullying and presenteeism: the path through emotional exhaustion and psychological wellbeing. *Annals of work exposures and health*, v. 61, n. 5, 528, 2017.
- NORTON, P. *et al.* Prevalence and determinants of bullying among health care workers in Portugal. *Workplace Health & Safety*, v. 65, n. 5, p. 188, 2017.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais [Internet]. Brasília; OMS; 2010. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf. Acesso em 28 fev. 2023
- OSHA. Occupational Safety e Health Administration (OSHA). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health care and Social Service Workers [internet]. United States of América: OSHA; 2015. Disponível

em:<https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf> . Acesso em 28 fev. 2023.

PALMA, A. *et al.* Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, v. 146, p. 213, 2018.

PEREIRA-SANCHEZ, V. *et al.* Violence against psychiatric trainees: findings of a European survey. *Academic psychiatry*, v. 46, n. 2, p. 233, 2022.

PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros no. 1/2022 de 5 de janeiro. Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. *Diário da República: 1a. Série. No. 3. 2022.* Disponível em: www.dre.pt. Acesso em 28 fev. 2023

RIBEIRO, A. *et al.* Type II violence in Portuguese nursing homes: Contributions to its characterization. In *Occupational and Environmental Safety and Health II* Springer, Cham, p. 625, 2020.

SACADURA-LEITE, E. *et al.* Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 17, n. 1, p. 69, 2019.

SAMPAIO, F. *et al.* Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environmental Research*, v. 194, p. 110620, 2021.

SOUZA, M.T.D. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.

STURBELLE, I.C.S. *et al.* Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, p. 632, 2019.

WHO. World Health Organization – Who. PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: A resource for employer and worker representatives. Geneva: World Health Organization. 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43966>. Acesso em 28 fev. 2023.

Capítulo 17

PREVALÊNCIA DE ESTADOS EMOCIONAIS COMO ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE TERAPIA INTENSIVA

JAMILLE RODRIGUES DA SILVA¹

FRANCISCO MAGNO LIMA ALVES²

MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES³

ANA ROSA REBELO FERREIRA DE CARVALHO⁴

NANIELLE SILVA BARBOSA⁵

1. *Psicóloga. Especialista em Assistência em Cuidados Intensivos pelo Programa de Residência Multiprofissional em Assistência em Cuidados Intensivos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.*
2. *Psicólogo da Empresa Brasileira dos Serviços Hospitalares/EBSERH. Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Assistência em Cuidados Intensivos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Assistência em Cuidados Intensivos/HUUFPI/EBSERH.*
3. *Pós-Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.*
4. *Psicóloga Clínica e Hospitalar. Professora Mestre do Curso de Psicologia e Preceptora da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí. Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP.*
5. *Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.*

Palavras Chave: Saúde mental; COVID-19; Profissional de saúde.



INTRODUÇÃO

O trabalho não se configura apenas como um meio de sobrevivência, mas também se caracteriza como uma construção da identidade e socialização. Nesse sentido, pode ser considerado como um fator facilitador da expressão da subjetividade das pessoas, bem como resgata e promove saúde de acordo com a organização e o processo laboral. Sendo assim, as condições de saúde física e mental de um indivíduo estão diretamente relacionadas a sua atividade e contexto profissional, onde devem ser observados os condicionantes e determinantes que estão envolvidos nesta complexa relação (SOUSA & BERNARDO, 2019).

Por sua vez, o trabalho do profissional de saúde exige competência técnica e científica, habilidade, controle emocional e conhecimento sobre suas práticas. A assistência pode representar situações de risco, tendo em vista que este possui responsabilidades com a vida de outras pessoas, enfrenta medos e sofrimentos, além de ser mais vulnerável ao desgaste físico e emocional, o que contribui com sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Quando essas manifestações se fazem presentes, podem acarretar prejuízos na satisfação com o trabalho, resultando em uma assistência prejudicada, menor qualidade do cuidado e comprometimentos para a segurança do paciente (SAMPAIO *et al.*, 2020).

Atualmente é comum identificar sintomas de sofrimento emocional em profissionais de saúde. Nesse contexto, é possível observar o grande impacto que esses ocasionam sobre as atividades diárias desses trabalhadores, afetando seu bem-estar. As evidências demonstram que é comum que esses trabalhadores apresentem índices significativos dessas manifestações psíquicas, sendo que alguns estudiosos têm investigado estes sintomas entre as equipes de en-

fermagem e demais profissionais como residentes e acadêmicos de cursos ligados à área da saúde (ASSUNÇÃO & PIMENTA, 2020; NAKAMURA *et al.*, 2020; BENETON *et al.*, 2021).

É importante destacar que fatores estressores relacionados à atuação da equipe de saúde têm uma tendência a se multiplicar diante de cenários de calamidade, como, por exemplo, o vivenciado nos últimos três anos, decorrente da pandemia ocasionada pela doença do novo coronavírus, a Covid-19. Além do comprometimento biológico, a doença provocou amplas e duradouras mudanças na vida diária da sociedade, a partir das quais foi possível observar que estas representaram um verdadeiro desafio à resiliência psicológica. Atualmente, em decorrência da pandemia, altos níveis de depressão, ansiedade e estresse puderam ser identificados na população, incluindo os trabalhadores da saúde (ORNELL *et al.*, 2020; BAPTISTA *et al.*, 2022).

Em relação aos serviços de saúde hospitalares, o Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) se tornou referência no atendimento de casos suspeitos e confirmados da Covid-19 (BRASIL, 2021). Mediante a isto, os profissionais de saúde se viram frente a um novo desafio: enfrentar o desconhecido, mantendo equilíbrio entre a subjetividade e exigências relacionadas ao ambiente laboral. Consequentemente, vivenciar esse novo processo de trabalho acarretou impactos notáveis na saúde mental desses trabalhadores. Logo, o presente estudo traz como objetivo identificar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em profissionais de saúde atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo transversal que ocorreu em uma Unidade de Terapia In-

tensiva (UTI) de um Hospital Universitário (HU), referência no tratamento de pacientes gravemente acometidos pela Covid-19, localizado na cidade de Teresina, Piauí. A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro a dezembro de 2021.

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde de terapia intensiva que atuavam diretamente no cuidado ao paciente diagnosticado com Covid-19, um total de 106 profissionais, englobando as categorias de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina e Psicologia. A amostra foi constituída por 76 participantes, conforme cálculo amostral que representa um nível de confiança de 95% (MIOT, 2011).

Foram considerados como critérios de inclusão: exercer a função de profissional de saúde atuante em terapia intensiva, na assistência direta à pacientes com Covid-19. Foram excluídos aqueles trabalhadores que estavam afastados de suas atividades durante o período de coleta de dados, por motivo de férias ou licença médica.

Aplicou-se um questionário estruturado, contendo variáveis relativas às características sociodemográficas e laboral. Além disso, os participantes foram convidados a responder à *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), em sua versão validada no Brasil. Este instrumento é composto por uma escala de autorrelato que contém um conjunto de três sub escalas tipo *Likert* de quatro pontos, cuja pontuação varia entre 0 (discordo totalmente) a três (concordo totalmente) (VIGNOLA & TUCCI, 2014).

O escore global é obtido pela soma dos escores dos itens para cada uma das três subescalas e pode variar entre <0,5 a >3,00 pontos. Pontuações mais elevadas correspondem a maiores graus de prevalência de estados emocionais como depressão, ansiedade e estresse. Uma interpretação inicial pode ser realizada em: valor <0,5 se enquadra em quadro Normal/Leve; de

0,5-1,0 mínimo; moderado de 1,0-2,0; grave entre 2,0-3,0 e muito grave maior que 3,00. É necessário ressaltar que os escores obtidos na DASS-21 devem ser obrigatoriamente multiplicados por dois para o cálculo do escore final e aplicação do corte (LOVIBOND & LOVIBOND, 2004).

Após receberem esclarecimentos acerca dos objetivos, procedimentos de coleta, análise e destino dos dados, os trabalhadores que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em consonância com os protocolos de prevenção da Covid-19, a coleta de dados foi realizada tomando medidas de precaução, como uso de máscaras e álcool em gel.

Inicialmente os dados coletados foram submetidos a processo de digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*, sendo posteriormente exportados e analisados no *software R*, versão 4.1.1. As características sociodemográficas e laborais foram apresentadas por meio de tabelas contendo frequências absolutas e relativas percentuais. Na análise bivariada, a associação entre essas variáveis com a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram verificadas pela aplicação dos testes da razão de verossimilhanças (teste G2) e pelo teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de $\leq 0,05$.

Esta pesquisa foi conduzida conforme os padrões éticos vigentes e atendeu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012, apresentando aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI), sob parecer nº 5.053.087, em 21 de outubro de 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 106 profissionais de saúde que faziam parte da equipe da Unidade de Terapia In-

tensiva da referida instituição, 76 participaram da pesquisa, constituindo a amostra total. Os dados sociodemográficos e laborais evidenciaram que 77,6% da pesquisa foi composta por pessoas do sexo feminino, com idade média de 41 anos. Das sete categorias profissionais participantes 61,8% foram profissionais de enfermagem. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, 73,7% eram trabalhadores temporários, com maioria tendo experiência em UTI entre um e dois anos. 47,4% da amostra possuíam outro tipo de vínculo empregatício em setores de atendimento à pacientes com Covid-19. A grande maioria não teve que mudar de casa durante o período em que atuou com pacientes infectados, mantendo contato frequente com familiares. Metade dos profissionais foi contaminada pelo vírus e receberam diagnóstico positivo para a doença. Essas informações encontram-se detalhadas na **Tabela 17.1**.

Tabela 17.1 Perfil sociodemográfico e laboral de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	17	22,4
Feminino	59	77,6
Cargo ocupado		
Médico	9	11,8
Fisioterapeuta	10	13,2
Psicólogo	4	5,3
Técnico de enfermagem	27	35,5
Enfermeiro	20	26,3
Fonoaudiólogo	2	2,6
Nutricionista	4	5,3
Tipo de vínculo		
Temporário	56	73,7
Efetivo	20	26,3
Experiência em UTI		
Até 1 ano	12	15,8
Entre 1 e 2 anos	31	40,8
Entre 2 e 5 anos	4	5,3
Mais que 5 anos	29	38,2
Possui outros vínculos empregatícios		
Sim	18	23,7
Sim, em outros setores Covid-19	36	47,4
Não	22	28,9
Teve que mudar de domicílio		
	8	10,5

Sim	68	89,5
Não		
Manteve contato com a família		
Raramente	18	23,7
Uma vez por dia	13	17,1
Uma vez por semana	10	13,2
Mais vezes/mais dias	35	46,1
Contraiu Covid-19		
Sim	38	50
Não	38	50

Fonte: Pesquisa direta, 2021.

Os participantes apresentaram níveis de depressão correspondendo a 79% entre leve e mínimo, em contrapartida, 21% apresentaram níveis entre moderado a muito grave. Quanto a ansiedade, 55,3% entre leve e mínimo e entre grave a muito grave foram de 46,7%. Para o estresse os níveis entre leve e mínimo foram de 94,7%; para grave a muito grave 5,3%. A partir dos resultados entende-se que a prevalência desses estados emocionais nessa população ficou entre os níveis mínimo e leve, conforme **Tabela 17.2**.

Tabela 17.2 Níveis de ansiedade, depressão e estresse entre profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva

Variáveis	N	%
Depressão		
Leve	42	55,3
Mínima	18	23,7
Moderada	12	15,8
Grave	1	1,3
Muito grave	3	3,9
Ansiedade		
Leve	31	40,8
Mínima	11	14,5
Moderada	22	28,9
Grave	8	10,5
Muito grave	4	5,3
Estresse		
Leve	64	84,2
Mínima	8	10,5
Moderada	1	1,3
Grave	2	2,6
Muito grave	1	1,3

Fonte: Pesquisa direta, 2021.

A correlação entre as características sociodemográficas, laborais e a prevalência dos esta-

dos emocionais estudados não foi significativa após as análises estatísticas, com exceção da variável que questionava se o profissional teve que, temporariamente, mudar-se de domicílio para evitar contaminar seus familiares. Foi ob-

servado que 62,5% dos que se mudaram, tiveram estados emocionais de depressão; 87,5% apresentaram ansiedade e 37,5% apresentaram estresse, como descrito na **Tabela 17.3**.

Tabela 17.3 Variável correlacionada aos estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse em profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva

Variáveis	N		valor-p
	Depressão		
Teve que mudar de domicílio	Sim (%)	Não (%)	
Sim	5 (62,5)	3 (37,5)	0,0087
Não	11 (16,2)	57 (83,8)	
	Ansiedade		
Teve que mudar de domicílio	Sim (%)	Não (%)	
Sim	7 (87,5)	1 (12,5)	0,0192
Não	27 (39,5)	41 (60,3)	
	Estresse		
Teve que mudar de domicílio	Sim (%)	Não (%)	
Sim	3 (37,5)	5 (62,5)	0,0192
Não	1 (1,5)	67 (95,5)	

Fonte: Pesquisa direta, 2021.

As UTI's, especificamente, são locais geradores de sofrimento psíquico e estresse por parte não somente dos pacientes, mas também pelos profissionais atuantes. É um ambiente de incerteza, inseguranças e imprevisível, mantendo o profissional em estado constante de alerta, preocupação e exaustão diante da necessidade de promover um atendimento rápido e eficiente, consequentemente mais exaustão. A estabilidade na função exercida propicia saúde ao profissional. Quando não se pode garantir estabilidade no ambiente laboral, deve-se verificar estratégias que reduzam os danos que possam vir a ser causados (FERNANDES *et al.*, 2015).

A partir dos resultados obtidos com a investigação foi possível identificar que, em relação ao perfil sociodemográfico, houve um predomínio de 77,6% de participantes do sexo feminino, com idade média de 41 anos. A categoria composta por um maior número de profissionais foi a de enfermagem, incluindo técnicos e enfer-

meiros. Achados semelhantes quanto as variáveis sexo e categoria profissional puderam ser encontrados em estudo multicêntrico realizado em Cingapura e na Índia em 2020 (CHEN *et al.*, 2020).

O profissional de saúde que atua em unidades de terapia intensiva está mais sujeito a desenvolver estados de sofrimento emocional, justamente pelo fato de o paciente necessitar de maiores cuidados por parte da equipe (LIU *et al.*, 2020). No caso da atuação em saúde na linha de frente no enfrentamento à Covid-19, há outros fatores que podem ser potencialmente estressores, como por exemplo: a maior exposição ao risco de contaminação pelo vírus, a necessidade do uso contínuo de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a fadiga física e mental e o afastamento da família (KANG *et al.*, 2020).

O homem é um ser sociável e que necessita relacionar-se com os outros para sua formação

individual. Essa socialização foi alterada, pois dentre as medidas de prevenção para controle da Covid-19, o isolamento social foi a mais adotada mundialmente. Para proteger seus familiares e amigos, muitos profissionais de saúde se distanciaram fisicamente, diminuindo sua rede de apoio afetiva e social. Esse distanciamento, associado a outros fatores, leva a um desequilíbrio que desencadeia sofrimento mental (GOES *et al.*, 2020; SCORTEGAGNA *et al.*, 2021). Contudo, o estudo evidenciou que a maioria dos profissionais de saúde (46,1%) mantiveram contato frequente com seus familiares, isso pode ser considerado um fator protetivo, influenciando a presença de graus mais leves de manifestações psíquicas.

Com relação a depressão, foi observado nesta pesquisa que 79% dos profissionais apresentaram sintomas que se classificaram em grau leve/moderado. Esse resultado diverge de outra investigação que apresentou, entre os participantes, a prevalência de sintomas mais graves de depressão (OTEIR *et al.*, 2022). Contudo, em ambos os estudos é possível observar que há sofrimento psíquico nos profissionais atuantes em meio à pandemia, seja em menor ou maior grau.

Estudos de revisão sistemática e meta-análise sobre prevalência de ansiedade realizados com 31.756 profissionais da saúde em Wuhan demonstram que a variabilidade foi superior à encontrada nesta pesquisa (PAPA *et al.*, 2020). No entanto, deve ser levada em consideração a heterogeneidade existente entre os estudos, além das diferenças entre populações estudadas, bem como também os instrumentos utilizados para constatação das manifestações psíquicas.

A amostra total apresentou grau leve de ansiedade. Pode ser notada a presença desse estado emocional em 40,8% dos entrevistados. Esses resultados corroboram com os de uma pesquisa nacional, porém envolvendo apenas profissionais de enfermagem, onde 80% dos profissio-

nais eram do sexo feminino (PIFFER *et al.*, 2021). Ainda sobre o sexo e categoria profissional, por ser maioria feminina e profissionais de enfermagem, aponta-se que esses são fatores de risco comuns para uma maior carga psicológica (KISELY *et al.*, 2020; SHANGUERA *et al.*, 2020).

Em relação ao estresse, 84,2% dos entrevistados apresentaram sintomas leves. De forma divergente, estudo transversal, correlacional e quantitativo com enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos atuantes na linha de frente da Covid-19, que identificou a prevalência de grau moderado a severo em 52,68% da sua amostra e grau normal a leve em apenas 47,32% (CAVALCANTE *et al.*, 2022).

Não houve correlação direta entre as variáveis socioeconômicas e profissionais com a prevalência dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, exceto a variável que questionava se o profissional teve que mudar-se de domicílio, no período da pandemia, para evitar que seus familiares se contaminassem. Nesses casos houve a prevalência de depressão, ansiedade e estresse entre os profissionais que responderam de forma positiva, de 62,5%, 87,5% e 37,5% respectivamente. Uma revisão integrativa demonstrou, a partir dos estudos analisados, que o fator protetivo apoio familiar e social está presente em 63,3% dos profissionais de saúde mais resilientes, o que pode justificar a correlação entre as variáveis desta pesquisa, uma vez que ao se distanciar de seus familiares, perdem a presença desse fator protetivo, tornando-se menos resilientes (MAIA & GUIMARÃES NETO, 2021).

A resiliência se caracteriza como um fator protetivo na saúde mental do trabalhador da saúde. Para o contexto social, a resiliência caracteriza-se pela capacidade de um indivíduo ou grupo, atravessar uma situação adversa, conseguir superar e se restabelecer (FLACH, 1991). Ressalta a importância da resiliência como fator

protetor contra fatores estressores do cotidiano. Ademais, contribui para que os níveis de ansiedade e depressão em profissionais de saúde e não profissionais se apresentem em níveis mais leves, além disso, pode auxiliar como fator moderador no enfrentamento de preocupações relacionadas à Covid-19 (BARZILAY *et al.*, 2020).

Como limitações relacionadas a esta pesquisa, destaca-se a abordagem metodológica adotada, pois permite retratar um fenômeno apenas em um determinado momento e contexto, pois foi realizada em apenas uma instituição de saúde. Entretanto, os resultados contribuem com informações importantes sobre as condições de saúde psicoemocional dos trabalhadores de terapia intensiva, evidenciando que o processo de trabalho desses profissionais pode predispor à depressão, ansiedade e estresse.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos com a investigação foi possível identificar a prevalência de

sintomas leve a moderado de depressão, ansiedade e estresse entre os participantes. Houve correlação estatisticamente significativa entre a variável que mudar-se de domicílio, no período da pandemia, com a prevalência de depressão, ansiedade e estresse, 62,5%, 87,5% e 37,5%, respectivamente.

Os dados apresentam-se como relevantes, uma vez que o profissional que atua em terapia intensiva, com destaque para o cenário da pandemia de Covid-19, está exposto a diversos fatores estressores que os tornam propensos a maior sofrimento mental e a vivenciar estados emocionais como depressão, ansiedade e estresse.

Pesquisas que aprofundem os conhecimentos acerca da saúde mental e ocupacional do trabalhador da saúde precisam ser amplamente desenvolvidas, com o intuito de fomentar estratégias de enfrentamento aos fatores de risco para o adoecimento do trabalhador em seu contexto de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSUNÇÃO, A.A. & PIMENTA, A.M. Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 169, 2020.
- BAPTISTA, P.C.P. *et al.* Indicadores de sofrimento e prazer em trabalhadores de saúde na linha de frente da COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 30, 2022.
- BARZILAY, R. *et al.* Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, v. 10, n. 1, 2020.
- BENETON, E.R. *et al.* Sintomas de depressão, ansiedade e estresse e uso de drogas em universitários da área da saúde. *Revista da SPAGESP*, v. 22, n. 1, p. 145, 2021.
- BRASIL. Governo do Estado do Piauí. Universidade Federal do Piauí. HU-UFPI vai mais que dobrar oferta de leitos exclusivos para pacientes de Covid-19. Disponível em: <<https://ufpi.br/ultimas-noticias-ufpi/39631-hu-ufpi-vai-mais-que-dobrar-a-oferta-de-leitos-exclusivos-para-pacientes-de-covid>>. Acesso em: 04 mar. 2021
- CAVALCANTE, F.L.N.F. *et al.* Depressão, ansiedade e estresse em profissionais da linha de frente da COVID-19. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 27, p. 6, 2022.
- CHEN, N.W.S. *et al.* A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 88, p. 559, 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.
- FERNANDES, M.A. *et al.* Saúde mental dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v. 10, n. 9, p. 1437, 2015.
- FLACH, F. *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva; 1991.
- GOES, E.F. *et al.* Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, p. e00278110, 2020.
- KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 3, p. e14, 2020.
- KISELY, S. *et al.* Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 2020.
- LIU, Y. *et al.* Critical care response to a hospital outbreak of the 2019-nCoV infection in Shenzhen, China. *Critical Care*, v. 24, n. 1, p. 56, 2020.
- LOVIBOND, S.H. & LOVIBOND, P.F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 4ª ed. Sydney: Psychology Foundation; 2004.
- MAIA, A.O.B & GUIMARÃES NETO, A.C. Resiliência de profissionais de saúde frente à COVID-19. *Revista da SBPH*, v. 24, n. 1, p. 147- 161, 2021.
- MIOT, H.A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 10, n. 4, 2011.
- NAKAMURA, L. *et al.* Correlação entre produtividade, depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 96892, 2020.
- ORNELL, F. *et al.* The impact of the COVID- 19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cademo de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, 2020.
- OTEIR, A.O. *et al.* Depression, anxiety and insomnia among frontline healthcare workers amid the coronavirus pandemic (COVID-19) in Jordan: a cross-sectional study. *BMJ open*, v. 12, n. 1, p. e050078, 2022.
- PAPPA, S. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, v. 88, p. 901, 2020.
- PIFFER, L. *et al.* Ansiedade e Depressão entre Profissionais de Enfermagem em UPA durante a Pandemia da Covid-19. *Revista Psicologia e Saúde*, p. 173, 2021.
- SAMPAIO, L.R. *et al.* Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. *Ciências psicológicas*, v. 14, n. 2, p. 2215, 2020.

SANGHERA, J. *et al.* The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting - a systematic review. *Journal of Occupational Health*, v. 62, n. 1, p. e12175, 2020.

SCORTEGAGNA, S. A. *et al.* Mental health in health professionals facing COVID-19: a systematic review. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 23, n. 1, p. 1, 2021.

SOUZA, H.A. & BERNARDO, M.H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 44, 2019.

VIGNOLA, R.C.B. & TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, v. 155, p. 104, 2014.

Capítulo 18

ANSIEDADE EM ADOLESCENTES E SEUS FATORES

ISADORA TURATTO FREITAS¹

JÚLIA STEFFANI²

MARIA ANTONIA ZEM ROTAVA³

BIANCA GIROTTO PASETTI¹

LARA FABIAN DE MOURA¹

LAURA VARGAS HALMANN¹

LOUISE TURRA POSSER¹

1. *Discente - Escola de Medicina da Universidade de Passo Fundo*

2. *Discente - Faculdade de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos*

3. *Discente - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas*

Palavras Chave: Ansiedade em adolescentes; Saúde mental; Brasil.



10.29327/5195476.9-18

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período entre a infância e a vida adulta e engloba uma fase caracterizada por mudanças, inicialmente passando pela puberdade, onde ocorrem alterações corporais e mentais, até, por fim, chegar ao momento em que o indivíduo finaliza o seu crescimento e o desenvolvimento de sua personalidade, estando apto a buscar sua independência (CARDOSO *et al.*, 2018; EISENSTEIN, 2005; TOURINHO *et al.*, 2020). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei Federal nº 8.069/1990, classifica a fase da adolescência entre os 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990), sendo a criação dessa instituição um importante marco dos direitos dessa faixa etária.

Por englobar um período de transformações e consolidação de identidade, é comum que muitos jovens desenvolvam um sentimento de inquietação e insegurança, normalmente caracterizado pela ansiedade. Segundo o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 5ª Edição), a ansiedade é a antecipação de ameaças futuras, fazendo parte dessa sensação a tensão muscular, a vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquivia (APA, 2014). O que difere a ansiedade considerada normal do transtorno de ansiedade é o exagero e a persistência de sintomas, sendo necessário uma avaliação clínica para diagnóstico (APA, 2014). Ademais, os fatores desencadeadores da ansiedade diferem para cada pessoa, por isso é importante entender o cenário em que o jovem está inserido para poder tratá-lo da melhor forma. Questões como escolha profissional, pressão escolar e familiar e a aceitação por parte da sociedade são exemplos de situações que os adolescentes precisam enfrentar (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o país mais ansioso do mundo, possuindo 18,6 milhões de pessoas que enfrentam problemas de ansiedade, o que representa aproximadamente 9,3% de toda a população (OMS, 2017). Este cenário torna-se ainda mais pertinente quando pensamos a respeito da população jovem e, em particular, ao acesso aos serviços de apoio à saúde mental, uma vez que, segundo estimativas, apenas 20% das crianças com transtornos mentais das cidades mais ricas do país têm acesso a eles (ZUCCOLO *et al.*, 2022). Então, considerando que a ansiedade em jovens piora gradativamente com o passar da idade (KINOUTI *et al.*, 2021), essas crianças que não têm uma rede de atenção adequada tendem a se tornar adolescentes ansiosos, o que gera preocupações para o futuro.

Por conta dessas informações, faz-se necessário estudos voltados à saúde mental dos adolescentes, a fim de evitar futuras gerações ainda mais ansiosas. Nesse sentido, essa revisão integrativa tem como objetivo avaliar os fatores que afetam a saúde mental desses jovens, organizando informações já existentes e presentes na literatura nos últimos 5 anos no Brasil e que envolvam as advertências para o desenvolvimento da ansiedade.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. As bases de dados foram SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed. As palavras-chaves utilizadas na busca foram: “Brasil”, “Ansiedade em Adolescentes” e “Saúde Mental”.

Foram incluídos todos os artigos encontrados completos e gratuitamente nessas bases na versão online e na língua inglesa e portuguesa, que estivessem no período entre 2018 e 2022,

abordando o conteúdo estudado e que buscassem responder à pergunta de pesquisa “Quais os fatores que influenciam a ansiedade em adolescentes atualmente?”.

Após a busca manual, seguindo os critérios já citados, foram encontradas 697 publicações nas plataformas. Tendo essa amostra, seguiu-se a seleção de publicações que buscavam avaliar a saúde mental e fatores de ansiedade em adolescentes, avaliando-se título e resumo, chegando numa amostra final de 24 artigos para a realização do capítulo, sendo 14 deles estudos e 10 deles revisões.

RESULTADOS

Os resultados encontrados estão descritos nos **Quadros 18.1 e 18.2** abaixo.

DISCUSSÃO

As literaturas analisadas demonstram que diversos são os aspectos que influenciam na saúde mental de adolescentes, afetando sua maneira de lidar com situações diárias, fato que se deve principalmente às mudanças ocorridas nesse período. O conhecimento dos fatores que prejudicam a saúde mental nos jovens se faz necessário, uma vez que auxilia na percepção da problemática, norteando as intervenções capazes de reduzir a influência da ansiedade no cotidiano dos adolescentes.

O recente cenário da pandemia de COVID-19 demonstrou o forte impacto psicológico que o ambiente externo apresenta, reforçando a importância de manter boas relações familiares e

escolares, visto que esses foram a principal rede de apoio dos jovens no período. Ainda, o isolamento social vivido nesse tempo trouxe a necessidade de um maior uso da internet, revelando o quanto suscetível os adolescentes estão a um consumo exagerado desse serviço. Assim, tanto o ambiente externo quanto o espaço digital mostraram-se relevantes no desenvolvimento de ansiedade e demais problemas emocionais.

Por ser uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, o adolescente está exposto a momentos decisivos, tais como escolha profissional e adequação ao mercado de trabalho. Essas demandas, por vezes, afetam outros campos da vida desses indivíduos, alterando a qualidade do sono, alimentação e prática de exercícios físicos e, em casos mais graves, colaborando para o uso de álcool e outras substâncias ilícitas. Desse modo, as preocupações com o futuro e, conseqüentemente, o estilo de vida podem impactar nas condições psicológicas.

Assim, considerando os diversos fatores citados acima, para facilitar a discussão, optou-se por dividi-los em três grandes grupos: ambiente de convivência, estilo de vida e futuro.

Ambiente de convivência

A teoria cognitiva de Aaron T. Beck sugere que as cognições são influenciadas pelo ambiente e pelas experiências do indivíduo, ou seja, desenvolvem-se desde a infância. Nesse sentido, cognições que são disfuncionais possuem um efeito direto sobre os problemas emocionais e comportamentais de cada um (LARA *et al.*, 2020), reforçando a importância de se estudar as relações familiares e escolares dos adolescentes quando abordamos o tema de saúde mental.

Quadro 18.1 Descrição, caracterização e resultados dos estudos incluídos na revisão integrativa

Autores, nome do periódico e ano de publicação	Título	Tipo de estudo	Resultado
(CARDOSO <i>et al.</i> , 2018); Estudos Interdisciplinares em Psicologia	Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção	Não informado	A importância do estabelecimento de boas relações (amigos, colegas e familiares), pois assim conseguem se sentir como pertencentes a um grupo, sendo um fator protetor. Além disso, a falta de apoio familiar, baixo nível socioeconômico e experiências de vulnerabilidade são fatores de risco.
(LA MAISON <i>et al.</i> , 2018); Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort	Estudo de Coorte	O diagnóstico psiquiátrico mais comum foi de ansiedade (4%). A presença de pelo menos uma desordem psiquiátrica foi maior em meninos, sendo que as chances de desenvolver alguma condição psiquiátrica aos 11 anos foi maior em adolescentes filhos de mães com menor escolaridade, que fumaram durante a gestação e que tiveram sintomas depressivos na gestação
(AMBIEL <i>et al.</i> , 2018); Trends in Psychology	Por que os adolescentes buscam fazer orientação profissional? Um estudo preditivo com estudantes brasileiros	Estudo Transversal	Existe uma correlação positiva e significativa entre indecisão, ansiedade e depressão nos adolescentes. Ademais, jovens que vivenciam instabilidades emocionais são mais indecisos na escolha profissional. A busca por orientação profissional se explica pelo fato de os adolescentes sentirem-se vulneráveis e por estarem buscando autoconhecimento.
(PELAZZA <i>et al.</i> , 2019); Revista Nursing	Adolescentes na fase pré-vestibular: um estudo da ansiedade, hipertensão, fatores antropométricos e hemodinâmicos associados.	Estudo Transversal	Pesquisa com 96 alunos de um curso pré-vestibular. Desses, 25 apresentavam ansiedade moderada e 4 apresentavam ansiedade grave. Além disso, estudantes do sexo feminino mostraram-se mais ansiosas, sendo que quanto maior a idade, maior a ansiedade.
(TOURINHO <i>et al.</i> , 2020); Revista de Ciências Médicas e Biológicas	Ocorrência de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em estudantes de 11 a 18 anos de uma escola pública de Salvador	Estudo observacional transversal	O estudo foi realizado com 674 adolescentes, período de início da maioria das patologias mentais, e revelou uma prevalência de sintomas e dos subtipos de ansiedade em mulheres.
(PRADO <i>et al.</i> , 2020); Revista de Ciências Médicas e Biológicas	Presença de sintomas de fobia social, transtorno do pânico e ansiedade de separação em estudantes de 11 a 17 anos, em uma escola da rede pública de ensino de Salvador	Estudo observacional transversal	O estudo revela que a ansiedade de separação, frequentemente, tem início ainda na infância. Meninas apresentam mais sintomas de fobia social, ansiedade de separação e transtorno do pânico, além disso, os transtornos de ansiedade tendem a ser frequentes em meninas mais velhas.

(DE ÁVILA <i>et al.</i> , 2020); Trends Psychiatry Psychother	Internet addiction in students from an educational institution in Southern Brazil: prevalence and associated factors.	Estudo Transversal	Ansiedade e depressão podem preceder o vício na internet (assim como o vício pode ser um dos fatores para ansiedade e depressão). A pesquisa resalta a influência do consumo de determinados conteúdos nas redes, sendo que o consumo de conteúdo sexual e jogos estão mais relacionados ao vício.
(PIMENTEL <i>et al.</i> , 2020) Acta Colombiana de Psicologia	Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes	Estudo Transversal	O bullying na escola é um fator de risco para futuros problemas psiquiátricos. A maior prevalência foi entre estudantes com menos de 15 anos, revelando que, quanto mais jovem, maior é a frequência de bullying. Além disso, foi revelado que as meninas sofrem bullying relacionados com boatos espalhados, exclusão do grupo de amigos e comentários sexuais.
(CAVALCANTI <i>et al.</i> , 2021); Cadernos de saúde pública	Constructs of poor sleep quality in adolescents: associated factors	Estudo Transversal	Busca a relação entre a ansiedade e depressão e a baixa qualidade de sono. A ansiedade aumenta os níveis de cortisol, alterando o ciclo circadiano, ou seja, afetando o sono. Os motivos que interferem na qualidade incluem: preocupação escolar e trabalho, vida social, estilo de vida, tempo de tela e outros. A prevalência de baixa qualidade de sono foi de 53% entre os adolescentes.
(ANDRADE <i>et al.</i> , 2021); Psico-USF	Problematic Internet Use, Emotional Problems and Quality of Life Among Adolescents	Estudo Epidemiológico Transversal	Cerca de 17% dos alunos da pesquisa foram classificados como Usuários Problemáticos da Internet (UPI), sem diferenciação de gênero. No entanto, esses jovens não apresentaram uma frequência significativamente maior de sintomas de ansiedade, estresse e depressão.
(COSTA <i>et al.</i> , 2021); Acta Paulista de Enfermagem	Inatividade física e sintomas de depressão, ansiedade estresse em adolescentes estudantes	Estudo transversal	A maioria dos adolescentes que participaram da pesquisa eram inativos, sendo eles 93,5% nas escolas de tempo parcial e 98,3% nas escolas de tempo integral. Além disso, a atividade física está relacionada com a melhora da capacidade física, autoestima e socialização, sendo de grande importância para os jovens.
(VIEIRA <i>et al.</i> , 2022); Revista Paulista de Pediatria	Uso excessivo de redes sociais por estudantes de ensino médio do sul do Brasil.	Estudo transversal	Os estudantes que relataram uso excessivo de redes sociais representam 35,9%. A pesquisa também demonstrou relação entre o uso excessivo de redes sociais com tabagismo, uso de álcool e drogas, depressão, ansiedade e estresse.
(ZUCCOLO <i>et al.</i> , 2022); European Child & Adolescent Psychiatry	Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil	Estudo Longitudinal	O estudo avaliou 5795 crianças e adolescentes no Brasil, revelando que em cada 3 participantes, 1 apresenta sintomas emocionais, depressivos ou ansiosos em junho-novembro de 2020. O fator de maior impacto foi a

			solidão, além da exposição prévia a situações traumáticas e desvantagens socioeconômicas.
(DE FARIA <i>et al.</i> , 2022); Plos One	Time-use movement behaviors are associated with scores of depression/anxiety among adolescents: A compositional data analysis	Estudo Transversal	O comportamento sedentário está associado com a baixa qualidade de vida e de saúde mental. Trocas de comportamento sedentário por 10 minutos de atividade física leve e ter um sono regulado apresentam diminuição do índice de depressão e ansiedade.

Quadro 18.2 Descrição, caracterização e resultados das revisões bibliográficas incluídas na revisão integrativa

Autores, nome do periódico e ano de publicação	Título	Tipo de estudo	Resultado
(SOUZA & CUNHA, 2019); Revista Educação, Psicologia e Interfaces	Impactos do uso das redes sociais virtuais na saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura	Revisão de Literatura	Entre os riscos do uso excessivo, inclui-se cyberbullying e depressão. A alteração de humor e comportamento são formas de detectar problemas na saúde mental através de postagens.
(POLESSO, 2020): Repositório Acadêmico da Graduação - PUC Goiás	Mídia social e internet predisõem a ansiedade, depressão, bulimia e anorexia em adolescentes e adultos jovens: uma revisão de literatura	Revisão de Literatura	A insatisfação corporal e a busca pelo corpo perfeito levam a problemas psicológicos, como a ansiedade, e o uso das mídias agrava a condição.
(SILVEIRA <i>et al.</i> , 2020); Psicologia.pt (Portal dos Psicólogos)	Ansiedade em alunos do ensino médio: um estudo de revisão	Revisão de Literatura	A opinião dos adultos significantes na vida do jovem “molda” a forma de autoconhecimento, por exemplo, pais e professores que são grosseiros e negligentes tendem a desenvolver um adolescente que não se valoriza muito. A cobrança desses adultos referência também são precursores de ansiedade, uma vez que esses jovens precisam escolher suas profissões em uma realidade repleta de incertezas.
(KINOUTI <i>et al.</i> , 2021); Brazilian Journal of Health Review	Transtorno de ansiedade em adolescentes em situação de vulnerabilidade social: uma revisão narrativa	Revisão de Literatura	Situações de vulnerabilidade, tais como estrutura familiar frágil, falta de oportunidades, exposição a ambientes desfavoráveis, são fatores de risco para ansiedade em jovens. Além disso, adolescentes expostos a essa realidade apresentam um caminho mais suscetível ao uso de drogas e álcool.
(LARA <i>et al.</i> , 2021); Psicologia em pesquisa	Relações familiares e cognições disfuncionais de adolescentes: uma revisão sistemática.	Revisão Sistemática	Os estilos parentais (autoritários e permissivos) estão relacionados com a cognição mal adaptativa dos filhos. Tendo como desfecho a ansiedade, comportamento de fumar e o vício na internet.

(NOBRE & FREITAS, 2021); Psicologia: Teoria e prática	Habilidades sociais e ansiedade social na infância e adolescência: revisão da literatura	Revisão de Literatura	A comunicação, a assertividade e fazer amizade foram as classes mais encontradas como fatores de ansiedade social.
(LIMA & PRIMO, 2021); Revista de Enfermagem Atual In Derme	Influência da Rede Social na ansiedade do adolescente e o papel da enfermagem: revisão integrativa da literatura	Revisão Integrativa	O uso excessivo de redes sociais permite um acesso rápido de diversas informações, inclusive de realidades que podem ser almejadas por eles. Quando esse adolescente entra na vida adulta, não é garantido que ele vá conseguir de forma rápida essa realidade desejada, sendo essa uma justificativa para ansiedade.
(ROCHA <i>et al.</i> , 2022); Revista de Psicologia	Ansiedade em Estudantes do Ensino Médio: Uma Revisão Integrativa da Literatura	Revisão Integrativa de Literatura	Quatro categorias que descrevem a ansiedade em estudantes: 1. Saúde mental dos estudantes do ensino médio. 2. Pressões sociais, 3. Escolha profissional, mercado de trabalho e competitividade social e 4. Construção da identidade. Além disso, também traz que altos níveis de ansiedade estão associados com a insatisfação da decisão profissional.
(SOUSA <i>et al.</i> , 2022); Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Contexto familiar e sofrimento mental em adolescentes: uma revisão integrativa	Revisão Integrativa	O artigo ressalta a influência do estilo parental, o sofrimento mental dos pais, conflito e violência familiar, uso de substâncias, divórcio como situações familiares que estão associadas à saúde mental do adolescente.
(DA SILVA, 2022); Scientia Generalis	Consequências do bullying na saúde mental dos adolescentes no contexto escolar: revisão narrativa.	Revisão de Literatura	Adolescentes vítimas ou vítimas/agressoras apresentam maiores níveis de ansiedade do que aqueles não envolvidos com o bullying. Além disso, o transtorno de ansiedade generalizada é um dos principais transtornos decorrentes do sofrimento do bullying.

A família é um fator de grande importância no desenvolvimento dos adolescentes (CARDOSO *et al.*, 2018; LARA *et al.*, 2020; ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2022), uma vez que eles tendem a “absorver” as ideias e opiniões de adultos de referência, nesse caso, os pais (LARA *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2022). Devido a esse importante papel na vida dos filhos, o estilo parental influencia muito no amadurecimento do jovem (LARA *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2022). Por exemplo, se este crescer sendo tratado de forma grosseira ou negligente, ele provavelmente terá prejuízo no autoconceito de valorização e respeito por si mesmo (SILVEIRA *et al.*, 2020). Assim, tanto pais autoritários, quanto pais permissivos, moldam as experiências de vida dos filhos de forma negativa (LARA *et al.*, 2020), contribuindo para sentimentos de ansiedade. Ainda, as condições da família, como as que enfrentam cenários de vulnerabilidade (violência, abuso, condições socioeconômicas desfavoráveis, etc) afetam a saúde do adolescente de forma significativa (KINOUTI *et al.*, 2021; LA MAISON *et al.*, 2018; SILVEIRA *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2022). Esses fatores além de serem precursores da ansiedade, também são gatilhos para o consumo de álcool e substâncias ilícitas, consequentemente, agravando a situação do indivíduo (CARDOSO *et al.*, 2018; KINOUTI *et al.*, 2021; LARA *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2022). Ou seja, o cenário em que a família está inserida e a forma que tratam o adolescente impactam a saúde mental e o desenvolvimento desse jovem. Outro ambiente de convivência muito importante para o adolescente é a escola, onde ele desenvolve relações e passa a pertencer a um grupo (CARDOSO *et al.*, 2018; ZUCCOLO *et al.*, 2022). Entretanto, o espaço escolar também apresenta fatores ansiogênicos para o adolescente, tendo como destaque as exigências e o *bullying*. Quanto às demandas da escola, a sobrecarga de atividades, o perfeccio-

nismo e a pressão pela escolha profissional (PELAZZA *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020; TOURINHO *et al.*, 2020) tornam o adolescente vulnerável ao trans-torno de ansiedade. Além disso, a metodologia utilizada por muitos professores somada a grade curricular extensa que, muitas vezes, não é coerente com a necessidade e o interesse dos jovens também contribui para danos a sua saúde mental (ROCHA *et al.*, 2022). Com relação ao *bullying*, uma de suas principais consequências é o trans-torno de ansiedade generalizada (TAG), o qual pode permanecer, inclusive, até a vida adulta (DA SILVA, 2022; PIMENTEL *et al.*, 2020; TOURINHO *et al.*, 2020). Dentre as violências realizadas, inclui-se comportamentos físicos (bater, empurrar e socar), ataques verbais (ameaças, xingamentos e apelidos) e propagação de mentiras (PIMENTEL *et al.*, 2020). Por fim, vale destacar o despreparo de vários profissionais atuantes nesse ambiente, fazendo com que, por vezes, não saibam lidar com o emocional dos jovens, piorando um quadro de ansiedade já estabelecido (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Desse modo, é visível a influência dos ambientes de convivência familiar e escolar na saúde mental dos adolescentes. Entretanto, muitas vezes, nesses grupos, a ansiedade é encarada como desobediência ou rebeldia, impedindo o autoconhecimento desses jovens e fazendo-os duvidar sobre seus medos e preocupações excessivas (KINOUTI *et al.*, 2021; SILVEIRA *et al.*, 2020). Portanto, inserir o adolescente em um contexto positivo, com suporte social e familiar e qualidade das relações estabelecidas com os pares (amigos de escola, por exemplo), pode ser um fator de proteção para o seu bem-estar psicológico (CARDOSO *et al.*, 2018).

Estilo de vida

O estado de saúde do jovem é um reflexo dos seus hábitos de vida (PELAZZA *et al.*, 2019). Sendo assim, tempo de sono reduzido, alimen-

tação precária, prática de atividades físicas deficitária e tempo de telas elevado contribuem para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

A prática de exercício físico consiste em uma movimentação corporal acima do nível de repouso. Além de seus benefícios notáveis na saúde física do adolescente, ela permite uma melhora da autoestima, socialização e empenho na busca por objetivos de vida (COSTA *et al.*, 2021). Ademais, por colocar o indivíduo em estado de alerta (aumentar a frequência cardíaca e respiratória, sudorese e pressão arterial), essa prática prepara-o para lidar com essa situação quando ela for patológica, como ocorre nos episódios de ansiedade (ARAÚJO *et al.*, 2006). No entanto, apesar da importância, quatro em cada cinco adolescentes no mundo são sedentários, segundo dados publicados no jornal *The Lancet* (GUTHOLD *et al.*, 2020). Essa inatividade física está relacionada, principalmente, ao uso excessivo da tecnologia, o qual é predominante entre os adolescentes e contribui mais ainda para o aparecimento de sintomas de ansiedade (COSTA *et al.*, 2021).

A internet apresenta acesso rápido, diverso e com uma infinidade de conteúdos, atraindo facilmente os adolescentes, já que, nela, podem criar identidades e realidades com características próprias e diferentes da offline (DE ÁVILA *et al.*, 2020; LIMA & PRIMO, 2021; POLESSO, 2020). A criação dessas “vidas” virtuais corrobora para a instituição de padrões de beleza inalcançáveis, agravando a insatisfação corporal e busca pelo corpo perfeito e desencadeando, por vezes, a ansiedade, que está associada a outros problemas psicológicos como o transtorno alimentar (POLESSO, 2020). Além disso, essa identidade online faz com que o indivíduo se sinta livre para praticar o *cyberbullying*, em que, tanto a vítima, quanto o agressor, tem níveis de ansiedade aumentados quando comparadas a adolescentes que não estão envolvidos nessa prática (DA SILVA, 2022; SOUZA

& CUNHA, 2019). Ainda, a exposição à tecnologia afeta também o ciclo do sono, uma vez que mantém o indivíduo em alerta, interferindo nas suas funções fisiológicas (CAVALCANTI *et al.*, 2021).

Diante do exposto, o fator que mais influencia no estilo de vida é a tecnologia, que engloba o uso excessivo de internet e mídias sociais e o tempo de tela, visto que afeta atividade física, alimentação e sono. Vale ressaltar que, pelo fato de gerações mais antigas não terem tido a vivência tecnológica que as atuais gerações estão tendo, pais e professores não sabem como educar e auxiliar os adolescentes quanto ao seu devido uso, por isso essa questão ainda é de difícil resolução

Futuro

Os principais grandes desafios enfrentados pelos alunos do ensino médio são, sem dúvida, a escolha profissional, os processos seletivos para ingressar em uma universidade e o mercado de trabalho (AMBIEL *et al.*, 2018; PELAZZA *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020). Durante esse período o adolescente se depara com incertezas e ansiedades, devido a cobranças da família, da escola e da sociedade (ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020). Por conta desses sentimentos, o jovem leva mais tempo para decidir o que é melhor para si (ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020), sendo assim, a própria indecisão é fator para ansiedade e depressão (AMBIEL *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020).

Um estudo transversal realizado no Sudeste Goiano, no ano de 2019, com estudantes de pré-vestibular revelou que, dos 96 participantes, cerca de 36% apresentava ansiedade leve e moderada e 4% grave (PELAZZA *et al.*, 2019) mostrando o quão ansiogênico é esse período de vida. Ainda, essa fase angustiante da formação do jovem pode ser potencializada por conta da

pressão da família, da escola e, até mesmo, de si mesmo (ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020; TOURINHO *et al.*, 2020), uma vez que tendem a absorver as opiniões de adultos de referência (LARA *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2020). Além disso, a ansiedade prejudica a decisão profissional, visto que jovens ansiosos apresentam um grau de baixa satisfação profissional com a carreira escolhida (ROCHA *et al.*, 2022). Portanto, percebe-se que o processo de escolha profissional e vestibulares é um fator de ansiedade para os adolescentes, por conta das cobranças e das incertezas do mercado de trabalho futuro (ROCHA *et al.*, 2022; SILVEIRA *et al.*, 2020).

Diante disso, vale ressaltar o despreparo das escolas em orientar os adolescentes para a escolha profissional e seu mercado de trabalho. Por conta dessas questões, alguns jovens optam por recorrer a um profissional para realizar um acompanhamento, auxiliando na escolha de carreira, isso acontece principalmente pelo fato de sentirem-se vulneráveis e por buscarem autocohecimento (AMBIEL *et al.*, 2018), entretanto, para a grande maioria dos brasileiros essa opção não é viável. Logo, é perceptível que parte da angústia dos estudantes poderia ser amenizada se ao longo do ensino médio tivessem orientações e o devido apoio emocional.

CONCLUSÃO

Diante das exposições realizadas, percebe-se que os principais geradores de ansiedade em

adolescentes são o ambiente de convivência, incluindo a família e a escola; o estilo de vida, no qual a tecnologia mostrou ter grande influência e as questões relacionadas ao futuro, como a escolha profissional, o mercado de trabalho e a pressão psicológica enfrentada no processo.

Percebe-se, também, uma falta de material teórico que avalie a vivência do adolescente com ansiedade e seus fatores. Além disso, a maioria dos dados sobre o cuidado da saúde mental nessa faixa etária foram escritos depois da pandemia do COVID-19 (ZUCCOLO *et al.*, 2022), um período em que houve um grande aumento de diagnósticos de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes, principalmente por causa da alteração da rotina, vivência em ambientes violentos e negligentes, medo da morte de familiares, pouco convívio com amigos e familiares, tempo de sono insuficiente, vulnerabilidade social, entre outros (ZUCCOLO *et al.*, 2022).

É importante ressaltar que a maioria das patologias psicológicas inicia, muitas vezes, antes dos 14 anos de idade (DA SILVA, 2022; TOURINHO *et al.*, 2020). A ansiedade faz parte do instinto de sobrevivência do ser humano, entretanto, quando em excesso ela pode acarretar limitações de vida. Por isso, é de extrema importância a realização de estudos voltados aos adolescentes, auxiliando, assim, em diagnósticos precoces e melhor tratamento dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMBIEL, R.A.M. *et al.* Por que os adolescentes buscam fazer orientação profissional? Um estudo preditivo com estudantes brasileiros. *Temas em Psicologia*, v. 26, n. 4, p. 1971, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, A.L.M. *et al.* Problematic Internet Use, Emotional Problems and Quality of Life Among Adolescents. *Psico-USF*, v. 26, n. 1, p. 41, 2021.
- ARAÚJO, S.R.C. *et al.* Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 2, p. 164, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2023.
- CARDOSO, H.F. *et al.* Indicadores de Saúde Mental em Jovens: Fatores de Risco e de Proteção. *Estudos Interdisciplinares em psicologia*, v. 9, p. 3, dez. 2018.
- CAVALCANTI, L.M.L.G. *et al.* Constructs of poor sleep quality in adolescents: associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 8, 2021.
- COSTA, M.P.S. *et al.* Inatividade física e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes estudantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021.
- DA SILVA, M.V.R. Consequências do bullying na saúde mental dos adolescentes no contexto escola: revisão narrativa. *Scientia Generalis*, v. 3, p. 33, 2022.
- DE ÁVILA, G.B. *et al.* Internet addiction in students from an educational institution in Southern Brazil: prevalence and associated factors. *Trends Psychiatry Psychother*, v. 42, n. 4, p. 302, 2020.
- DE FARIA, F.R. *et al.* Time-use movement behaviors are associated with scores of depression/anxiety among adolescents: A compositional data analysis. *PLOS ONE*, v. 17, n. 12, p. e0279401, 2022.
- EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, v. 2, p. 1, 2005.
- GUTHOLD, R. *et al.* Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child and Adolescent Health*, v. 4, n. 1, p. 23, 2020.
- KINOUTI, A.J.Y. *et al.* Transtornos de ansiedade em adolescentes em situação de vulnerabilidade social: Uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 5, p. 22.455, 2021.
- LA MAISON, C. *et al.* Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 53, p. 685, 2018.
- LARA, A.C.D.C. *et al.* Relações familiares e cognições disfuncionais de adolescentes: uma revisão sistemática. *Psicologia em Pesquisa*, v. 15, n. 1, p. 29297, 2020.
- LIMA, M.E.P. & PRIMO, A.V.D. Influência da rede social na ansiedade do adolescente e o papel da enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 95, n. 35, 2021.
- NOBRE, M.R. & FREITAS, L.C. Habilidades sociais e ansiedade social na infância e adolescência: Revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 23, n. 2, p. 1, 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo - OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/23-2-2017-aumenta-numero-pessoas-com-depressao-no-mundo>>. Acesso em: 27 jan. 2023.
- PELAZZA, B.B. *et al.* Adolescentes na fase pré-vestibular: um estudo da ansiedade, hipertensão, fatores antropométricos e hemodinâmicos associados. *Revista Nursing*, v. 22, n. 259, p. 3.398, 2019.
- PIMENTEL, F.O. *et al.* Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes. *Acta Colombiana de Psicologia*, v. 23, n. 2, p. 205, 2020.
- POLESSO, P.A.S.C.D. Mídia social e internet predis põem a ansiedade, depressão, bulimia e anorexia em adolescentes e adultos jovens: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso de Nutrição. Repositório Acadêmico da Graduação - PUC Goiás, 2020.
- PRADO, M.T. Presença de sintomas de fobia social, transtorno do pânico e ansiedade de separação em estudantes de 11 a 17 anos, em uma escola da rede pública de ensino de Salvador. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 19, n. 4, p. 560, 2020.
- ROCHA, J.B.A. *et al.* Ansiedade em Estudantes do Ensino Médio: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de psicologia*, v. 16, n. 60, p. 141, 2022.

SILVEIRA, J.A. *et al.* Ansiedade em alunos do Ensino Médio: um estudo de revisão. Portal dos Psicólogos, 2020. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?ansiedade-em-alunos-do-ensino-medio-um-estudo-de-revisao&codigo=A1379>. Acesso em: 02 jan. 2023.

SOUSA, M.G.M. *et al.* Contexto familiar e sofrimento mental em adolescentes: uma revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 27, p. 140, 2022.

SOUZA, K. & CUNHA, M.X.C. Impactos do uso das redes sociais virtuais na saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. Revista Educação, Psicologia e Interfaces, v. 3, n. 3, p. 204, 2019.

TOURINHO, S.E.S. *et al.* Ocorrência de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em estudantes de 11 a 18 anos de uma escola pública de Salvador. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 19, n. 4, p. 547, 2020.

VIEIRA, Y.P. *et al.* Uso excessivo de redes sociais por estudantes de ensino médio do sul do Brasil. Revista Paulista de Pediatria, v. 40, 2022.

ZUCCOLO, P.F. *et al.* Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil. European Child & Adolescent Psychiatry, v. 1, p. 3, 2022.

Capítulo 19

A AUTOPERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA

NATÁLIA HOPPEN¹

GABRIELLI BASCHUNG SOCHA²

ANA CAMILA GOMES CABEÇO³

1. *Discente – Medicina do Centro Universitário de Pato Branco.*
2. *Docente – Médica da família e comunidade. Docente do Centro Universitário de Pato Branco.*
3. *Docente – Médica psiquiatra pela AMB. Docente do Centro Universitário de Pato Branco.*

Palavras Chave: Esquizofrenia; Autoimagem; Tabu.



10.29327/5195476.9-19

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico, grave, que enfrenta vários estigmas e que teve seu conceito evoluído ao longo dos anos até atingir o dos dias atuais. Um dos precursores nas pesquisas sobre a esquizofrenia foi Emil Kraepelin (1856-1926), e a definiu como demência precoce. A doença era chamada assim, pois os primeiros sintomas apareciam no início da vida adulta e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos (SILVA *et al.*; 2016). Esse psiquiatra alemão identificou e designou os sintomas fundamentais, que estariam sempre presentes ao decorrer da doença e que surgem habitualmente associados a outros sintomas. Designou também os sintomas acessórios, que são variáveis conforme a expressão e o tempo deles (REIS, 2000).

Segundo Kraepelin, os sintomas fundamentais incluem: a ausência de afeto e da vontade, bem como a alienação do doente em relação ao mundo que o rodeia, evoluindo sempre para a demência. Já os acessórios têm a duração e a forma variáveis, e alteram a personalidade do paciente, sendo um exemplo desses sintomas as alucinações (REIS, 2000).

Dando continuidade às pesquisas sobre a demência precoce, Eugen Bleuler (1857-1939) estabeleceu que, para confirmação de diagnóstico, primeiramente deveria ser excluída uma doença de causa orgânica e posterior a isso recorrer aos sintomas clínicos. Esse novo psiquiatra teve papel fundamental nas pesquisas, pois foi o responsável por renomear a demência precoce, chamando-a, então, de esquizofrenia (esquizo = divisão, phrenia = mente) (AMARAL, 2014).

Os sintomas fundamentais, posteriormente chamados de primários, incluem: falta de unidade, dissociação e desagregação do pensamento, do sentimento, da vontade e da sensação subjetiva de personalidade. Já os sintomas acces-

sórios, posteriormente chamados de secundários, são as alucinações e os delírios, em que os desejos e os temores estariam modificados (NARDI *et al.*, 2015).

Quase trinta anos depois, o psiquiatra alemão Kurt Schneider estudou sobre os sintomas da esquizofrenia e estabeleceu uma hierarquia entre eles. Eles foram chamados de sintomas de 1ª e de 2ª ordem de acordo com a sua importância para o diagnóstico. Os sintomas de 1ª ordem são aqueles sugestivos de esquizofrenia, como delírios, alucinações auditivas e/ou visuais, e pensamento difuso. Já os sintomas de 2ª ordem são aqueles com menor valor para o diagnóstico, como alteração de ânimo e alterações de senso percepção (ELKIS, 2000).

Partindo desses sintomas, eles foram divididos em sintomas positivos e sintomas negativos. Os positivos são as alucinações, delírios e às vezes os transtornos de pensamento, que refletem um excesso do funcionamento normal. Já os sintomas negativos são aqueles que apresentam uma redução do funcionamento normal (BARLOW, 2016).

Tim Crow, em 1980, dividiu a esquizofrenia em tipo I e tipo II. O primeiro é o quadro agudo da doença, responsiva a fármacos, e o tipo II é um quadro crônico que não responde aos fármacos (NARDI *et al.*, 2015; CROW, 1980).

Com o avanço dos estudos sobre a esquizofrenia e a criação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o diagnóstico da doença foi facilitado. Segundo o DSM V (2013), é preciso que o paciente apresente pelo menos dois desses sintomas em um período de seis meses: a. delírios, b. alucinações, c. discurso desorganizado, d. comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, e. sintomas negativos (expressão emocional diminuída ou anedonia), sendo que pelo menos um desses deve ser, necessariamente, a, b ou c (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

É notório que os pacientes esquizofrênicos apresentam necessidades suplementares, especialmente quando comparados aos indivíduos sem o transtorno (SOUSA *et al.*, 2017). A fase crônica da doença, por desorganizar o pensamento e a fala, muitas vezes impossibilita o paciente de viver certas situações do cotidiano (OMS, 1998) e faz com que necessite de maior auxílio por parte da saúde pública e dos familiares.

Por mais que a prevalência da doença seja baixa (1%), e a incidência varia de 1 a 7 casos a cada 10.000 habitantes (MARI & LEITAO, 2000), compreender o distúrbio é de extrema importância, tanto para a área de saúde, quanto para os doentes e familiares. Nesse contexto, os cuidados de nível primário se fazem por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), inclusive a explicação sobre a doença na área da saúde mental. Dentro do princípio da integralidade e das diretrizes da interdisciplinaridade, territorialidade e longitudinalidade do cuidado, grande parte das pessoas com transtornos mentais, leves ou graves, é atendida nas ESFs e posteriormente são encaminhadas para o Centro de Atenção Psicossocial (AOSANI & NUNES, 2013).

Os serviços de Atenção Psicossocial na modalidade CAPS II estão organizados para atender os municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e são composto por: a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e arteção (BRASIL, 2002).

Por isso, existem várias atividades para estimulação dos pacientes psiquiátricos a fim de

que seus transtornos não os alienem ou afetem qualquer produção. Deve-se ressaltar que, para o esquizofrênico, as interações em grupos e a reabilitação social são importantes, por isso o CAPS é o local onde não se exclui, mas sim onde se acolhe, cuida e constrói a criatividade (MOLL & SAEKI, 2007).

Como essa doença psiquiátrica se caracteriza por delírios e alucinações, a sociedade criou um tabu acerca do assunto. Entretanto, a esquizofrenia segue um curso variável, podendo ter recuperação sintomática e social completa em cerca de um terço dos casos (OMS, 1998; MENEZES, 2000). Como a medicina moderna evoluiu muito, tanto no tratamento medicamentoso, quanto nas terapias psicossociais e multiprofissionais, os pacientes se diagnosticados na fase inicial da doença, podem ter uma recuperação plena e duradoura (OMS, 1998).

A falta de conhecimento acerca da esquizofrenia ainda é um obstáculo que influencia nas relações interpessoais dos pacientes e familiares. Além disso, estudos têm demonstrado que pacientes esquizofrênicos apresentam 20% maior chance de cometer suicídio do que a população em geral, isso devido aos sintomas negativos que os afetam (CARDOSO *et al.*; 2007). Para tanto, o presente trabalho torna-se importante a fim de averiguar o impacto que a esquizofrenia tem na qualidade de vida dos pacientes e verificar o conhecimento deles acerca da doença.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo baseado no artigo “A realidade do viver com esquizofrenia” (OLIVEIRA *et al.*; 2012) por meio da metodologia qualitativa exploratória, e contou com a autorização do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no sudeste do Paraná. Atendendo aos critérios de pesquisa envolvendo se-

res humanos estabelecidos na Resolução 466/2012 do CNS, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 4.410.172.

Inicialmente a amostra era composta por 10 (dez) pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Entretanto, participaram apenas 6 (seis) pacientes que estavam estáveis e que realizavam acompanhamento no local de pesquisa. Todos os pacientes assinaram os Termos de Anuência Institucional (TAI) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos pacientes que desenvolveram esquizofrenia por intoxicação, ou aqueles que apresentaram sintomas positivos (delírios e alucinações) durante a entrevista.

Para analisar os aspectos relacionados à qualidade de vida e autopercepção da esquizofrenia, foram realizadas entrevistas com os pacientes psiquiátricos apenas depois de uma explicação de como ocorrerá à pesquisa, e após a assinatura do TCLE pelo participante do estudo e/ou pelo familiar responsável. A entrevista foi realizada pela pesquisadora com auxílio do coorientador. Para melhor analisar as entrevistas, elas foram gravadas como consta no TCLE. As falas, então, foram transcritas e submetidas à análise temática.

Para melhor avaliar os pacientes, foram utilizados dois questionários:

1. *WHOQOL-bref* – *World Health Organization Quality of Life* (Instrumento abreviado de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde);
2. Questionário de autoria própria;

O primeiro instrumento utilizado é uma adaptação do questionário que avalia a qualidade de vida, o “WHOQOL-100” (FLECK, 2000). Desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, a abreviação chamada “*WHOQOL-bref*” é utilizada para que os pacientes psiquiátricos e com doenças crônicas reconheçam suas dificuldades

(KLUTHCOVSKY & KLUTHCOVSKY, 2009). Para isso, o questionário é composto por 26 questões, sendo que as duas primeiras são sobre a qualidade de vida em geral, e as demais 24 são divididas em quatro atribuições: físico, psicológico, relação social e meio ambiente (FLECK, 2000).

O questionário de autoria própria é composto pelas seguintes perguntas: idade, estado civil, grau de instrução, o conhecimento acerca da doença, se a vida do paciente mudou com a descoberta da doença, como é a convivência com a família e amigos, e se há estigma perante a doença. Ambos os questionários foram lidos pela pesquisadora e pelo coorientador da pesquisa para que, assim, os entrevistados tivessem melhor entendimento das perguntas.

O risco de constrangimento foi minimizado por meio da confidencialidade e privacidade das informações. A partir do TCLE, os participantes tinham conhecimento das possíveis irregularidades que poderiam ocorrer durante a pesquisa, como baixa autoestima, agitação, ansiedade, tristeza ou desconforto ao falar sobre a doença. Também, os participantes estavam cientes de que possuíam total liberdade de recusa a responder perguntas que causassem as irregularidades citadas ou desistir da pesquisa no momento que julgasse conveniente.

Para preservação da identidade dos participantes o anonimato será mantido seguindo a codificação de pedras preciosas, como: amazonita, aquamarine, diamante, esmeralda, hematita, jade, morganite, pérola, rubi, safira, turquesa, zircônia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Questionário de autoria própria

Identificação

A partir de uma amostra de dez indivíduos selecionados com base nos critérios de inclusão

já citados, apenas seis participaram do estudo, o restante não compareceu à entrevista na data pré-agendada. Desses, três se apresentaram tendo algum familiar como acompanhante (um foi acompanhado pela mãe, outro pela irmã e o terceiro pela sobrinha), dois não possuíam acompanhantes e um não compareceu sob a justificativa de demonstrar comportamento agressivo, porém, o familiar responsável respondeu aos questionamentos de maneira colaborativa, não gerando prejuízo a pesquisa.

Segundo registros, no período desta pesquisa haviam, em um município no interior do Paraná, 683 pacientes com CID (Classificação Internacional de Doenças) de esquizofrenia (F200-F209), sendo 358 homens e 325 mulheres. A amostra foi selecionada por conveniência e organizada em conjunto com o responsável pelo CAPS, totalizando 10 pacientes estáveis e colaborativos com a pesquisa. Mesmo assim, devido à baixa adesão, foi atingido a amostra de 6 pacientes, não podendo generalizar os resultados a todos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

A composição etária dos participantes apresentou-se variada, entre 38 e 62 anos, sendo que cinco indivíduos se encontravam na faixa dos 40 anos, e um na faixa dos 60 anos. Um dos participantes não soube informar a sua idade, tornando-se necessário recorrer ao sistema de registro utilizado no CAPS para obter tal dado (o mesmo se encontrava na faixa dos 40 anos). Resultando em uma média de 46 e um desvio padrão de 8,92, calculados pelo Excel 2021.

Em relação ao gênero, todos os pacientes que fizeram parte do estudo se identificavam com o masculino. Referente ao estado civil, cinco participantes encontravam-se solteiros e um participante encontrava-se divorciado. Acerca do grau de escolaridade, dois haviam concluído o ensino primário; dois haviam concluído o ensino médio; um possuía o ensino su-

perior incompleto e um deles concluíra o ensino superior.

Quanto a ocupação, todos os participantes estavam aposentados e recebendo benefício incapacitante temporário (auxílio-doença). Os seis participantes mantinham diferentes empregos antes da manifestação da doença, sendo que, dois trabalhavam como operadores de máquinas agrícolas, um trabalhava no ramo de construção civil, um trabalhava como operador de máquinas em uma fábrica, dois cursavam o ensino superior sendo que um deles simultaneamente trabalhava como enfermeiro em um hospital da cidade.

É importante pontuar, também, que os entrevistados demonstram déficits cognitivos significativos. Dois pacientes apresentaram fragmentação do pensamento e do raciocínio, o que possivelmente gerou uma maior dificuldade de entendimento das questões envolvendo a pesquisa.

Conhecimento acerca da doença

O conhecimento dos participantes sobre a esquizofrenia se baseia nos seus sintomas e no que os médicos explicaram a doença. Dois dos entrevistados não souberam dizer o que é a doença ou se alguém já havia explicado para eles.

O senso comum se refere à esquizofrenia como sendo apenas as alucinações audiovisuais. Entretanto, a sintomatologia da doença é muito mais ampla, contendo embotamento do afeto, associações desconexas, desorganização do pensamento, entre outros. Esse pré-conceito aumenta o estigma sob o transtorno.

Todos os pacientes tiveram os inícios dos sintomas de forma insidiosa, com isolamento social e evoluindo para alucinações audiovisuais. Importante citar que, se não diagnosticado, o transtorno pode evoluir para deterioração do funcionamento global.

(...) me falaram que é apenas ouvir vozes, mas para mim começou com isolamento, ficar

longe de todos. Começou com muito choro e passei a ouvir as vozes. DIAMANTE

(...) aqueles homens que vêm conversar comigo. Posso estar conversando aqui e ele está no outro lado, vou olhar e ele some. JADE

As ações dos profissionais de saúde têm influência direta no prognóstico da doença. Considerando cada paciente de forma individual, é papel dos profissionais criar planos terapêuticos, explicar ao paciente e a família sobre a doença e, assim, auxiliar na melhor aceitação da doença.

Por isso torna-se importante que os profissionais de saúde expliquem aos pacientes o que é a doença e quais são seus sintomas.

(...) o doutor me explicou que era falta da produção de dopamina no cérebro. Testaram muitos medicamentos e levaram dois anos até acertarem. DIAMANTE

(...) meu primeiro médico explicou que era doença de família e que não tinha cura. Eu brigava com meu médico, mas hoje vejo que ele tinha razão. JADE

Nota-se, pela fala acima que, ao explicar a etiologia, sintomas, modo de viver e possíveis tratamentos, o paciente e os familiares entendem o prognóstico e a gravidade da doença. A partir do conhecimento sobre seu diagnóstico, o paciente passa a identificar possíveis novos sintomas ou recaídas no tratamento, facilitando para que a equipe de saúde os auxilie no tratamento.

Vida antes e depois da doença

O diagnóstico de esquizofrenia gera um forte impacto na qualidade de vida do paciente. Tais indivíduos têm necessidades adicionais quando comparados com a sociedade (KAT-

SCHNIG, 2000). Como os pacientes possuíam recursos pessoais limitados, os familiares passaram a protegê-los de certas situações que apresentavam riscos, tanto a si mesmos quanto aos outros.

(...) minha vida mudou totalmente, eu tinha carteira de motorista, tive que parar de dirigir. Eu trabalhava e tive que parar (...) DIAMANTE

(...) trabalhava com máquinas e fazia muita coisa errada (...) tentou vender as máquinas e depois ninguém quis dar trabalho para ele (...) HEMATITA

(...) eu tinha recém me formado, trabalhava e estudava enfermagem, era casado. Tive que parar de trabalhar e minha esposa me deixou.

(...) Eu gostava muito de cozinhar, mas um dia deixei o gás ligado e estourou o fogão, agora não me deixam mais cozinhar (...). JADE

Em relação às falas acima, pode-se perceber que a qualidade de vida dos entrevistados piorou depois do início dos sintomas, o que contradiz com o questionário aplicado posteriormente. Também, pode-se perceber que o diagnóstico da doença afeta nas relações interpessoais, como na fala de Jade, justamente pelo preconceito e pela dependência que a doença carrega.

Os portadores de esquizofrenia enfrentam uma distorção da realidade, o que pode prejudicar no julgamento dos acontecimentos a sua volta. Os sintomas depressivos e ansiosos se mostraram importantes para uma pior qualidade de vida dos pacientes, como se pode perceber pela seguinte fala de Aquamarine.

(...) Meu dia a dia mudou, comecei a ter pânico de ficar na rua e em lugares com muitas pessoas, passei a ficar fechado em casa. AQUAMARINE

Sintomas da doença

Vale lembrar que os sintomas da esquizofrenia incluem delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizado juntamente com sintomas negativos. Esse último foi descrito por todos os pacientes como isolamento social e choro fácil. Também relataram conviver com alucinações visuais, auditivas e sensitivas, como na seguinte fala:

(...) eu comecei a ouvir vozes, mas quem estava perto de mim não ouvia (...). Gostava de me consultar com meu psiquiatra, ele ouvia as mesmas vozes que eu ouvia (...). JADE

Pôde-se perceber que o psiquiatra demonstrava grande compreensão em relação aos sintomas do paciente, o que provavelmente não foi fornecido aos outros. Com isso, ficou nítida a sensação de pertencimento por parte do paciente e a importância de o profissional de saúde estar preparado para fornecer acolhimento às suas demandas.

Durante as entrevistas, notou-se que o delírio de perseguição/persecutoriedade era algo comum entre os pacientes, influenciando diretamente em seus comportamentos e gerando sintomas como medo e ansiedade.

(...) no momento ele está controlado, mas antes ouvia vozes e falava que era Deus falando com ele, mandando fazer as coisas. Um dia ele saiu e se escondeu em um colégio, não achávamos ele. Ele disse que se escondeu para não ouvir as vozes (...). PÉROLA

(...) quando estou deitado para dormir, vejo que eles estão chegando perto de mim, puxo as cobertas e me finjo de morto (...). JADE

(...) ficava nervoso no meio das pessoas, me sentia vigiado, perseguido e parecia que todos estavam me olhando (...). AQUAMARINE

Relação com família e amigos

Em relação aos familiares, os participantes relataram que o apoio em casa aumentou. Esse tipo de apoio busca aprender a lidar com diversas situações, suprindo as necessidades e provendo afeto e paciência (MORENO & ALENCASTRE, 2003).

(...) não houveram mudanças no comportamento das pessoas, eu só recebo mais cuidado agora. Nunca fui uma pessoa com muitos amigos, e as outras não se afastaram de mim, eu me afastei (...). AQUAMARINE

Com maior apoio e buscando maior segurança, a família aumenta os cuidados com o portador de esquizofrenia e evita situações que possam estressá-lo. Por vezes, tal atitude pode influenciar aumentando a dependência do paciente, como na seguinte fala de Jade;

(...) ninguém mais vem me visitar, apenas a minha filha que mora comigo, me cuida e me leva nos lugares. Se ela não pode me levar, faço uma lista e ela compra as coisas que eu preciso (...). JADE

É preciso citar que a convivência da esquizofrenia por parte dos familiares, torna-se mais complicada principalmente pelo medo do paciente tornar-se agressivo.

(...) ele fica agressivo, tenta bater na gente. “Pra” tomar banho é uma briga, não vai sozinho. Esses dias ele saiu e não tinha vontade de voltar. A assistência social foi buscar e ele atirou pedra neles. HEMATITA

Entretanto, apesar do apoio dos familiares e da importância do acolhimento com os transtornos psiquiátricos, a sociedade em geral não apresenta conhecimento sobre a esquizofrenia o que, por vezes, gera situações de preconceito.

(...) já percebi que as pessoas não conversam comigo, apenas me dão oi. Teve uma época que eu morava em um bairro e frequentava a igreja (...) as pessoas me tratavam bem, mas não tinha amizade. DIAMANTE

(...) muitas pessoas chamavam ele de vagabundo. Mas agora a vizinhança conhece ele e, se ele sai, ou avisam ou trazem ele para casa. PÉROLA

Adesão ao CAPS

O CAPS fornece atendimento de diversas formas, como: individual, grupal, oficinas terapêuticas e atividades comunitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). E, apesar disso, apenas 50% dos pacientes com transtorno psiquiátrico aderem o tratamento oferecido pelo CAPS (BULLOCH & PATTEN 2009) e isso é confirmado pela seguinte fala:

(...) não, só se trazer ele a força. HEMATITA

Levando isso em conta, se faz presente a necessidade de maior estímulo por parte dos profissionais de saúde, assim como maior divulgação dos diferentes atendimentos fornecidos por parte do poder público. Além dos medicamentos, as diversas terapias oferecidas podem estimular a reintegração social.

(...) eu participava dos grupos e gostava. Agora tenho dificuldade de vir pois tenho que cuidar da minha mãe que está doente. Mas eu vinha direto (...). DIAMANTE

Estigma da esquizofrenia

O olhar discriminador e equivocado sobre a esquizofrenia faz com que as pessoas identifiquem os pacientes como “loucos”. Seguindo a linha de pensamento de Costa Júnior & Medeiros (2007), em que a loucura é um fenômeno de intolerância e exclusão social, tal comporta-

mento reforça o sentimento de incapacidade dos pacientes.

(...) as pessoas têm preconceito pois acham que o esquizofrênico é um louco e não sabe responder ou fazer nada. Não vivi situação de preconceito, mas já me mandaram ir ao psiquiatra dizendo que eu era louco. AQUAMARINE

(...) noto que as pessoas ficam olhando e mudam quando estou perto (...) já ouvi me chamarem de louco. ESMERALDA.

(...) Comportamento das pessoas mudou bastante, se afastaram de mim e passaram a me chamar de louquinho (...). DIAMANTE

Devido a isso, é preciso que os familiares e profissionais de saúde busquem ações voltadas à população em geral para esclarecimento dos sinais e sintomas da doença, procurando minimizar o estigma e o preconceito sob a esquizofrenia.

O diagnóstico de esquizofrenia, o estágio da doença, as características individuais da pessoa e os sinais e sintomas da doença, são fatores que aumentam o risco de suicídio. É importante citar que, quanto maior o nível de escolaridade do paciente, maior a consciência sobre a sua situação, o que pode gerar sentimentos de desespero, desânimo, medo e desesperança (NARDI *et al.*, 2015).

(...) meu maior sonho é dormir e acordar morto. Não tenho desejo de viver, eu sempre peço para morrer. Eu penso em morrer 24 horas por dia. JADE

A partir da fala de Jade, nota-se que o sentimento de desesperança o acompanha diariamente. Os pacientes, por vezes, buscam nos pensamentos suicidas, uma forma de fugir da

própria realidade ou de acabar com o próprio sofrimento.

Faz-se necessário citar que, a tentativa de suicídio dos pacientes esquizofrênicos, quando comparados com a população geral, é mais violenta e letal (NARDI *et al.*, 2015). Por isso, é importante que os familiares e os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com esse tipo de pensamento, buscando melhores cuidados e acolhimento para com o paciente.

Questionário WHOQOL-bref

Tabela 19.1 Respostas na Escala de Likert

Paciente	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
1	5	5	4	1	4	4	5	4	5	5	5	5	3
2	5	4	5	1	3	5	4	2	4	5	5	3	4
3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2
4	2	2	1	1	1	1	1	4	5	5	3	2	1
5	4	3	2	1	3	3	3	3	4	3	3	4	5
6	4	4	4	1	3	5	3	2	5	5	5	3	3
Paciente	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26
1	4	3	4	4	1	4	3	4	5	5	5	4	4
2	2	3	2	1	1	5	1	1	1	5	2	1	2
3	2	4	3	1	1	3	3	1	1	1	4	2	1
4	1	5	1	1	1	2	3	1	3	2	1	5	1
5	4	2	2	3	3	2	4	2	4	4	4	4	3
6	3	5	5	3	3	4	4	3	4	4	5	3	4

Na **Tabela 19.1**, as questões estão representadas por Q e o número da questão correspondente (ex. questão 1 – Q1). Já os pacientes estão representados em numeração de 1 a 6, totalizando todos os participantes da pesquisa.

Sobre o preenchimento do *WHOQOL-bref*, todos foram administrados pela entrevistadora e o médico supervisor. As perguntas não compreendidas foram relidas se adequando ao estilo de vida do paciente, sem alterar o resultado das questões.

Em relação à análise dos resultados, foi utilizada a ferramenta desenvolvida por Pedroso *et*

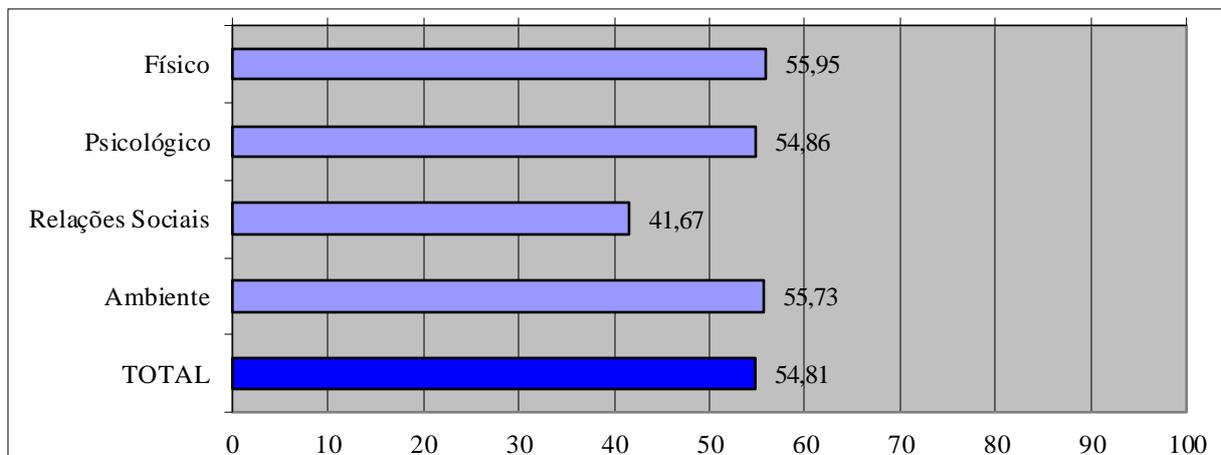
O segundo questionário aplicado foi o *WHOQOL-bref*, que possui 26 questões em que as duas primeiras se referem a qualidade de vida em geral, e as 24 restantes englobam os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). As respostas foram analisadas em escala Likert, representadas na **Tabela 19.1**, que varia de 1 a 5, sendo o número 1 correspondente com “nada”, “muito ruim” e “muito insatisfeito”, e o número 5 se refere a “completamente”, “muito boa” e “muito satisfeito”.

al. (2009), que calcula os escores e estatística descritiva do questionário *WHOQOL-bref* seguindo o manual proposto pela equipe do *WHOQOL*. Os resultados do questionário variam de 0 a 100, sendo que as médias mais próximas de 100 representam que a qualidade de vida do paciente é mais elevada

Os resultados da pesquisa, de acordo com os domínios foram: Físico (55,95); Psicológico (54,86); Relações Sociais (41,67) e Ambiente (55,73), resultando em uma média geral de 54,81. Esses resultados estão demonstrados no

Gráfico 19.2, a seguir.

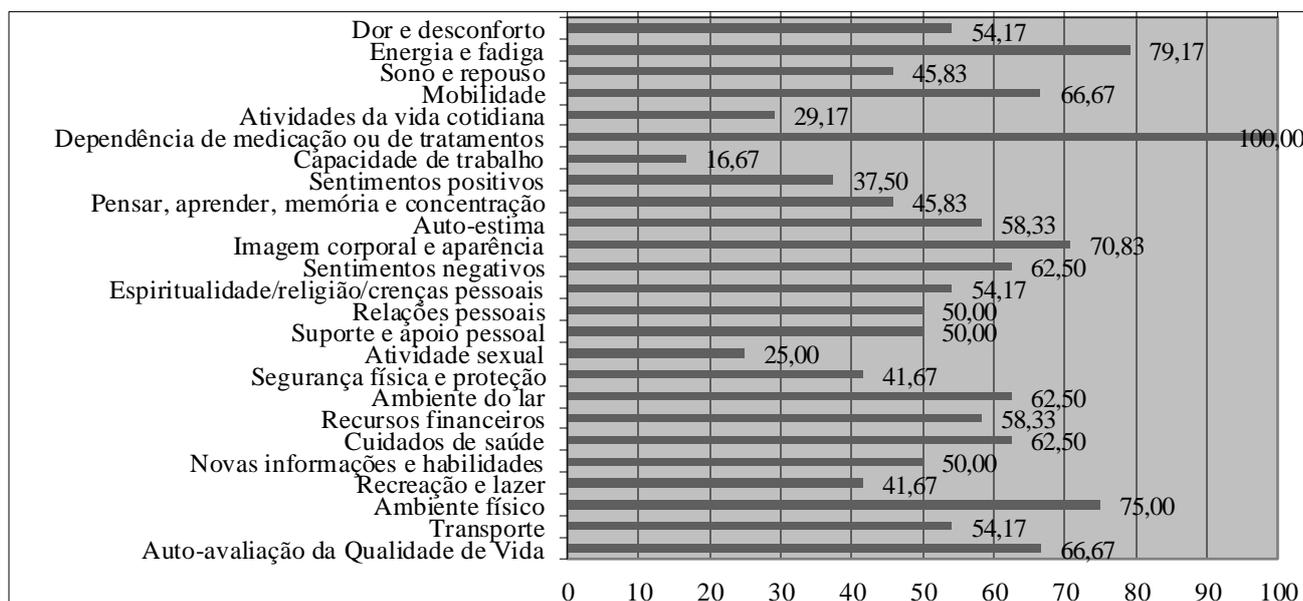
Gráfico 19.2 Resultados de acordo com os Domínios



A qualidade de vida geral dos entrevistados pode ser considerada mediana, sendo que os valores estão próximos da metade do valor total. Os pacientes esquizofrênicos apresentam a tendência de demonstrar alta satisfação sobre sua qualidade de vida, o que pode estar associado ao déficit cognitivo, delírios, alucinações e baixas expectativas e aspirações, gerando suspeita em relação a autoavaliação. A partir desses resultados, pôde-se analisar as facetas de cada domínio, que estão representadas no **Gráfico 19.3**.

Como os pacientes apresentaram-se insatisfeitos com suas capacidades de trabalho, tal faceta apresenta a menor média, com 16,67. Os pacientes entrevistados relataram possuir ocupação antes do diagnóstico de esquizofrenia e que, com a evolução do transtorno foram afastados de seus empregos. Todavia, o trabalho pode auxiliar o indivíduo a lidar com questões variadas, como superar o isolamento social, estabelecer certa independência e melhorar a qualidade de vida.

Tabela 19.3 Média das Facetas dos Domínios



Por isso, iniciativas voltadas a inserção dos esquizofrênicos ao mercado de trabalho tornam-se importantes para que o indivíduo garanta melhoria nos domínios, principalmente no físico e no psicológico.

Por fim, a faceta que apresentou maior média foi a dependência de tratamento médico (100). Todos os pacientes que participaram da pesquisa afirmaram necessitar de tratamento multiprofissional e farmacológico, sendo que ambos são dependentes um do outro e extremamente necessários. Enquanto os medicamentos auxiliam na diminuição dos sintomas do transtorno, a psicoterapia, em suas diversas formas, estimula o paciente a melhorar seu desenvolvimento psicossocial.

CONCLUSÃO

Durante um longo período os esquizofrênicos foram chamados de “loucos” demonstrando o preconceito da sociedade. Seguindo esse pensamento, esses pacientes foram excluídos do convívio familiar e social, passando por condições de saúde precárias e negando o pleno exercício da cidadania.

Apesar de ser uma doença com baixa incidência, existe um número considerável de pacientes e, no município estudado, a maioria dos pacientes possui esquizofrenia induzida por substâncias com diversos graus de comprometimento.

Os pacientes entrevistados não possuem conhecimento acerca da doença e não têm consciência do quanto ela afeta na qualidade de vida. Tal fato demonstra a importância de os profissionais de saúde descrever aos pacientes como é a doença e em quais âmbitos ela influencia.

Com a pesquisa, notou-se que todos os pacientes tiveram o retraimento social como primeiro sintoma da doença. Posterior a isso, os entrevistados tiveram respostas diferentes, com-

provando que a esquizofrenia não é uma doença psíquica linear.

A doença acarretou em mudanças no comportamento das pessoas que convivem com os esquizofrênicos pesquisados. Enquanto as famílias aumentaram o apoio, cuidado e afeto para com eles, os demais relacionamentos tiveram diferentes mudanças, principalmente pelo desconhecimento sobre a doença e o medo do preconceito acerca da agressividade. Todos os participantes relataram não possuir amigos e, os que mantinham relacionamento amoroso antes do diagnóstico, passaram por processo de separação.

A partir do presente trabalho, pôde-se perceber que os pacientes com esquizofrenia possuem capacidade cognitiva e habilidades sociais diminuídas. Apesar dos esquizofrênicos sofrerem preconceito de diversas maneiras, alguns dos pesquisados não se importaram com esse fato, o que pode estar relacionado com os principais sintomas do transtorno causadores de fuga da realidade.

Todos os pesquisados apresentam necessidade de acompanhamento constante, seja médico ou familiar. E, apesar disso, há baixa adesão ao Centro de Atenção Psicossocial. O tratamento farmacológico é importante, assim como o apoio da família, a psicoterapia e o incentivo de reintegração social. Por isso a escuta ativa e empatia durante a conversa com o paciente estão relacionadas com a melhor adesão ao tratamento, e as demais terapias, resultando em maior prevenção de recaídas e identificação de ideação suicida precocemente.

Espera-se que a presente pesquisa estimule a sociedade em geral a notar que a saúde mental é sim importante e que o estigma sobre as doenças mentais influencia diretamente no tratamento delas. Espera-se também que os profissionais de saúde, juntamente com os familiares, procurem desenvolver ações que visem o aumento do co-

nhecimento da sociedade sobre a esquizofrenia e, com isso, a diminuição do preconceito acerca dela.

O presente estudo demonstrou a realidade, o sofrimento de pacientes com esquizofrenia, a autopercepção de sua qualidade de vida, além da

necessidade que os pacientes com doenças mentais possuem de ser ouvidos e acolhidos pelos profissionais de saúde, pois eles precisam se sentir valorizados e seguros para compartilhar seus anseios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, V.F. Esquizofrenia: da dementia praecox às considerações contemporâneas. Vínculo, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 19, 2014.
- AOSANI, T.R. & NUNES, K.G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Revista de Psicologia e Saúde, v. 5, n. 2, p. 71, 2013.
- BARLOW, D.H. Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo. Artmed Editora, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html > Acesso em: 16/12/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16/12/2021.
- BULLOCH, A.G. & PATTEN, S.B. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, v. 45, n. 1, p. 47, 2010.
- CARDOSO, C.S. *et al.* Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 9, p. 2035, 2007.
- COSTA JÚNIOR, F. & MEDEIROS, M. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. Psicologia USP [online], v. 18, n. 1, 2007.
- CROW, T.J. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? British Medical Journal, v. 280, n. 6207, p. 66, 1980.
- ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, supl. 1, p. 23, 2000.
- FLECK, M. PA. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista de Saúde Pública, v. 34, n. 2, p. 178, 2000.
- KATSCHNIG, H. Schizophrenia and quality of life. Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum, v. 407, p. 33, 2000.
- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. & KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, supl. 2009.
- MARI, J.J. & LEITAO, R.J. A epidemiologia da esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria., São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 15, 2000.
- MENEZES, P.R. Prognóstico da esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, supl. 1, p. 18, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: 2010. Disponível em: > https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf < Acesso em: 16/12/2021.
- MOLL, M.F. & SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. Revista Latino-Americana. Enfermagem, v. 17, n. 6, p. 995, 2009.
- MORENO, V. & ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 37, 2003.
- NARDI, A.E. *et al.* Esquizofrenia: teoria e clínica. Artmed Editora, 2015.
- OLIVEIRA, R.M. *et al.* A realidade do viver com esquizofrenia. Revista Brasileira de enfermagem, v. 65, n. 2, p. 309, 2012.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23, 2009.
- REIS, F.D. Da demência precoce à esquizofrenia. Psicologia, v. 14, n. 1, p. 11, 2000.
- SILVA, A.M. *et al.* Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica. UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 13, n. 30, p. 18, 2016.
- SOUSA, D. *et al.* Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. Psicologia, Saúde & Doença, v. 18, n. 1, p. 91, 2017.

Capítulo 20

DEPRESSÃO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

LAIS ALMEIDA FIGUEIREDO¹

RENATA FARIA TAVARES¹

NICOLE KLEIN LACERDA¹

IZABELLA FERNANDA BASTOS SIQUEIRA¹

1. *Discente de Medicina: Universidade José do Rosário Vellano - Belo Horizonte (MG)*

Palavras Chave: Depressão; Esquizofrenia; Diagnóstico.



10.29327/5195476.9-20

INTRODUÇÃO

Depressão e esquizofrenia são transtornos psiquiátricos graves. Na população mundial, a prevalência da esquizofrenia ao longo da vida é estimada em cerca de 1% e, na maioria dos países, 8 a 12% irão sofrer de depressão em algum momento (BOSCH *et al.*, 2015).

Historicamente, tem-se pensado que a presença de transtornos de humor na esquizofrenia pode ser um bom indicador de prognóstico. Estudos evidenciam que a depressão está associada a piores resultados na esquizofrenia. A depressão é o fator mais significativo no suicídio consumado na esquizofrenia, seguida pelo suicídio provocado por alucinações comandadas. A depressão também tem repercussões a longo prazo, tanto para a recuperação funcional, quanto para a qualidade de vida do indivíduo (UPTHEGROVE *et al.*, 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V), a esquizofrenia é caracterizada por delírios, alucinações, fala e comportamento desorganizados e outros sintomas que causam disfunção social ou ocupacional. Para a identificação, os sintomas devem estar presentes há seis meses e incluir pelo menos um mês de sintomas ativos. Já um episódio de depressão se evidencia quando há presença de episódios distintos com duração de no mínimo duas semanas, abrangendo mudanças claras no afeto, cognição, funções neurovegetativas e remissões entre os episódios (CARTERI *et al.*, 2020).

Os sintomas depressivos são frequentes em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e podem estar associados à tendência suicida, porém muitas vezes isso é ignorado ou descartado na prática médica. Dessa forma, os clínicos gerais desempenham um papel essencial na avaliação inicial e no acompanhamento dos sinais e sintomas da depressão, dos riscos associados e da sa-

úde física em pacientes com esquizofrenia (BO-SANAC & CASTLE, 2013).

A natureza exata da interação entre a depressão e os sintomas negativos em uma doença psicótica “não afetiva”, como a esquizofrenia, persiste indefinida. Assim, diagnosticar a depressão na esquizofrenia e tratar esse domínio de sintomas é fundamental, pois existe um prognóstico ruim a partir dessa associação. Além disso, compreender a heterogeneidade dessa associação é extremamente importante para a elucidação dos mecanismos etiológicos subjacentes e para o desenvolvimento de tratamentos que sejam melhor direcionados (RAHIM & RASHID, 2017).

Portanto, o presente estudo tem como objetivo o levantamento bibliográfico sobre a depressão na esquizofrenia a partir de artigos indexados em bases multidisciplinares e de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de 20 de dezembro de 2022 a 24 de janeiro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, LILACS e SciELO. Foram utilizados os descritores: “*Schizophrenia AND depression*”. Desta busca foram encontrados 7096 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2012 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, relatos de caso e ensaios clínicos disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção de idioma, período de publicação e tipo de estudo,

restaram 2040 artigos, que foram submetidos à leitura do título e análise da abordagem temática. Finalmente, foram selecionados 07 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva com base na âncora teórica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A esquizofrenia e os transtornos mentais comuns são caracterizados por distúrbios cognitivos, emocionais e comportamentais que podem culminar em comprometimento do funcionamento mental, podendo afetar todas as fases da vida” (CARTERI *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alega que o número de indivíduos com transtornos mentais comuns em todo o mundo está aumentando, especialmente em países de baixa renda, devido ao crescimento populacional e ao envelhecimento. Recentemente, a OMS implementou uma iniciativa para avançar em políticas e intervenções que garantam a qualidade no atendimento de pacientes que apresentam queixas relacionadas à saúde mental. Essa abordagem epidemiológica fornece informações adequadas para introduzir a prevenção primária, que visa evitar a ocorrência; a secundária, que busca fornecer um tratamento rápido e adequado para reduzir o impacto da doença; e a terciária, que por sua vez procura amenizar a incapacidade e reduzir as limitações individuais causadas por essas condições (CARTERI *et al.*, 2020). A prevalência de transtorno depressivo na esquizofrenia foi relatada em cerca de 40%. Contudo, fatores como o estágio da doença, que pode ser inicial ou crônico, e o estado da doença, que pode ser agudo ou pós-psicótico, por exemplo, quando são considerados influenciam os números, que podem variar consideravelmente. Assim sendo, em episódios agudos, as taxas

chegam a 60%, enquanto na esquizofrenia pós-psicótica as taxas de depressão moderada a grave variam entre 20% na esquizofrenia crônica e 50% após o tratamento do primeiro episódio (UPTHEGROVE *et al.*, 2016).

No Brasil, os dados obtidos indicam que esses transtornos representam 21,5% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade no país. Além disso, São Paulo está entre as cidades com maior prevalência de problemas de saúde mental no mundo. Dessa forma, com o objetivo de melhorar a saúde mental, o governo brasileiro aumentou os investimentos em serviços de saúde mental e assistência médica. Tal medida levou à integração da saúde mental na atenção primária e promoveu o aumento do acesso da população aos cuidados de saúde mental com o "Programa Estratégia Saúde da Família" (CARTERI *et al.*, 2020).

De acordo com as estatísticas, mulheres jovens apresentam maior prevalência de depressão, de ideação suicida e demais transtornos psiquiátricos, em relação aos homens jovens, e ao longo da vida adulta, a depressão e a ansiedade também são mais prevalentes no sexo feminino. Entretanto, os indivíduos do sexo masculino são mais propensos ao abuso de substâncias e a ter comportamentos de risco. “Em relação às condições específicas, os homens apresentam esquizofrenia de início precoce, enquanto as mulheres têm maior risco de depressão bipolar. Os dados atuais indicam maior número de internações hospitalares por esquizofrenia em homens e mais internações por transtornos do humor e afetivos, transtornos relacionados ao estresse e outros transtornos mentais em mulheres” (CARTERI *et al.*, 2020).

Estudos indicam que possivelmente os genes relacionados à esquizofrenia podem não provocar a doença em si, mas levar a uma condição de hiperresponsividade ao estresse, que por sua vez pode ser danoso ao hipocampo, o que desenca-

dearia a esquizofrenia. Dessa forma, a correlação genética entre esquizofrenia e depressão pode ser explicada, uma vez que ambas as condições apresentam o estresse como um fator de risco subjacente comum (GRACE, 2016).

Existem três formas diferentes da depressão na esquizofrenia, sendo elas, “a depressão que é intrínseca à psicose, a depressão que é uma reação psicológica ao diagnóstico e suas implicações para o status e posição social, e a depressão como “evidência fumegante” do trauma histórico da infância” (UPTHEGROVE *et al.*, 2016).

Embora a vigilância e triagem para depressão em ambientes clínicos tenha aumentado, os sintomas depressivos em pacientes com esquizofrenia muitas vezes não são percebidos pelos médicos, ou são descartados. Isso ocorre principalmente devido à dificuldade de distinção entre os sintomas de um transtorno de humor concomitante e os da esquizofrenia em si, “na qual o afeto perturbado e a dificuldade de expressar emoções internas são sintomas negativos centrais” (BOSANAC & CASTLE, 2013).

Nesse sentido, a Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia avalia “a depressão como um sintoma distinto dos sintomas negativos, com mais peso em relatos subjetivos de desesperança, culpa e ideação suicida, em vez de agitação, anedonia e sintomas paranoides como observados em outras escalas de depressão” (UPTHEGROVE *et al.*, 2016). Assim, essa escala foi feita pela distinção entre sintomas negativos primários e secundários (UPTHEGROVE *et al.*, 2016).

Desse modo, deve-se notar a importância dos médicos clínicos gerais na avaliação e acompanhamento dos sintomas depressivos nos esquizofrênicos (BOSANAC & CASTLE, 2013). Nesse contexto, para diferenciar os sintomas depressivos dos sintomas negativos da esquizofrenia, pode-se considerar que “um sintoma negativo é um afeto embotado e os sinto-

mas depressivos são humor deprimido proeminente, desesperança, desamparo, inutilidade, culpa, ideação suicida” (BOSANAC & CASTLE, 2013). Ademais, segundo Krynicki *et al.*, 2018 pôde-se acrescentar o pessimismo como característica depressiva e como sintoma negativo caracterizado por alogia na esquizofrenia.

“Os sintomas negativos primários da esquizofrenia incluem retraimento apático, restrição de afeto e escassez de pensamento” (BOSANAC & CASTLE, 2013). Sintomas negativos secundários, particularmente aqueles como anergia, alogia e afeto embotado, podem se apresentar como resultado da depressão (UPTHEGROVE *et al.*, 2016). Entretanto, existem semelhanças “tanto na depressão quanto nos sintomas negativos, como retraimento social, diminuição da capacidade de sentir prazer (anedonia) e perda de motivação” (UPTHEGROVE *et al.*, 2016), além da anergia e avolição (KRYNICKI *et al.*, 2018).

Estudos apresentaram alta prevalência de depressão em pacientes ambulatoriais com diagnóstico de esquizofrenia e quadro estável. Foi evidenciado que a presença de sintomas depressivos tem estreita associação com a baixa qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia, principalmente no domínio ocupacional e nas relações familiares, em que os pacientes se mostraram menos motivados e com baixa capacidade de sentir prazer na vida, quando comparados com pacientes sem depressão. Indicadores clínicos e ocupacionais, como relato de sintomatologia, maior duração da doença, uso de maior número de medicamentos e ausência de atividades no lar, mostraram-se associados à maior gravidade da sintomatologia depressiva nestes pacientes. Além disso, este quadro está relacionado a uma alta morbidade, que se apresenta como indicador de mau prognóstico, associado a diversos aspectos negativos do desfecho clínico.

CONCLUSÃO

Dessa forma, observou-se que os sintomas depressivos são bastante frequentes em todas as fases da esquizofrenia, seja como pródromo de um novo episódio psicótico, na fase aguda da doença, no período pós-psicótico ou na fase residual. Estes sintomas estão associados a vários aspectos negativos do desfecho clínico destes pacientes, como maiores taxa de recaídas, piora

na qualidade de vida e suicídio. Sendo assim, conclui-se que o acompanhamento de tais pacientes deve ser rigoroso, envolvendo a participação de uma equipe multidisciplinar e de familiares. Além disso, há necessidade de se investigar ativamente os sintomas depressivos que sejam específicos de depressão em esquizofrenia, a fim de proporcionar a melhor estratégia terapêutica para cada paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOSANAC, P. & CASTLE, D.J. Schizophrenia and depression. The Medical Journal of Australia, v. 199, n. 6, p. S36, 2013.

BOSCH, P. *et al.* Schizophrenia and depression: a systematic review of the effectiveness and the working mechanisms behind acupuncture. Explore, v. 11, n. 4, p. 281, 2015.

CARTERI, Randhall Bruce *et al.* A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil. Dementia & Neuropsychologia, v. 14, p. 283, 2020.

GRACE, A.A. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. Nature Reviews Neuroscience, v. 17, n. 8, p. 524, 2016.

KRYNICKI, C.R. *et al.* The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 137, n. 5, p. 380, 2018.

RAHIM, T. & RASHID, R. Comparison of depression symptoms between primary depression and secondary-to-schizophrenia depression. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, v. 21, n. 4, p. 314, 2017.

UPTHEGROVE, R. *et al.* Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue?. Schizophrenia bulletin, v. 43, n. 2, p. 240, 2017.

Capítulo 21

SAÚDE MENTAL DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

ALINE DE SOUSA GUEDES¹
ANA JÚLIA TEIXEIRA TEOTONINO¹
ANA LAURA SOARES VIEIRA¹
LUIZA FERREIRA PIMENTA¹

1. *Discente - Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte*

Palavras Chave: Saúde Mental; Mulheres Privadas de Liberdade; Pandemia.



10.29327/5195476.9-21

INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 iniciada no ano de 2020 alterou significativamente as dinâmicas sociais. Diante da recente doença que se alastrava rapidamente e cuja prevenção - principalmente através da vacina - até o primeiro semestre de 2021 ainda não era amplamente distribuída para toda a população, o novo contexto passou a exigir novas medidas e comportamentos. As principais mudanças incluíam o distanciamento social, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), novos meios de trabalho e de convivência, impactando toda a sociedade (MALTA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, é importante destacar que um dos grupos populacionais que foi duramente afetado inclui as mulheres privadas de liberdade. Essa população durante a pandemia sofreu com a redução e até mesmo a suspensão de visitas e da assistência médica, trazendo diversas consequências, especialmente à saúde mental. Vale lembrar que a frequência dos transtornos mentais entre as mulheres privadas de liberdade é maior do que o adoecimento de mulheres em liberdade, o que reforça a gravidade desse cenário (CARVALHO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2017).

Diante desses impactos, o Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBh) desenvolveu ações na tentativa de reduzir os problemas associados à pandemia e às mulheres privadas de liberdade. Para isso, durante o primeiro semestre do ano de 2021, alunos do terceiro período de medicina juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), puderam realizar práticas de acolhimento baseadas no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) focado nas necessidades de saúde das recuperandas da Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC) de Belo Horizonte, com o desafio do uso de plata-

forma virtual de reuniões para o amparo dessas mulheres.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de alunos de medicina na identificação das necessidades de saúde das recuperandas da APAC-BH assim como informar os planos de cuidados apresentados sob a óptica do MCCP.

APAC

A APAC faz referência a uma entidade civil cujo objetivo é a reintegração e a recuperação social dos indivíduos privados de liberdade. Em Belo Horizonte, tal instituição foi inaugurada no dia 9 de dezembro de 2019, exclusivamente para o acolhimento de mulheres em cumprimento de pena privativa de liberdade (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019). Tem como princípio a retomada da humanização e da dignidade da recuperanda, chamada assim pelo método prisional que a APAC propõe. Nesse modelo tais mulheres recebem o nome de recuperandas, pois são vistas como corresponsáveis pela sua recuperação e pela segurança, de modo que recebem auxílio médico, psicológico, jurídico e espiritual. A disciplina do presídio é feita com a colaboração das recuperandas, além de receber apoio de funcionários, de voluntários e de diretores das entidades, sendo inexistente a presença de policiais e agentes penitenciários (VELOSO & GAMBA, 2020).

Em Minas Gerais, existem aproximadamente 40 associações e seu ingresso é voluntário. A pessoa em liberdade privada deve mostrar interesse de forma escrita solicitando sua transferência, se comprometendo a se ajustar às demandas da metodologia. Além dessa solicitação é importante que os seguintes requisitos sejam cumpridos: situação jurídica definida e autorização judicial (DE OLIVEIRA & ESTEVÃO, 2018).

Durante a detenção na APAC é executado um plano de atendimento em que é avaliado o comportamento do recuperando e listado as atividades a serem realizadas. Em tais atividades o trabalho é considerado indispensável e inclui as mais diferentes tarefas, como atividades artesanais e até mesmo funções administrativas. Além do trabalho, as recuperandas também podem receber aulas relativas ao Ensino Fundamental e/ou Médio e cursos profissionalizantes, o que está em consonância com o princípio de reintegração social proposto pela APAC (VELOSO & GAMBA, 2020)

MCCP

O MCCP surgiu na década de 1980 pela demanda de um atendimento de forma integral e humanizada visando abordar todas as necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde e/ou à doença do paciente, de forma que o indivíduo é visto como um todo (STEWART *et al.*, 2017).

Essa nova metodologia traz diversas mudanças em relação ao modelo tradicional de atendimento médico. Uma das inovações é o fato de que existe o tratamento horizontal, extinguindo a noção hierárquica de que apenas o médico é detentor do poder. Dessa maneira, o paciente se torna um dos protagonistas do seu próprio atendimento, participando de todas as etapas da consulta, especialmente na elaboração do plano conjunto de manejos dos problemas (BARBOSA & RIBEIRO, 2016).

Outra mudança essencial no MCCP é a aceitabilidade por parte do médico, em determinadas situações, de admitir uma postura subjetiva, permitindo que o tratamento humanizado seja concretizado. Assim, nessa nova proposta de cuidado, o médico deve ter a capacidade de adotar práticas que requerem o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo (STEWART *et al.*, 2017)

O MCCP é baseado em quatro componentes. O primeiro está associado à exploração da saúde, da doença e da experiência da doença. Essa dimensão, além de englobar a história, exame físico e exames complementares, há também a inclusão dos sentimentos, ideias, alterações na ordem funcional e expectativas do paciente. O segundo componente é entender a pessoa como um todo, abordando a história de vida e questões pessoais, o contexto próximo, como a família e o trabalho, e o contexto amplo, isto é, a cultura e a comunidade na qual o indivíduo está inserido. O terceiro componente é elaborar um plano conjunto no qual o médico, juntamente com o paciente, desenvolve um plano de cuidado, de modo a identificar os problemas e as prioridades e estabelece metas. Por fim, o último componente é intensificar a relação entre a pessoa e o médico, no qual enfatiza o contato e os sentimentos de compaixão e de empatia entre o profissional de saúde e o sujeito que está recebendo o atendimento (STEWART *et al.*, 2017; MEAD & BOWER, 2000).

É importante salientar que os alunos do UniBh, desde o primeiro período, trabalham com o MCCP, o qual é utilizado no acolhimento e nas consultas, assim como foi no teleatendimento com as recuperandas da APAC. Dessa maneira, as recuperandas puderam receber atendimentos baseados em princípios pautados na humanização médica e no cuidado integral, dando atenção à saúde física e mental, aos sentimentos e ao contexto social das pacientes.

ATENDIMENTOS ÀS RECUPERANDAS

Ao todo, 108 alunos e 36 recuperandas participaram desse projeto, de forma que as consultas eram realizadas em trios e cada grupo atendia uma recuperanda.

Os atendimentos foram realizados por meio de três encontros que aconteciam quinzenalmente na plataforma virtual “zoom meeting”. A APAC contém computadores em que as recuperandas puderam usar para serem atendidas. O tempo médio de duração para cada consulta foi de 60 minutos. Os alunos faziam as anotações em um prontuário eletrônico para que fosse possível dar continuidade no cuidado. A **Tabela 21.1** indica quais informações continham em tal prontuário.

Tabela 21.1 Anamnese do prontuário

Queixa principal
História da Moléstia Atual, incluindo: - Sentimentos do paciente quanto à queixa - Ideia: o paciente relaciona a queixa a algo que aconteceu? - Funcionalidade: como a queixa está interferindo no cotidiano? - Expectativa: o que o paciente espera em relação ao atendimento?
Histórico de doenças pregressas
Histórico familiar de doenças
Uso de medicamentos controlados
Hábitos: tabagismo? Etilismo? Prática de atividade física?
Você tem se considerado mais ansiosa/estressada nos últimos meses?
Plano conjunto de cuidados desenvolvido

As recuperandas se voluntariaram para serem atendidas pelos alunos, que realizavam o acolhimento junto às preceptoras e, no terceiro atendimento, de acordo com a necessidade em saúde, era proposto um plano de cuidados baseados na prevenção e promoção em saúde, e se necessário, as mulheres eram encaminhadas para a Clínica Integrada de Saúde do UniBh ou para a UBS correspondente àquela região, já que, a APAC-BH não possui um serviço médico dentro do local.

É relevante destacar que, a UBS da região adscrita recebe uma verba voltada somente para o atendimento das recuperandas da APAC-BH,

entretanto, inúmeras mulheres relataram que estão há mais de dois anos aguardando atendimento, por exemplo, para uma consulta ginecológica. Uma demanda em especial era da recuperanda N.O.S., que sofria de hemorragia há um ano e oito meses e não conseguia passar por uma consulta ginecológica. Essa mulher ficou com tal problema até novembro de 2022, situação que a levou a conseguir o benefício de prisão domiciliar, pois o Estado não estava garantindo as condições de saúde necessárias, previstas na Constituição Federal.

PRINCIPAIS DEMANDAS DAS RECUPERANDAS

Considerando todo o aspecto biopsicossocial que o MCCP faz uso, foi possível identificar diversas demandas de saúde entre as recuperandas, sendo as principais demandas: atendimento psicológico e psiquiátrico, ginecológicas, odontológicas e cardiológicas. Outros problemas identificados pelos alunos que fizeram as consultas estavam associados à necessidade de mudanças de determinados comportamentos, como o tabagismo e o sedentarismo.

Ademais, é importante salientar que grande parte das demandas levantadas estavam relacionadas à saúde mental. Além da sensibilidade por estarem em um ambiente privado de liberdade, o contexto de incerteza e medo gerado pela pandemia favoreceu o desenvolvimento de algumas perturbações emocionais como ansiedade, tristeza, insônia, interferindo na qualidade de vida dessas mulheres e contribuindo para o uso de ansiolíticos e hipnóticos.

Ademais, muitas dessas perturbações emocionais acabam se manifestando fisicamente, evidenciando que o corpo, as emoções e a mente estão diretamente relacionadas (CRUZ & PEREIRA, 2011). Essa situação foi observada por

muitos pacientes como F.S.C, cujas queixas principais eram “manchas brancas na pele e suor excessivo”. Nesse caso, à medida que a entrevista se desenvolvia, os alunos perceberam que as lesões hipocrômicas e a sudorese surgiram em um momento de instabilidade emocional da recuperanda e se exacerbaram quando a paciente passava por crises de ansiedade.

Por fim, as alterações emocionais também foram atribuídas, pelas próprias entrevistadas, ao excesso de preocupação delas com seus familiares expostos à própria pandemia, à vulnerabilidade social e à violência, reafirmando que o contexto social influencia diretamente no estado mental dos indivíduos.

PRINCIPAIS PLANOS DE CUIDADOS DESENVOLVIDOS

Após a identificação e levantamento das principais demandas das mulheres atendidas, é importante a elaboração do plano conjunto. Tal passo constitui uma das principais etapas do MCCP em que é possível encontrar um consenso entre o profissional da saúde e o indivíduo assistido para o manejo dos problemas relatados (STEWART *et al.*, 2017).

Primeiramente, um dos problemas mais relatados pelas recuperandas estava associado à saúde mental, incluindo ansiedade e insônia. Nesses casos, muitos alunos propuseram medidas que pudessem proporcionar momentos relaxantes e capazes de reduzir o estresse por meio de atividades como yoga e meditação. Para isso, durante as próprias entrevistas virtuais e, posteriormente, em visitas presenciais, os estudantes ensinaram técnicas de controle de respiração e alguns movimentos relativos à prática de yoga. Ademais, na APAC as recuperandas realizam atividades artesanais como tricô e crochê. Nesse contexto, diversos alunos incentivaram para que

as pacientes continuassem fazendo essas tarefas, reforçando os benefícios das atividades artísticas e artesanais, como a diminuição dos níveis de ansiedade e do estresse, além de aumentar a concentração e estimular algumas capacidades cognitivas (ALVES *et al.*, 2020).

Ainda sobre as demandas mentais, é necessário destacar que o ato das recuperandas de relatarem as suas angústias e queixas e, por parte dos alunos, haver a escuta ativa e empática é também uma forma de desenvolver um plano de cuidados. Nesse sentido, a própria fala do paciente e a escuta do profissional de saúde pode proporcionar alívio e efeitos curativos. Esse método é muito utilizado pela psicanálise e foi denominado por Freud como “a cura pela fala”, em que o discurso permite ao paciente compreender os sintomas atuais, de modo que seus sentimentos não são reprimidos e, conseqüentemente, têm menos chance de se manifestarem sintomaticamente (FOCHESATTO, 2011). Para as mulheres privadas de liberdade, essa escuta se mostra ainda mais importante já que se trata de uma população historicamente marginalizada, cujas angústias, conflitos e emoções, muitas vezes, não são acolhidas e nem escutadas, trazendo graves conseqüências à saúde e ao bem estar mental dessas mulheres.

Em segundo lugar, muitas demandas levantadas exigiam a mudança de estilo de vida, destacando o sedentarismo. As mudanças comportamentais são uma das mais difíceis de serem realizadas e uma técnica que pode auxiliar nessa situação e foi utilizada em algumas entrevistas - especialmente para as pacientes mais resistentes à mudança comportamental - é o chamado modelo transteórico. Esse instrumento afirma que os pacientes podem estar em cinco diferentes estágios: pré-contemplação, contemplação, decisão/preparação, ação e manutenção (PROCHASKA *et al.*, 1992; TORAL & SLATER, 2007).

Na pré-contemplação, o indivíduo ainda não possui a intenção de realizar a mudança de comportamento ou não considera hábitos como o sedentarismo inadequado. Quando as recuperandas se encontravam nessa fase, os alunos as ajudavam a identificar os hábitos mostrando quais seriam os problemas a curto e a longo prazo de se manter essa prática. Na contemplação, o sujeito reconhece o problema e considera realizar a mudança do hábito. Assim, é importante mostrar a importância e os benefícios de se realizar as mudanças. Por exemplo, para as mulheres sedentárias que se encontravam nesse estágio, os estudantes informavam que a atividade física permitiria mais disposição para fazer as atividades cotidianas e poderia trazer um sono de mais qualidade. Na fase da decisão/preparação há o estabelecimento de metas e de estratégias que sejam alcançáveis e aceitas pelos pacientes, como negociar a introdução de caminhadas de até 30 minutos por pelo menos três vezes por semana, que podem ser feitas na própria APAC, já que a instituição possui espaço para realizá-las. Os próximos estágios envolvem a ação que é colocar em prática as propostas e a manutenção, cujo desafio é manter a mudança e evitar recaídas. Entretanto, caso as recaídas ocorram é importante alertar aos pacientes que elas são aceitáveis e é preciso incentivar novamente o processo de mudança comportamental (TORAL & SLATER, 2007).

Por fim, algumas demandas necessitavam de atendimentos médicos especializados, principalmente quando as queixas eram ginecológicas e odontológicas. Diante dessas situações, foram feitos pedidos de encaminhamentos à UBS à correspondente da região ou diretamente a Clínica Integrada de Saúde, tendo em vista que a APAC não disponibiliza serviços médicos locais para as recuperandas.

Nessa perspectiva, foi notória a necessidade de continuidade do cuidado integral às recuperandas, principalmente no aspecto psicológico/psiquiátrico. Apesar da metodologia APAC prezar por valores humanos, incluindo a dignidade e o bem estar das recuperandas, estas ainda precisam receber assistência de saúde com mais qualidade, especialmente em relação à saúde mental.

Logo, o trabalho a ser continuado deve ser pautado na escuta ativa, levando em consideração os aspectos subjetivos da queixa e o contexto no qual a recuperanda está inserida. Foi possível observar também que, a população privada de liberdade sofre com a ausência de amparo governamental e que essa situação se agravou ainda mais com a pandemia. Além disso, entender um pouco da história dessas mulheres privadas de liberdade, foi uma experiência rica e principalmente empática que, contribuiu para a humanização e empatia na uma formação médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ALVES, K.V.G. *et al.* Grupos de artesanato na atenção primária como apoio em saúde mental de mulheres: estudo de implementação. *Estudos de psicologia (Natal)*, v. 25, n. 1, p. 102, 2020.
- BARBOSA, M.S. & RIBEIRO, M.M.F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 26, n. Supl 8, p. S219, 2016.
- CARVALHO, S.G. *et al.* A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3493, 2020.
- CRUZ, M.Z. & PEREIRA, J.A. Corpo, mente e emoções: referenciais teóricos da psicossomática. *Simbio-Logias*, v. 4, n. 6, p. 46, 2011.
- DE OLIVEIRA, G.A. & ESTEVÃO, R.F. A política de reconhecimento praticada no modelo APAC como forma de humanização da pena e resgate do diálogo com o corpo social. *REGRAD - Revista Eletrônica de Graduação do UNIVEM, [S.l.]*, v. 11, n. 01, p. 265, 2018.
- FOCHESATTO, W.P.F. A cura pela fala. *Estudos de Psicanálise*, n. 36, p. 165, 2011.
- MALTA, D.C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 4, 2020.
- MEAD, N & BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), v. 51, n. 7, p. 1087, 2000.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Primeira Apac da capital começa a funcionar em prédio cedido pela Prefeitura. 2019. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/primeira-apac-da-capital-comeca-funcionar-em-predio-cedido-pela-prefeitura>>. Acesso em: 28 jan. 2023.
- PROCHASKA, J. *et al.* In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.
- SANTOS, M.V. *et al.* Saúde Mental de Mulheres Encarceradas em um Presídio do Estado do Rio de Janeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 26, 2017.
- STEWART, M. *et al.* Medicina. Centrada na Pessoa – Transformando o método clínico. 3ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2017.
- TORAL, N. & SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1641, 2007.
- VELOSO, R.C. & GAMBA, C.O. O Método Apac Como Modelo de Humanização do Processo Identitário do Encarcerado. *Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas*, v. 21, n. 40, p. 135, 2021.

Capítulo 22

TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL: PROPEDÊUTICA E MANEJO

NATHALIA RODRIGUES CAVALCANTI DE CASTRO¹

MARIA EDUARDA PIFFER DE ALMEIDA¹

LUISA BRANDÃO CARNEIRO¹

LARA MAFEZONI DEORCE²

CAMILA TEIXEIRA DA SILVA¹

JULIANA SCHIMITH CORCINO DE FREITAS¹

GABRIELA OLIVEIRA CASSARO¹

MATHEUS DETTONI STAUT SIMMER¹

INGRID BRITO BERGER²

ANTONELLA ZANOTTI LOCATELLI¹

SOPHIA BRIDI ZAMPROGNO³

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA⁴

1. *Discente – Medicina do Centro universitário Multivix Vitória.*

2. *Discente – Medicina da Universidade de Vila Velha.*

3. *Discente – Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo.*

4. *Docente – Medicina do Centro Universitário Multivix Vitória, Coordenadora Residência Psiquiatria Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação/ Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo*

Palavras Chave: Transtorno disfórico pré-menstrual; Síndrome Pré-menstrual; Transtornos do humor.

INTRODUÇÃO

Estima-se que até 90% das mulheres experimentam pelo menos um sintoma pré-menstrual leve, 30% a 40% vivenciam sintomas pré-menstruais moderados a graves (a chamada Síndrome Pré-Menstrual ou SPM) e cerca de 3 a 8% atendem aos critérios diagnósticos para Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), forma mais grave de SPM (PRASAD *et al.*, 2021).

O TDPM foi inserido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como uma nova categoria diagnóstica de transtornos depressivos e em 2019 foi codificado como diagnóstico ginecológico na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-11) (TIRANINI & NAPPI, 2022). Para ser caracterizado como TDPM a mulher deve apresentar no mínimo cinco dos seguintes sintomas, na fase lútea do ciclo menstrual: irritabilidade, humor depressivo, ansiedade ou labilidade afetiva (pelo menos 1 sintoma de humor tem que estar presente), além dos potenciais sintomas como dificuldade de concentração, fadiga, diminuição do interesse em atividades rotineiras, sensação de sobrecarga emocional, mudanças no apetite e no sono e sintomas físicos (sensibilidade mamária e inchaço) (DI SCALEA & PEARLSTEIN, 2017). Tais sintomas influenciam de forma negativa a qualidade de vida e bem-estar da mulher, podendo afetar sua vida no âmbito profissional, acadêmico e/ou pessoal. A fisiopatologia envolve neurotransmissores centrais, hormônios ovarianos e neuroesteróides, assim, são mais comumente utilizados tratamentos que envolvem a regulação do neurotransmissor ou desregulação neuroesteróide com medicamentos antidepressivos, ou a eliminação de flutuações hormonais pela supressão da ovulação (TIRANINI & NAPPI, 2022).

Este estudo tem como objetivo condensar informações e contextualizar acerca do TDPM dando ênfase nos principais e atuais métodos de tratamento existentes utilizados para pacientes diagnosticados que podem variar de acordo com seu planejamento de vida e comodidade terapêutica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO, BVS e a utilização de fontes externas, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª ed. (DSM-5). Foi utilizado o descritor em saúde (DeCS): “*Premenstrual Dysphoric Disorder*”. Desta busca foram encontrados 56 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 1999 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, meta-análise e artigo original, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após os critérios de seleção restaram 28 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: a fisiopatologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamento e epidemiologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

Na fase lútea, a última fase do ciclo menstrual, é observado um aumento dos níveis de es-

tradiol e progesterona, sendo a TDPM causada pela resposta exacerbada a flutuação desses hormônios, resultando em sua sintomatologia (PEREZ-BLASCO *et al.*, 2013). Além disso, são esteroides neuroativos que afetam o Sistema Nervoso Central e sua resposta anormal é encontrada em mulheres com transtorno de humor relacionado a hormônios (REID & SOARES, 2018).

É importante saber a respeito do papel da alopregnanolona sobre os receptores GABAa no Sistema Nervoso Central. Após sua produção, a progesterona é rapidamente metabolizada em alopregnanolona no organismo e age como receptor alostérico modulador positivo nos receptores GABAa, similarmente ao álcool e benzodiazepínicos (PEREZ-BLASCO *et al.*, 2013; HANTSOO & EPPERSON, 2015). Sabe-se também que há sintomas relatados no TDPM após uma modulação excessiva, podendo gerar dessensibilização ou resistência à ação da alopregnanolona nos receptores GABAa. Isso pode acarretar manifestações negativas, tais como ansiedade, impulsividade, raiva e labilidade afetiva influenciando na saúde da mulher (REID & SOARES, 2018).

Em relação a serotonina, duas hipóteses são aceitas atualmente. A primeira diz respeito à baixa significativa de serotonina total em pacientes com TDPM em comparação a pacientes controle, sendo uma teoria reforçada pela melhora dos sintomas após a administração de inibidores da recaptação de serotonina (VALADARES *et al.*, 2006). Outra hipótese complementar refere-se ao fato de que os esteroides ovarianos, principalmente o estradiol, atuam na expressão de receptores e transportadores de serotonina. Assim, na fase lútea, quando há queda de estradiol, pode inferir queda nos níveis de serotonina e conseqüentemente, manifestação de sintomas depressivos (HANTSOO & EPPERSON, 2015).

Diversos ensaios clínicos foram realizados nos últimos anos buscando evidências sobre a existência ou não de uma suscetibilidade genética relacionada a TDPM. Dentre os achados positivos mais significativos está o polimorfismo do gene ESR1, gene codificador do receptor de estrogênio alfa, que se mostrou um achado importante entre mulheres portadoras do transtorno (HUO *et al.*; 2007). Ademais, promissoras pesquisas sobre o polimorfismo no gene SLC6A4, codificador do transportador SERT de serotonina (GINGNELL *et al.*, 2010) e desregulação do complexo ESC/E(Z) (DUBEY *et al.*, 2016) foram produzidas, mas seus achados demandam maiores investigações.

Fatores ambientais também podem estar relacionados à etiologia do TDPM. Estudos revelam que eventos traumáticos, história prévia de transtorno de ansiedade e níveis altos de stress diário aumentam significativamente o risco de desenvolvimento da doença (PERKONIGG *et al.*, 2004), sendo o stress um importante fator de ligado a severidade dos sintomas (HAMAIDEH *et al.*, 2014). Como exemplo, pesquisa realizada por Girdler *et al.* mostra que mulheres portadoras de TDPM apresentaram maior histórico de abuso sexual e físico quando comparadas a mulheres sem o transtorno (GIRDLER *et al.*, 2003).

Ademais, a dieta é assunto de pesquisas recentes tanto acerca de seu papel na fisiopatologia quanto na gravidade dos sintomas. Segundo Valadares *et al.* chocolate, cafeína, sucos de frutas, álcool e a deficiência de determinadas vitaminas e minerais parecem exercer algum papel sobre os sintomas da TDPM, mas as implicações diretas desses fatores ainda requerem confirmação. (VALADARES *et al.*, 2006; apud HALBREICH *et al.*, 2003).

Epidemiologia

Estudos epidemiológicos mostram que aproximadamente 80% a 90% das mulheres em

idade fértil relatam pelo menos um sintoma físico ou psíquico pré-menstrual sem haver prejuízo significativo em suas atividades cotidianas (REID & SOARES, 2018). Segundo relatórios anteriores, 3% a 5% das mulheres em idade reprodutiva apresentam sintomas graves que provocam prejuízo e incapacidade em suas vidas cotidianas, no entanto, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), estima-se uma incidência em torno de 1% a 2% para mulheres selecionadas aleatoriamente que atendem critérios diagnósticos mais rigorosos para Transtorno Disfórico pré-menstrual (TDPM) (REID & SOARES, 2018).

Diagnóstico

O diagnóstico do TDPM deve ser feito através de avaliações diárias durante, no mínimo, dois ciclos menstruais consecutivos. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), são utilizados os seguintes critérios:

Ao menos cinco sintomas devem estar presentes na maioria dos ciclos menstruais, aparecendo na semana antes do início da menstruação e melhorando alguns dias após o início da menstruação (VALADARES *et al.*, 2006).

É preciso apresentar um (ou mais) dos seguintes sintomas:

1. Labilidade afetiva acentuada (alteração de humor, sentimento de tristeza repentina, vontade súbita de chorar ou aumento da sensibilidade à rejeição);
2. Acentuação da raiva ou irritabilidade ou aumento dos conflitos interpessoais;
3. Aumento do humor deprimido, desesperança e pensamentos autodepreciativos;
4. Acentuação da ansiedade, da tensão e do nervosismo.

Somado a isso, para atingir o total de cinco sintomas necessários para o diagnóstico, deve

estar presente uma (ou mais) das seguintes manifestações:

1. Diminuição do interesse pelas atividades regulares (como passatempos, escola, amigos e trabalho);
2. Dificuldade de se concentrar;
3. Acentuada falta de energia ou fadiga;
4. Alteração do apetite;
5. Insônia ou hipersonia;
6. Sentimento de sobrecarga ou falta de controle;
7. Sintomas físicos como aumento de peso ou sensação de “inchaço”, sensibilidade ou aumento das mamas ou dores musculares e articulares.

Esses sintomas não podem ser apenas exacerbação de outras doenças e devem impactar negativamente o funcionamento social, escolar ou ocupacional (APA, 2014).

A ferramenta diagnóstica mais aceita para o TDPM é o Relato Diário da Gravidade dos Problemas (DRSP), um questionário prospectivo auto preenchido por ao menos dois meses. Ademais, apresenta-se também o Instrumento de Rastreamento de Sintomas Pré-menstruais (PSST), o qual é um questionário retrospectivo preenchido em um único momento, como na consulta com a paciente. Se o diagnóstico ainda não estiver claro, pode-se realizar o teste de supressão ovariana com um agonista de GnRH (CARVALHO *et al.*, 2021).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial do TDPM fundamenta-se na investigação e exclusão de possíveis doenças psiquiátricas ou clínicas que possam apresentar certa sintomatologia semelhante ou presente no TDPM. Logo, faz-se importante expor as principais desordens prováveis, que são:

- Síndrome pré-menstrual (SPM): condição na qual abrange sintomas físicos –

sensibilidade nas mamas, fadiga, retenção hídrica e dores do tipo cólica em hipogástrio e comportamentais alterações no humor, irritabilidade, desejo por determinados alimentos e distímia. Diferentemente do TDPM, a SPM não requer a apresentação de um mínimo de cinco sintomas determinados nos Critérios Diagnósticos apresentados pelo DSM-V e por não possuir um parâmetro de sintomas afetivos. Apesar de ambas expressarem sintomas de maneira semelhante no período pré-menstrual do ciclo, a SPM é tida como uma afecção mais leve (APA, 2014; LUBIANCA & CAPP, 2022).

- **Transtorno Afetivo Bipolar (TAB):** é definido como episódios de mania/hipomania e depressão em um período delimitado, no qual existe remissão e exacerbação, podendo retomar ao estado eutímico (DALGALARRONDO, 2019). Diante do exposto, por evidenciar certos sintomas semelhantes no TDPM, que muitas vezes são exacerbados nos períodos pré-menstruais, bem como sendo a menstruação um evento marcante e constantemente acompanhado pelas mulheres, e somado a isso o não conhecimento prévio do TAB, inúmeras pacientes confundem ambos os diagnósticos. Dessa maneira, é basilar o acompanhamento para uma análise dos sintomas retrospectivos visto que é um transtorno crônico e independente do ciclo menstrual e atuais para um adequado diagnóstico e manejo da paciente (DSM-V).
- **Transtorno Depressivo:** é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas ligados a inatividade, falta de prazer, tristeza profunda, fadiga aumentada ou falta de energia, insônia ou

hipersonia, apetite diminuído ou aumentado, dificuldade em tomar decisões ou em se concentrar e sentimentos de desesperança que podem se apresentar de maneira pontual e contínua ou até mesmo de maneira recorrente, reincidindo de tempos em tempos (DALGALARRONDO, 2019). Diante à similaridade dos sinais e sintomas de ambos os transtornos há a dificuldade de sua diferenciação e, devido a isso, é preciso uma supervisão clínica da paciente para melhor definição do caso, além de que o Transtorno Depressivo não só se estende à fase pré-menstrual (PIRES & CALIL, 1999).

Além desses, afecções pré existentes que se agravam durante a fase lútea, como: hipotireoidismo, asma, alergias, cefaleia migratória, transtornos convulsivos, ansiedade e os por uso de substâncias. Posto isso, nota-se a relevância da pesquisa clínica para se alcançar um manejo adequado da paciente (APA, 2014; VALADARES *et al.*, 2006).

Tratamento

A terapêutica visa aliviar os sintomas afetivos e somáticos pré-menstruais. Além da proposta de mudança de estilo de vida, através de atividades físicas e mudanças na alimentação, são estudados possíveis tratamentos medicamentosos com agentes psicotrópicos e/ou a inibição da ovulação (DI SCALEA & PEARLSTEIN, 2017). Ademais, deve-se considerar a gravidade dos sintomas, resposta ao tratamento, planejamento de concepção e preferências do paciente (DI SCALEA & PEARLSTEIN, 2017).

Tratamentos farmacológicos

Os agentes psicotrópicos, utilizados como primeira linha de tratamento, são inibidores se-

letivos da recaptação de serotonina (ISRS) em especial a Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina e Escitalopram (TIRANINI & NAPPI, 2022). Na **Tabela 22.1** estão dispostas as doses dos principais ISRS. A serotonina é um neurotransmissor importante na modulação do humor e comportamento exercendo um papel significativo na fisiopatologia da TDPM. Mulheres com essa condição apresentaram uma baixa dos receptores de serotonina, decaindo os níveis de serotonina plasmática na fase lútea e aumentando a resposta à serotonina na fase folicular (TIRANINI & NAPPI, 2022).

A modulação de serotonina revelou melhora em fenômenos psicológicos como na ansiedade, humor deprimido e irritabilidade e também em fenômenos físicos como inchaço, sensibilidade mamária e alterações de apetite (APPLETON, 2018). Em caso de falha na resposta de um medicamento do grupo, deve-se utilizar outro ISRS antes de abandonar o uso dessa classe (RAPKIN *et al.*, 2019).

Os efeitos colaterais dos ISRS geralmente são leves, mas constituem um possível desafio para aquelas que fazem uso contínuo do medicamento. Dentre eles a náusea (presente brevemente no início do tratamento), cefaleia, perturbações do sono, fadiga e redução da libido são os mais comuns (REID & SOARES, 2018).

Estudos não demonstraram superioridade entre o uso contínuo ou intermitente (isto é, durante a fase lútea), sendo necessário considerar ao prescrever os ISRS: a tolerância, adesão, risco de dependência farmacológica, bem como o plano de concepção de cada paciente pelo risco de teratogenicidade (CARLINI & DELIGIANNIDIS, 2021).

Os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSN) possuem menos estudos avaliando sua eficácia no tratamento da TDPM, entretanto a Venlafaxina tem demonstrado resultado quando comparado a placebo em estu-

dos (APPLETON, 2018). Benzodiazepínicos como o Alprazolam pode ser efetivo em casos de ansiedade severa e insônia pré-menstrual. É necessário um monitoramento adequado devido ao risco de dependência (MISHRA *et al.*, 2022).

Tabela 22.1 Tabela dos principais ISRS utilizados.

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)	Doses
Fluoxetina	20mg
Paroxetina	10-20 mg
Sertralina	50-100 mg
Escitalopram	10-20 mg

Fonte: Adaptado de Carlini & Deligiannidis, 2021.

Uma outra vertente de tratamentos é a associada à supressão da ovulação. Nos casos de sintomas muito severos do transtorno os supressores podem gerar mais alívio. Podem ser subdivididos em: terapias hormonais, danazol e pílulas contraceptivas orais (DI SCALEA & PEARLSTEIN, 2017).

A terapia hormonal é realizada com o objetivo de inibir o ciclo hipotálamo-gonadal. No entanto, os efeitos colaterais dessa terapia, ao induzir a menopausa, vem acompanhada da queda de estrógeno e progesterona. Essas circunstâncias geram risco aumentado de osteoporose e ondas de calor pelo corpo. Por isso, essas pacientes também repõem estrógeno e gestágeno - um hormônio com princípio ativo semelhante à progesterona (MISHRA *et al.*, 2022).

Alguns relatos dos pacientes demonstram a reincidência dos sintomas com a terapia de reposição gestagênica. Dessa forma, como alternativa, os médicos podem combinar o agonista de GnRH com tibolona (esteroide sintético com fraca atividade estrogênica, progestogênica e androgênica) (MISHRA *et al.*, 2022).

Quanto ao danazol, é um agonista e antagonista de andrógeno parcial sintético e é inibidor de gonadotrofina que também se mostrou eficaz no tratamento do transtorno disfórico pré-menstrual porque promove também a inibição da

ovulação. A despeito disso, está associado a hirsutismo - que é o aumento na quantidade de pelos - e teratogenicidade - associada ao desenvolvimento pré-natal anormal - e, portanto, não é recomendado como primeiro agente (MISHRA *et al.*, 2022).

As pílulas anticoncepcionais orais (PAOs) por sua vez, embora amplamente utilizadas na prática clínica, não apresentam eficácia no tratamento de transtorno disfórico pré-menstrual baseada em evidências científicas. As mulheres que tomam as pílulas apresentam mais sintomas relacionados a hormônios nos dias sem hormônio e, portanto, o tratamento com PAOs com menos dias sem hormônio pode ser benéfico para essas mulheres. Drospirenona (um gestagênio) foi particularmente eficaz no tratamento de sintomas de TDPM por causa de seus efeitos anti-aldosterona e anti-androgênicos (KALTSOUNI *et al.*, 2021).

Tratamentos não farmacológicos

Para um melhor resultado terapêutico outras alternativas não farmacológicas podem ser empregadas, no entanto para a ACOG (*American Congress of Obstetrics and Gynecology*) as alternativas não medicamentosas favorecem em maior grau pacientes com síndrome pré-menstrual (SPM) do que aquelas com TDPM (HANTSOO & EPPERSON, 2015).

Os exercícios físicos podem melhorar os sintomas físicos e psicológicos por meio da elevação dos níveis de beta-endorfina, entretanto ainda não possuem evidências científicas de boa qualidade (MISHRA *et al.*, 2022). Na alimentação a redução do consumo de cafeína, álcool, açúcar refinado e adoçantes artificiais, assim como o aumento no consumo de carboidratos complexos, podem reduzir a tensão pré-menstrual e disforia e podem intensificar a disponibilidade de triptofano no cérebro e consequentemente aumentar a síntese de serotonina (LANZA & PEARLSTEIN, 2017).

Outras alternativas podem ser exploradas, como a suplementação de cálcio (600 mg duas vezes ao dia) tem demonstrado a redução de sintomas somáticos e psicológicos (APPLETON, 2018). A utilização de vitaminas (B6 e E) e magnésio ainda estão em processo de pesquisa (TIRANINI & NAPPI, 2022).

O uso da *Vitex agnus castus* (agnocasto) tem sido estudado por exercer efeito dopaminérgico, limitando sintomas como irritabilidade, labilidade emocional, além de moderar sintomas físicos como cefaleia e inchaço das mamas (APPLETON, 2018). Outras dietas e suplementos *herbais de ginkgo biloba, crocussativus* ou óleo de prímula demonstraram benefícios limitados no tratamento de sintomas somáticos (HANTSOO & EPPERSON, 2015).

Apesar da melhoria das manifestações do TDPM a mudança no estilo de vida carece de evidência científica, sendo considerados insuficientes para aqueles com sintomas graves (APPLETON, 2018). Contudo, pacientes ainda sim devem ser incentivados a realizarem essas mudanças enquanto rastreiam o TDPM (APPLETON, 2018).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ser utilizada para ajudar a lidar com desconfortos psicológicos e físicos do SPM e TDPM. A TCC pode ser adequada como manutenção, no entanto seu uso combinado com a farmacoterapia (inibidores seletivos da recaptção de serotonina) não demonstrou produzir benefícios adicionais. A falta de estudos bem controlados e diagnósticos precisos, assim como a carência de profissionais treinados limitam a aceitação do TCC como tratamento de primeira linha (REID & SOARES, 2018).

CONCLUSÃO

O TDPM possui muitos caminhos para discussões futuras. Dentro da investigação foi

constatado que o DRSP (Relato Diário da Gravidade dos Problemas) é a ferramenta mais aceita para o diagnóstico do TDPM, utilizado para avaliações diárias por, no mínimo, dois ciclos menstruais consecutivos, nos quais a paciente precisa apresentar ao menos cinco sintomas.

Concomitantemente, observou-se que em referência ao tratamento do TDPM o principal

obstáculo é compreender o contexto de cada paciente em relação ao seu planejamento de vida e comodidade terapêutica, não existindo um consenso a respeito do método utilizado. Desse modo, é necessário estudos futuros para estabelecer orientações a respeito da eficiência de cada tratamento, assim como profissionais preparados para atender essas particularidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- APPLETON, S.M. Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. *Clinical obstetrics and gynecology*, v. 61, p. 52, 2018.
- CARLINI, S.V. & DELIGIANNIDIS, K.M. Evidence-Based Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Concise Review. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 81, p. 19ac13071, 2020.
- CARVALHO, G.R. *et al.* O Transtorno disfórico pré-menstrual: apresentação clínica e manejo/ Premenstrual Dysphoric Disorder: clinical presentation and management. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, p. 24045, 2021.
- DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. [Artmed]. Grupo A. E-book 2019.
- DI SCALEA, T.L. & PEARLSTEIN, T. Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 40, p. 201, 2017.
- DUBEY, N. *et al.* The ESC/E(Z) complex, an effector of response to ovarian steroids, manifests an intrinsic difference in cells from women with premenstrual dysphoric disorder. *Molecular Psychiatry*, v. 22, p. 1172, 2017.
- GINGNELL, M. *et al.* Neuroticism-related personality traits are related to symptom severity in patients with premenstrual dysphoric disorder and to the serotonin transporter gene-linked polymorphism 5-HTTLPR. *Archives Womens Mental Health*, v. 13, p. 417, 2010.
- GIRDLER SS. *et al.* Biological correlates of abuse in women with pré-menstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosomatic Medicine*, v. 65, p. 849, 2003.
- HALBREICH, U. *et al.* The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, v. 28 Suppl 3, p. 1, 2003.
- HAMAIDEH SH. *et al.* Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 21, p. 60, 2014.
- HANTSOO, L. & EPPERSON, C. N. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, v. 17, p. 87, 2015.
- HUO L. *et al.* Risk for Premenstrual Dysphoric Disorder Is Associated with Genetic Variation in ESR1, the Estrogen Receptor Alpha Gene, *Biological Psychiatry*, v. 62, p. 925, 2007.
- KALTSOUNI, E. *et al.* Brain reactivity during an aggressive response in women with premenstrual dysphoric disorder treated with a selective progesterone receptor modulator. *Neuropsychopharmacology*, v. 46, p. 1460, 2021.
- LUBIANCA, J.N. & CAPP, E. Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2024/2. Síndrome pré-menstrual e transtorno disfórico pré-menstrual: uma revisão de sistema de tratamento farmacológico, p. 151, 2022.
- MISHRA S. *et al.* Premenstrual Dysphoric Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
- PEREZ-BLASCO J. *et al.* Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. *Archives Womens Mental Health*. v. 16, p. 227, 2013.
- PERKONIGG A. *et al.* Risk factors for pré-menstrual dysphoric disorder in a community sample of Young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 65, p. 1314, 2004.
- PIRES, M.L. & CALIL, H. Associação entre Transtorno Disfórico Pré-menstrual e Transtornos Depressivos. *Revista Brasileira de psiquiatria*, v. 21, p. 118, 1999.
- PRASAD, D. *et al.* Suicidal Risk in Women with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Women's Health Mary*, v. 30, p. 1693, 2021.
- RAPKIN A.J. *et al.* Contraception counseling for women with pré-menstrual dysphoric disorder (PMDD): current perspectives. *Open Access Journal of Contraception*, v. 10, p. 27, 2019.
- REID, R.L. & SOARES, C.N. Premenstrual Dysphoric Disorder: Contemporary Diagnosis and Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 40, p. 215, 2018.
- TIRANINI L. & NAPPI R.E. Recent advances in understanding/management of pré-menstrual dysphoric disorder/pré-menstrual syndrome. *Revista Face*, v. 1, p. 11, 2022.
- VALADARES, G.C. *et al.* Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 33, p. 117, 2006.

Capítulo 23

MASTECTOMIA MASCULINIZANTE: UM CAMINHO PARA A AFIRMAÇÃO DE GÊNERO

VINICYUS EDUARDO MELO AMORIM¹

ANA PAULA DE SOUZA MOITA²

ANDERSON DEODATO DA SILVA²

ANDRESA DOS SANTOS VIANA²

ARTHUR RODRIGUES CARDOSO²

BEATRIZ LAGES ZOLIN¹

BRUNO MOHR BICCA²

INDIRA ARAGÃO FRANÇA¹

JÚLIA CIBELY DA SILVA SOUZA²

FELIPE RIGATTI DE SOUZA²

GUILHERME AUGUSTO CARDOSO SOARES²

LARISSA CARARETO BRAVIN²

ROBERTA GOMES BARROS³

RODRIGO MENDES HEILMANN²

YASMIN MELO LA GRECA DE PAIVA²

1. *Discente – Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.*
2. *Discente – Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.*
3. *Discente – Medicina da Universidade Católica de Pernambuco.*

Palavras Chave: Cirurgia Plástica; Mastectomia; Mastectomia masculinizante; Transsexual; Afirmação de gênero.



INTRODUÇÃO

Identidade de gênero é a convicção da pessoa em se reconhecer como homem, mulher, algo entre essas definições ou fora do padrão binário hegemônico, independentemente do sexo biológico e da expressão de gênero. Ela é sempre autorreferida e só o próprio indivíduo pode exteriorizá-la. Algumas pessoas apresentam fluidez de gênero, ou seja, uma variabilidade de identificação no decorrer da vida, o que é mais comum em crianças. Aqueles que se identificam com o gênero designado ao nascimento a partir do reconhecimento do sexo são chamados de cisgêneros e aqueles que não se identificam são conhecidos como transgêneros (CIASCA *et al.*, 2021).

Transgênero é um termo abrangente que descreve aqueles que não têm identidade de gênero, expressão de gênero e/ou comportamento que corresponde ao sexo atribuído no nascimento, conforme definido pelas normas de uma determinada cultura (NGUYEN *et al.*, 2018). Homens transgênero experimentam uma desarmonia entre seu sexo de nascimento e seu senso íntimo de pertencimento de gênero. A terapia hormonal e juntamente a cirurgias específicas costuma fazer parte inerentemente do processo de afirmação de gênero (CARBONNEL, 2021).

As pessoas trans, mundialmente, possuem maior vulnerabilidade à violência, ao assédio e à discriminação. Bullying, negação de assistência médica e de trabalho são apenas alguns exemplos das violações aos direitos humanos que este grupo sofre. Associados à grande criminalização, detenção arbitrária, violência e lesão corporal, tais fatos colaboram para a queda na qualidade de vida das pessoas transgênero.

Na sociedade atual, casos de intolerância de gênero são frequentes. Diariamente, são notificados casos de crimes contra transgêneros nas mais diversas esferas da sociedade; escolas, am-

biente de trabalho e dentro dos próprios lares. Em algumas situações, as próprias famílias os expulsam de casa por não concordarem com as suas escolhas. Com isso, a qualidade de vida e bem-estar social dessas pessoas são fortemente prejudicadas. A mastectomia surge então como uma forma de atenuar a autopercepção negativa desses indivíduos fazendo-os se sentirem mais pertencentes a sociedade

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é compreender o impacto da mastectomia na qualidade de vida de homens trans, bem como entender a mudança antes e após a cirurgia.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de dezembro de 2022 e janeiro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores: “*Mastectomy*” e “*Transsexual*” associados pelo operador booleano “*AND*”. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês publicados no período de 2000 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, bem como estudos disponibilizados na íntegra.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: A pessoa transsexual e seus estigmas; Como o indivíduo lida com sua autopercepção?; Qual o impacto na vida pessoal, estudantil, trabalhista do indivíduo que assume a sua identidade de gênero?; Técnicas de *binding*; A Mastectomia e como ela é realizada; Existem complicações cirúrgicas?; Quais as principais técnicas empregadas?; Como mensurar a satisfação do paciente?; Questionários existentes de avaliação pré e pós cirúrgica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estigma social tem sido causa de segregação dos grupos considerados fora do padrão so-

cial de sua época, além de um forte formador de preconceito. De acordo com Link & Phelan, o estigma existe quando há a convergência de um conjunto de variáveis inter-relacionadas. A primeira seria a observação das diferenças humanas baseada em atributos efêmeros e temporais que culminam na rotulagem dos grupos. Nessa perspectiva, geralmente existe uma prevalência dualística (negro/branco, cis/trans, gay/hetero, etc.). O segundo componente seria a associação dessas diferenças com características negativas, gerando o que se chama de estereótipo. Por fim, a terceira variável ocorre quando há, definitivamente, a separação social baseada nesses rótulos: nós e eles (LINK & PHELAN, 2001).

"O estigma e a discriminação em função da identidade de gênero estão relacionados comumente a um contexto social, econômico e psicológico desfavorável, [...] e produz discriminação e violência em diferentes níveis: estrutural, interpessoal e individual, os quais podem ter repercussão no quadro de vulnerabilidade" (MAGNO *et al.*, 2019).

Uma dificuldade clássica em muitos países, até mesmo nos ditos liberais, é a oportunidade de mudar seu nome social para que o indivíduo se adeque de acordo com a sua identidade de gênero. Além disso, barreiras para o acesso à educação e ao emprego formal marginalizam socioeconomicamente as pessoas trans colocando-as no mercado de trabalho sexual. Relata-se, ainda, a problematização do acesso a saúde que, quando não é negada, é permeada de discriminação e preconceito (MAGNO *et al.*, 2019).

Ao se analisar o estigma interpessoal, o núcleo familiar tem sido apontado, em diversos estudos, como a primeira experiência de exclusão, de violência e de agressão física. Isso se estende para a rejeição de amigos e da comunidade, bem como agressão de parceiros ou vizinhos. A partir disso, todas essas situações exacerbam o isolamento social, medo de discriminação, estresse

psicossocial, baixa autoestima e comprometimento da saúde mental do indivíduo (MAGNO *et al.*, 2019).

Todos esses fatores contribuem para a formação autoimagem do indivíduo transexual. A autoimagem corporal está relacionada à percepção que uma pessoa tem de seu próprio corpo e dos sentimentos resultantes dessa percepção, como o orgulho ou a vergonha. Diversos fatores podem influenciar nesse processo de autoavaliação, como o gênero, a idade, os meios de comunicação, além da relação do corpo com os processos cognitivos das crenças e valores inseridos em uma cultura.

Muitas pessoas transexuais procuram se expressar em consonância com as normas sociais de gênero em busca da sensação de pertencimento a um determinado grupo social masculino ou feminino. Assim, apresentam o desejo e a necessidade interna, constante e permanente, de mudança sexual (PETRY, 2015). Somado a isso, o processo de reconhecimento do gênero autodeterminado pelo indivíduo pode ocorrer tanto na infância quanto na idade adulta, haja vista que esta é uma experiência vivenciada de modo singular por cada pessoa ao longo da vida (PORCINO *et al.*, 2022).

Com relação às implicações psicológicas que a autopercepção de gênero pode trazer, um estudo avaliou o nível de preocupação com a imagem corporal entre 48 transexuais e 48 cisgêneros (MOFRADIDOOST & ABOLGHASEMI, 2019). Os participantes transexuais relataram uma maior insatisfação em comparação aos cisgêneros, sendo essa insatisfação ainda maior em mulheres trans. Além disso, há evidências de que a satisfação corporal aumenta com o aumento da aceitação social em pessoas transgênero (MCGUIRE *et al.*, 2016). Dessa forma, é possível evidenciar a angústia e o medo da não aceitação e estigmatização da sociedade, especialmente em uma mudança de gênero de

masculino para feminino, a qual geralmente é mais reprechida.

A disforia de gênero é caracterizada pelo sofrimento psicológico e comprometimento psicossocial resultante de uma incongruência entre o sexo atribuído no nascimento e a identidade de gênero. Embora a disforia, comece geralmente na infância, algumas pessoas podem não desenvolver até depois da puberdade. Esses jovens apresentam um alto risco de apresentar diagnósticos clínicos de depressão, suicídio, automutilação e distúrbios alimentares, o que também está associado aos diferentes níveis de transforia a que estão expostos (SCHNEIDER *et al.*, 2017).

O impacto da escolha

As pessoas transgêneros apresentam valores piores de saúde mental quando comparados aos cisgêneros (MCDOWELL *et al.*, 2019). Existem ainda diferenças entre as taxas de depressão em pessoas trans e cis. Pessoas cis possuem uma taxa de 17%, enquanto a de trans varia entre 35% e 62%. Diversos são os tipos de preconceito que essas pessoas estão sujeitas; *bullying*, agressão física e assédio verbal pela família, abuso sexual na infância, exclusão social, empecilhos legais para mudança do nome social, preconceito em ambientes de saúde pelos profissionais, fazendo-as muitas vezes optarem por não frequentar os postos de atendimento, entre outros.

Um estudo com estudantes trans numa universidade americana apontou experiências variadas, mas todos os relatos evidenciaram situações de marginalização por professores e colegas (SCHROTH *et al.*, 2018). Cerca de 80% das pessoas trans que abandonaram o ensino médio no mundo estão no Brasil, motivo que impacta diretamente no ensino superior. Indivíduos transgênero no ensino superior brasileiro representam apenas 0,02% dos estudantes (GOOD-

MAN & COLE, 2017). Ademais, nem todos que entram permanecem e concluem o curso. Estudos recentes apontam que a percepção de inclusão e socialização de estudantes trans na universidade é um fator primordial para sua permanência. Nesse sentido, o clima do campus (Atitudes, comportamentos e práticas relacionadas ao acesso, inclusão e respeito pelas necessidades individuais) é um componente amplamente pesquisado para a compreensão dos aspectos ambientais que podem influenciar nessa percepção.

Outro estudo apontou ainda a universidade como um ambiente que traz o início de um novo ciclo da vida. Cursar a graduação coincidiu, para a maioria, com o início da fase adulta, de maior liberdade de expressão e autonomia com alguma distância familiar (VIANA *et al.*, 2022). Os participantes aproveitaram o momento de ingresso na Instituição para serem conhecidos precocemente pelo nome social e promover mudanças corporais para afirmação de gênero.

No Brasil, foi instituída a obrigatoriedade do uso do nome social em instituições de educação no ano de 2015, porém, depoimentos evidenciaram o não cumprimento dessa legislação. Ademais, normatizar o nome social isoladamente não é uma medida suficiente para que esse estudante se sinta acolhido nas suas peculiaridades. As universidades, infelizmente, ainda são consideradas ambientes transfóbicos, catalisadoras de insegurança e sentimento de não pertencimento, o que dificulta o convívio e leva ao isolamento social (LACERDA & ALMEIDA, 2021). Esse cenário pode comprometer a saúde mental de estudantes, ocasionando ansiedade, depressão, autoagressão, dependência de álcool e tentativas de suicídio (REISNER *et al.*, 2016; CORRÊA *et al.*, 2020).

A realização de atividades esportivas na universidade também foi apontada como um entrave para a inclusão e socialização. Esse achado converge com os resultados de um estudo norte-

americano, que analisou a percepção de estudantes LGBT atletas quanto à sua aceitação na universidade e identificou que a dificuldade é maior quando se trata de estudantes trans. Além disso, pesquisa realizada com estudantes de nível médio na Nova Zelândia demonstrou que pessoas LGBT são mais propensas a tentativas não saudáveis de controle de peso, apresentam maus hábitos alimentares, tendem ao sedentarismo e pouco participam das atividades esportivas oferecidas na escola (LUCASSEN *et al.*, 2019).

Se poucos trans conseguem concluir a graduação, isso se refletirá diretamente na inserção no mercado de trabalho. Dados levantados pela FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo em 2020, revelou que apenas 13,9% de mulheres trans e travestis possuíam empregos formais. Já entre os homens trans, o percentual foi um pouco maior, totalizando 59,4% (SILVA *et al.*, 2020).

Dessa forma, com todo o preconceito vivido desde a infância, seja no seio familiar ou fora dele, diversas são as formas de tentativas de afirmação de gênero, como, por exemplo, *binding*. Ademais, um trabalho demonstrou que 97% dos indivíduos trans masculinos mencionaram que já fizeram ou podem algum dia querer fazer uma mastectomia masculinizante, a fim de atenuar o preconceito (BUSTOS *et al.*, 2021).

O *Binding* e suas repercussões

O *Binding* pode ser definido pela prática de compressão do tecido mamário a partir de técnicas específicas, visando uma aparência menos feminina. A técnica é usada principalmente por pessoas transgênero para proporcionar uma maior conformidade entre corpo e sua identidade de gênero. As técnicas de *binding* variam, mas em sua maioria consistem no uso de bandas elásticas, sutiãs esportivos com tecidos de compressão, sobreposição de roupas e *binders* – pe-

ças de roupa desenvolvidas especificamente para a prática. Em determinado grau, todas as formas de *binding* ajudam a proporcionar um aspecto de tórax mais plano.

Apesar dessa prática proporcionar um alívio da disforia corporal e uma melhora da saúde mental, a prática de compressão torácica requer cuidados específicos, uma vez que ainda são frequentes os sintomas físicos decorrentes do uso contínuo das técnicas, dentre eles dor (74%), alterações da pele/tecido (76,3%), superaquecimento (53,5%) e alterações posturais (40,3%). A partir da grande recorrência desses sintomas, é necessário que o cuidado clínico com o indivíduo seja constante e atento para a prática do *binding*, medindo benefícios e riscos para cada paciente para evitar desfechos e complicações posteriores.

Além da assistência do sistema de saúde, ainda existem recomendações básicas ao longo da prática de *binding*, dentre elas a limitação de tempo de uso – não excedendo 8 a 12 horas por dia, não realizar ao dormir ou durante exercícios físicos ou praticá-lo diariamente. O uso de *binders* comerciais de acordo com o tamanho e biotipo deve ser incentivado, também ressaltando a importância da consciência corporal do paciente durante o uso da peça. Outras recomendações de segurança e saúde envolvem recomendar ao paciente que não pratique o *binding* com plásticos, fitas ou bandagens e prefira sutiãs esportivos, sobreposições de camisas ou tecidos compressivos, devido a menor recorrência de sintomas físicos e complicações (BELL & TELFER, 2019).

Outro ponto a ser considerado é o impacto do *binding* quando o paciente tem a necessidade de mastectomia masculinizadora, uma vez que a prática pode lesar a pele, principalmente quanto à elasticidade, gerando uma maior complexidade cirúrgica e dificultando a obtenção de um

melhor resultado estético e funcional (BELL & TELFER, 2019).

A Mastectomia e suas indicações

A mastectomia masculinizadora é uma cirurgia de afirmação de gênero, que faz parte da transição do gênero feminino para o masculino. Na mastectomia ocorre a remoção completa da mama. Tem-se como objetivo de o procedimento cirúrgico remover o tecido mamário, o excesso de pele, reduzir e reposicionar o complexo areolopapilar (CAP). Nesse procedimento tenta-se diminuir ao máximo a perda de sensibilidade, aplainar o sulco inframamário, e minimizar as cicatrizes gerando um contorno torácico masculino que seja agradável esteticamente para o paciente.

A procura por cirurgias e procedimentos de afirmação de gênero aumentou consideravelmente na última década. A mastectomia masculinizadora é geralmente o primeiro, o mais importante e muitas vezes o único procedimento cirúrgico na readequação de gênero em transexuais masculinos, o que guarda relação direta ao simbolismo que a mama carrega de feminilidade. Dessa forma, a cirurgia beneficia esses pacientes reduzindo a disforia de gênero e melhorando sua qualidade de vida.

Complicações e repercussões pós-operatórias

As taxas de complicações para mastectomia masculinizadora geralmente são muito baixas, sendo considerada uma cirurgia bastante segura. O índice de complicações maiores é em torno de 4%, sendo o hematoma o problema mais frequente.

No estudo de Cuccolo, foi feita uma comparação entre os desfechos e complicações de aproximadamente 4000 mastectomias em transgêneros (14%) e cisgêneros - sendo o grupo de cisgêneros composto por homens que iriam rea-

lizar cirurgia de correção de ginecomastia (64%) e mulheres que iriam realizar cirurgias de profilaxia contra câncer mamário (21%) (CUC-COLO *et al.*, 2019). O perfil de complicações em homens trans foi semelhante ao observado em pacientes cisgênero, logo, este grupo não apresenta risco aumentado para desenvolver efeitos adversos. No entanto, a quantidade de reoperações não planejadas foi maior no grupo transgênero, em 3,2% dos pacientes desse grupo, na maioria das vezes devido a hematomas. Apesar disso, o uso de terapia hormonal provou não desempenhar papel significativo no surgimento dessa complicação, como verificado em outros estudos.

Existem diferentes técnicas para se realizar a mastectomia, entre elas, as mais utilizadas são a periareolar e a de T invertido. Geralmente a periareolar consegue deixar um resultado estético mais agradável, devido a menor incisão e a de T invertido está mais associada com uma cicatriz mais visível e menor sensibilidade no mamilo. Entretanto, a chance de desenvolver um hematoma é maior nas técnicas com incisões pequenas.

Além de hematoma, outras possíveis complicações maiores são abscesso e atelectasia pulmonar, ambos presentes em 1,4% dos casos. Eventuais complicações menores são deiscências pequenas (que conseguem cicatrizar por segunda intenção), seroma (4% dos casos), distúrbios cicatriciais fibroproliferativos (15%) e *dog-ears* (8,3%). Ainda, 15,3% dos pacientes apresentaram complicações no CAP, incluindo descamação, formação de crostas e hipopigmentação. Essas complicações de CAP se solucionaram completamente sem necessidade de intervenção ou revisão adicional.

É comum que o enxerto de CAP coletado em forma circular apresente-se em forma elíptica ao longo do tempo, por conta da tensão centrípeta na pele da área da mama. Tem como evitar isso

fixando o enxerto com menor diâmetro na vertical, e o CAP tende a ficar com formato arredondado com o tempo. Ademais, fatores como IMC alto, tabagismo, idade avançada e quantidade excessiva de matéria ressecada corroboram para o aparecimento de algumas dessas complicações.

A mastectomia para afirmação de gênero é uma cirurgia segura, com pouca tendência a complicações graves e muitos benefícios, reduzindo as taxas de disforia, depressão e suicídio e aumentando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos trans. Devido a uma crescente aceitação cultural e ao aumento da cobertura desse procedimento por parte dos planos de saúde, as cirurgias de afirmação de gênero tornaram-se uma das áreas de crescimento mais rápido dentro da cirurgia plástica.

A masculinização da parede torácica ou “cirurgia superior” consiste na excisão do tecido glandular mamário para facilitar a modelagem da parede torácica masculina. As técnicas variam de acordo com o tamanho da mama, a qualidade da pele e o grau de ptose das mamas das pacientes (STEIN *et al.*, 2020). Os objetivos da cirurgia segundo Hage & Kesteren são remodelamento do contorno torácico, pela remoção do tecido mamário e do excesso de pele; redução e reposicionamento do Complexo Aréolo-Papilar (CAP); e minimização da presença de cicatrizes (HAGE & KESTEREN, 1995).

Dentre as técnicas cirúrgicas de remodelação do tórax estão predominantemente a incisão dupla com enxerto mamilar, sendo técnicas menos frequentes as mastectomias periareolares, e as técnicas híbridas com complexos areolares mamilares mantidos em pedículo com vários padrões de excisão de pele (AGARWAL *et al.*, 2018). Já nas técnicas de mastectomia masculinizante, as principais resumem-se em: sem remoção de pele; ressecção periareolar da pele;

mamoplastia pediculada inferior; e Retalho livre de CAP.

Sem remoção de pele

Essa primeira categoria inclui técnicas semi-circulares (incisões limitadas à metade inferior da aréola) e transareolares (incisões feitas através da aréola). Ambas são geralmente usadas em seios pequenos, aréolas pequenas e com boa elasticidade da pele. A técnica transareolar é preferível se for necessário reduzir os mamilos. Como permite acesso a partir de uma única incisão, as cicatrizes geralmente são bem escondidas, mas é pensado que a menor exposição aumenta o risco de hematoma.

Existe ainda uma técnica mais simples que pode ser aplicada no remodelamento do tórax em paciente transexuais que é a lipossucção. No entanto, essa é uma técnica mais limitada, pois só pode ser aplicada em pacientes com mamas muito pequenas. Nessa técnica não há ressecção de pele, ou seja, realiza-se uma incisão na metade inferior da periferia da aréola e extirpação da glândula mamária combinada ou não com lipospiração. A cicatriz resultante ficará confinada à metade inferior da periferia da aréola (infra-areolar).

Ressecção periareolar da pele

A segunda categoria inclui técnicas de corte circular concêntrico (duas incisões circulares concêntricas, uma na aréola e outra no tecido mamário) e circular concêntrica estendida (semelhante à técnica anterior, mas com extensões elípticas na parte central e/ou laterais). A técnica circular concêntrica é geralmente usada em seios pequenos com elasticidade moderada dos tecidos ou seios médios com boa elasticidade dos tecidos. A técnica circular concêntrica estendida é reservada para seios médios, elasticidade fraca dos tecidos ou seios grandes com

elasticidade moderada dos tecidos em pacientes que não aceitam enxerto de mamilo livre.

Mamoplastia pediculada inferior

A terceira categoria inclui a mastectomia através de uma incisão inframamária e reposicionamento do CAP em um pedículo dérmico. Essa técnica é usada em seios grandes com elasticidade, em pacientes que não aceitam a técnica de enxerto de mamilo livre. Essa técnica é rápida para remover o tecido e permite boa visualização, mas o CAP depende do pedículo dérmico, o que pode limitar sua mobilidade.

As incisões são posicionadas ao longo da inserção inferior do músculo peitoral e curvadas lateralmente ao longo da borda lateral do peitoral para melhor camuflar as cicatrizes. O enxerto de complexo areolar mamilar livre padrão é realizado para papila mamilar com diâmetro ou projeção inferior a 1 cm, e o enxerto de complexo areolar mamilar livre composto com segmentos separados de aréola e mamilo é realizado em pacientes com papila mamilar com largura ou projeção superior a 1 cm. Os mamilos são posicionados no tórax aproximadamente 1 cm acima da inserção inferior e 1 cm medial à borda lateral do músculo peitoral maior.

Retalho livre de CAP

A última categoria deste estudo inclui a mastectomia através de uma incisão inframamária e enxerto de mamilo livre. Essa técnica é realizada em seios grandes com elasticidade dos tecidos ou seios muito grandes. Essa técnica permite uma rápida remoção do tecido com boa visualização, mas deixa cicatrizes proeminentes, pode causar perda sensorial e pode haver um risco de colheita de enxerto incompleto.

A técnica de incisão dupla com enxerto mamilar se mostra como uma das técnicas mais seguras. Além disso, essa técnica é efetiva também em pacientes obesos que têm resultados ci-

rúrgicos semelhantes aos de pacientes não obesos saudáveis, inclusive sem a necessidade de redução prévia de peso (STEIN *et al.*, 2020).

Diante disso, foi proposto um algoritmo para auxiliar o cirurgião a decidir qual técnica melhor se aplica a cada caso, permitindo uma decisão conjunta com o paciente. O algoritmo proposto por Monstrey considera estes parâmetros para a decisão da técnica a ser empregada (grau de ptose, volume mamário e elasticidade da pele) (MONSTREY, 2008). Vale ressaltar que embora exista tal algoritmo, e que o mesmo tenha sido validado em estudos posteriores (AHLIN *et al.*, 2014) é importante que a técnica se adapte aos recursos disponíveis, às expectativas do paciente e a familiaridade do cirurgião com cada técnica.

Como mensurar a satisfação do indivíduo?

A Mastectomia masculinizante sendo um procedimento eletivo e estético demanda uma análise pré e pós-operatória, não somente do estado de saúde do paciente que foi submetido à cirurgia, mas também das suas percepções acerca do seu corpo, atreladas com a sua satisfação com ele antes e depois da cirurgia. Por isso, é muito importante entender as demandas e as questões que o paciente traz nas primeiras consultas, alinhar as expectativas dele com o resultado que a cirurgia pode proporcionar, e avaliá-lo em diversas etapas do pós-operatório.

A análise pré-operatória é importante para entender as condições psicológicas e psiquiátricas prévias de cada paciente. Segundo o “*World Professional Association for Transgender Health Standards of Care*”, é necessário que o paciente que busca a cirurgia apresente disforia sexual persistente e documentada, assim como viva no seu novo gênero em todos os momentos e condições por pelo menos 1 ano. O paciente também precisa mostrar a capacidade de tomar

uma decisão completamente informado, bem como controlar qualquer condição médica ou de saúde mental pré-existente.

Existem alguns questionários de satisfação utilizados na clínica, mas nenhum validado e direcionado para a população de homens transgêneros que se submeteram a uma mastectomia. O mais utilizado atualmente é o “*BREAST-Q*”, capaz de avaliar as percepções pré-operatórias e os resultados da cirurgia a partir do olhar do paciente, em casos de aumento, redução e reconstrução das mamas. No entanto, esse questionário foi redigido mentalizando a entrevista com pacientes femininas, possuindo perguntas que não caberiam ser perguntadas para pacientes masculinos. O “*BREAST-Q*” é estruturado para analisar o bem-estar psicossocial, físico e sexual do paciente, além da satisfação com os seios, com o cuidado que recebeu da equipe de saúde e com o resultado da cirurgia.

Outro questionário também passível de ser utilizado em pesquisas relacionadas à Mastectomia de homens transgênero, mas que não é originalmente direcionado para esse viés é o “*BUT-A*” ou “*The Body Uneasiness Test*”, usado para avaliar a imagem corporal e outros parâmetros de pacientes que apresentem desordem alimentar. Os pontos que são analisados no “*BUT-A*” incluem a preocupação com a imagem do próprio corpo, o comportamento de distanciamento social, o automonitoramento compulsivo e a presença de sentimentos de distanciamento e estranhamento em relação ao próprio corpo.

A utilização do “*BUT-A*” é compreensível, uma vez que o questionário busca entender a preocupação com a imagem corporal e vai avaliar melhoras no estado psicológico, na autoestima do paciente e no seu bem-estar físico, sendo capaz de analisar se houve alguma melhora e redução nos sintomas de disforia de gê-

nero, uma das principais causas da busca pela intervenção cirúrgica.

Esses testes são capazes de mensurar a satisfação do paciente com o resultado pós-cirúrgico, comparando com as suas demandas e percepções sobre o próprio corpo, trazidas no ambulatório pré-cirúrgico. Essa eficácia se dá mesmo com as limitações nas perguntas que não foram pensadas para serem perguntadas a pacientes que são homens transgênero. Logo, percebe-se a necessidade de trazer um teste específico para essa população que busca a mastectomia como opção para obter uma melhora em sua qualidade de vida, de acordo com a adequação do próprio corpo em função da sua transgeneridade.

Um estudo multidimensional realizado com 33 homens transgêneros que iriam se submeter à mastectomia masculinizante, acompanhando os resultados 6 meses após o procedimento, demonstrou que os efeitos da retirada das mamas vão além da satisfação com a obtenção de um peitoral masculino. A pesquisa se utilizou de diversos questionários pré-existentes que avaliavam a satisfação corporal (Escala de Imagem Corporal para Transsexuais), as atitudes corporais (Questionário multidimensional de relações do próprio corpo), esquemas de aparência (Inventário de esquemas de aparência), sentimentos situacionais com o corpo (Inventário situacional de disforia relacionada à imagem corporal), qualidade de vida relacionada à imagem corporal (Inventário de qualidade de vida relacionada à imagem corporal) e autoestima (Escala de Rosenberg de autoestima) com intuito de avaliar a satisfação e a autopercepção pré e pós cirúrgica. Com isso, foi demonstrado que há também uma melhora na percepção corporal e na qualidade de vida devido, principalmente, à diminuição da disforia presenciada em situações de interação social (VAN DE GRIFT *et al.*, 2016).

Outro estudo observacional transversal buscou avaliar a satisfação de homens transgênero com a mastectomia por meio do uso do questionário *BODY-Q* e do, já citado, *BREAST-Q*, avaliando fatores como satisfação com o tratamento, autoimagem com o corpo, autoestima, felicidade e função sexual. Foi observado que diversos fatores influenciam na sensação final de satisfação do paciente - complicações pós-operatórias, expectativas, discriminação, entre outros -, sendo preciso a consciência de que, por exemplo, a mastectomia muitas vezes vai ser seguida de cirurgias secundárias, a fim de aprimorar o resultado estético. Também foi ressaltado que o tamanho da mama pré-operatória não correspondia diretamente a um grau de insatisfação com a mama ou o mamilo, de modo que esse sentimento está possivelmente mais associado com a presença da mama em si (VAN DE GRIFT *et al.*, 2018)

Os resultados obtidos com esses questionários de satisfação mostram-se bastante positivos, principalmente em pacientes que apresentavam diagnóstico prévio de ansiedade e depressão. Todavia, em alguns dos casos os pacientes podem não estar plenamente satisfeitos com o procedimento por causa da aparência da cicatriz, de alguma assimetria, da aparência, tamanho ou localização dos mamilos (a depender das técnicas), ou por alguma limitação da mobilidade e função decorrente da cirurgia. Todos esses pontos devem também ser abordados em um questionário de satisfação, entendendo que o sentimento de realização do pós-cirúrgico não

está atrelado só a retirada das mamas, mas também com a performance do cirurgião e da equipe no momento operatório e no manejo do cuidado do paciente.

CONCLUSÃO

A transexualidade é ainda hoje carregada de muitos estigmas. No quesito familiar, a rejeição, a agressão física e sexual e a expulsão de casa são ações que corroboram para gerar repercussões negativas para as pessoas trans. Somado a isso, são várias as vivências interpessoais que ampliam essas repercussões, como os preconceitos que ocorrem na vida estudantil e no trabalho, dificultando a sua inserção no mercado de trabalho.

Como uma forma de melhorar sua autoestima, autopercepção, aceitação social e qualidade de vida, os homens trans optam por utilizar técnicas de *binding* e realizar a mastectomia assim que possível. A mastectomia, independente da técnica realizada, é responsável por propiciar ao indivíduo uma melhora na qualidade de vida e de sua percepção corporal. Apesar de existirem possíveis complicações, na maioria das vezes o procedimento é bem-sucedido. Ademais, a satisfação do indivíduo pós cirurgia pode ser mensurada por meio de questionários comparativos do pré e do pós-operatório. Na maioria dos casos, os pacientes ficam satisfeitos com o procedimento e relatam uma melhora exponencial em sua aceitação pessoal e por parte de sua rede de convívio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGARWAL, C.A. *et al.* Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, v. 71, p. 651, 2018.
- AHLIN H.B. *et al.* Improved results after implementation of the Ghent algorithm for subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals. *Journal of plastic surgery and hand surgery*, v. 48, p. 362, 2014.
- BELL, J. & TELFER, N. Chest binding: tips and tricks for trans men, nonbinary, and genderfluid people. *Clue*, 2019. Disponível em: <https://hello-clue.com/pt/artigos/ciclo-a-z/como-homens-trans-pessoas-nao-binarias-e-de-genero-fluido-podem-ocultar-seios>. Acesso 20/12/2022.
- BUSTOS, V.P. *et al.* Transgender and Gender-nonbinary Patient Satisfaction after Transmasculine Chest Surgery. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, v. 9, n. 3, p. e3479, 2021.
- CARBONNEL, M. The uterus in transgender men. *Fertility and Sterility*, v. 116, n. 4, p. 931, 2021.
- CIASCA, S.V. *et al.* Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. 1ª Edição. Ed. Manole, 2021.
- CORRÊA, F.H. *et al.* Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, n. 11, p. 13, 2020.
- CUCCOLO, N.G. *et al.* Mastectomy in Transgender and Cisgender Patients: A Comparative Analysis of Epidemiology and Postoperative Outcomes. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, v. 7, n. 6, p. e2316, 2019.
- GOODMAN, K. & COLE, D. Using Data-Informed Decision Making to Improve Student Affairs Practice. *Miami: Jossey-bass*; p. 112, 2017.
- HAGE J.J. & KESTEREN P.J.V. Chest-wall contouring in female-to-male transsexuals: basic considerations and review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 96, n. 2, p. 386, 1995.
- LACERDA, M.C. & ALMEIDA, G. Exclusão “da” e “na” educação superior: os desafios de acesso e permanência para a população trans. *Revista Em Pauta*, v. 47, n. 19, p. 232, 2021.
- LINK, B.G. & PHELAN, J.C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, v. 27, p. 363, 2001.
- LUCASSEN, M.F. *et al.* Body size and weight, and the nutrition and activity behaviours of sexual and gender minority youth: findings and implications from New Zealand. *Public health nutrition*, v. 22, n. 13, p. 2346, 2019.
- MAGNO, L. *et al.* Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019.
- MCDOWELL M.J. *et al.* Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, v. 19, n. 1, p. 16, 2019.
- MCGUIRE, J.K. *et al.* Body image in transgender young people: findings from a qualitative, community based study. *Body Image*, v. 18, p. 96, 2016.
- MOFRADIDOOST, R. & ABOLGHASEMI, A. Body Image Concern and Gender Identities between Transgender and Cisgender Persons from Iran. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 46, n. 3, p. 260, 2019.
- MONSTREY, S. *et al.* Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plastic and reconstructive surgery*, v. 121, n. 3, p. 849e59, 2008.
- NGUYEN, H.B. *et al.* Gender-Affirming Hormone Use in Transgender Individuals: Impact on Behavioral Health and Cognition. *Current Psychiatry Reports*, v. 20, n. 12, p. 110, 2018.
- PETRY, A.R. Transgender women and the Gender Reassignment Process: subjection experiences, suffering and pleasure in body adaptation. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 2, p. 70, 2015.
- PORCINO, C. *et al.* (Re)Construction of the body of transgender women: daily search for (in)satisfaction and care?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 6, 2022.
- REISNER, S.L. *et al.* Psychiatric diagnoses and comorbidities in a diverse, multicity cohort of young transgender women: baseline findings from Project Life-Skills. *JAMA Pediatrics*, v. 170, n. 5, p. 481, 2016.
- SCHNEIDER, M.A. *et al.* Brain maturation, cognition and voice pattern in a gender dysphoria case under pubertal suppression. *Frontiers in Human Neuroscience*, v. 11, p. 528, 2017.
- SCHROTH, P.W. *et al.* Perspectives on Law and Medicine Relating to Transgender People in the United States. *American Journal of Comparative Law*, v. 66, n. 1, p. 91, 2018.

SILVA, M.A. *et al.* Trabalho e saúde na população transexual: Fatores associados à inserção no mercado de trabalho no estado de São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 25, n. 5, p. 1723, 2020.

STEIN, M.J. *et al.* Surgical and patient-reported outcomes following double incision and free nipple grafting for female to male gender affirmation: does obesity make a difference?. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, v. 74, p. 1743, 2021.

VAN DE GRIFT, T.C *et al.* Body Image in Transmen: Multidimensional Measurement and the Effects of Mas-

tectomy. *The journal of sexual medicine*, v. 13, n. 11, p. 1778, 2016.

VAN DE GRIFT, T.C *et al.* Subcutaneous Mastectomy Improves Satisfaction with Body and Psychosocial Function in Trans Men: Findings of a Cross-Sectional Study Using the BODY-Q Chest Module. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*, v. 142, p. 1125, 2018.

VIANA, C.P. *et al.* A vivência de estudantes transgênero na universidade. *Acta paulista de enfermagem [Internet]*, v. 35, 2022.

Capítulo 24

INTOXICAÇÃO POR LÍTIO EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA

DANIEL PAIVA MATOS¹

GABRIELA DAS GRAÇAS DOS SANTOS CAROLINO²

MARIA OLÍMPIA RESENDE CASTRO²

1. *Discente – Farmácia na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.*

2. *Discente – Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.*

Palavras Chave: Poisoning; Lithium; Bipolar disorder.



10.29327/5195476.9-24

INTRODUÇÃO

Lítio (Li) é um elemento químico raro, pertencente aos metais alcalinos e considerado padrão-ouro na medicina para o tratamento de Transtorno Afetivo Bipolar (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Dessa forma, o Li, por se tratar de um cátion, tem a capacidade de penetrar nas células e agir diretamente na bomba de sódio e potássio, estabilizando as membranas celulares; em níveis excessivos, pode até mesmo gerar uma depressão da excitação neuronal e da transmissão sináptica (OLSEN *et al.*, 2014). Nessa lógica, a longo prazo, seu mecanismo de ação será capaz de gerar uma estabilização emocional, seja agindo na reversão dos quadros de mania aguda, seja reduzindo os quadros de autoextermínio. Todavia, apesar da sua eficiência, sua janela terapêutica é muito estreita, ou seja, se sua concentração é muito alta ou muito baixa, efeitos colaterais graves, indesejados e muito divergentes podem ocorrer, sobretudo em casos de intoxicação. Sob tal ótica, torna-se fundamental uma atenção voltada ao monitoramento e à titulação da dosagem do Li, com foco nas funções renal e tireoidiana, uma vez que a causa e o padrão do envenenamento – crônico ou agudo - influenciam diretamente em seu tratamento. A etiologia mais comum de intoxicação é a crônica não-intencional, desencadeada pela ingestão da droga excedendo a eliminação, como em quadros de prejuízo da função renal e desidratação (FOUNTOULAKIS *et al.*, 2022). Já a sua apresentação clínica possui como sintomatologia características como: letargia, fraqueza muscular, fala arrastada, efeitos extrapiramidais, *delirium*, agitação, coma, hipertermia e até mesmo síndrome neuroléptica maligna. Portanto, considerando-se os diversos tipos e manifestações de toxicidade, é fulcral a existência de um plano terapêutico consolidado cientificamente, cujos cuidados visem a: 1)

abrandar os sintomas dos pacientes intoxicados; 2) prevenir a ocorrência de sequelas; 3) retirar precocemente indivíduos de um quadro clínico que os ameace a vida. A despeito do supramencionado, não há um consenso a respeito do manejo dos quadros de intoxicação por lítio em função do diminuto número de evidências científicas, o que motivou o desenvolvimento do capítulo proposto. Por fim, o objetivo do presente trabalho é investigar as diferentes modalidades terapêuticas existentes para o tratamento dos pacientes intoxicados por sais de Li, bem como elucidar as circunstâncias nas quais elas são adequadas e necessárias; isso tudo deve ser norteado pelo grau de severidade da intoxicação por Li, seus subtipos e sua sintomatologia.

MÉTODOS

Por se tratar de uma revisão da literatura, foram analisados os mais relevantes estudos publicados originalmente na língua inglesa, nos últimos dez anos, tendo como referência as bases de dados MEDLINE (*National Library of Medicine*). Objetivando selecionar os estudos de maior evidência científica, foram contemplados somente os ensaios clínicos controlados e randomizados e ensaios clínicos controlados. Em adendo, foram analisados estudos selecionados por revisões sistematizadas com ou sem meta-análise publicadas anteriormente. Para buscar pelos descritores em inglês foi realizada uma consulta ao *Medical Subject Headings* (MeSH), através do portal da *U.S. National Library of Medicine* (NLM). A estratégia de busca utilizou as seguintes palavras-chave: *poisoning, lithium, lithium carbonate, bipolar disorder*. Para identificar os delineamentos dos estudos, foram empregados os seguintes termos: *randomized controlled trial, controlled clinical trial, review, systematic review e meta-analysis*. Foram incluídos estudos que abordaram o uso terapêutico

e/ou a intoxicação por sais de lítio, bem como seu manejo clínico. Já os critérios de exclusão abrangeram estudos que abordaram exclusivamente intoxicação concomitante por duas ou mais substâncias - ainda que uma delas fosse o Li - bem como os estudos cuja temática envolvia intoxicação por outros fármacos usados no tratamento de TAB. Foram excluídos também os artigos que possuíam métodos não bem elucidados. Por fim, após passar pelos critérios de seleção, restaram 244 artigos, que foram submetidos a leitura minuciosa dos seus métodos, para melhor coleta de dados; assim, apenas cinco fizeram parte do escopo e análise final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sais de Li são medicações que agem reduzindo a liberação de noradrenalina e dopamina, além de aumentar transitoriamente a concentração de serotonina na fenda sináptica, o que pode justificar seus efeitos estabilizadores de humor; sua janela terapêutica, como já citado, é estreita, com níveis séricos almejados que variam de 0,4 a 1,2 mEq/L (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017; FOUNTOLAKIS *et al.*, 2022). As manifestações clínicas de intoxicação geralmente surgem quando a litemia encontra-se maior do que 1,5 mEq/L e são ameaçadoras à vida quando tal concentração é superior a 2 mEq/L; é importante reiterar, porém, que é possível encontrar sintomas de intoxicação por lítio mesmo em pacientes cuja litemia encontra-se dentro da faixa terapêutica, sobretudo quando ela está próxima do limite superior (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017; LAVONAS & BUCHANAN, 2015). Informações importantes são a baixa mortalidade da overdose desse medicamento atualmente e o fato de a intoxicação por lítio ser frequentemente não-intencional; dentre os casos documentados de envenenamento por

tal fármaco nos EUA em 2013, apenas 18% foram identificados como intencionais (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

Há 3 diferentes tipos de intoxicação por lítio:

Aguda → É o tipo de envenenamento que ocorre em indivíduos que não fazem o uso dos sais de lítio diariamente; caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas gastrointestinais – que podem ou não progredir para sintomas neuromusculares – de 2 a 3 dias após a ingestão da medicação com lítio (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). É o tipo de intoxicação que possui melhor prognóstico, já que o risco de neurotoxicidade é baixo em função do tempo insuficiente para o acúmulo do fármaco no cérebro (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Em função disso e das características farmacocinéticas e farmacodinâmicas do lítio, a mensuração pontual da litemia não deve ser utilizada isoladamente para prever o risco de toxicidade do organismo do indivíduo; devem ser considerados juntamente o tempo desde a ingestão do medicamento (para avaliar se o pico de litemia já ocorreu ou se ainda ocorrerá), os níveis séricos de lítio previamente à ingestão aguda de grande quantidade de medicação e a função hepática do indivíduo (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

Agudo-crônica → caracterizada pela presença tanto de sintomas gastrointestinais quanto de sintomas neurológicos, é um quadro que se deve à overdose de Li – intencional ou acidental – por pacientes que já fazem uso de tal medicação há um tempo considerável (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Nesse tipo de intoxicação, o risco de neurotoxicidade é mais alto do que o do envenenamento agudo, uma vez que já havia certo acúmulo do fármaco no SNC previamente à ingestão aguda de medicação (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

Crônica → caracterizada pela presença de sintomas neurológicos e pelo maior risco de neurotoxicidade, é típica de pacientes que já fa-

zem tratamento com sais de lítio há bastante tempo (GROVER *et al.*, 2022). Nesse caso, as manifestações clínicas da intoxicação – incluídas na **Tabela 24.1** - geralmente decorrem de alterações duradouras na absorção ou na excreção de tal medicação, resultando em acúmulo do fármaco no corpo (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). No caso de pacientes com intoxicação crônica por lítio, a gravidade de tal quadro pode ser inferida com base na dosagem da litemia, como postulado por Hansen & Amdisen: 1,5-2,5 mEq/L sugerem intoxicação crônica leve; 2,5-3,5 mEq/L, intoxicação moderada; acima de 3,5 mEq/L, intoxicação severa (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Estudos identificaram que, em pacientes com litemias similares (diferença de 0,1 mmol/L entre eles), a gravidade da intoxicação foi maior nos pacientes cronicamente envenenados do que naqueles com intoxicação aguda (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). A conduta a ser adotada varia justamente com base na severidade do envenenamento dos pacientes (GROVER *et al.*, 2022). Alguns fato-

res de risco para o desenvolvimento de intoxicação em usuários de lítio de longa data são: 1) idade avançada; 2) choque hipovolêmico; 3) uso de diuréticos que aumentam a excreção de sódio; 4) uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina; 5) uso de anti-inflamatórios não-esteroidais; 6) função renal comprometida; 7) uso de bloqueadores de canal de cálcio; 8) hipotireoidismo (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017; LAVONAS & BUCHANAN, 2015).

A diferença no que diz respeito à presença ou não de manifestações neurológicas nos 3 tipos de envenenamento se deve à capacidade do lítio de se difundir nos espaços intracelulares do SNC; a distribuição de tal substância na água corporal bem como seu acúmulo no interior dessas células são processos mais lentos do que a eliminação da medicação do organismo, fazendo com que, para que ambos os fenômenos ocorram, seja necessário uma litemia constantemente elevada, acessível apenas quando há cronicidade no uso do fármaco (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

Tabela 24.1 Tabela com as manifestações clínicas da intoxicação crônica por lítio

Sistema	Intoxicação leve ou de Grau 1 – litemia 1,5-2,5 mEq/L	Intoxicação moderada ou de Grau 2 – litemia 2,5-3,5 mEq/L	Intoxicação severa ou de Grau 3 – litemia superior a 3,5 mEq/L
Manifestações neurológicas	Tremores finos, fadiga, fraqueza muscular, hiperreflexia, anormalidade de marcha	Tremores grosseiros, disartria, fala arrastada, ataxia, hipertonia, mioclonia, zumbido, estupor, rigidez	Estupor, convulsões, coma, fasciculações, espasticidade, rigidez, coreoatetose, paresia, paralisia, colapso, mioclonia
Manifestações gastrointestinais	Náusea, vômito, diarreia	Náusea, vômito, diarreia	Náusea, vômito
Manifestações cardiovasculares	Alterações na onda T, bradicardia, bloqueio sinoatrial, bloqueio atrioventricular	Alterações na onda T, bradicardia, bloqueio sinoatrial, bloqueio atrioventricular, prolongamento do complexo QRS, hipotensão	Alterações na onda T, bradicardia, bloqueio sinoatrial, bloqueio atrioventricular, hipotensão, disritmia ventriculares
Manifestações renais	-	-	Falência renal

Fonte: Tabela adaptada unindo dados de GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017.

Também são consideradas intoxicações severas aquelas nas quais há pelo menos uma das seguintes condições: a) convulsões; b) infusão

de catecolaminas; c) paciente submetido a ventilação mecânica por mais de 48h; d) início da

fatalidade no contexto de UTI (VODOVAR *et al.*, 2016).

Na maioria dos casos, esses sintomas são transitórios, mas há pacientes que sofreram com neurotoxicidade nos quais determinadas manifestações clínicas persistem e se tornam sequelas (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Além de sintomatologia de disfunção cerebelar, foram relatados parkinsonismo e prejuízo cognitivo; este, porém, acometera pacientes idosos que faziam uso de medicações capazes de comprometer a cognição (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017; LAVONAS & BUCHANAN, 2015). Houve ainda indivíduos que passaram a sofrer com problemas renais, como nefropatia túbulo-intersticial e diabetes insípido nefrogênica (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Para contemplar todas essas manifestações permanentes, foi proposto o termo SILENT (*Syndrome of Lithium-Effectuated Neurotoxicity*), mas há pouquíssimos dados abordando tal tema por ora (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

No que diz respeito à avaliação inicial de pacientes com overdose/intoxicação por quaisquer psicotrópicos, é importante suspeitar de tais quadros quando houver sintomas autonômicos e neurológicos; outras causas orgânicas que possam desencadear tal sintomatologia também deve ser investigadas (GROVER *et al.*, 2022). Quando há suspeita de overdose, é necessário questionar ao próprio paciente e a familiares se se tratou de algo acidental ou intencional, também verificando se isso já ocorrera antes; é importante pedir à família para procurar por potes e cartelas de medicações vazias a fim de confirmar a overdose (GROVER *et al.*, 2022).

Quando suspeita-se especificamente de intoxicação por Li, deve-se averiguar desde quando o paciente faz o uso da medicação, em qual dosagem e de qual formulação (liberação imediata ou prolongada), se o paciente faz uso de outros fármacos, os sinais e sintomas, as comorbidades

e fatores de risco por ele apresentados, o estado em que a condição psiquiátrica do paciente se encontra, a aderência do paciente ao tratamento com o lítio e a presença de comportamento suicida recente (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Além dessa investigação, é fundamental pedir dosagem da litemia do paciente e avaliação de sua função renal; a realização de diagnóstico diferencial com outras condições também é essencial (GROVER *et al.*, 2022). Um outro ponto importante é aplicar a Escala de Coma de Glasgow no indivíduo, uma vez que valores menores ou iguais a 10 na avaliação inicial podem ser preditores tanto de intoxicação de maior gravidade quanto da posterior necessidade de terapia extracorpórea (TREC) (VODOVAR *et al.*, 2016).

Já em relação ao manejo desses pacientes, há tanto medidas que devem ser adotadas para intoxicação por psicotrópicos no geral quanto condutas específicas para a intoxicação por lítio:

Medidas gerais → 1) assegurar via aérea, respiração e circulação; 2) decidir se o paciente deve ser transferido para a UTI, o que é recomendado caso a dose ingerida seja muito grande e/ou caso seja necessário suporte respiratório; 3) interromper a ação do agente causador da intoxicação; 4) monitorar sinais vitais e pressão arterial; 5) deixar um acesso intravenoso disponível; 6) monitorar entrada e saída de alimentos e fluidos, bem como a função renal; 7) prevenir e tratar hipoglicemia; 8) realizar mobilização precoce e fisioterapia para evitar trombose venosa profunda; 9) uso de heparina ou de outros anticoagulantes para os pacientes incapazes de realizar as medidas do item 8; 10) posicionar o paciente adequadamente a fim de evitar broncoaspiração (GROVER *et al.*, 2022).

Medidas específicas → 1) interrupção do uso de lítio e de quaisquer medicações que possam influenciar na litemia; 2) adoção de técnicas capazes de reduzir concentração sérica de lí-

tio; 3) fornecimento de fluidos intravenosos para normalizar taxa de filtração glomerular e excreção de urina, avaliando creatinina antes e durante o tratamento para verificar sua eficácia; 4) dosagem da litemia a cada 4h pelo menos nas primeiras 24h após a ingestão da medicação intoxicante, as quais podem ser obtidas menos frequentemente caso o paciente continue assintomático e/ou caso as taxas séricas de lítio permaneçam decrescendo (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017; LAVONAS & BUCHANAN, 2015).

Caso a anamnese aponte para uma ingestão recente de altas doses de Li (sobretudo o de liberação prolongada), devem ser realizadas tanto lavagem gástrica com poliestireno de sódio quanto irrigação intestinal total. O poliestireno de sódio tem potencial limitado de remoção de Li, carecendo de mais evidências que corroborem seu uso; é mais recomendado em pacientes nos quais a TREC não seja uma opção. Já o carvão ativado não é indicado, uma vez que o Li não é absorvido por tal substância (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

A hemodiálise deve ser considerada em: a) pacientes cronicamente intoxicados com litemia superior a 2-2,5 mEq/L e cujos níveis séricos demorariam mais de 30-36h para chegar a 1 mEq/L; b) em pacientes agudamente intoxicados cuja concentração sérica de Li supere 4 mEq/L; c) em pacientes com insuficiência renal, mesmo se suas litemias forem inferiores às supracitadas (GROVER *et al.*, 2022; LAVONAS & BUCHANAN, 2015). Tal procedimento deve ser mantido até que a litemia chegue a valores menores do que 1 mEq/L ou por pelo menos 6h nos estabelecimentos de saúde nos quais a mensuração da litemia não seja de fácil acesso (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). A TREC – hemodiálise intermitente (modalidade de escolha) ou terapia de substituição renal contínua (opção mais demorada) -

pode ser realizada em caso de concentração sanguínea de lítio maior do que 4 mEq/L, de alterações sensoriais/convulsões ou de disritmias que ameacem a vida do paciente (GROVER *et al.*, 2022; BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Outro estudo concluiu que a TREC é indicada para pacientes que possuam litemia maior ou igual a 5,2 mmol/L ou concentração sérica de creatinina maior ou igual a 200 nano-mol/L (VODOVAR *et al.*, 2016). Além das divergências no que diz respeito a pontos de corte para a realização de TREC, não existem ensaios clínicos que possam nortear e, de alguma forma, estabelecer taxas mais seguras e precisas (LAVONAS & BUCHANAN, 2015).

No caso de pacientes agudamente intoxicados, outros exames que podem ser pedidos são eletrocardiograma, dosagem sérica de paracetamol e de salicilato, bem como de beta-HCG (no caso de pessoas capazes de gestar e em idade fértil) (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). O uso de diuréticos em circunstâncias de intoxicação por Li não é recomendado, uma vez que não há evidências o suficiente que corroborem seu uso e o classifiquem com seguro (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

Consequências importantes da intoxicação por lítio são as síndromes neuroléptica maligna (SNM) e serotoninérgica (SS) (GROVER *et al.*, 2022). A SNM ocorre mais comumente em pacientes que fazem uso de medicações antipsicóticas, mas também pode ser desencadeada por estabilizadores de humor, como é o caso do Li (GROVER *et al.*, 2022). A principal hipótese que visa a justificar o surgimento dessa síndrome é a do antagonismo aos receptores dopaminérgicos D2 do sistema nervoso central, fenômeno que acaba por prejudicar a termorregulação, reduzir a dissipação de energia térmica e aumentar a produção de calor no corpo humano (GROVER *et al.*, 2022). Esse quadro tem como principais manifestações clínicas febre, rigidez,

distúrbios autonômicos (como aumento das frequências respiratória e cardíaca, sialorreia, sudorese, pressão arterial intermitente ou constantemente elevada), alteração nos reflexos e alterações sensoriais (GROVER *et al.*, 2022). Para fins diagnósticos, o DSM-5 (5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) estabelece os seguintes critérios: a) presença dos 3 sintomas principais – uso de medicamento bloqueador de dopamina, rigidez muscular severa e febre; b) presença de pelo menos 2 dos demais sintomas - diaforese, disfagia, tremor, incontinência, alteração do nível de consciência, mutismo, taquicardia, pressão arterial intermitente ou constantemente elevada, leucocitose, elevação da enzima creatina fosfoquinase (GROVER *et al.*, 2022). Durante a avaliação inicial do paciente, o profissional da saúde deve dar enfoque aos medicamentos usados e a suas dosagens, aos sintomas apresentados e às comorbidades que ele possui (GROVER *et al.*, 2022). Além de atentar-se para as manifestações clínicas supracitadas, é importante analisar a cor da urina do paciente e se ele se encontra devidamente hidratado; realizar o diagnóstico diferencial com outras condições é essencial (GROVER *et al.*, 2022). Além das medidas de suporte recomendadas - reduzir temperatura corporal, tratar ou prevenir desidratação, nutrição apropriada, evitar danos a órgãos-alvo (em especial aos rins), administrar benzodiazepínicos para reduzir a agitação do paciente (caso sua saúde permita) -, o quadro de SNM possui antídotos que podem ser utilizados, como bromocriptina (10 a 40mg por dia VO, administrados em mais de uma dose), dantrolene (50 a 200mg por dia VO), amantadina (100 a 300mg) ou agonistas dopaminérgicos; caso esses fármacos não consigam sanar a crise, terapia eletroconvulsiva deve ser considerada (GROVER *et al.*, 2022).

Já a SS consiste em um efeito adverso da intoxicação por serotonina, a qual ocorre com

mais frequência em pacientes que fazem uso de agentes serotoninérgicos em associação com outras medicações – como o Li - ou naqueles que sofrem overdose de fármacos (GROVER *et al.*, 2022). Essa síndrome é oriunda de três mecanismos: a) aumento de síntese e liberação de serotonina; b) redução de recaptação de metabolização de tal neurotransmissor pelos neurônios; c) ativação direta dos receptores de serotonina (GROVER *et al.*, 2022). As manifestações clínicas desse quadro surgem, no geral, de 6-24h após a ingestão do agente serotoninérgico, sendo a tríade clássica de sintomas composta por hiperatividade autonômica, alteração do estado mental e hiperatividade neuromuscular (GROVER *et al.*, 2022). Para que a síndrome serotoninérgica seja diagnosticada pelo critério de Sternbach, devem estar presentes pelo menos 3 dos seguintes sintomas: alteração do estado mental (confusão ou hipomania), agitação, mioclonia, hiperreflexia, diaforese, tremor, diarreia, incoordenação e febre (GROVER *et al.*, 2022). Durante a avaliação inicial desses pacientes, o profissional de saúde deve averiguar a ingestão de medicamentos serotoninérgicos por parte do paciente, bem como de outros fármacos vendidos sem necessidade de receita médica; o uso de drogas ilícitas e de suplementos dietéticos também deve ser investigado (GROVER *et al.*, 2022). Os sinais vitais e variações autonômicas devem ser vigiados com atenção e, ao exame neurológico, deve-se atentar para o clônus – o qual, assim como a hiperreflexia, geralmente encontra-se mais acentuado em membros inferiores (GROVER *et al.*, 2022). É essencial que seja realizado o diagnóstico diferencial com a síndrome carcinoide (GROVER *et al.*, 2022). Os casos leves podem ser manejados apenas com medidas de suporte, que são as mesmas tanto para SNM quanto para SS; já casos moderados ou severos demandam ainda o uso de antagonista serotoninérgico, como a ciproeptadina

(GROVER *et al.*, 2022). Os casos muito severos vão exigir suporte intensivo para evitar complicações (como hipertermia severa, rabdomiólise, coagulação intravascular disseminada, síndrome do desconforto respiratório agudo); além disso, pode ser necessário paralisar a musculatura desses pacientes, devendo-se priorizar o uso de relaxantes musculares não-despolarizantes. O uso de opioides deve ser evitado (GROVER *et al.*, 2022).

No caso de pacientes cujos transtornos de humor encontravam-se bem controlados previamente à intoxicação, a retomada do uso de Li pode ser desejada (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). Após o envenenamento, isso pode ser feito quando houver melhora clínica e quando a litemia já se encontrar dentro da janela terapêutica, mas é essencial que diversos fatores sejam analisados e revistos para que o reinício seja possível (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017). É essencial que múltiplos profissionais se reúnam e avaliem: 1) a possibilidade de uma nova intoxicação e o risco de intencionalidade da mesma; 2) monitoração amíúde da litemia e titulação da dose da medicação; 3) considerar as comorbidades que o indivíduo possui; 4) revisão da litemia-alvo, se necessário; 5) revisão de medicações que possam aumentar o risco de uma nova intoxicação por lítio (BAIRD-GUNNING *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

A intoxicação por sais de lítio é uma complicação potencial em pacientes com transtorno de personalidade afetivo bipolar que recebem tratamento com esse medicamento.

Em geral, o uso de lítio como tratamento para o transtorno bipolar pode ser altamente efetivo quando combinado com terapia e outros tratamentos, mas requer uma abordagem cuidadosa e colaborativa entre pacientes, médicos e outros profissionais de saúde.

A revisão dos estudos atuais sugere que existem várias modalidades terapêuticas eficazes para o tratamento da intoxicação por sais de lítio. A escolha da abordagem terapêutica ideal depende de fatores como a gravidade da intoxicação, a presença de condições médicas coexistentes e a disponibilidade de recursos locais.

Em geral, a prevenção e o tratamento da intoxicação por lítio requerem uma abordagem multidisciplinar e envolvimento ativo do paciente, incluindo medidas não farmacológicas, terapias farmacológicas e monitorização regular dos níveis de lítio no sangue.

A procura por atendimento médico de imediato é crucial ao apresentar sinais de intoxicação por lítio, uma vez que a identificação precoce da intoxicação por lítio pode evitar complicações graves e garantir um tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIRD-GUNNING J. *et al.* Lithium Poisoning. Journal of Intensive Care Medicine, v. 32, p. 249, 2017.

FOUNTOULAKIS K.N. *et al.* Lithium treatment of bipolar disorder in adults: A systematic review of randomized trials and meta-analyses. European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, v. 54, p. 100, 2022.

GROVER S. *et al.* Clinical Practice Guidelines for Management of Medical Emergencies Associated with Psychotropic Medications. Indian journal of psychiatry, v. 64, p. S236, 2022.

LAVONAS E.J. & BUCHANAN J. Hemodialysis for lithium poisoning. The Cochrane database of systematic reviews, v. 16, p. CD007951, 2015.

OLSEN K.R. *et al.* Manual de Toxicologia Clínica. Porto Alegre: AMGH; 2014.

VODOVAR D. *et al.* Lithium poisoning in the intensive care unit: predictive factors of severity and indications for extracorporeal toxin removal to improve outcome. Clinical Toxicology (Phila), v. 54, p. 615, 2016.

Capítulo 25

BURNOUT: UMA ANÁLISE DAS PROFISSÕES COM MAIS FATORES ESTRESSORES

TAÍS MARÇAL GONÇALVES¹
NATÁLIA LANZA BAGNO¹
PEDRO SOARES PORTO¹
THIAGO VILANO FIUZA¹
RAFAEL NOBRE DA CUNHA²

1. *Discente - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais*
2. *Docente - Disciplina de Semiologia e Nosologia Psiquiátrica da Faculdade de Ciências de Minas Gerais.*

Palavras Chave: Burnout; Burnout nas profissões; Fatores estressores.



10.29327/5195476.9-25

INTRODUÇÃO

Define-se a síndrome de burnout como de estado de exaustão mental e física, associada a estresse crônico não resolvido relacionado ao trabalho. Os sintomas característicos são resumidos na tríade: sensação de esgotamento, cinismo ou sentimentos negativos relacionados a seu trabalho e eficácia profissional reduzida. Resultado de um estresse crônico acumulado, pode haver também um estado de despersonalização, em que o indivíduo apresenta insensibilidade emocional às pessoas. Estudos demonstraram que algumas profissões são mais propensas ao desenvolvimento desse quadro devido a maior exposição aos fatores estressores. É importante ressaltar que o burnout não se desenvolve apenas no contexto trabalhista. O indivíduo pode desenvolver os sintomas característicos da síndrome mesmo diante de estresses cotidianos e situações adversas vivenciadas. Entretanto o enfoque deste trabalho está inserido no contexto laboral dos indivíduos.

A síndrome é mais expressiva em algumas profissões, devido a associação com fatores de risco como contato interpessoal aumentado, exposição ao estresse, preocupações constantes e submissão a situações de morte ou sofrimento. Destacam-se profissionais de saúde, policiais, bombeiros, professores, bancários, motoristas de transporte coletivo e modelos.

O objetivo deste estudo é revisar artigos publicados abordando os fatores estressores que justificam o aumento da prevalência de burnout nos últimos anos e as profissões mais sujeitas a desenvolver essa síndrome.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada no período de dezembro de 2022

a janeiro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed e SciELO. Foram utilizados os descritores: “Burnout”; “Fadiga emocional”; “*Burnout* nas profissões”; “fatores estressores”; “Fatores de risco psicossociais”. Desta busca foram encontrados 10 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas em português e inglês; publicados no período de 2000 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 7 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas ou, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: Conceitos e características da Síndrome de *Burnout*, O *Burnout* e as Distintas Profissões, O *Burnout* e os Profissionais de Saúde, Incidência da Síndrome de *Burnout*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceitos e características da Síndrome de *Burnout*

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre a relação entre Síndrome de *Burnout* nas diferentes profissões. A priori é possível inferir a presença da Síndrome especialmente para trabalhadores da área da saúde. Entretanto, após estudos detalhados podemos observar o aumento da incidência desta síndrome também em policiais, modelos, motoristas de transporte público, dentre outras profissões. Atribui-se a esta diversidade de profissões o aumento extenuante das jornadas de trabalho, associado a redução

dos salários e desvalorização dos profissionais (WEBER & REINHARD, 2000).

O *Burnout* e as distintas profissões

Dentre as principais características que podem ser observadas nos profissionais com a Síndrome, destacam-se a despersonalização, insônia, mudança de personalidade, fadigas recorrentes, alterações do apetite, ganho ou perda de peso, cefaleias. As alterações são biopsicossociais, podendo predispor com a síndrome novas doenças, sejam elas doenças mentais ou orgânicas, por exemplo como observados em pacientes que evoluem para quadros de Gastrite Nervosa (CAIXETA *et al.*, 2020).

Observando os policiais, é nítido que são frequentemente inseridos em situações que colocam sua própria vida em risco e exigem estado de alerta constante. Também existe uma cobrança rigorosa e muitas vezes abusiva por parte de seus superiores dentro da corporação, camuflada de hierarquia, desencadeando inseguranças, medos e aumentando a pressão psicológica desses profissionais. Não é incomum observar mais de uma doença psicológica dentro desse nicho, como síndrome do pânico e TEPT (transtorno de estresse pós-traumático). Além disso, as condições de remuneração não condizem com os riscos corridos, levando a um agravamento dos sintomas e potencialização dos sentimentos negativos (CAIXETA *et al.*, 2020).

Considerando os motoristas de ônibus ou de caminhões, o ponto de destaque é a ampla jornada de trabalho associada ao baixo retorno financeiro. Muitas vezes os trabalhadores são submetidos a jornadas mais intensas que as de 40 horas semanais previstas por lei, realizando jornadas duplas de 24 horas o que predispõe ao desenvolvimento de uma qualidade de vida rebaixada e favorece o desenvolvimento da Síndrome. Às péssimas condições de alimentação e sono adequado alteram o ciclo circadiano destes

profissionais e corroboram para submetê-los a situações de constante estresse (ALMEIDA *et al.*, 2016).

No caso dos docentes, o contato com fatores estressantes é recorrente e, por isso, não é incomum um professor apresentar tal síndrome. O trabalho em si demanda o contato com várias personalidades dos discentes em salas de aula superlotadas e agilidade para realização de atividades (BIANCHI *et al.*, 2015). Além das habituais responsabilidades, muitos contratantes exigem além do que há no contrato, de forma que a carga horária se estende juntamente com o montante de trabalho, ainda sem reconhecimento e salário justo. Em locais mais precários, esses profissionais ainda lidam com violência física e verbal no ambiente de ofício. Considerando o supracitado, é notório o prejuízo à saúde mental e física desses profissionais e o porquê de tantos possuírem essa enfermidade (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Ainda em relação aos professores, segundo a revisão realizada por Carmona *et al.* (2018), 28,1% daqueles que trabalham no ensino médio sofrem com esgotamento emocional grave, 37,9% apresentam elevados níveis de despersonalização e 40,3% apresentam baixos níveis de realização pessoal. Este último dado se destaca por ser muito superior em relação às outras profissões, como policiais, os quais apenas 15% apresentaram baixo nível de realização pessoal (CHIRICO *et al.*, 2017).

O *Burnout* e os Profissionais de Saúde

Os fatores de risco que geralmente desencadeiam a Síndrome de *Burnout* em psicólogos estão ligados à exposição constante a pessoas em estado de sofrimento, manejando distúrbios, o que acarreta uma carga emocional muito grande, demandando um controle importante e resiliência constante. Além disso, esses profissionais muitas vezes sofrem com menores ga-

nhos financeiros e uma carga horária semanal bastante elevada. Não fosse o bastante, não é incomum observar psicólogos recém formados buscando complemento de renda em outras atividades, aumentando ainda mais a carga horária de trabalho e potencializando os fatores estressores (CAIXETA *et al.*, 2020).

Os fatores estressores no exercício da enfermagem geralmente são mais relacionados à exposição frequente a situações de sofrimento e a grandes montantes de trabalho e carga horária do que ao ambiente de trabalho em si. As longas jornadas lidando constantemente com enfermos e técnicas de alta complexibilidade, além de se relacionarem com diversas pessoas são fortes fatores de risco para desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (GALAIYA *et al.*, 2020). O desgaste é crônico, mas para os profissionais que trabalham também nos leitos de UTI, ele pode ser acelerado, uma vez que nesse ambiente é mantido contato frequente com a alta morbidade dos pacientes, sofrimento intenso e requer estado de alerta constante, sem contar a interação corriqueira com familiares e remuneração muitas vezes não adequada à quantidade e complexidade do trabalho. Esses profissionais não recebem uma instrução ou preparação para essas cargas de estresse na formação, o que muitas vezes culmina no descumprimento da demanda psicológica que o cargo exige (CAIXETA *et al.*, 2020).

Em relação aos médicos, a especialidade exercida pelo profissional impacta nas probabilidades de ele desenvolver ou não a síndrome. Assim como ocorre com enfermeiros que trabalham na UTI, a incidência de *Burnout* em médicos que trabalham nessa área é maior. Por outro lado, as especialidades de dermatologia e anesthesiologia apresentam uma menor incidência. Além disso, é importante salientar que médicos residentes, por causa da intensa pressão física e

emocional do início de carreira, são também vulneráveis. Os dados mostram que entre 50% e 76% possuem sintomas compatíveis com a doença (CAIXETA *et al.*, 2020).

Conforme destacado nas diferentes profissões podemos elencar alguns fatores de risco que podem predispor ao desenvolvimento da Síndrome. Destaca-se principalmente a íntima correlação humana, associada a jornadas extenuantes de trabalho, alguns exercícios laborais desvalorizados e os diferentes riscos sofridos, sejam eles relacionados à proteção individual à vida seja aqueles interligados à proteção contra doenças, como é o caso dos policiais e professores, respectivamente. Outros fatores interessantes de serem destacados é a prevalência aumentada do *Burnout* em indivíduos solteiros, sem filhos e principalmente nas mulheres (PORTO-GENESE *et al.*, 2017).

A Incidência da Síndrome de *Burnout*

Segundo estudos realizados por Pêgo *et al.* (2016) cerca de 70,13% dos professores apresentavam sintomas de *Burnout*. Contrapondo essa estatística temos que 35,7% dos enfermeiros também apresentavam tendências a desenvolverem a enfermidade e dentre este grupo enfermeiros intensivistas tinham 63,3% de chances maiores de apresentar a síndrome. Considerando os médicos, em valores globais, aproximadamente 23,1% dos médicos brasileiros podem apresentar a síndrome de burnout. Na área militar, destacam-se os bombeiros. Os valores apresentados são alarmantes e demonstram como a síndrome de burnout é frequente entre as diferentes profissões brasileiras, além de destacar a importância de encontrar formas de evitar tanto o aparecimento como a progressão para formas mais graves da doença. Na **Tabela 25.1**, as principais causas para Síndrome de *Burnout*.

Tabela 25.1 Incidência de Burnout nas profissões

Principais profissões	Incidência de Burnout	Principais causas
Enfermeiros Intensivistas	63,3%	Alta demanda psicológica
Professores	70,13%	Violência em sala de aula
Policiais Militares	66%	Exposição ao perigo

Fonte: Adaptado de CAIXETA *et al.*, 2020.

Como demonstrado na **Tabela 25.1**, é possível destacar a alta incidência do aparecimento da Síndrome de *Burnout* em profissionais de áreas intensivas. A este fator atribui-se a alta demanda psicológica encontrada, associado a influência diária de alto estresse, jornadas extenuantes e baixos salários. Dentre as outras profissões são possíveis a insegurança vivenciada pelos professores que além do contato interpessoal aumentado também são submetidos a ameaças e situações de perigos dentro das salas de aula. Ademais, temos os policiais militares cerceados por uma realidade perigosa em que passam por situações de risco diariamente e muitas vezes apresentam uma somatização de transtornos mentais que além de serem considerados fatores de risco para a Síndrome de Burnout, também podem corroborar para casos mais graves da enfermidade neste grupo de pessoas.

CONCLUSÃO

Nota-se que a Síndrome de *Burnout* está presente em diversos segmentos profissionais por

motivos variados, o que possibilita concluir que nenhuma profissão está imune a tal enfermidade devido a sua característica multifatorial.

Dito isso, é importante ressaltar que os prejuízos abrangem não só a figura do profissional em si, mas também todo o contexto trabalhista em que ele está inserido, demandando gastos dispendiosos dos contratantes e afetando o rendimento de todo o grupo.

Considerando todos os possíveis prejuízos à saúde dos trabalhadores e ao bem-estar geral, é imprescindível que medidas preventivas sejam adotadas em todo local de trabalho. Podemos citar a reorganização da gestão e redistribuição de tarefas como uma medida que não demanda gastos extras dos contratantes, para que seja possível reduzir a carga horária e melhorar a eficiência do trabalho, reduzindo assim problemas como sobrecarga trabalhista, que é um dos principais fatores desencadeantes da Síndrome de *Burnout*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. *et al.* Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da Saúde. Revista online de Pesquisa, v. 8, n. 3, p. 4623, 2015.

BIANCHI, R. *et al.* It is time to consider the “burnout syndrome” a distinct illness?. *Frontiers in Public Health*, v.3, p.158, 2015.

CAIXETA, N.C. *et al.* A síndrome de Burnout entre as profissões e suas consequências. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 593, 2021.

CARMONA, M.G. *et al.* Burnout syndrome in secondary school teachers: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychology of Education*, v. 19, p. 189, 2018.

PÊGO, J.M. *et al.* Burnout syndrome and breastfeeding: an integrative review. *Journal of nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, v. 10, n. 7, p. 2669, 2016.

CHIRICO, F. *et al.* Job stress models for predicting burnout syndrome: A review. *Original articles and reviews*, v. 52, n.3, p. 443, 2017.

GALAIYA, R. *et al.* Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, v. 102, n. 6, 2020.

PORTOGHESE, I. *et al.* Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. *Burnout Research- ELSEVIER*, v. 7, p.36, 2017.

WEBER, A. & JAEKEL-REINHARD, A. Burnout syndrome: a disease of modern societies?. *Occupational medicine (Oxford, England)*, v. 50, n. 7, p. 512, 2000.

Índice Remissivo

<i>Afirmção de gênero</i>	202	<i>Manejo</i>	22
<i>Alzheimer</i>	125	<i>Manejo clínico</i>	83
<i>Ansiedade em adolescentes</i>	155	<i>Mastectomia</i>	202
<i>Atenção Primária à Saúde</i>	61	<i>Mastectomia masculinizante</i>	202
<i>Atualmente</i>	114	<i>Medicina de tráfego</i>	38
<i>Autismo</i>	102	<i>Microbiota intestinal</i>	102
<i>Autoimagem</i>	167	<i>Mulheres Privadas de Liberdade</i>	186
<i>Autopercepção</i>	91	<i>Opioides e acidentes</i>	38
<i>Benzodiazepínicos</i>	38	<i>Orelha de abano</i>	91
<i>Bipolar disorder</i>	214	<i>Otoplastia</i>	91
<i>Brasil</i>	155	<i>Pandemia</i>	186
<i>Burnout</i>	223	<i>Pessoal de saúde</i>	133
<i>Burnout nas profissões</i>	223	<i>Poisoning</i>	214
<i>Câncer de próstata</i>	53	<i>Probióticos</i>	102
<i>Capacitação Profissional</i>	71	<i>Pronto-Socorro</i>	17
<i>Cirurgia Plástica</i>	202	<i>Qualidade de vida</i>	91
<i>COVID-19</i>	44, 146	<i>Redes Sociais</i>	1
<i>COVID-19; Profissional de saúde</i>	146	<i>Riscos ocupacionais</i>	133
<i>Demência</i>	125	<i>Saúde do Homem</i>	53
<i>Demências</i>	114	<i>Saúde do idoso</i>	44
<i>Depressão</i>	11, 31, 83, 180	<i>Saúde do trabalhador</i>	133
<i>Desafios</i>	114	<i>Saúde mental</i>	31, 44, 53, 146, 155
<i>Diagnóstico</i>	22, 180	<i>Saúde Mental</i>	17, 61, 186
<i>Docentes</i>	71	<i>Síndrome Pré-menstrual</i>	193
<i>Epilepsia</i>	22	<i>Suicídio</i>	71
<i>Esquizofrenia</i>	167, 180	<i>Tabu</i>	167
<i>Fatores de risco modificáveis</i>	125	<i>Tecnologia Educacional</i>	61
<i>Fatores estressores</i>	223	<i>Transsexual</i>	202
<i>Fibromialgia</i>	31	<i>Transtorno de Ansiedade Generalizada</i>	17
<i>Fisiopatologia</i>	83	<i>Transtorno disfórico pré-menstrual</i>	193
<i>Influencers Digitais</i>	1	<i>Transtorno do Espectro Autista</i>	11
<i>Internet</i>	1	<i>Transtornos do humor</i>	193
<i>Itinerário terapêutico</i>	11	<i>Violência</i>	133
<i>Lithium</i>	214		