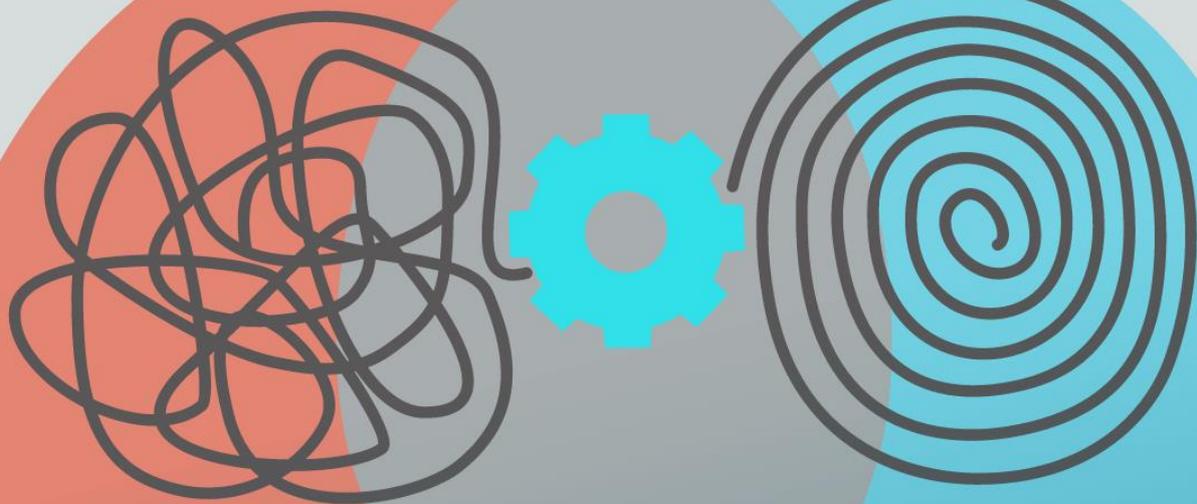


SAÚDE MENTAL

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

Edição 10



Organizadores:

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

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

Edição X

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 Leal

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; 202 p.; ed. X; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-81549-91-6

<https://doi.org/10.59290/978-65-81549-91-6>

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 | |
| DEPRESSÃO BIPOLAR E RISCO DE SUICÍDIO | 1 |
| Capítulo 02 | |
| TRANSTORNOS ALIMENTARES | 7 |
| Capítulo 03 | |
| ESTAFA: O ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E SEU ATUAL CONTEXTO | 13 |
| Capítulo 04 | |
| O DESDOBRAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA AO SUICÍDIO | 18 |
| Capítulo 05 | |
| O USO DE CANABIDIOL NO TRATAMENTO DE CRISES EPILÉPTICAS | 23 |
| Capítulo 06 | |
| ASPECTOS EMOCIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CÂNCER DE MAMA | 29 |
| Capítulo 07 | |
| TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: CORRELAÇÃO DA DOENÇA DO SÉCULO COM O ABUSO DA INTERNET . | 37 |
| Capítulo 08 | |
| O ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO E SUAS COMPLICAÇÕES | 42 |
| Capítulo 09 | |
| FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA | 48 |
| Capítulo 10 | |
| DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE FATORES EXTERNOS E BIOLÓGICOS | 55 |
| Capítulo 11 | |
| DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA | 60 |
| Capítulo 12 | |
| EVIDÊNCIAS SOBRE AURICULOTERAPIA NA REDUÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE | 68 |
| Capítulo 13 | |
| REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SANTOS E AS NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL | 75 |
| Capítulo 14 | |
| ESQUIZOFRENIA | 82 |
| Capítulo 15 | |
| FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA | 93 |

Sumário

Capítulo 16

PERSPECTIVAS NEVROLÓGICAS NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA 100

Capítulo 17

CONCEPÇÕES DA RELAÇÃO ENTRE DISBIOSE INTESTINAL E AS PRINCIPAIS DEMÊNCIAS EM IDOSOS . 113

Capítulo 18

DISSOCIAÇÃO EM PACIENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA 123

Capítulo 19

SUICÍDIO PRATICADO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE - UMA REALIDADE NO MEIO MÉDICO 131

Capítulo 20

EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL..... 137

Capítulo 21

O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR 144

Capítulo 22

TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 151

Capítulo 23

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A SOBRECARGA MATERNA NA PANDEMIA 159

Capítulo 24

MANEJO DA ANSIEDADE EM ADOLESCENTES: REVISÃO DE LITERATURA 173

Capítulo 25

SAÚDE MENTAL NO BRASIL ASPECTOS RELACIONADOS AS LEIS REGULAMENTADORAS 178

Capítulo 26

IMPACTO DO COVID NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE 184

Capítulo 27

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E A RELAÇÃO COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PRIVADA EM TERESINA-PI..... 190

Capítulo 01

DEPRESSÃO BIPOLAR E RISCO DE SUICÍDIO

ANTONIO TITO DE ARAUJO DANTAS¹
NATÁLIA MURAD SCHMITT²
VICTOR MATHEUS SANTOS DA SILVA³
YASMIN VITÓRIA CARVALHO DE CASTRO⁴

1. *Discente – Medicina UNIFACID.*
2. *Discente – Medicina Universidade Estadual do Maranhão.*
3. *Discente – Medicina Universidade Estadual do Maranhão.*
4. *Médica – Centro Universitário São Lucas.*

Palavras Chave: Depressão bipolar; Suicídio; Risco.



10.59290/978-65-81549-91-6.1

INTRODUÇÃO

A depressão bipolar é uma condição mental grave que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Conforme Bosaipo *et al.* (2017), é um transtorno mental que afeta o humor e a energia de uma pessoa, é caracterizado por episódios de mania (fase de humor elevado, irritabilidade ou aumento da energia) e depressão (fase de humor deprimido, falta de energia e interesse).

A definição científica da depressão bipolar é baseada nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2019). Para ser diagnosticado com depressão bipolar, uma pessoa deve ter experimentado pelo menos um episódio maníaco ou hipomaníaco, juntamente com um ou mais episódios de depressão. Para isso, deve-se realizar avaliação médica e psiquiátrica cuidadosa, incluindo entrevista clínica, exames físicos e exames laboratoriais (FREITAS *et al.*, 2021).

Um episódio maníaco, conforme Duarte & Cardim (2021), é caracterizado por um período de pelo menos uma semana de humor elevado ou irritável, juntamente com outros sintomas, como aumento da energia, diminuição da necessidade de sono, pensamentos acelerados e aumento da autoestima. Um episódio hipomaníaco é semelhante ao maníaco, mas menos grave e dura pelo menos quatro dias.

Um episódio depressivo é caracterizado por um período de pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer na maioria das atividades, juntamente com outros sintomas, como alterações no sono ou apetite, fadiga, sentimento de culpa ou inutilidade e dificuldade de concentração (FREITAS *et al.*, 2021).

Além dos sintomas típicos de depressão, como tristeza profunda e perda de interesse nas

atividades diárias, os pacientes com esse transtorno também experimentam episódios de mania ou hipomania, caracterizados por humor elevado, energia excessiva e comportamento impulsivo. O tratamento geralmente envolve medicamentos e terapia, e o prognóstico depende da gravidade dos sintomas, do tratamento e do comprometimento funcional associado. Embora a depressão bipolar possa ser tratada com medicamentos e psicoterapia, muitos pacientes enfrentam riscos significativos de suicídio (DUARTE & CARDIM, 2021).

Durante os episódios depressivos, de acordo com Silva *et al.* (2020), os indivíduos podem experimentar sentimentos intensos de tristeza, desesperança, baixa autoestima, perda de interesse em atividades que antes gostavam, insônia ou sono excessivo, fadiga, falta de energia e problemas de concentração.

A depressão bipolar pode aumentar o risco de suicídio porque os indivíduos que sofrem dessa condição têm um risco maior de sofrer de pensamentos e comportamentos suicidas. Além disso, durante os episódios depressivos, as pessoas podem se sentir tão desesperadas e desamparadas que a ideia de suicídio pode parecer a única saída possível para acabar com a dor e o sofrimento. As pessoas com transtorno bipolar também podem ter um risco maior de suicídio durante os episódios de mania, pois podem ter um comportamento impulsivo, falta de julgamento e tomada de decisões precipitadas que podem resultar em consequências trágicas (MOREIRA *et al.*, 2020).

Para prevenir o suicídio em pessoas com transtorno bipolar, conforme Alves *et al.* (2020), é fundamental tratar a condição de forma abrangente, abordando não apenas os sintomas do transtorno, mas também quaisquer fatores de risco adicionais para o suicídio. Além disso, essas devem receber acompanhamento psiquiátrico regular e monitoramento constante

de seus sintomas, incluindo sinais de pensamentos suicidas. Os profissionais de saúde mental também podem ajudar as pessoas com transtorno bipolar a desenvolver um plano de segurança para lidar com pensamentos e impulsos suicidas, identificando fatores de risco e estabelecendo medidas de proteção.

Este artigo científico tem como objetivo avaliar a relação entre depressão bipolar e suicídio. Os objetivos específicos incluem analisar fatores de risco associados ao suicídio em pacientes com Depressão Bipolar e examinar as estratégias de prevenção e tratamento disponíveis.

A justificativa científica e social deste estudo é evidente, uma vez que a Depressão Bipolar é uma condição psiquiátrica com grande impacto na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. Além disso, a alta taxa de suicídio entre pacientes com Depressão Bipolar é uma preocupação significativa para profissionais de saúde mental e políticas públicas. Portanto, uma revisão integrativa sobre esse tema pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e tratamento da depressão bipolar e do risco de suicídio associado a essa condição.

MÉTODO

A metodologia adotada neste estudo foi a revisão integrativa, que permite a síntese de diferentes fontes de evidência para responder a uma pergunta específica de pesquisa. Foram incluídos estudos publicados em bases de dados eletrônicas relevantes, como PubMed, Scopus e PsycINFO, que abordam o tema da depressão bipolar e o risco de suicídio. São estudos de diferentes tipos, incluindo ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais.

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, tipo de revisão bibliográfica que tem como objetivo integrar e sintetizar os

resultados de estudos de pesquisa sobre um determinado tópico. Para realizar este procedimento de pesquisa, foram seguidos os seguintes passos:

- Delimitação da pergunta de pesquisa, permitindo a inclusão de estudos específicos o suficiente para orientar a busca por literatura relevante. Para este estudo, definiu-se a seguinte indagação: Qual a relação entre depressão bipolar e suicídio?

- Busca sistemática da literatura em bancos de dados acadêmicos. Nesse sentido, foram consultados PubMed, Scopus e PsycINFO, sendo busca realizada com palavras-chave relevantes para a pergunta de pesquisa: Depressão bipolar. Suicídio. Risco;

- Triagem de estudos identificados na busca por meio da leitura do título e resumo. Em seguida, leitura completa dos estudos selecionados para determinar se eles são relevantes para a pergunta de pesquisa;

- Extração dos dados dos estudos selecionados, incluindo informações sobre o desenho do estudo, população estudada, resultados, conclusões e as limitações do estudo;

- Análise e síntese os dados extraídos dos estudos selecionados e interpretação dos resultados, determinando as implicações para a prática clínica ou para pesquisas futuras;

- Redação do relatório da revisão integrativa de literatura, incluindo a pergunta de pesquisa, a estratégia de busca, os critérios de seleção dos estudos, a análise dos dados, a interpretação dos resultados e as conclusões da revisão. No caso, o resultado deste estudo compreende este artigo.

RESULTADOS

A depressão bipolar é uma condição de saúde mental caracterizada por mudanças cíclicas de humor, que variam entre episódios de mania e depressão. A taxa de suicídio em pacientes com depressão bipolar é muito elevada, o que torna o tema relevante e preocupante para a saúde pública.

Neste estudo, buscou-se compreender melhor a relação entre depressão bipolar e suicídio, a partir de pesquisas realizadas entre 2018 e 2023.

Foram selecionados 9 estudos, os quais permitiram observar que risco de suicídio é significativamente maior em pacientes com depressão bipolar do que em pacientes com depressão unipolar ou em indivíduos saudáveis. Além disso, os pacientes com depressão bipolar que têm ideação suicida apresentam maior gravidade da doença, maior frequência de episódios de mania e depressão e maior prejuízo na qualidade de vida. Destacam-se também a importância do diagnóstico e tratamento precoce da depressão bipolar na prevenção do suicídio.

DISCUSSÃO

Conforme estudo desenvolvido por Garcia *et al.* (2022), a depressão bipolar é uma condição clínica que é caracterizada pela alternância entre episódios depressivos e maníacos. A prevalência da depressão bipolar é de cerca de 1% da população geral, e esta condição é associada a um alto risco de suicídio.

Vários estudos têm mostrado que a depressão bipolar é um fator de risco significativo para o suicídio. De acordo com um estudo publicado em 2018 por Amin-Esmaeili *et al.*, o risco de suicídio é cerca de 20 vezes maior entre as pes-

soas com depressão bipolar do que na população geral. Outro estudo realizado por Mohammadzadeh *et al.* (2019), descobriu que a presença de ideação suicida em pacientes com depressão bipolar estava associada a um aumento significativo no risco de tentativa de suicídio.

Além disso, outros fatores de risco podem aumentar ainda mais o risco de suicídio em pessoas com depressão bipolar. Por exemplo, o uso de álcool e drogas aumenta significativamente o risco de suicídio em pessoas com esta condição. Um estudo realizado por Abreu *et al.* (2018) descobriu que a presença de abuso de substâncias aumentou em três vezes o risco de tentativa de suicídio em pacientes com depressão bipolar.

Outro fator de risco importante é a presença de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e abuso de substâncias. Conforme a investigação de Abreu *et al.* (2018), a presença de comorbidades psiquiátricas aumenta significativamente o risco de suicídio em pacientes com depressão bipolar.

Os fatores de risco para suicídio na depressão bipolar são múltiplos e complexos, envolvendo fatores genéticos, ambientais e psicossociais. Uma meta-análise recente de 26 estudos de coorte mostrou que pacientes com transtorno bipolar têm risco 17 vezes maior de morrer por suicídio em comparação com a população geral. Entre os fatores de risco identificados, destacam-se: história prévia de tentativas de suicídio, comorbidades psiquiátricas, uso de álcool ou drogas, baixo nível socioeconômico, falta de suporte social, isolamento e estigma associado ao transtorno bipolar (SKARSTEIN *et al.*, 2023).

A prevenção do suicídio na depressão bipolar envolve intervenções farmacológicas e psicossociais. Estudos recentes têm mostrado que o uso de lítio, anticonvulsivantes e antipsicóticos pode reduzir o risco de suicídio em pacientes com transtorno bipolar. Além disso, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido indi-

cada como uma intervenção eficaz para prevenção do suicídio, ao auxiliar os pacientes a identificar e manejar pensamentos negativos e comportamentos impulsivos. Outras intervenções psicossociais que têm sido propostas incluem a terapia interpessoal, a terapia ocupacional e a intervenção familiar (TONDO *et al.*, 2021; BALDESSARINI *et al.*, 2019).

O tratamento adequado da depressão bipolar é essencial para a redução do risco de suicídio. Vários estudos têm mostrado que a terapia farmacológica e psicoterapia são eficazes no tratamento da depressão bipolar e na redução do risco de suicídio em pacientes com esta condição. Além disso, a educação dos pacientes e de suas famílias sobre os sintomas e o tratamento da depressão bipolar é fundamental para a prevenção do suicídio (SARAF *et al.*, 2021; NYBOE *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

A depressão bipolar é um transtorno psiquiátrico caracterizado por oscilações cíclicas de humor, com períodos de mania ou hipomania e episódios depressivos. O suicídio é uma das principais causas de morte associadas a esses transtornos, apresentando risco aumentado em comparação com a população geral.

Os estudos desta revisão integrativa indicam que a depressão bipolar é um fator de risco importante para o suicídio, sendo que os pacientes com essa condição apresentam risco aumentado em relação à população geral. A identificação precoce dos fatores de risco e a implementação

de intervenções eficazes para prevenção do suicídio são fundamentais para reduzir a morbidade e a mortalidade associadas a essa condição. As intervenções farmacológicas e psicossociais têm mostrando-se promissoras na prevenção do suicídio em pacientes com transtorno bipolar, e devem ser utilizadas de forma integrada para maximizar os benefícios.

Em conclusão, a depressão bipolar é um fator de risco significativo para o suicídio. Além disso, outros fatores de risco, como o uso de álcool e drogas e a presença de comorbidades psiquiátricas, podem aumentar ainda mais o risco de suicídio em pessoas com esta condição. O tratamento adequado da depressão bipolar é essencial para a redução do risco de suicídio, e a educação dos pacientes e suas famílias sobre os sintomas e o tratamento da depressão bipolar é fundamental para a prevenção do suicídio.

É indispensável que profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e sintomas da depressão bipolar e realizem uma avaliação completa dos pacientes, incluindo a identificação de ideação suicida e o monitoramento regular do tratamento. A prevenção do suicídio em pacientes com depressão bipolar é uma questão de saúde pública e deve ser uma prioridade na prática clínica e nas políticas de saúde. Para isso, torna-se indispensável a realização de novos estudos sobre o tema, colaborando com o aprofundamento a respeito, a melhoria dos serviços realizados pelos profissionais de saúde e a prevenção de casos de suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, L.N. *et al.* Are comorbid anxiety disorders a risk factor for suicide attempts in patients with mood disorders? A two-year prospective study. *European Psychiatry*, v. 47, p. 19, 2018.
- ALVES, V.N. *et al.* Análise da eficácia do lítio na prevenção de suicídio em pacientes com transtornos do humor: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 15, 2022.
- AMIN-ESMAEILI, M. *et al.* Bipolar features in major depressive disorder: Results from the Iranian mental health survey (IranMHS). *Journal of affective disorders*, v. 241, p. 319, 2018.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed, 2019.
- BALDESSARINI, R.J. *et al.* Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, v. 24, n. 2, p. 198, 2019.
- BOSAPO, N.B. *et al.* Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 50, n. 1, p. 72, 2017.
- DUARTE, A.L. & CARDIM, M.M. Transtorno Bipolar, Relações Interpessoais e Afetividade de Indivíduos Acometidos Pela Doença. *Revista de Pesquisa e Prática em Psicologia*, v. 1, n. 3, p. 740, 2021.
- FREITAS, M.S. *et al.* O transtorno bipolar: senso comum e a visão psicopatológica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, p. e547101220571, 2021.
- GARCIA, B.N. *et al.* Perspectivas epidemiológicas, clínicas e terapêuticas do transtorno bipolar em comorbidade com o uso de drogas: revisão de literatura em língua portuguesa. *Debates em Psiquiatria*, v. 12, p. 1, 2022.
- MOHAMMADZADEH, Ali *et al.* Childhood trauma and the likelihood of increased suicidal risk in schizophrenia. *Psychiatry research*, v. 275, p. 100, 2019.
- MOREIRA, R.M.M. *et al.* Transtorno mental e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa. *Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, v. 16, n. 1, p. 1, 2020.
- NYBOE, L. *et al.* Non-pharmacological interventions for preventing weight gain in patients with first episode schizophrenia or bipolar disorder: A systematic review. *Psychiatry research*, v. 281, p. 112556, 2019.
- SARAF, G. *et al.* Early intervention for people at high risk of developing bipolar disorder: a systematic review of clinical trials. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 64, 2021.
- SILVA, I.S.T. *et al.* O uso da eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento da depressão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 56, p. e3926, 2020.
- SKARSTEIN, S. *et al.* The burden of somatic diseases among people with alcohol and drug use disorders are influenced by mental illness and low socioeconomic status. A registry-based cohort study in Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 165, p. 111137, 2023.
- TONDO, L. *et al.* Prevention of suicidal behavior in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, v. 23, n. 1, p. 14, 2021

Capítulo 02

TRANSTORNOS ALIMENTARES

LUIZA PASSINI VAZ TOSTES¹
VITOR TADEU VAZ TOSTES²

1. *Discente - Curso de medicina UFMG*
2. *Docente - Departamento de Clínica Médica da UFMG*

Palavras-Chave: Transtornos Alimentares; Anorexia; Bulimia.



INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares são caracterizados por alimentação anormal ou por comportamentos anormais relacionados à alimentação e ao peso corporal (APA, 2013; ATTIA & GUARDA, 2022).

A deturpação do peso, do formato corporal ou da alimentação podem estar presentes nessas doenças e geram prejuízos significativos para a saúde física ou para o funcionamento psicossocial do indivíduo.

Esses transtornos acometem, principalmente, jovens adultos e adolescentes do sexo feminino e apresentam dados epidemiológicos subestimados, em função da procura por tratamento apenas em casos mais graves e da dificuldade de reconhecer o diagnóstico por parte dos profissionais de saúde. Dados epidemiológicos do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo indicam que 0,5% a 4% das mulheres apresentarão anorexia nervosa durante a vida; 1% a 4,2% apresentarão bulimia nervosa e 2,5% apresentarão o transtorno da compulsão alimentar (PHILLIPOU *et al.*, 2014.).

A etiologia desses transtornos ainda é pouco conhecida e estudos sugerem uma divergência entre os mecanismos de patogênese da anorexia nervosa e do espectro dos transtornos alimentares compulsivos. A fisiopatologia envolvida no desenvolvimento dos transtornos alimentares é diversa e envolve fatores genéticos, psicológicos, familiares, socioculturais, biológicos e nutricionais (ATTIA & GUARDA, 2022).

De acordo com o DSM-5, os transtornos alimentares incluem: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Nesse capítulo, serão abordados três importantes transtornos alimen-

tares: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa corresponde a um transtorno marcado por três principais características: ingestão calórica baixa e menor que a necessária, levando a um peso corporal inferior ao saudável; temor intenso de ficar gordo, o que se associa a práticas para evitar o ganho de peso; e autopercepção inadequada sobre o próprio peso, corpo e gravidade da situação (APA, 2013; ATTIA & GUARDA, 2022; PHILLIPOU *et al.*, 2014; DEVLIN, 2016).

O indivíduo com anorexia nervosa pode ter dois padrões de apresentação: tipo restritivo, quando não há a presença de compulsão alimentar e práticas purgativas associadas, e tipo compulsão alimentar purgativa, quando ocorre compulsão alimentar associada a purgação (ex.: vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) (APA, 2013; DEVLIN, 2016). O **Quadro 2.1** apresenta os critérios diagnósticos do DSM-5.

A prevalência desse transtorno é de aproximadamente 0,4% em 12 meses e de 0,9% ao longo da vida para indivíduos do sexo feminino (APA, 2013; DEVLIN, 2016). Esse transtorno é muito mais frequente em mulheres e estudos indicam que a proporção entre os sexos é de 10:1 (APA, 2013).

A época de início é durante a puberdade e início da idade adulta, e raramente ocorre em crianças e adultos após 40 anos (APA, 2013; DEVLIN, 2016).

Alguns autores salientam a importância de identificar fatores de risco para o transtorno em pacientes com o IMC normal visto que a anorexia nervosa tende a ser subestimada e diagnosticada tardiamente. São considerados fatores de risco: histórico de traumas psicológicos na in-

fância, adultos jovens do sexo feminino, atletas, pacientes que procuram assistência médica por sinais e sintomas de distúrbios alimentares (redução rápida de peso, preocupação com alimentação e aparência, bradicardia, amenorreia), ansiedade, depressão, rigidez e perfeccionismo.

As complicações clínicas decorrentes da desnutrição podem ocorrer em vários sistemas orgânicos e as disfunções estão diretamente relacionadas com a perda ponderal. Citam-se: redução da massa cardíaca, derrame pericárdico, hipotensão, bradicardia, amenorreia secundária, anormalidades no eixo hipotálamo-hipofisário, gastroparesia e constipação intestinal (TREASURE *et al.*, 2020; ARCELUS *et al.*, 2011).

Tais complicações podem levar a internação hospitalar e óbito.

O tratamento da anorexia nervosa consiste na reabilitação nutricional (FARIAS & ROSA, 2020) e na psicoterapia, considerada tratamento de escolha. Tanto a modalidade, cognitivo comportamental, quanto a psicoterapia dinâmica estão bem indicadas. A terapia farmacológica é limitada com relatos de benefícios com Olanzapina. Casos refratários têm sido submetidos a estimulação transcraniana magnética de repetição (FAIRBURN & HARRISON, 2003; APA, 2006).

Quadro 2.1 Critérios diagnósticos para anorexia nervosa

| |
|---|
| A. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado. |
| B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo. |
| C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. |
| Determinar o subtipo: |
| (F50.01) Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo. |
| (F50.02) Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). |
| Especificar a gravidade atual: |
| O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (ver a seguir) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão. |
| Leve: IMC ≥ 17 kg/m ² |
| Moderada: IMC 16-16,99 kg/m ² |
| Grave: IMC 15-15,99 kg/m ² |
| Extrema: IMC <15 kg/m ² |

BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa corresponde a um transtorno em que o indivíduo apresenta recorrentemente episódios de perda do controle com relação a alimentação, ingerindo muito em um curto período de tempo (episódios compulsivos). Esses indivíduos tem o peso e a forma corporal como critérios para a sua autoavaliação, e para compensar a ingesta calórica excessiva que ocorre na compulsão, eles realizam práticas purgativas, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, jejum excessivo, excesso de exercício, etc. Para o diagnóstico, a compulsão alimentar associada à purgação devem estar presentes por no mínimo três meses e devem ocorrer pelo menos uma vez em cada semana (APA, 2013; ATTIA & GUARDA, 2022). O **Quadro 2.2** apresenta os critérios diagnósticos do DSM-5.

A prevalência desse transtorno também é maior em indivíduos do sexo feminino, entre 1 a 1,5% em 12 meses e de 1,5% ao longo da vida para indivíduos do sexo feminino com proporção entre os sexos de aproximadamente 10:1. A bulimia inicia-se na maior parte das vezes na puberdade ou início da vida adulta (APA, 2013; DEVLIN, 2016).

À semelhança dos demais distúrbios alimentares, a patogênese é complexa e multifatorial, mas o funcionamento anormal dos circuitos entre córtex e sistema límbico certamente estão envolvidos.

Portadores de bulimia nervosa frequentemente apresentam comorbidades psiquiátricas:

depressão maior, abuso de álcool, estresse pós-traumático, transtornos de personalidade, ansiedade social e tabagismo.

Na maioria dos pacientes, a bulimia persiste por, no mínimo, doze meses. Estudos de seguimento mostram que cerca de 50 a 70% se recuperam, todavia ocorrem recorrências em 20 a 30% dos pacientes.

Ao contrário da anorexia nervosa, os pacientes bulímicos, apesar de terem receio de ganhar peso, permanecem com peso normal ou aumentado durante o acompanhamento.

A maioria dos estudos mostra que a bulimia nervosa está associada a aumento da mortalidade geral. Alguns mencionam aumento de 2 a 8 vezes em relação à população geral, sobretudo por suicídio. A abordagem psiquiátrica destes pacientes deve abranger as ideias suicidas.

O tratamento da bulimia nervosa consiste em psicoterapia, especialmente a cognitivo-comportamental, considerada terapêutica de escolha, e reabilitação nutricional.

O tratamento farmacoterápico isolado parece ser menos eficaz que a psicoterapia, mas há sinergias quando ambos são adotados. A droga de escolha é a Fluoxetina na dose de 60 mg MID para adultos. Quando a Fluoxetina não é tolerada outros inibidores seletivos da recaptação de serotonina podem ser usados, em doses mais altas que aquelas para depressão. Existem estudos mostrando resultados favoráveis com Sertralina, Escitalopram e Fluvoxamina. A Bupropiona é contraindicada no tratamento da bulimia nervosa (FAIRBURN & HARRISON, 2003; SHAPIRO *et al.*, 2007).

Quadro 2.2 Critérios diagnósticos para bulimia nervosa

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

1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que é, e o quanto se está ingerindo).

| |
|---|
| B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso. |
| C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses. |
| D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais. |
| E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. |

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR

A compulsão alimentar é caracterizada pela ingestão exagerada e anormal de alimentos em determinado período do tempo, associada à sensação de perda de controle sobre essa ingestão. No Transtorno da Compulsão Alimentar, os episódios de compulsão ocorrem ao menos uma vez por semana durante, no mínimo, 3 meses e eles não são seguidos de comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso como na Bulimia Nervosa. Comportamentos patológicos como comer rapidamente, comer mesmo sem fome, até se sentir desconfortável, sentir vergonha e culpa de comer, são característicos de indivíduos com essa doença (APA, 2013; CROW *et al.*, 2009). O **Quadro 2.3** apresenta os critérios diagnósticos do DSM-5.

O Transtorno da Compulsão Alimentar é o mais prevalente entre os transtornos alimenta-

res, com prevalência na população mundial variando de 2,0 a 2,5%. Na maior parte dos casos, o transtorno tem início na adolescência e no início da vida adulta, mas pode ocorrer também posteriormente. É mais comum em mulheres (APA, 2013; CROW *et al.*, 2009).

Frequentemente existem comorbidades psicopatológicas: fobias específicas, fobia social, depressão unipolar, estresse pós-traumático e alcoolismo. Em muitos pacientes também têm risco aumentado de desenvolverem comorbidades médicas como obesidade, diabetes *mellitus*, HAS e dor crônica. Estudos observacionais mostram que o curso da doença é crônico, com relatos de até 14 anos de evolução.

O tratamento padrão consiste em psicoterapia. Quando há falha, farmacoterapia com inibidores seletivos da recaptção de serotonina ou o uso alternativo de Topiramato e Lisdexamfetamina pode estar indicado (FAIRBURN & HARRISON, 2003; APA, 2006).

Quadro 2.3 Critérios diagnósticos para Transtorno de Compulsão Alimentar

| |
|--|
| A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos: 1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que é o quanto se está ingerindo). |
| B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Comer mais rapidamente do que o normal. 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio. 3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome. 4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo. 5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida. |
| C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar. |
| D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses. |
| E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa. |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. American journal of psychiatry, v. 163, n. 7, p. 4, 2006.

ARCELUS, J. *et al.* Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Archives of general psychiatry, v. 68, n. 7, p. 724, 2011.

ATTIA, E. & GUARDA, A.S. Prevention and early identification of Eating Disorders. JAMA, v. 327, n. 11, p. 1029, 2022.

CROW, S.J. *et al.* Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. The American Journal of Psychiatry, v. 166, n. 12, p. 1342, 2009.

DEVLIN, M.J. Binge-Eating Disorder Comes of Age. Annals of Internal Medicine, v. 165, n. 6, p. 445, 2016.

FAIRBURN, C.G. & HARRISON, P.J. Fatores de risco para anorexia nervosa. Lancet, v. 361, n. 9372, p. 1914, 2003.

FARIAS, C.T.S., & ROSA, R.H. A educação alimentar e nutricional como estratégia no tratamento dos transtornos alimentares. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 4, p. 10611, 2020.

PHILLIPOU, A. *et al.* The neurobiology of anorexia nervosa: a systematic review. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v. 48, n. 2, p. 128, 2014.

SHAPIRO J.R. *et al.* Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. The International journal of eating disorders, v. 40, n. 4, p. 321, 2007.

TREASURE, J. *et al.* Eating disorders. Lancet (London, England), v. 395, n. 10227, p. 899, 2020.

Capítulo 03

ESTAFA: O ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E SEU ATUAL CONTEXTO

GABRIEL LOUREIRO SELEGHIM BOAVENTURA¹
JULIA VALENTINI ZANELLA¹

1. *Discente – Médico da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal*

Palavras Chave: Estafa; Burnout; Esgotamento.



10.59290/978-65-81549-91-6.3

INTRODUÇÃO

A existência de desequilíbrios emocionais na execução de atividades profissionais é a realidade de uma grande parcela da população. A insatisfação em relação ao trabalho exercido, seja pelo baixo reconhecimento técnico, condições inadequadas de serviço ou remuneração abaixo do esperado são alguns dos motivos que levam parte dos empregados a apresentar desgaste emocional. Hoje reconhecida como uma doença ocupacional, o *burnout*, também chamado de estafa, representa o sentimento de exaustão e esgotamento relacionado às funções laborais, diminuindo o rendimento e a motivação na carreira dos acometidos, e pode ser considerado um grande problema no mundo profissional da atualidade.

O objetivo deste estudo foi identificar quais são os principais profissionais afetados pela síndrome do esgotamento profissional, além de discutir seus fatores desencadeantes e consequências a curto e longo prazo.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de janeiro a fevereiro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados: Pub-Med, SciELO e Medline. Foram utilizados os descritores: *burnout*, estresse e esgotamento. Desta busca foram encontrados 14 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português; publicados no período de 2005 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, metanálise), 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 5 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva com base em diretrizes e artigos acerca do tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *burnout*, em sua semântica, origina-se da expressão da língua inglesa “*to burn out*” e significa, ao pé da letra, aquilo que deixou de funcionar por falta de energia. Não diferente do que ocorre mentalmente com diversos profissionais, a síndrome de *burnout* implica na falta de disposição e motivação para realização de atividades ocupacionais do cotidiano, com grande prejuízo no desempenho físico e mental.

Para o seu diagnóstico, conforme a versão 11 de 2022 da Classificação Internacional de Doenças (CID) que traz consigo os critérios diagnósticos para a doença, é necessária a avaliação de três dimensões, a sensação de esgotamento ou o esgotamento de energia em si, aumento da distância mental do trabalho ou sentimento de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho e a redução da eficácia profissional (ALMEIDA *et al.*, 2022), sendo o fenômeno referido especificamente ao contexto ocupacional, não podendo ser aplicado a demais cenários sociais.

Seu reconhecimento dá-se pela identificação de tensão emocional e estresse crônico provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes. A exaustão emocional, a despersonalização e o sentimento de reduzida realização profissional também podem ser identificados (SILVEIRA *et al.*, 2005), sendo tais sintomas agravados pelas progressivas situações de exigência psicológica

ou situações emocionalmente exigentes durante o serviço.

São diversos os fatores que acarretam ao esgotamento. Níveis de estresse elevado, carga horária excessiva e baixa remuneração levam os profissionais, principalmente aqueles responsáveis pelo cuidado de terceiros, como médicos, enfermeiros, policiais e bombeiros a serem os principais grupos acometidos pela doença, ou seja, profissões que exigem o envolvimento interpessoal direto e intenso.

Especificamente em relação aos profissionais de saúde, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (BARBOSA *et al.*, 2007), no Brasil 23,1% dos médicos apresentam a síndrome em alto grau. A justificativa para tamanha representatividade deve-se à pressão excessiva para o crescimento dentro da área, além da necessidade de lidar com enfermidades de difícil manejo, levando ao descontentamento do paciente e frustrações para o profissional. De acordo com uma revisão sistemática que buscou avaliar a incidência da doença conforme cada especialidade médica, foi identificado que profissionais inseridos na Medicina Intensiva, Medicina de Família, Medicina de Emergência e Ortopedia foram os principais acometidos, enquanto as áreas de Psiquiatria, Oncologia, Hematologia, Pediatria, Dermatologia, Anestesiologia e Oncologia as com menor incidência (MOREIRA *et al.*, 2015).

Outra profissão afetada é a classe dos professores. As exigências físicas, as jornadas múltiplas de trabalho, a exposição frequente às avaliações de alunos, gestores e pais põem à prova não só os conhecimentos didáticos e acadêmicos desse docente, mas também a sua capacidade humana de autogerenciamento. Essa condição resulta em várias consequências adversas, principalmente o adoecimento psíquico.

Na avaliação de *burnout* em profissionais do corpo de bombeiros, uma revisão sistemática constatou que 35,29% apresentaram fatores de risco para o seu desenvolvimento. Esta profissão faz com que o profissional tenha de lidar com riscos psicossociais e biológicos, como, por exemplo, exposição a sangue contaminado e privação do sono (PÊGO & PÊGO, 2015). O medo constante em relação à artefatos biológicos das vítimas manifesta um ansiedade e apreensão em relação aos cuidados de biossegurança a serem seguidos a rigor.

Diariamente estamos expostos a fatores estressantes. O cotidiano da vida moderna exige um preparo psicoemocional para lidar com as desavenças e enfrenta os obstáculos exigidos pela vida no meio social. Ademais o número de atendimento a psicólogos e psiquiatras, médicos responsáveis pelo manejo e acompanhamento do *status* saúde mental, vem crescendo progressivamente. O cuidado com a mente é primordial para uma vida saudável.

CONCLUSÃO

Sintetizando, a síndrome de *burnout* acomete profissionais que mantêm uma relação direta e constante com terceiros. Os sintomas devem ser entendidos como uma resposta ao estresse laboral que aparece quando falham as estratégias funcionais de enfrentamento das dinâmicas do dia a dia. Tal enfrentamento pode ser entendido como um conjunto de esforços desenvolvidos para manejar ou lidar com as exigências impostas pelo meio, interpretadas pelo indivíduo como excessivas ou além de suas expectativas. Assim, se consagrado durante um longo tempo, o estresse psíquico terá consequências nocivas, sob a forma de doença ocupacional, acarretando desde prejuízo no rendimento e na qualidade do trabalho, a transtornos mentais comórbidos como depressão, ansiedade

e síndrome do pânico. Pode-se incluir também manifestações psicossomáticas como alterações cardiorrespiratórias, gastrite, úlcera e hiporexia.

Dessa forma, faz-se necessário identificar os fatores de risco e o quadro clínico para uma abordagem precoce e efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.S.C. *et al.* Classificação Internacional das Doenças - 11ª revisão: da concepção à implementação. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2022.

BARBOSA, G.A. *et al.* A saúde dos médicos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2017.

MOREIRA, H.A. *et al.* Síndrome de *burnout* em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 43, 2018.

PÊGO, F.P.L. & PÊGO, D.R. Síndrome de *burnout*: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 14, n. 2, p. 171, 2016.

SILVEIRA, N.M. *et al.* Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. *Rev. Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27, n. 2, p. 159, 2005.

Capítulo 04

O DESDOBRAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA AO SUICÍDIO

BRENA STEPHANIE MAGALHÃES MOURÃO¹
BRUNA GOULART SABOIA¹

1. *Discente - Medicina da Universidade Nove de Julho.*

Palavras Chave: Narcisismo; Suicídio; Transtorno de Personalidade Narcisista.



10.59290/978-65-81549-91-6.4

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 500 mil pessoas morrem todos os anos por suicídio, a cada 1 suicídio houve mais de 20 tentativas de suicídio (WHO, 2022). Adjunto a essa temática, temos os transtornos mentais, nos quais, de acordo com a Associação Pan-Americana da Saúde (OPAS), há diversos tipos de transtornos mentais caracterizados por pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, cujas consequências podem interferir nas relações interpessoais dos indivíduos que sofrem com essas mazelas. Sob essa ótica, temos o Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN), introduzido inicialmente na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em 1980 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1989) e presente nas versões seguintes, que pode ser dividido em duas categorias: o de grandiosidade e o de vulnerabilidade, o qual tem sido frequentemente relacionado com tendências suicidas de acordo com as literaturas pesquisadas (JAKSIC *et al.*, 2017). Além disso, um estudo longitudinal conduzido na década de 90 revelou que pacientes portadores do transtorno ou de traços dele tinham mais predisposição ao suicídio em relação a pacientes um dos dois fatores (BRIOCHI *et al.*, 2020 apud STONE, 1990). Também, Gabbard (2022) aponta que há estudos que indicam que níveis mais altos do marcador de estresse oxidativo 8-OH-DG estão associados ao diagnóstico de TPN.

Posto isso, o narcisismo retrata um traço de personalidade no qual há um interesse extravagante e enaltecimento por si, assim como uma associação com comportamentos agressivos (ANSELL *et al.*, 2015 apud OGRODNICZUCK *et al.*, 2009). Com isso, atrela-se comportamentos hostis a uma desregulação emocional do indivíduo, estados depressivos e propensão ao sui-

cídio (SVINDSETH *et al.*, 2008). Também, indivíduos com TPN possuem uma reação de hostilidade quando seus anseios não são atendidos, necessidade de validação e ausência de empatia em relação ao outro. Nesse sentido, a falta de compreensão se dá pela falta de interesse do indivíduo com TPN para com terceiros e não de sua inabilidade para tal (GABBARD, 2022).

Segundo Jaksic *et al.* (2017), a grandiosidade narcisista é caracterizada pela arrogância e uma percepção de autoimagem soberana, cujos comportamentos se dão de forma abusiva, exploratória e exibicionista. Já a vulnerabilidade narcisista é caracterizada pela autoimagem frágil, o que desencadeia sentimentos de raiva, inveja, vazio, vergonha e esquiva de relações interpessoais. Com isso, a vergonha foi relacionada como uma característica importante em relação às duas categorias do narcisismo, dividindo-se em: vergonha caracterológica, vergonha corporal e vergonha comportamental (JAKSIC *et al.*, 2017). Além disso, a vergonha pode ser descrita como uma perturbação profunda e danosa, uma vez que gera sentimentos de inferioridade, insuficiência e autoconsciência, ou seja, a consciência do indivíduo em relação a si e como ele enxerga a realidade (MARTINS, 1999). Dessa forma, a vergonha foi ligada a vulnerabilidade narcisista como um traço relevante, com isso o indivíduo tenta a qualquer custo se esquivar desse sentimento expresso, acarretando comportamentos agressivos, de superioridade e desvalorização alheia. Posto isso, observa-se uma luta interna causada pelo sentimento de inferioridade, pela sua expectativa sobre o que ele deveria ser, a qual pode ser relacionada como uma característica significativa da vulnerabilidade. Corroborando com essa ideia, foi encontrado na literatura que pacientes psiquiátricos ambulatoriais, que possuíam um maior nível de vulnerabilidade narcisista, também tinham a vergonha como um fator que determinava como

eles se sentiam em relação aos outros, aos seus traços morais e erros aos que julgavam ter cometido. Ao que se refere a grandiosidade narcisista, o mecanismo de defesa contra a vergonha expressa é a autoestima defensiva, ou seja, a concepção que o indivíduo tem de si é presunçosa, o que pode ser explicado como uma ferramenta de proteção para que ele não tenha acesso a percepção do baixo valor que ele construiu sobre ele mesmo (JAKSIC *et al.*, 2017). Com isso, o sujeito revela condutas de superioridade as quais podem não ser autênticas, entretanto elas servem para demonstrar como ele gostaria de ser percebido (BARROS *et al.*, 2022 apud O SER, 2006). Assim, a percepção à cerca de si e do mundo pode se tornar intragável o suficiente para que o indivíduo narcisista cogite buscar uma saída através do suicídio ou comportamentos suicidas (JAKSIC *et al.*, 2017). À vista disso, em relação às duas categorias do narcisismo, temos que elas se relacionam com o suicídio ou ideações suicidas por razões diferentes. Dessarte, o objetivo deste estudo foi analisar o desdobramento do TPN ao suicídio.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura, no qual emprega dados de domínio público, que tem como objetivo demonstrar o desencadeamento do narcisismo ao suicídio, através de análises de artigos. Primeiramente, foi efetuada uma busca bibliográfica eletrônica, considerando o ano de publicação como critério de seleção, utilizando artigos publicados entre 2010 a 2022. Posteriormente, selecionamos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *U.S. National Library of Medicine* (PubMed), adjunto os descritores “narcis-

sismo” e “suicídio” para refinar as buscas nas bibliotecas on-line.

Ademais, houve uma separação criteriosa a partir de uma leitura crítica, com o objetivo de selecionar estudos compatíveis com o tema, delimitando o processo em títulos, corpo do texto e conclusões, cujos elegidos fossem apropriados, excluindo aqueles que não abordassem a temática, que houvesse conflitos de interesse e relatos de casos, e como critério de inclusão artigos congruentes com o tema vigente e posteriormente uma leitura crítica para aprofundamento deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Jaksic *et al.* (2017), podemos intuir que entre as 2 categorias do Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) temos que o de vulnerabilidade tem uma conexão mais profunda com a tentativa de suicídio que o de grandiosidade. O que se dá devido a experiência da vergonha que torna o indivíduo com vulnerabilidade mais suscetível a procurar sua fuga na morte, principalmente as categorias da vergonha caracterológica e a vergonha corporal (JAKSIC *et al.*, 2017). Já a categoria da vergonha comportamental não foi um parâmetro bom o suficiente, pois podemos admitir a hipótese de que o indivíduo não está apto a avaliar o seu próprio comportamento, principalmente no que diz respeito ao abuso com os outros e a supervalorização de si (JAKSIC *et al.*, 2017). Sobre o narcisismo de grandiosidade, pode-se perceber que o sentimento de superioridade e seus comportamentos exploratórios e exibicionistas os protegem mais de das ideações e tentativas de suicídio (JAKSIC *et al.*, 2017). À semelhança de Svindseth *et al.* (2008), traz um levantamento a partir de uma pesquisa sobre alto e baixo narcisismo em pacientes psiquiátricos internados em enfermarias psiquiátricas, no qual ele constata

que indivíduos com maior número de episódios de agressividade exacerbada e com outros diagnósticos psiquiátricos tinham uma propensão menor ao suicídio quando deram entrada na internação. Também, foi utilizada uma subescala de avaliação psiquiátrica, que apresentava como um dos itens o de suicidalidade, e que foi obtido como resposta uma pontuação mais baixa nos indivíduos com alto narcisismo em comparação aos indivíduos com baixo narcisismo (SVINDSETH *et al.*, 2008). Além disso, na escala utilizada para a autoestima a pontuação dos indivíduos com alto narcisismo foi maior que em indivíduos com baixo narcisismo (SVINDSETH *et al.*, 2008). Em relação à agressividade em indivíduos com alto narcisismo, temos que, possivelmente, seja um mecanismo para reparar a autoestima ou para lidar com sentimentos negativos que a ameaçam e até mesmo como forma de enfrentamento a dor de se sentir vulnerável (SVINDSETH *et al.*, 2008 apud NESTOR, 2002).

Para Gabbard (2022), a ideação suicida pode surgir na ausência de transtorno mental, como depressão, e com o aflito intuito de estabelecer a autoestima do sujeito ou protegê-la para que a sua ideia de plenitude não seja afetada. Caso haja algum dano a essa autoimagem e, conseqüentemente, gerar o sentimento de vergonha, o indivíduo pode se sentir compelido ao suicídio como a única forma de solucionar o seu problema (GABBARD, 2022). Tanto na condição de narcisismo de vulnerabilidade, no qual o indivíduo pode considerar-se imperfeito o suficiente e de forma irremediável, quanto o indivíduo com TPN têm altos índices de cometerem tentativas ou suicídios bem-sucedidos, sem aviso-prévio ou com pistas de cujo objetivo é o fim de sua existência (GABBARD, 2022). Corroborando com Ansell *et al.* (2015), na qual a tendência à vergonha está relacionada ao suicídio e a autoflagelação e que ela também interliga o narcisismo ao suicídio. Já, Williams *et al.*

(2021), relata que tanto a ideação suicida quanto o suicídio em si podem retornar ao indivíduo o senso de controle e autoestima quando se encontram em estado de desregulação emocional. Entretanto, há tentativas menos frequentes ao suicídio, porém mais fatais, o que não anula a possibilidade de ensaios menos letais (WILLIAMS *et al.*, 2021). Em contrapartida aos demais autores acima Ghahramanlou-Holloway *et al.* (2018), através de um estudo sobre pacientes militares internados em hospital psiquiátrico com TPN apresentaram comportamentos de manipulação cuja finalidade era a de chamar atenção para o seu plano de suicídio, apesar de ter pouco desejo pelo suicídio ou ideação suicida. Esse baixo propósito frente ao planejamento suicida indica que o indivíduo possui características antissociais e narcisistas, medidas através de uma ferramenta específica (GHAHRAMANLOU-HOLLOWAY *et al.*, 2018 apud CHU *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Em suma, há uma oscilação dos estados mentais dos tipos de narcisismo e que um melhor diagnóstico é feito quando o indivíduo se encontra no estado de vulnerabilidade. Com isso, o sujeito tem suas expectativas frustradas, o que pode levar a desregulação emocional com demonstrações comportamentais de vazio, inveja, agressividade e problemática nas relações interpessoais. Desse modo, ideações suicidas e o suicídio podem surgir com o intuito de autopunição do indivíduo, uma vez que ele não conseguiu alcançar o alto grau de idealização acerca da expectativa sobre si e dos demais, demonstrando o desdobramento do suicídio nos pacientes com transtorno de personalidade narcisista. Assim como, ele pode perceber a ideação e o suicídio como a única forma de solucionar o seu sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole, 1989.

ANSELL, E.B. *et al.* Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, v. 6, n. 2, p. 161, 2015.

BARROS, R. *et al.* Autoestima e motivação para aprender online: o caso de mulheres reclusas. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, v. 30, n. 116, p. 837, 2022.

BRIOSCHI, S. *et al.* Clinical and personality profile of depressed suicide attempters: A preliminary study at the open-door policy Mood Disorder Unit of San Raffaele Hospital. *Psychiatry Research*, v. 287, p. 112575, 2020.

GABBARD, G.O. Narcissism and suicide risk. *Annals of general psychiatry*, v.21, n. 1, p. 1, 2022.

GHAHRAMANLOU-HOLLOWAY, M. *et al.* Dysfunctional personality disorder beliefs and lifetime suicide attempts among psychiatrically hospitalized military personnel. *Comprehensive Psychiatry*, v. 82, p. 108, 2018.

JAKSIC, N. *et al.* Experience of shame mediates the relationship between pathological narcissism and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, v. 73, n. 12, p. 1670, 2017.

MARTINS, C.A. Autoconsciência pura, identidade e existência em Kant. *Trans/Form/Ação*, v. 21-22, n. 1, p. 67, 1999.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Transtornos mentais: Principais fatos. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 31 jan.2023

SVINDSETH, M.F. *et al.* Narcissism in patients admitted to psychiatric acute wards: its relation to violence, suicidality and other psychopathology. *BMC psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 1, 2008.

WILLIAMS, R. *et al.* The road from pathological narcissism to suicidality in adolescence: An empirical study. *International journal of environmental research and public health*, v. 18, n. 18, p. 9761, 2021.

WHO. World Health Organization. Suicide prevention: Overview. Genebra: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1. Acesso em: 30 jan. 2023.

Capítulo 05

O USO DE CANABIDIOL NO TRATAMENTO DE CRISES EPILÉPTICAS

EDUARDA GOMES RAVANELLO¹
GABRIEL LOUREIRO SELEGHIM BOAVENTURA¹
THAIS MORRO SILVEIRA¹

1. *Discente – Médico da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal*

Palavras Chave: Canabidiol; Epilepsia; CBD.



10.59290/978-65-81549-91-6.5

INTRODUÇÃO

A planta *Cannabis sativa*, parte da família *Cannabaceae*, conhecida no meio popular pelo nome de maconha, vem sendo reconhecida na Medicina como método terapêutico entre as mais diversas especialidades. Dentre seus componentes, o canabidiol (CBD) foi identificado como um elemento fitocanabinoide com potencial propriedade ansiolítica e antipsicótica (ZUARDI *et al.*, 2012), com comprovada ausência de efeitos psicomiméticos e risco de desenvolvimento de dependência típicos do Δ -9 tetraidrocanabinol (9-THC) (DEVINSKY *et al.*, 2014). Além do tabu que seu uso medicinal ainda apresenta, a perspectiva de que sua função e manejo seja amplamente explorada para fins medicinais na área médicas no futuro é promissora.

O objetivo deste estudo foi identificar a relação entre o tratamento de síndromes epiléticas dentro da área da neurologia adulta e pediátrica com o uso do canabidiol como terapêutica alternativa às medicações convencionais. Ademais, objetivou-se apresentar os benefícios de tal recurso com base em estudos previamente realizados.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de janeiro a fevereiro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados, como PubMed, Medline e UpToDate. Foram utilizados os descritores: canabidiol, epilepsia e CBD, tendo sido escolhidos com base nos termos técnico-científico MeSH (*Medical Subjective Heading*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), combinados pelo operador booleano “AND”. Desta busca foram encontrados 20 arti-

gos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2005 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão sistemáticas, ensaios clínicos e estudos de caso, 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 11 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando o distúrbio da epilepsia e o canabidiol e sua relação com o tratamento das crises epiléticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A área da neurologia adulta e pediátrica abrange diversos tipos e segmentos de crises epiléticas, sendo enquadradas desde crises febris benignas até grandes síndromes com repercussão sociocognitiva. Seus tratamentos são diversificados e cada minúcia de sua apresentação deve ser julgada com critério médico para o início de uma terapêutica adequada.

Epilepsia: o distúrbio e seus tipos

A epilepsia é uma condição neurológica crônica, a qual engloba recorrentes episódios de crises epiléticas por vezes sem a identificação imediata de um fator causal. Segundo a classificação operacional da Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE), ela pode ser definida a partir da ocorrência de pelo menos duas crises não provocadas com intervalo superior a 24 horas, por uma crise não provocada (ou reflexa) e a probabilidade de ocorrência de futuras crises,

estimada pelo risco de recorrência geral, de pelo menos 60%, depois de duas crises não provocadas ao longo dos próximos dez anos (FISCHER *et al.*, 2017).

No que tange em relação a sua etiologia, deve ser considerada desde alterações congênitas, estruturais e metabólicas, podendo ser mencionada a hipoglicemia, o uso de drogas ilícitas, traumas, infecções ou tumores cerebrais e alterações neurovasculares, como o acidente vascular cerebral (AVC). Em alguns casos pode ser reconhecida como epilepsia de etiologia desconhecida, respondendo por cerca de até 25% dos quadros (HELBIG *et al.*, 2008).

As crises epilépticas consistem em sua apresentação sinais e sintomas representados desde experiências psíquicas ou sensoriais até abalos musculares, resultantes da atividade neuronal sincrônica, excessiva e anômala. Essas disordens neurais se dão devido a chamada “zona epileptogênica”, região responsável pelo início do estímulo às crises, apresentando atividade neuronal local alterada, a qual usualmente se propaga para as demais regiões do córtex, causando os mencionados sintomas.

Seguindo o contexto de seu mecanismo de desenvolvimento, existe a classificação das crises epilépticas em focais ou generalizadas. Nas crises focais, apenas um hemisfério do cérebro é acometido, sem propagação da atividade neuronal excessiva para o hemisfério contralateral, descrita a partir de manifestações relacionadas diretamente com a área cortical afetada, com ou sem perda da consciência. Por outro lado, nas crises generalizadas ambos os hemisférios são acometidos desde o início do quadro. Sua identificação clínica para uma correta classificação é primordial para a escolha da terapêutica adequada.

Ademais, podemos classificar a epilepsia em síndromes epilépticas quando seu quadro se apresenta com mecanismos, características clíni-

cas e eletroencefalográficas particulares, usualmente com tratamento resistente ao arsenal de medicações atualmente disponíveis. A exemplo, pode ser citado grupo das Epilepsias Mioclônicas Progressivas (PMEs), manifestadas como crises convulsivas de difícil controle, demência, e redução da expectativa de vida, com óbito entre dois a dez anos após o primeiro episódio. Outra importante síndrome, nomeada de Lennox-Gastaut (SLG), é caracterizada pela tríade de crises convulsivas, alterações neuropsicomotoras, e eletroencefalograma com descargas difusas do tipo ponta-onda abaixo de 3 hertz (Hz), respondendo também de maneira insatisfatória ao tratamento medicamentoso antiepiléptico convencional.

Por fim, a chamada Epilepsia do Lobo Temporal Mesial (ELTM), responsável por cursar com a presença de aura, parada comportamental, perda da consciência e amnésia retrógrada, apresenta lesão estrutural conhecida como esclerose do hipocampo, com observação no eletroencefalograma de pontas epileptiformes na porção anterior do lobo temporal. Tal síndrome também apresenta resposta deficitária frente aos tratamentos usuais, podendo por vezes ser necessária a conduta cirúrgica de remoção do foco epiléptico como uma alternativa (FERNANDES, 2013).

Canabidiol: uso medicinal e tratamento alternativo

O uso da planta *Cannabis sativa* dentro da medicina ainda é uma prática muito recente. Após a sua descoberta, sua utilização foi inicialmente associada com rituais espirituais e religiosos (ZUARDI *et al.*, 2006), e com isso deu-se a formação de um tabu popular acima de seu uso quando questionada sua prática como um recurso alternativo em quaisquer outras situações vinculadas à área da saúde, sendo exaltado e questionado por uma parcela conservadora da

população apenas um de seus componentes, o 9-THC, responsável pelos efeitos psicoativos da planta.

O uso da substância como tratamento para síndromes epiléticas ainda é experimental e assegurado como alternativa – segura até o momento - principalmente para casos refratários e de difícil controle. Sua liberação é rigorosa e burocrática, a exemplo de países como o Brasil. Contudo, com base em múltiplos estudos seu uso é promissor e apresenta efeito benéfico quando analisados em tais cenários levando em base a Medicina Baseada em Evidências.

Seu mecanismo de ação está relacionado diretamente com a ligação da substância fitocanabinoide CBD aos receptores canabinoide (CB), expressos difusamente pelo sistema nervoso central (SNC), predominantemente na amígdala, córtex e hipocampo, além de áreas motoras como os gânglios da base e cerebelo, gerando múltiplos efeitos intracelulares que levam aos benefícios medicinais da planta. Os efeitos reforçadores de bem-estar e relaxamento, podendo incluir alucinações e euforia, devem-se à ação do componente 9-THC (DI MARZO, 2009), também com mecanismo de ligação aos receptores CB, de forma que seu uso acaba sendo vinculado à prática recreativa da planta. O que diferencia o efeito terapêutico do efeito potencialmente sedativo e alucinógeno da planta é a afinidade de seus componentes aos receptores CB, sendo baixa pelo CBD, causando pouco ou nenhum dos efeitos relacionados ao 9-THC (LIMA & NEVES, 2022).

Ocorreu nos Estados Unidos um estudo no ano de 2016 com 19 pais dos quais 12 tinham filhos com síndrome de Dravet (SD), onde os pacientes fizeram uso da terapia com CBD. Como resultado, foi reportada redução da frequência das convulsões em torno de 80%. Também foi avaliada resposta por um paciente portador de SLG, com o mesmo percentual de be-

nefício na frequência. Os efeitos colaterais mais relatados foram a fadiga e a sonolência (DEVINSKY *et al.*, 2016).

Com base em seis outros estudos experimentais realizados no ano de 2016 do tipo duplo-cego realizados nos países Estados Unidos, Polônia, Holanda e Brasil onde 534 indivíduos portadores de epilepsia de difícil controle foram selecionados e avaliados, em um total de 315 participantes em uso do canabidiol na dose de 20-50 mg/kg/dia associado a outros anticonvulsivantes foi demonstrada melhora na frequência das crises após o uso da substância, com redução percentual máxima de até 90% (PEREIRA *et al.*, 2018).

Outra coletânea de estudos randomizados e multicêntricos em sua fase 3 de análise dos efeitos antiepiléticos do CBD no tratamento de crianças com epilepsias resistentes a medicações convencionais demonstraram efeitos promissores na redução da frequência e demais problemas associados em síndromes epiléticas, tais com a SLG, SD e no complexo de esclerose tuberosa (CET) (KÜHNE, 2023). Além disso, o perfil de segurança da terapêutica demonstrou-se satisfatório o suficiente para garantir um adequado uso da medicação, com uma variação da dose conforme a classificação do subtipo da síndrome. Um outro fator relevante a se levar em consideração é o custo inferior do tratamento com produtos à base de canabidiol em relação aos fármacos disponíveis no mercado.

Os efeitos adversos mais comumente associados com o CBD estão entre os principais motivos para a redução da adesão ao tratamento ao longo do tempo. Sonolência, diarreia, diminuição do apetite e alterações de personalidade são alguns deles. Por seu mecanismo de potente inibidor do citocromo P450 e CYP2C19, seu uso associado a outros medicamentos já consagrados para o tratamento de crises epiléticas pode gerar interações medicamentosas e intensifica-

ção de seus efeitos colaterais, a exemplo do potencial sedativo do Clobazam, medicação da classe Benzodiazepínica, ou Valproato, podendo apresentar elevação dos níveis de transaminases (PEREIRA *et al.*, 2018).

Em uma revisão sistemática do ano de 2018 abordando diversos estudos sobre tratamento da epilepsia com uso do canabidiol, foi relatado um experimento com pacientes portadores da SLG, onde foi demonstrada uma redução relevante na quantidade de crises mensais no grupo que fez uso do CBD em comparação ao grupo placebo (PEREIRA *et al.*, 2018).

Esta mesma revisão sistemática encontrou uma média de redução de mais de 50% das crises convulsivas em todos os estudos que envolveram síndromes epiléticas graves, refratárias e de difícil controle, onde os pacientes participantes já vinham fazendo uso de até 7 medicações para tratamento e ainda não haviam obtido controle efetivo das crises (PEREIRA *et al.*, 2018).

Apesar do uso medicinal do CBD em diversos países, no Brasil enfrenta-se uma grande barreira quanto a seu uso. Apenas em maio de 2012 foi publicada a resolução número 17 que estabelece critérios para importação de produtos à base do CBD e seu uso é apenas em liberado para casos selecionados que forem prescritos por médicos que sejam legalmente habilitados. Deste modo, a terapêutica fica indisponível para

muitos pacientes com casos de difícil tratamento refratário as medicações disponíveis.

CONCLUSÃO

A epilepsia é uma patologia que quando mal controlada reduz a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, podendo trazer consequências graves, como um importante atraso do desenvolvimento e declínio cognitivo. Portanto, todo e qualquer tipo de terapêutica passível de resultados benéficos deve ser extensamente estudada e explorada.

Foi possível observar que o uso de CBD tem maior efetividade em casos de epilepsia de difícil controle, onde outras tentativas com as terapêuticas disponíveis no mercado já foram feitas. Portanto fica claro que seu uso como alternativa às medicações convencionais é válido, evidenciando a importância da realização de mais estudos para que a substância seja usada de maneira segura e convencionalizada como uma alternativa para o tratamento da epilepsia.

Ainda é necessária a ruptura de diversos estigmas para esta terapêutica possa ser explorada no Brasil, permitindo a ampliação de pesquisas e testes com a substância. O país se beneficiaria do uso desta terapêutica devido seu menor custo quando comparado a outras drogas antiepiléticas, uma vez que o território é regido por um sistema universal de saúde que nem sempre é capaz de suprir a demanda de seu público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEVINSKY, O. *et al.* Cannabidiol: Pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. *Epilepsia*, v. 55, n. 6, p. 791, 2014.

DEVINSKY, O. *et al.* Cannabidiol in patients with treatment-resistant epilepsy: an open-label interventional trial. *Lancet Neurol.*, v. 15, n. 3, p. 270, 2016.

DI MARZO, V. The endocannabinoid system: its general strategy of action, tools for its pharmacological manipulation and potential therapeutic exploitation. *Pharmacological research*, v. 60, n. 2, p. 77, 2009.

FERNANDES, M.J.S. Epilepsia do lobo temporal: mecanismos e perspectivas. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 77, p. 85, 2013.

FISHER, R.S. *et al.* Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, v. 58, n. 4, p. 522, 2017.

HELBIG, I. *et al.* Navigating the channels and beyond: unravelling the genetics of the epilepsies. *The Lancet Neurology*, v. 7, n. 3, p. 231, 2008.

KÜHNE, F. *et al.* Real world data on cannabidiol treatment of various epilepsy subtypes: a retrospective, multicentre study. *Epilepsia Open.*, 2023.

LIMA, B.V. & NEVES, A.C. Ação do canabidiol em doenças neurológicas. *Revista de Neurociências*, v. 30, 2022.

PEREIRA, F.A. *et al.* Efeitos do canabidiol na frequência das crises epiléticas: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 22, n. 1, 2018.

ZUARDI, A.W. *et al.* A critical review of the antipsychotic effects of cannabidiol: 30 years of a translational investigation. *Current Pharmaceutical Design*, v. 18, n. 32, p. 5131, 2012.

ZUARDI, A.W. *et al.* History of cannabis as a medicine: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, p. 153, 2006.

Capítulo 06

ASPECTOS EMOCIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CÂNCER DE MAMA

NATALIA MICHELIN BONASSI¹
GABRIELA MARIA BORGES DE OLIVEIRA¹
ISABELLA MACHADO ROZADA¹
SAMANTA DIAS DE SOUZA¹
BETÂNIA ALVES VEIGA DELL'AGLI²
LAURA FERREIRA DE REZENDE²

1. *Discente - Centro Universitário das Faculdades Associadas – UNIFAE, São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil.*
2. *Docente - Faculdades Associadas - UNIFAE, São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil.*

Palavras Chave: Câncer de mama; Ansiedade; Depressão; Resiliência.



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos cânceres mais comuns encontrados em todo o mundo, assim como uma das doenças que mais afeta o estado psicológico das mulheres após o seu diagnóstico. No Brasil, são estimados 66.280 novos casos de câncer de mama em 2020, com risco estimado de 61,61 casos a cada 100.000 mulheres (INCA, 2019; KARAKOYUNCELIK *et al.*, 2010).

Uma vez confirmado o diagnóstico, efeitos intensos e devastadores podem ocorrer na vida da mulher, pois, apesar das inovações no tratamento, ainda existe uma relação entre diagnóstico e sofrimento, ansiedade, medo da mutilação, preconceitos sociais e medo da morte. Diante da subjetividade feminina, o diagnóstico pode ter um impacto profundo na percepção da sexualidade, imagem corporal e autoestima. Assim, sintomas depressivos e de ansiedade podem ocorrer dependendo do grau de resiliência apresentado pelas mulheres acometidas. A partir disso, há uma maior preocupação com o diagnóstico psicológico dessas mulheres para que seu sofrimento seja minimizado por meio de medidas imediatas em seus sintomas. Portanto, o mesmo deve ser feito de forma rápida e eficaz, a partir da chegada de um paciente para a primeira consulta oncológica com forte chance de apresentar uma doença (MAJEWSKI *et al.*, 2012; ARAÚJO & FERNANDES, 2008; SILVA *et al.*, 2017; DESHIELDS *et al.*, 2015; GANDINI *et al.*, 2007).

Ao receber o diagnóstico de cancer é possível que a paciente venha a apresentar ansiedade e/ou depressão. Neste momento é imprescindível intervir, seja com medidas farmacológicas ou não, propiciando à paciente uma vivência que a permita superar tal momento de forma satisfatória, minimizando tais sintomatologias. No entanto, se o tipo de enfrentamento

escolhido não for eficaz, isso pode ser desastroso, pois é mais provável que os níveis de ansiedade aumentem ou permaneça o mesmo por anos (SILVA *et al.*, 2017; AMARO, 2013).

Assim, o objetivo do presente estudo é quantificar a ansiedade, a depressão e a resiliência em mulheres com câncer no pós-operatório tardio de câncer de mama. Muito se estuda sobre as repercussões emocionais na mulher após o diagnóstico ou durante o tratamento, mas pouco se explora sobre o momento do pós-operatório tardio, quando essa mulher é reinserida em seu convívio social após o enfrentamento da doença.

MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, observacional, longitudinal, baseado em pressupostos da pesquisa quantitativa, em que o objetivo principal é avaliar ansiedade, depressão e resiliência em mulheres no pós-operatório de câncer de mama há pelo menos um ano. Este estudo foi realizado através das seguintes etapas: seleção inicial dos participantes, aplicação de questionários, análise dos dados e conclusão dos resultados.

Neste estudo, após avaliação e aprovação do pré-projeto pelo Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil (número de apresentação no Comitê de Ética 11949919.0.0000.5382.), as participantes recrutadas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que descrevia os objetivos da pesquisa, e ao concordar com o estudo, os participantes assinaram o termo e ficaram aptos a serem avaliados. Assim, uma cópia ficou com os responsáveis pela pesquisa e outra com o participante. No caso de participantes recrutados remotamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado por meio de um link para a Plataforma *Google Forms*. As entrevistas foram

agendadas de acordo com a disponibilidade das mulheres e das pesquisadoras. O tempo de avaliação foi livre, atendendo às necessidades da entrevistada.

Em relação às integrantes, foram recrutadas 46 mulheres na Clínica de Fisioterapia da UNIFAE e remotamente nas redes sociais. As participantes foram selecionadas de acordo com o critério de inclusão: pós-operatório de câncer de mama há pelo menos um ano. Os critérios de exclusão foram: ter realizado sessões de quimioterapia ou radioterapia, ter metástase ou estar em cuidados paliativos.

Durante o estudo, foram utilizadas três escalas: Escala Baptista de Depressão (EBADEP), Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

A EBADEP é um instrumento de triagem de sintomas depressivos produzido no Brasil, voltado para amostras psiquiátricas e não psiquiátricas. A escala possui 90 frases, que são apresentadas em pares, formando um total de 45 itens. Cada item possui um indicador de sintomatologia com uma frase de tendência positiva e uma frase de tendência negativa. Sua estrutura é apresentada em formato *Likert* de quatro pontos, variando de zero a três, com pontuação mínima de zero e máxima de 135 pontos. Para sua interpretação, quanto menor a pontuação, menos sintomas depressivos.

A Escala HADS foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e depressão em mulheres de hospitais de clínicas não-psiquiátricas, sendo posteriormente utilizada em mulheres não hospitalizadas e em indivíduos sem doenças. Um ponto importante que diferencia a HADS de outras escalas é que, para evitar a interferência de distúrbios somáticos no score da escala, foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou depressão relacionados a doenças físicas. A Escala possui 14 itens, sendo sete para

avaliação de ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D). Cada um de seus itens pode ser pontuado de zero a três, perfazendo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Os pontos de corte indicados por Zigmond e Snaith foram recomendados para ambas as subescalas: HADS-A: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HADS-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 (BRANDBERG *et al.*, 2004; ANDREWS *et al.*, 2006).

Finalmente, a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild & Young é utilizada para medir os níveis de adaptação psicossocial positiva a eventos importantes da vida. Possui 25 itens considerados positivos com resposta do tipo *Likert* que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando alta resiliência e valores baixos indicando baixa resiliência. Uma pontuação abaixo de 50 foi considerada sem resiliência; entre 50 e 75 - muito baixo; de 75 a 100 - baixo; de 100 a 125 - médio; de 125 a 150 - bom e 150 a 175 - excelente grau de resiliência (PESCE *et al.*, 2005).

A procura por referências bibliográficas ocorreu nas plataformas digitais: SciELO e PubMed, sendo utilizados os seguintes descritores: câncer de mama; ansiedade; depressão; pós-operatório; mastectomia. Durante a busca, os artigos foram analisados e selecionados para uso no presente trabalho.

Os dados foram coletados no Software Excel® e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 22.0. Os testes de *Mann Whitney* ou *Kruskal Wallis* foram usados para comparar os grupos. Para a análise da consistência interna dos questionários, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach (α). Durante a comparação dos resultados entre os questionários, foi utilizada a correlação de *Spearman*.

arman. O intervalo de confiança considerado foi de 95%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 46 mulheres com idade média de 53 + -11 anos, sendo a paciente mais jovem com 27 anos e a mais velha com 76 anos. Há prevalência de mulheres casadas (65.2%) que trabalham em casa (61%) e, aproximadamente, 54% foram submetidas à mastectomia radical e 46% à cirurgia conservadora. Os dados estão reunidos na **Tabela 6.1**.

Tabela 6.1 Relação entre as variáveis: Idade, Estado civil, trabalha em casa e Mastectomização

| | Variáveis | N | % |
|------------------|----------------------------|----|--------|
| Idade (anos) | Mínimo | 27 | |
| | Máximo | 76 | |
| | Média | 53 | |
| | Desvio padrão (σ) | 11 | |
| Estado Civil | Solteira | 6 | 13.04% |
| | Casada | 30 | 65.22% |
| | Viúva | 5 | 10.87% |
| | Divorciada | 5 | 10.87% |
| Trabalha em casa | Sim | 28 | 60.87% |
| | Não | 18 | 39.13% |
| Mastectomização | Radical | 25 | 54.35% |
| | Conservadora | 21 | 45.65% |

O coeficiente Alfa de Cronbach (α) dos questionários revelou consistência interna classificada como quase perfeita para os questionários de Resiliência (0.88) e EBADEP (0.94) e como Substancial para HADS-A (0.73) e HADS-D (0.78), representados na **Tabela 6.2**, a qual também representa os resultados obtidos nos questionários. Há prevalência de mulheres com capacidade classificada como Boa ou Excelente (91%) para resiliência, sem ansiedade (70%) e sem depressão (87%).

Tabela 6.2 Relação entre as escalas utilizadas: Resiliência, HADS-A, HADS-D e EBADEP

| | Variáveis | N | % |
|------------------------------------|--------------------|----|-------|
| Resiliência ($\alpha = 0,88$) | Sem ou Muito baixa | 0 | 0% |
| | Baixa | 1 | 2.2% |
| | Média | 3 | 6.5% |
| | Boa | 13 | 28.3% |
| HADS - A ($\alpha = 0,73$) | Excelente | 29 | 63% |
| | Não | 40 | 69.6% |
| | Possível | 3 | 17.4% |
| | Provável | 3 | 13% |
| HADS - D ($\alpha = 0,78$) | Severa | 0 | 0% |
| | Não | 40 | 87% |
| | Possível | 3 | 6.5% |
| | Provável | 3 | 6.5% |
| EBADEP ($\alpha = 0,94$) | Severa | 0 | 0% |
| | Não | 40 | 87% |
| | Pouca | 4 | 9% |
| | Moderada | 1 | 2% |
| | Severa | 1 | 2% |

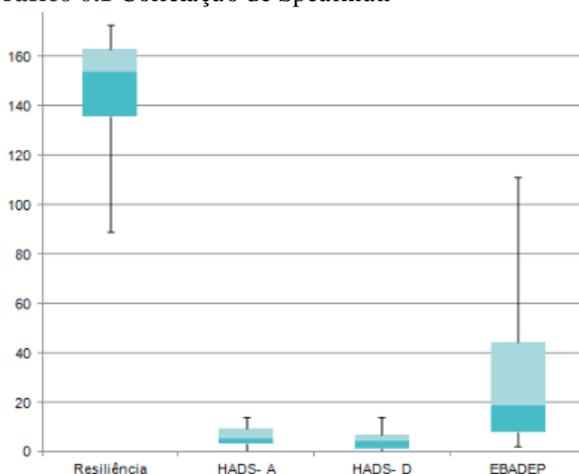
Para a comparação entre os grupos, as medianas dos resultados dos questionários foram agrupadas e comparadas de acordo com as variáveis: Idade, Estado civil, Trabalha em casa e Tipo de cirurgia, conforme **Tabela 6.3**. Porém, apenas dentro da variável “Estado civil”, foi verificada diferença significativa entre a resiliência da mulher divorciada e aquelas em outras condições civis ($p = 0,049$), revelando que, apesar de ainda apresentar um bom nível de resiliência, este estado civil ainda é classificado um ponto abaixo das demais mulheres que estão com excelente resiliência. Além disso, os resultados medianos obtidos na Escala HADS-A classificaram as mulheres divorciadas como “propensas a ter ansiedade”, enquanto aquelas que estão em outra situação civil foram classificadas como “sem apresentar esse sintoma”. No entanto, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as classificações.

Tabela 6.3 Comparação entre as variáveis: Idade, Estado civil, Trabalha em casa e Tipo de cirurgia e as escalas utilizadas no estudo

| | Variável | Resiliência | HADS A | HADS D | EBADEP |
|------------------|-----------------------|-------------|----------|--------|--------|
| Idade | <60 | Excelente | Não | Não | Não |
| | >60 | Excelente | Não | Não | Não |
| | p valor | 0.258 | 0.47 | 0.77 | 0.478 |
| Estado Civil | Solteira | Excelente | Não | Não | Não |
| | Casada | Excelente | Não | Não | Não |
| | Viúva | Excelente | Não | Não | Não |
| | Divorciada | Bom | Provável | Não | Não |
| | p valor | 0.049 | 0.209 | 0.207 | 0.785 |
| Trabalha em casa | Sim | Excelente | Não | Não | Não |
| | Não | Excelente | Não | Não | Não |
| | p valor | 0.544 | 0.677 | 0.758 | 0.488 |
| Tipo de cirurgia | Mastectomia radical | Excelente | Não | Não | Não |
| | Cirurgia conservativa | Excelente | Não | Não | Não |
| | p valor | 0.345 | 0.87 | 0.147 | 0.346 |

A correlação de Spearman mostrou que existe uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) e inversamente proporcional entre Resiliência e Ansiedade ($r = -0,569$) e Resiliência e Depressão (HAD-D: $r = -0,602$) (EBADEP: $r = -0,651$). Os dados estão ilustrados no **Gráfico 6.1**.

Gráfico 6.1 Correlação de Spearman



Como afirma Amaro, a vivência do câncer de mama para a mulher torna-se uma experiência de adversidade. O momento do diagnóstico

é marcado por muita ansiedade, pois, apesar das inovações no tratamento, o paciente relaciona a doença com sofrimento, medo da mutilação, preconceitos sociais e medo da morte (AMARO, 2013; MAJEWSKI *et al.*, 2012).

A fase do tratamento também causa marcas profundas no seu psicológico, com períodos de internação, idas e vindas ao hospital, exposição a diversos procedimentos invasivos e dolorosos e as consequências do tratamento como a queda capilar, náuseas, fadiga e linfedema contribuem para o desenvolvimento de depressão e ansiedade nessas mulheres, afetando completamente sua qualidade de vida. Esses sintomas angustiantes não afetam apenas as mulheres durante o diagnóstico e tratamento do câncer, mas também podem persistir por anos após o término do tratamento (AMARO, 2013).

Os estudos de Kissane *et al.* (2004), avaliaram 303 mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama precoce e revelaram que 37% delas apresentavam depressão, segundo o DSM-IV. O estudo de Fradelos *et al.* (2017), avaliou 144 mulheres com câncer de mama que também

revelaram altos índices: 54,5% das mulheres apresentavam depressão e 46,8% alto nível de ansiedade (PESCE *et al.*, 2005; SILVA *et al.*, 2017).

No presente estudo, a Escala HADS revelou apenas 7% das mulheres como “possível” ou “probabilidade de ter ansiedade ou depressão” e a EBADEP diagnosticou apenas 13% com “depressão”. Ao contrário dos estudos de Fradelos *et al.* (2017) e Kissane *et al.* (2004) citados acima, este estudo revela a grande diferença psicológica das mulheres que estão na fase de diagnóstico ou tratamento do câncer daquelas que estão hoje no pós-operatório tardio (SILVA *et al.*, 2017; KISSANE *et al.*, 2004).

Tal avanço no psicológico da mulher pode ser atribuído a causas multifatoriais, como, por exemplo, a possibilidade de reconstrução mamária e capilar e os inúmeros avanços no campo da Fisioterapia para o tratamento de consequências indesejáveis como linfedema e diminuição da amplitude de movimento. Todas essas variáveis contribuem para a recuperação da vaidade e autoestima da mulher. Outros fatores psicológicos podem ser citados como o apoio familiar, principalmente do cônjuge, e perceber que há vida e cura após a tão temida cirurgia. No entanto, é sugerido que mais estudos sejam direcionados para investigar quais variáveis têm maior peso na recuperação da ansiedade, depressão e resiliência de mulheres no pós-operatório tardio de câncer de mama.

Sugere-se também investigar a diferença nos sintomas psicológicos entre mulheres divorciadas e outras de diferentes estados civis, que, assim como encontrado no presente estudo, a resiliência foi boa, mas em contraste com os demais estados civis, sendo classificadas com excelente resiliência. Descobrir se o divórcio ocorreu durante o diagnóstico ou tratamento do câncer de mama e se interferiu no pequeno grupo de mulheres que ainda no pós-operatório

permanecem com baixa ou média resiliência (8,7%) seria de grande valia para a compreensão das variáveis que compõem a recuperação dos sintomas psicológicos dessas mulheres.

Por fim, Fradelos *et al.* (2017), também traz uma análise que está de acordo com os achados do presente trabalho: a menor resiliência das mulheres está correlacionada, de forma estatisticamente significativa e inversamente proporcional, com ansiedade e depressão. Ele também descobriu em sua análise que a depressão das mulheres é reduzida em 3,4% quando a resiliência aumenta em 1 ponto (FRADELLOS *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Este estudo observou que a ansiedade e a depressão não são frequentes em mulheres no pós-operatório tardio de câncer de mama, sendo que tais aspectos são inversamente proporcionais à resiliência, diferindo dos aspectos emocionais frequentemente encontrados no momento do diagnóstico e tratamento.

Não foi encontrada diferença significativa nos níveis de resiliência, ansiedade ou depressão entre mulheres acima e abaixo da velhice, entre aquelas que trabalham ou não em casa ou em relação ao tipo de cirurgia realizada. No entanto, se estabeleceu, de forma estatisticamente significativa, que as mulheres divorciadas apresentam um nível de resiliência um ponto abaixo dos demais em outras situações civis.

Assim, sugere-se que os serviços clínicos oferecidos às mulheres que desenvolvem câncer de mama incluam não apenas inovação em quimioterapia, radioterapia e hormônio-terapia, mas também ofereçam programas de tratamento psicossocial adequados com o objetivo de aumentar os níveis de resiliência, uma vez que um

maior nível de resiliência está associada a níveis mais baixos de ansiedade e depressão.

Ademais, este trabalho abre um leque para outras possibilidades de estudo como, por exemplo, a inclusão de acompanhamento psicoterapêutico também no pós-parto. Tal período é caracterizado por grandes transformações na vida das mães, que não raramente acabam so-

frendo de depressão levando ao desmame precoce. Assim sendo, a depressão deve ser foco de políticas de saúde para que o desmame precoce obtenha redução de incidência, sendo a inclusão de acompanhamento psicoterapêutico pós-parto um importante aliado neste contexto, porém novos estudos devem ser realizados para confirmar essa hipótese.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-4-edicao.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2019.
- AMARO, L.S. Resiliência em mulheres com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. *Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, v. 2, n. 2, p. 147, 2013.
- ANDREWS, B. *et al.* Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview assessments. *Journal of Affective Disorders*, v. 95, n. 1-3, p. 29, 2006.
- ARAÚJO, I. & FERNANDES, A. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 664, 2008.
- BRANDBERG, Y. *et al.* Preoperative psychological reactions and quality of life among women with an increased risk of breast cancer who are considering a prophylactic mastectomy. *European Journal of Cancer*, v. 40, n. 3, p. 365, 2004.
- DESHIELDS, T. *et al.* Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psycho-Oncology*, v. 25, n. 1, p. 11, 2015.
- FRADELOS, E. *et al.* Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v. 18, n. 9, p. 2545, 2017.
- GANDINI, R.C. *et al.* Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Revista Psico-USF*, v. 12, n. 1, p. 23, 2007.
- KARAKOYUN-CELIK, O. *et al.* Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, v. 27, n. 1, p. 108, 2010.
- KISSANE, D. *et al.* Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 38, n. 5, p. 320, 2004.
- MAJEWSKI, J. *et al.* Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 707, 2012.
- PESCE, R.P. *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 436, 2005.
- SILVA, A. *et al.* Ansiedade e o enfrentamento de mulheres com câncer de mama em quimioterapia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 25, p. 1, 2017.

Capítulo 07

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: CORRELAÇÃO DA DOENÇA DO SÉCULO COM O ABUSO DA INTERNET

MILENA FREIRE GUINAZI¹
MARCELLA MOTÃO RIBEIRO¹
PATRICIA FEITOSA ANDRADE¹
VITORIA OLIVEIRA DE CARVALHO¹
DANIELLE LOPES PORTO¹
MATHEUS GRACIANO DIAS¹
FELIPE QUALHATO ARAÚJO¹

1. *Discente – Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos*

Palavras Chave: Depressão; Mídia Social; Transtornos depressivos.



INTRODUÇÃO

A depressão é relevante no contexto da sociedade brasileira e mundial. Diante desse cenário, percebeu-se que as faixas etárias dos doentes variam, não sendo a idade um determinante para o acometimento da doença. Nos últimos anos em todas as idades registrou-se aumento do número de casos e de diagnósticos da doença conhecida como “mal do século”. Conquanto existam, diversos fatores desencadeantes para o quadro de depressão, muito se tem estudado sobre a influência do uso exacerbado e descontrolado da internet. Nessa óptica, muitos podem ser os geradores de tensão, entre eles a alta velocidade da transmissão de informações, a recorrência de episódios ligados à discursos de ódio, a influência descaracterizante da globalização e uniformização dos costumes, refletindo em crises de identidade, ainda dentre esses fatores atenção especial tem sido dada às redes sociais, visto que podem estar relacionadas ao aumento dos níveis de estresse, descontrolo do humor e ansiedade (BHANDARI *et al.*, 2017).

O objetivo deste estudo foi apresentar uma revisão bibliográfica sobre a relação do transtorno depressivo com o uso abusivo da internet e de seus anexos.

MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed/MedLine, Google Scholar e SciELO desde o seu início até 31 de janeiro de 2023. Empregamos a seguinte sintaxe de pesquisa, adaptada para cada banco de dados conforme apropriado: #1: (*Social Networks*) OR (*Internet*) OR (*Média*) OR (*Social Media*) OR (*Internet Addiction*) OR (*social media abuse*) OR (*internet abuse*) AND #2: (*Depression*) OR (*Depressive Disorders*).

Todos os artigos recuperados, examinando os títulos e resumos. Os textos completos dos artigos elegíveis foram posteriormente avaliados para determinar se eles atendiam aos critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: estudos relacionando depressão e mídia social. Foram excluídos artigos de revisão e relatos de casos; e publicações com artigos originais inacessíveis (por exemplo, apenas resumos estavam disponíveis) e/ou com dados incompletos, e publicações duplicadas. Após identificação e triagem e avaliação de elegibilidade, 4 estudos foram selecionados para o presente artigo.

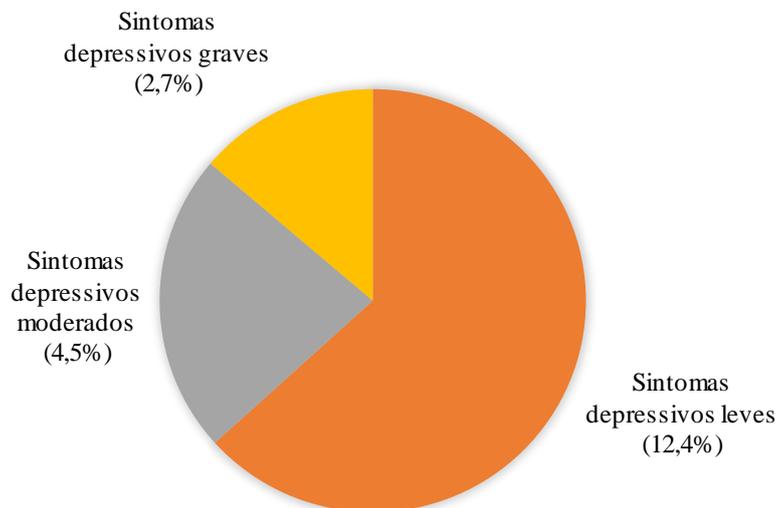
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um grupo alvo de 1.787 jovens dos EUA foi designado para um trabalho que abordou a relação entre o uso da internet e o índice de depressão. O grupo permanecia nas redes sociais, em média, 61 minutos por dia. Análises comparativas demonstraram correlação entre o tempo total por dia nas mídias sociais e idade, sexo e nível de escolaridade. O grupo de maior faixa etária apresentou maior intensidade de depressão (38,7%). Os mais jovens, do sexo feminino e escolaridade mais baixa, foram associados a mais tempo por dia nas mídias sociais. Apresentou-se algumas limitações, como o fato de não ter ficado relatado com clareza o diagnóstico confiável e clínico de depressão dentre os participantes. Ainda assim, os resultados revelaram que os participantes com maior tempo de redes sociais por dia tiveram chances significativamente maiores de ter depressão (LIN *et al.*, 2016).

Outra pesquisa, acerca de uma população de mulheres polonesas, relacionou o vício em internet e a taxa de depressão e solidão entre elas. 12,4% das mulheres apresentaram sintomas depressivos leves, 4,5% apareceram com sintomas depressivos moderados e 2,7% com sintomas depressivos graves (Gráfico 7.1). 27,2% esta-

vam em risco de vício em Internet (RACHUBIŃSKA *et al.*, 2021).

Gráfico 7.1 Percentual comparativo entre as mulheres e os sintomas depressivos



Em outro estudo (**Tabela 7.1**), participaram 937 universitários com média de idade de 21 anos, sendo 54,6% do sexo feminino. 54,50% dos alunos estudavam em campus privado, 59,3% frequentavam o turno matutino, 85,2% estavam desempregados e 90,7% havia sido aprovado no vestibular do ano anterior. O percentual de alunos que faziam uso de tabaco foi de 9,1% e dos que consumiam álcool foi de 19,1%. Da mesma forma, 20,9% dos alunos eram sexualmente ativos. Foi observado que tanto ter mais idade quanto ser do sexo feminino foram associados a menor vício em internet. Estudantes sexualmente ativos, em comparação com aqueles sexualmente inativos, apresentaram maior dependência de internet. Ser aprovado no exame do conselho do ano anterior foi associado a menor vício em internet (BHANDARI *et al.*, 2017).

Da mesma forma, os alunos que estudaram em campus privado e os que estudaram no turno

diurno tiveram taxas mais altas de vício em internet. Maior idade foi associada a menores sintomas depressivos em estudantes. Maior taxa de sintomas depressivos foi observada em estudantes sexualmente ativos. Os alunos que foram aprovados no exame anterior apresentaram sintomas depressivos menores do que seus colegas que foram reprovados (MOROMIZATO *et al.*, 2017).

Tabela 7.1 Quantidade e característica dos universitários diagnosticados com depressão

| Número de universitários | 937 |
|--------------------------|-------|
| Sexo feminino | 54,6% |
| Alunos de campus privado | 54,5% |
| Turno matutino | 59,3% |
| Desempregados | 85,2% |

Curiosamente, com maior número de anos de graduação, os sintomas depressivos diminuíram. Da mesma forma, 21,2% dos alunos preen-

cheram critérios para depressão. Alunos com pelo menos uma das três condições (má qualidade do sono, vício em internet ou depressão) constituíram 55,6% e aqueles com todas as três condições foram 10,1% (**Tabela 7.2**) (BHANDARI *et al.*, 2017).

Tabela 7.2 Percentual e sintomas depressivos

| Sintomas depressivos | Porcentagem (total=100%) |
|--|---------------------------------|
| Má qualidade de sono ou vício em internet ou depressão | 55,6% |
| Possuem as 3 condições acima | 10,1% |

CONCLUSÃO

Diante o exposto, fica evidente que a depressão relacionada ao uso abusivo de mídias sociais gera um alerta e uma reflexão a mais para a atenção básica à saúde. Como também, serve de um mediador de riscos de transtornos depressivos; as mídias sociais podem ser utilizadas como fer-

ramenta de identificação precoce de indivíduos com risco de desenvolver transtornos depressivos. Deste modo, comprovou-se que dentre os sintomas, correlacionado com o uso irregular de redes, o mais comum é a solidão, em seguida à insônia e pôr fim a desproporção alimentar. Neste ínterim, estudos comprovaram que a depressão não está ligada com a exacerbação do tempo, mas sim com o mau uso das redes, como a busca por padronizações divulgadas por as mídias digitais (BHANDARI *et al.*, 2017).

Conclui-se que mudanças de hábitos alimentares e práticas de exercícios se mostram eficazes para iniciar o processo de autocuidado e intervir de maneira menos abrupta a um tratamento primário. Assim, os resultados expostos neste trabalho, ficam abertos para pesquisas de extensões futuras, visando a diminuição dos danos desta problemática que vem demonstrando um linear crescente presente na sociedade (LIN *et al.*, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BHANDARI, P.M. *et al.* Qualidade do sono, vício em internet e sintomas depressivos entre estudantes de graduação no Nepal. *BMC Psychiatry*, v. 17, p. 106, 2017.

LIN L.Y. *et al.* Association between social media use and depression among US young adults. *Depression and Anxiety*, v. 33, n. 4, p. 323, 2016.

MOROMIZATO M.S. *et al.* O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Índícios de Ansiedade e Depres-

são em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 4, p. 497, 2017.

RACHUBIŃSKA K. *et al.* The relationship between loneliness, depression, internet and social media addiction among young Polish women. *European Review for medical and Pharmacological Sciences*, v. 25, n. 4, p. 1982, 2021.

Capítulo 08

O ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO E SUAS COMPLICAÇÕES

LEONAM CARNEIRO FILHO¹
MATEUS RODRIGUES LINHARES¹
ISABELA PANIAGO SOUSA¹
MARIA CLARA DE PAULA CAETANO²
ARTHUR FARIA MENDONÇA¹
IGOR FERREIRA LAPOT¹
VIVIANE FRANCO CARVALHO¹
SUSANNY KAWANNY PARENTE AMORIM¹
MURILO SCHROEDER BRANQUINHO REIS¹
LUCAS MOREIRA MARQUES¹
ARTHUR VINICIOS ARAÚJO DE SOUZA¹

1. *Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida de Goiânia (Extensão Goiânia)*
2. *Discente – Medicina da Unifimes – Campus Trindade*

Palavras Chave: Depressão; Mídia Social; Transtornos depressivos.



INTRODUÇÃO

A tecnologia abriu uma infinidade de possibilidades para a medicina, melhorou o padrão de vida e criou facilidade no deslocamento diário. Os meios de transporte foram equipados com motores mais potentes que são capazes de atingir maiores velocidades em um tempo menor. Entretanto, embora a tecnologia sem dúvida tenha melhorado a qualidade de vida, ela provou ser uma faca de dois gumes e aumentou o número de acidentes, e os sobreviventes frequentemente apresentam transtornos físicos e psicológicos secundários ao trauma (GOH *et al.*, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), diariamente em todo o mundo, cerca de 3700 pessoas morrem vítimas desses eventos, tendo proporcionalmente para cada morte, pelo menos 20 pessoas que sofrem lesões não fatais. Além disso, prevê-se que até 2030, as lesões no trânsito se tornem a sétima principal causa de morte no mundo, com uma estimativa de 1,25 milhão de casos. Sendo assim, os acidentes de trânsito (RTCs) são a principal causa de morte para crianças e jovens adultos, e para os sobreviventes, trazendo consigo uma gama de consequências graves e duradouras, tanto em termos físicos quanto psicológicos (KOVACEVIC *et al.*, 2021; WILSON *et al.*, 2020).

Os acidentes e lesões relacionados ao trânsito têm sido muitas vezes negligenciados como um problema de saúde pública, isso porque o tratamento de lesões no trânsito está focado principalmente na restauração das habilidades funcionais, enquanto os aspectos psicológicos recebem atenção mínima. Ademais, sabe-se que o evento traumático pode ser esperado cognitivamente, comportamental, emocional e fisiologicamente, o que pode progredir para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) se não for gerenciado em tempo hábil. Isso deixa claro que

jamais serão eventos aleatórios, e sim eventos evitáveis (HASSELBERG *et al.*, 2019; WILSON *et al.*, 2020).

O TEPT se caracteriza por lembranças angustiantes e intrusivas do evento traumático, excitação, cognições e disposições negativas, e surge como uma resposta psicofisiológica a um “evento estressante e traumático de natureza ameaçadora ou catastrófica ao indivíduo”. Dentre os transtornos psicológicos após RTCs, este é o mais comum, seguido por transtornos de ansiedade e depressão, representando respectivamente 22,3%, 19,4% e 7,8% dos casos (APA, 2014; MĂIREAN *et al.*, 2019; KOVACEVIC *et al.*, 2021).

Em relação a gênese, o TEPT é multifatorial e engloba aspectos pré-traumáticos, peri-traumáticos e pós-traumáticos que contribuem tanto para seu desenvolvimento como para sua perpetuação (REINER *et al.*, 2021).

Evidências sugerem que as apresentações dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático podem variar em função do tipo de trauma inicial, sendo os principais: lembranças desagradáveis do trauma vivido, pesadelos, flashbacks, dor crônica e sofrimento quando expostos a situações associadas ao trauma. Dessa forma, esses pacientes têm como características evitar as circunstâncias associadas ao trauma, não se lembrar de aspectos importantes do período de exposição ao evento traumático, distúrbios do sono, irritabilidade e hipervigilância (BENFER *et al.*, 2018).

Portanto, sem os cuidados adequados, estes sintomas podem persistir por anos e se tornarem crônicos, resultando em má saúde física, psicológica e menor qualidade de vida. O impacto social e econômico mundial dos acidentes de trânsito é substancial. A OMS estima que 20 a 50 milhões de lesões não fatais ocorrem anualmente, sendo considerada uma “epidemia global”. Essas lesões não fatais estão sabidamente

associadas a incapacidade significativa e, cada vez mais, as morbidade psicológica após RTCs também têm sido reconhecidas como geradoras de custos econômicos, sociais e pessoais (REINER *et al.*, 2021).

O objetivo do presente estudo foi compreender os índices epidemiológicos sobre os acidentes de trânsito, bem como suas complicações físicas e psicológicas, ressaltando sempre o transtorno de estresse pós-traumático como principal consequência. Além disso, entender os desdobramentos do TEPT é de suma importância.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com uma abordagem qualitativa, esta, realizada para a identificação de produções acadêmicas, abrangida no período de 2013 e 2023, por meio de pesquisa na plataforma da *National Library of Medicine* (NLM), também chamada de PubMed. Dessa maneira, foram alcançadas publicações aproveitadas no estudo, posteriormente submetidas aos critérios de seleção, pesquisa feita no mês de fevereiro de 2023.

Foram utilizados como descritores: “*Post traumatic stress*” AND “*Traffic-accidents*” AND “*Complications*”. Desta busca foram encontrados 70 artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2013 a 2023, últimos dez anos, somente aceito artigos relacionados com a espécie humana e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra e gratuitos.

Para exclusão, utilizado os critérios: artigos duplicados, que estivessem incompletos ou inacabados, que não abordavam diretamente a proposta estudada e com resultados inconclusivos.

Após os critérios de seleção restaram 10 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa

para a coleta e que fossem passíveis de análise. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, de forma comparativa das publicações a respeito do estresse pós-traumático com foco no em vítimas de acidentes de trânsito, incluindo suas complicações.

Durante o processo de revisão, foram identificados dois novos estudos importantes para a questão de pesquisa: “Exposição a incidentes traumáticos e prevalência de sintomatologia de estresse pós-traumático em bombeiros urbanos em dois países” (CORNIEL *et al.*, 1999) e “Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência” (LIMA & ASSUNÇÃO, 2011). Esses estudos foram incluídos na análise e os resultados foram integrados aos demais estudos selecionados.

Com a adição dos dois novos estudos, o total de estudos selecionados para análise foi atualizado para 12. Além disso, foi utilizada a referência do manual DSM-5 da Associação Americana de Psiquiatria para auxiliar na definição de conceitos importantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Plano de fundo sobre o estresse pós-traumático

O TEPT, é um transtorno caracterizado pelo início de sintomas após um evento traumático. Manifesta-se com sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e comportamentais. O paciente revive sensações de impotência e medo quando, na verdade, deseja evitá-las, causando um estresse importante.

Caracteriza-se por:

Pensamentos Intrusivos;

Pesadelos;

Flashback do Trauma;

Tenta se esquivar de eventos que relembram o ocorrido;

Hipervigilância;
Alterações do sono;
Comprometimento das relações interpessoais, sociais e ocupacionais.

A prevalência do transtorno varia conforme o local e as características regionais, mas nos EUA e Canadá gira em torno de 6,1 a 9,2%. Já em estudos da OMS, essa está entre 2,1 e 2,3%. Tende a ser mais prevalente em adultos jovens, mas também pode ocorrer na faixa etária pediátrica.

A apresentação clínica do TEPT varia. Em alguns indivíduos, sintomas de revivência do medo, emocionais e comportamentais podem predominar. Em outros, estados de humor anedônicos ou disfóricos e cognições negativas podem ser mais perturbadores. Em alguns outros, a excitação e sintomas reativos externalizantes são proeminentes, enquanto em outros, sintomas dissociativos predominam. Por fim, algumas pessoas exibem combinações desses padrões de sintomas (APA, 2014).

Acidentes de trânsito e sua relação com o desdobramento da TEPT

Segundo o DSM- 5 os acidentes de trânsito (AT) graves se enquadram como um dos eventos traumáticos capazes de desencadear doenças psiquiátricas como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (APA, 2014). A ameaça de morte é um motivo pelo qual se pode dizer que colisões automobilísticas são um importante causa de TEPT, uma vez que, este sentimento é incidente em pessoas que desenvolveram a doença (aumenta em pelo menos treze vezes o risco de desenvolver TEPT) (SIMSKE *et al.*, 2022), além disso, um estudo mostra 22,25% de prevalência agrupada com um intervalo de confiança de 95% para o desenvolvimento de TEPT em vítimas de acidentes de trânsito (LIN *et al.*, 2018).

Meses após a colisão, sintomas de TEPT podem ainda estar persistentes, e em muitos casos, após a cura das lesões físicas. Em um estudo, por exemplo, entrevistando indivíduos que foram para um departamento de emergência, 8 semanas após um AT constatou-se uma prevalência de TEPT de 30 a 49 % (WILSON *et al.*, 2020; KESSLER *et al.*, 2021).

O desenvolvimento da TEPT por acidentes de trânsito leva a diminuição da qualidade de vida e a uma dificuldade para realizar tarefas antes diárias como, por exemplo, dirigir, entrar em um ônibus e atravessar a rua. Isso se dá, pelas características do transtorno de estresse pós-traumático como a revivência do trauma por um evento precipitador, que lembra o fato traumatizante e a hipersensibilidade ao risco de vida (APA, 2014; WILSON *et al.*, 2020).

Fatores associados a maior chance de desenvolvimento de TEPT

Apesar de pouco estudado, existem alguns fatores de risco para o TEPT, sendo os principais: sociodemográficos, relacionados aos hábitos de vida, dor e incapacidade. Os estudos desses fatores são indispensáveis para o diagnóstico ou não do TEPT.

O apoio social é um fator crítico no desenvolvimento do estresse pós-traumático. Pessoas com opções limitadas desse suporte, seja por questões de personalidade ou demográficas, são mais propensas a desenvolver o distúrbio e a exposição a eventos ocupacionais adversos pode influenciar negativamente a saúde mental (LIMA & ASSUNÇÃO, 2011).

Além disso, estressores também se configuram como fatores de risco, uma vez que pessoas que lidam com esses estímulos possuem menos estabilidade psíquica, aumentando a probabilidade do surgimento do TEPT.

Dores físicas como resultado do trauma, como em casos de violência sexual, são lembre-

tes constantes do evento, o que facilita o aparecimento do TEPT (CORNEIL *et al.*, 1999).

Importância do entendimento do desenvolvimento do TEPT para o tratamento e prevenção da doença

O entendimento acerca do desenvolvimento do TEPT é importante pois permite perceber quais fatores do acidente de trânsito são mais prejudiciais para a saúde mental das pessoas envolvidas, o que auxilia no tratamento precoce e na prevenção da doença e de outras complicações.

O estudo de Kovacevic *et al.* (2021), que considera o acidente de trânsito e a presença de lesões de qualquer grau devido ao acidente, demonstrou alguns fatores que estão associados com o desenvolvimento de TEPT, são eles: a falta de religião, mau estado de saúde física e psicológica antes do acidente. Verificou-se também que pessoas que pediam indenização pelo acidente geralmente apresentavam maior chance de desenvolver TEPT, devido aos constantes lembretes sobre o acidente e aos detalhes traumáticos. Altos níveis de dor, aumento de uso de medicamento e álcool após o acidente também foram identificados como fatores importantes para o desenvolvimento da TEPT. Outros fatores, como condições socioeconômicas, sexo e idade não foram determinantes importantes para o desenvolvimento da TEPT (KOVACEVIC *et al.*, 2021).

Pacientes que previam medo de morrer devido ao acidente tinham 13 vezes mais chance de desenvolver TEPT do que pacientes que não achavam que morreriam. Outro fator importante para o desenvolvimento da doença foi a presença de transtornos psiquiátricos, principalmente a bipolaridade. Além desses, nenhum outro fator foi considerado de importância para o desenvolvimento do TEPT (SIMSKE *et al.*, 2022).

De acordo com o exposto, é possível traçar um perfil dos pacientes que são mais propensos a desenvolverem TEPT, como é o caso de pessoas com problemas psicológicos antes do acidente automobilístico, presença de altos níveis de dor e pessoas que acreditavam que morreriam devido ao acidente, o que auxilia na prevenção e tratamento dessas pessoas, impedindo que o quadro de TEPT desenvolva ou, pelo menos, impeça muitas complicações advindas dela, como medo de sair de casa, problemas para socializar, trabalhar, perda de produtividade e incapacidade funcional.

CONCLUSÃO

Portanto, as limitações causadas por acidentes podem desenvolver estresse pós-traumático, desempenhando papel primordial para a revivência do trauma, proporcionando, assim, uma ameaça à qualidade de vida.

Os acidentes de trânsito apresentam importante incidência com o desenvolvimento de TEPT, mostrando-se eficaz para o desenvolvimento do transtorno o apoio social, personalidade e a demografia, sendo também categórico eventos ocupacionais e estressores, o que modula o surgimento do TEPT.

Assim visto, pela análise dos algoritmos de incidência e prevenção para promoção da saúde das pessoas com TEPT, foi possível constatar a importância da relação entre acidentes no trânsito e o estresse pós-traumático para o desdobramento de outros distúrbios.

Logo, através do exposto, torna-se evidente o impacto dos acidentes de trânsito e do estresse pós-traumático no que tange ao estado psicossomático das vítimas. Destarte, tal contexto suscita a necessidade de políticas públicas com foco nos indivíduos envolvidos nos acidentes com o fito de mitigar a incidência do TEPT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Washington, DC: Associação Psiquiátrica Americana, 2014.

BENFER, N. *et al.* Modelos de rede de sintomas de estresse pós-traumático em tipos de trauma. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 58, p. 70, 2018.

CORNEIL, W. *et al.* Exposição a incidentes traumáticos e prevalência de sintomatologia de estresse pós-traumático em bombeiros urbanos em dois países. *Jornal de psicologia da saúde ocupacional*, v. 4, n. 2, p. 131, 1999.

GOH, R.K.H. *et al.* Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Sobreviventes de Acidentes de Trânsito - Podemos Fazer Mais?. *Medicine Academy of Singapore*, v. 48, n. 6, 2019.

HASSELBERG, M. *et al.* Eu não me sentia assim antes do acidente: homens e mulheres relatam consequências diferentes para a saúde e a vida de uma lesão no trânsito? *Prevenção de Lesões*, v. 25, n. 4, p. 307, 2019.

KESSLER, R.C. *et al.* Preditores sociodemográficos e relacionados ao trauma de TEPT dentro de 8 semanas após uma colisão de veículo motorizado no estudo AURORA. *Psiquiatria molecular*, v. 26, n. 7, p. 3108, 2021.

KOVACEVIC, J. *et al.* Diferentes padrões de resultados de saúde mental entre sobreviventes de acidentes de trânsito: um estudo de coorte prospectivo. *Pubmed, Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*, v. 18, p. 1564, 2021.

LIMA, E.P. & ASSUNÇÃO, A.A. Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, p. 217, 2011.

LIN, W. *et al.* Prevalência de transtorno de estresse pós-traumático entre sobreviventes de acidentes de trânsito: uma meta-análise compatível com PRISMA. *Journal Medicine Lippincott Williams and Wilkins*, v. 97, p. 9693, 2018.

MÃIREAN, C. *et al.* Cognições de direção, ruminação e transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes de acidentes de trânsito. *Psicologia Clínica & Psicoterapia*, v. 26, n. 1, p. 47, 2019.

REINER, I. *et al.* Sintomas precoces de estresse pós-traumático e níveis de angústia em pacientes traumatizados atendidos na sala de reanimação: um estudo exploratório. *Revista Escandinava de Trauma Ressucitação e Medicina de Emergência*, v. 29, p. 22, 2021.

SIMSKE, N.M. *et al.* Journal Você pensou que iria morrer?: Medo da morte e sua relação com o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático após lesão traumática. *Journal of the AAOS*, v. 30, p. 272, 2022.

WILSON, P. *et al.* Não quero pensar nisso': experiências psicossociais de sobreviventes de acidentes de trânsito em Gana. *Journal International Emergency Nursing*, v.53, 2020.

Capítulo 09

FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ANA KLARA RODRIGUES ALVES¹
DANIELLA PINELI CHAVEIRO COSTA²
ALLISON VIEIRA CAVALCANTE²
FABIANO VELOSO FALCÃO JUNIOR²
MARIA FERNANDA SOARES ARAÚJO³
MARIA YASMIN DE CARVALHO NORONHA³
DANILO LIMA MEDEIROS²
THAÍS SOUTO GUEDES JUCÁ³
ANDREY SADY DE SOUSA ALMEIDA²
DENISE HAMANDA COSTA BRASIL⁴
MARINA URSULINO BARBOSA²
FELIPE NORONHA GOMES BEZERRA⁵
ANTONIO GLEYSSON VIEIRA ABREU MENEZES²
AMANDA BORGES NUNES DOS SANTOS⁶
MARIA FERNANDA SOARES CORREIA²

1. *Enfermeira - Universidade Estadual do Piauí (UESPI).*
2. *Discente- Medicina do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba - IESVAP.*
3. *Discente- Medicina do Centro universitário UNINOVAFAPI.*
4. *Discente- Medicina da Faculdade Santo Agostinho.*
5. *Discente- Medicina UNITPAC, Araguaína - TO*
6. *Discente- Medicina Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG*

Palavras Chave: Ansiedade; Fatores de risco; Estudantes.

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a proporção de pessoas com distúrbios de ansiedade tem crescido ao redor do mundo, principalmente em países de renda baixa. A estimativa aponta que a proporção média mundial de pessoas com ansiedade era de 3,6% em 2015. Este problema é especialmente relevante no Brasil, em que a proporção de pessoas com ansiedade era quase três vezes superior à média global (QUEK *et al.*, 2019).

A inserção do jovem na vida acadêmica é uma fase marcada por várias mudanças e adaptações. Do momento em que ingressam nas universidades até a conclusão de seus cursos, há uma forte propensão ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos neste grupo populacional. Estima-se que de 15 a 25% dos estudantes universitários irão apresentar algum tipo de transtorno mental durante sua formação (MOHAMAD *et al.*, 2021).

Os acometimentos mais comuns destes distúrbios são a ansiedade e a depressão, sendo a primeira definida como estado de inquietação e tensão sem que haja um motivo específico e, dependendo da sua intensidade e duração, pode gerar sintomas somáticos que causam significativa queda na qualidade de vida de seus portadores (HU *et al.*, 2020).

A ansiedade pode ser definida como apreensão, tensão ou inquietação pela antecipação do perigo, cuja fonte é amplamente desconhecida ou não reconhecida. Trata-se de um dos comportamentos mais correlacionados com as doenças psicossomáticas, as quais desencadeiam muitas outras doenças com origem nos fatores emocionais (MAO *et al.*, 2019).

Dessa forma, fica evidente que os transtornos de ansiedade contribuem significativamente para a perda de saúde, sendo possivelmente a segunda causa mais comum de incapacidade no

mundo. Em termos econômicos, a ansiedade afeta negativamente o paciente, o sistema de saúde e, principalmente, o mercado de trabalho na sociedade em geral (SHAO *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2021).

Muitos universitários apresentam sintomas de ansiedade durante o curso, gerados a partir de inúmeros fatores, como a decepção entre as expectativas geradas no início do curso e a realidade ao se iniciar. Assim como em relação aos alunos do último ano, que enfrentam uma difícil transição entre o ambiente universitário e o mercado de trabalho (DOYLE *et al.*, 2021).

Dessa forma, fica evidente que é essencial compreender os aspectos relacionados ao surgimento de transtornos de ansiedade no ambiente universitário e propor mecanismos para mitigação dos impactos negativos aos discentes (WATHELET *et al.*, 2020).

O objetivo deste estudo é analisar quais são os fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade pelos universitários.

MÉTODO

O presente estudo utilizou como método a revisão integrativa da literatura, que conforme Galvão (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 “*anxiety*”, “*risk factors*” e “*students*”. 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 9.1**. A estratégia supracitada permitiu formular a seguinte questão norteadora: Quais são os fatores relacionados ao de-

envolvimento de ansiedade pelos estudantes universitários? A partir da questão norteadora foram utilizados os operadores booleanos para a sistematização das buscas com o seguinte esquema: *Anxiety AND risk factors AND students*.

Quadro 9.1 Estratificação do problema de pesquisa seguindo estratégia PVO para formulação de pesquisa

| | |
|----------------|---|
| P População | Estudantes com ansiedade. |
| V Variáveis | Estudantes e ansiedade. |
| O Desfechos | Quais são os fatores relacionados ao desenvolvimento de ansiedade por estudantes. |

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 fatores relacionados ao desenvolvimento de ansiedade por estudantes 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 (**Tabela 9.2**), 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 1.183 artigos, sendo selecionados, 10 artigos encontrados na base de dados PubMed.

Dentre os motivos que tornam os estudantes universitários mais propensos a esse tipo de pro-

blema, pode-se citar afastamento do núcleo familiar, em especial dos alunos que acabaram de ingressar nas universidades, intensas cargas horárias, cobrança por parte dos professores das disciplinas, autocobrança relacionada ao não desapontamento dos pais, falta de vocação para o curso escolhido, conflitos sociais de ordem pessoal e inseguranças quanto ao futuro profissional após o fim do curso (GUAN *et al.*, 2020).

Há um consenso crescente de que os universitários são mais acometidos por distúrbios psicológicos e, desta maneira, estudos que explorem a saúde mental deste grupo populacional torna-se necessários, principalmente para se conhecer a extensão do problema e quais os fatores desencadeiam tais condições (QUEK *et al.*, 2019).

Os níveis de ansiedade e depressão podem variar de acordo com a época do curso em que o estudante se encontra. Cada fase da vida acadêmica gera conflitos e preocupações diferentes (HU *et al.*, 2020). Por exemplo, o estudante calouro passa por uma fase de adaptação e tem que assimilar muitas informações repentinamente; no meio do curso o aluno tem a preocupação de aprimorar-se e ter a certeza de que escolheu a melhor carreira para seu futuro profissional; já no fim do curso, com o término da vida acadêmica, a ansiedade se desenvolve em torno das mudanças de ordem pessoal e profissional que ocorrerão (MAO *et al.*, 2019).

A adaptação frente a um novo ambiente, novas rotinas de estudo, novas amizades, afastamento do núcleo familiar, novas responsabilidades, enfrentamento de situações-problema sem o apoio familiar, dentre diversos outros motivos, pode ser responsáveis pela maior sintomatologia de tais distúrbios nos calouros (WU *et al.*, 2021; ZHANG *et al.*, 2021).

Tabela 9.2 Distribuição dos artigos segundo o título, autores, objetivo, abordagem do artigo, revista e ano

| TÍTULO | AUTORES | OBJETIVO | ABORDAGEM | REVISTA | ANO DE PUBLICAÇÃO |
|--|-----------------------|--|----------------|---|-------------------|
| The prevalence risk of anxiety and its associated factors among university students in Malaysia: a national cross-sectional study | MOHAMAD <i>et al.</i> | Determinar a prevalência de risco de ansiedade e seus fatores de correlação entre universitários. | Manejo Clínico | BMC Public Health. | 2021 |
| Prevalence and Risk Factors Associated with Primary Dysmenorrhea among Chinese Female University Students: A Cross-sectional Study | HU <i>et al.</i> | Examinar a prevalência e os fatores de risco associados à dismenorréia primária entre estudantes universitárias chinesas na província de Hunan, China. | Fisiopatologia | Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology | 2020 |
| The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. | QUEK <i>et al.</i> | Estudar a prevalência global de ansiedade entre estudantes de medicina e os fatores associados que predisõem os estudantes de medicina à ansiedade. | Manejo clínico | International Journal of Environmental Research and Public Health | 2019 |
| A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. | MAO <i>et al.</i> | Examinar a prevalência de depressão ou ansiedade entre estudantes de medicina na China, realizando uma revisão sistemática e um estudo de pesquisa sistemática sobre seus determinantes. | Manejo clínico | BMC Medical Education | 2019 |
| Temporomandibular disorders among medical students in China: prevalence, biological and psychological risk factors. | WU <i>et al.</i> | Avaliar a prevalência de disfunções temporomandibulares (DTM) e seus fatores biológicos e psicológicos associados em estudantes universitários chineses. | Manejo clínico | BMC Oral Health. | 2021 |
| Anxiety and Depression in Chinese Students During the COVID-19 Pandemic: A Meta-Analysis. | ZHANG <i>et al.</i> | Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes chineses durante a pandemia de COVID-19 e explorou potenciais fatores moderadores. | Manejo clínico | Front Public Health | 2021 |
| Prevalence and Factors for Anxiety during the COVID-19 Pandemic among College Students in China. | GUAN <i>et al.</i> | Investigar a prevalência de ansiedade e explorar o risco potencial e os fatores de proteção da ansiedade. | Manejo clínico | International Journal of Environmental | 2021 |

| | | | | | |
|--|------------------------|--|----------------|---------------------------------|------|
| | | | | Research and Public Health | |
| Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. | WATHELET <i>et al.</i> | Medir a prevalência de sintomas de saúde mental autorreferidos, identificar fatores associados e avaliar a procura de atendimento entre estudantes universitários que vivenciaram a quarentena do COVID-19 na França. | Manejo clínico | JAMA Network Open. | 2020 |
| Associations between stress, anxiety, depression, and emotional intelligence among osteopathic medical students. | DOYLE <i>et al.</i> | Explorar as relações entre EI e estresse, ansiedade e depressão entre uma amostra de estudantes de medicina osteopática dos EUA. | Fisiopatologia | Journal of Osteopathic Medicine | 2021 |
| Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students | SHAO <i>et al.</i> | Investigar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre estudantes de medicina chineses e avaliar a correlação entre sintomas de depressão/ansiedade e função familiar, suporte social e estilos de enfrentamento. | Manejo clínico | BMC Psychology | 2020 |

O sucesso dessa adaptação dos estudantes ao novo ambiente realmente depende de muitos fatores, sendo que alguns deles não estão ligados diretamente ao contexto acadêmico. Apesar disso, a universidade tem um papel fundamental a desempenhar para facilitar esse processo (MAO *et al.*, 2019; SHAO *et al.*, 2020).

Há um consenso crescente de que os universitários são mais acometidos por distúrbios psicológicos e, desta maneira, estudos que explorem a saúde mental deste grupo populacional torna-se necessários, principalmente para se conhecer a extensão do problema e quais os fatores desencadeiam tais condições (MOHAMAD *et al.*, 2021; ZHANG *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

É perceptível a fragilidade desses jovens estudantes e considerando o aumento da prevalência de ansiedade entre os universitários, o que demonstra a importância de estudos com essa

temática com estudantes, levando em consideração como se encontram inseridos no contexto acadêmico e entre as mais variadas situações acadêmicas.

A necessidade de desenvolvimento de programas de intervenção para alunos universitários mostra-se de fundamental importância para o processo de graduação, constituído por início, permanência e desenvolvimento da autonomia e de potencialidades e final de curso sendo este o mais desgastante.

Políticas públicas são necessárias para a melhoria na qualidade de vida e saúde, além disso, propor projetos sociais que possam promover saúde e apoio aos estudantes universitários.

É relevante que outros estudos sejam realizados e busquem compreender melhor, essa relação entre ansiedade e vida acadêmica, já que a ansiedade pode impedir o bom desenvolvimento do sujeito e interferir de forma desfavorável no meio acadêmico e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DOYLE, N.A. *et al.* Associations between stress, anxiety, depression, and emotional intelligence among osteopathic medical students. *Journal of Osteopathic Medicine*, v. 121, n. 1, p.125, 2021.

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.

GUAN, J. *et al.* Prevalence and Factors for Anxiety during the COVID-19 Pandemic among College Students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 9, 2021.

HU, Z. *et al.* Prevalence and Risk Factors Associated with Primary Dysmenorrhea among Chinese Female University Students: A Cross-sectional Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 33, n. 1, p. 15, 2020.

MAO, Y. *et al.* A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC Medical Education*, v. 19, n. 1, 2019.

MOHAMAD, N.E. *et al.* The prevalence risk of anxiety and its associated factors among university students in

Malaysia: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, 2021.

QUEK, T.T. *et al.* The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 15, 2019.

SHAO, R. *et al.* Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychology*, v. 8, n. 1, 2020.

WATHELET, M. *et al.* Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, v. 3, n.10, p. e2025591, 2020.

WU, J. *et al.* Temporomandibular disorders among medical students in China: prevalence, biological and psychological risk factors. *BMC Oral Health*, v. 21, n. 1, 2021.

ZHANG, Y. *et al.* Anxiety and Depression in Chinese Students During the COVID-19 Pandemic: A Meta-Analysis. *Frontiers in public health*, v. 9, 2021.

Capítulo 10

DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE FATORES EXTERNOS E BIOLÓGICOS

ALÉXYA EDUARDA ANDRADE¹
CAROLINA VALERIO BANDEIRA¹
DALILA PEREIRA SOARES²
FERNANDA GONÇALVES PEREIRA¹
FRANCIELLE ANDRADE CARVALHO ROSA¹
GABRIELLE BUENO¹
ISABELA DE ALMEIDA MIRANDA¹
SANDY CRISTINE LEMES DE SOUZA¹
NATALIA EDUARDA HILLESHEIM OSSANI¹

1. *Discente - Medicina da Universidade de Rio Verde, Goianésia, Goiás, Brasil*
2. *Discente - Medicina da Universidade de Gurupi, Gurupi, Tocantins, Brasil.*

Palavras Chave: Depressão; Idoso; Fatores Biológicos.



INTRODUÇÃO

A depressão é caracterizada como um distúrbio da área afetiva ou do humor que apresenta forte impacto nas funções vitais. De acordo com uma pesquisa realizada pela Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (2011), uma das doenças com maior prevalência em contexto de Atenção à Saúde Mental é a depressão, conhecida por atingir crescentemente o corpo social em geral (PARADELA, 2011).

O quadro de sobrecarga emocional, as doenças mentais ocorridas por motivos biológicos e a exaustão psicológica por questões externas e sociais têm subestimado levantamentos absurdos nos casos depressivos. Tal conjuntura prevê que, nas próximas décadas, haverá uma extrema necessidade de atenção à saúde mental, visto que casos de depressão estão ultrapassando problemas de doenças infecciosas e cardiopatas, principalmente em idosos. Hodiernamente, a população de idosos é de 20,5 milhões de pessoas dentre a população total do Brasil, conforme o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010).

A presença de patologias e o uso de variados medicamentos fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão se tornem mais complexos na população sênil. Além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, como hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade e outros que serão abordados a seguir. Cabe lembrar que nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nós não deprimidos (PEARSON & BROWN, 2000), sendo essa uma das consequências mais graves do transtorno depressivo.

Com o processo de senescência, pacientes idosos podem evoluir com sintomas psicóticos, caracterizados por delírios de nulidade e de que

seu corpo está morrendo, causando um medo excessivo da progressão da doença física e da perda de dignidade, levando a um receio de se transformarem em sobrecarga aos familiares (STELLA *et al.*, 2002). O paciente deprimido diminui o cuidado com si, negando alimentação e ignorando as recomendações médicas, mantendo-se deitado e com pouca mobilidade física.

Por outro lado, a depressão abrange fatores biológicos, psicológicos e sociais. A atividade física tem um papel terapêutico significativo. O objetivo do tratamento da depressão em idosos é aprimorar a qualidade de vida, melhorar o estado geral do paciente, reduzir o sofrimento psicológico e diminuir o risco de suicídio. As estratégias de tratamento incluem psicoterapia, intervenção psicofarmacológica e, quando necessário, eletroconvulsoterapia (STELLA *et al.*, 2002).

O objetivo deste capítulo foi compreender os principais conceitos acerca da depressão em idosos, e sua relação com os fatores externos e biológicos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de janeiro a fevereiro, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed (*U.S. National Library of Medicine*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*). Foram utilizados os descritores depressão na terceira idade, depressão em idosos, envelhecimento, prevalência de sintomas em idosos com depressão e saúde mental do idoso. Desta busca foram encontrados 40 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 1997 a 2017 e que abordavam as temáti-

cas 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 15 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando pontos que foram mencionados na discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante as pesquisas realizadas, foi possível observar que a depressão nos idosos é uma doença negligenciada, levando a intensificação dos sintomas psiquiátricos que interferem significativamente na qualidade de vida dos idosos, pois, em sua maioria é subdiagnosticada e às vezes até ignorada pelos agentes de saúde e familiares (GAZALLE *et al.*, 2004).

Os fatores externos e biológicos influenciam diretamente no diagnóstico de depressão em idosos, na qual, os estudos dos artigos mostraram que ações sociais e clínicas têm como objetivos amenizar episódios de sintomas dos indivíduos de terceira idade (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Alguns pontos foram analisados para a conduta do tratamento, como a relação da depressão com doenças crônicas, aspectos neurológicos e psicossociais, negligência com o diagnóstico e disponibilidade de atividade física para o grupo de terceira idade, este sendo um fator importante para a redução dos níveis de depressão em indivíduos idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Não há consenso sobre o melhor método terapêutico, mas a literatura aponta a combinação entre psicoterapia e farmacoterapia e que, essa associa-

ção das duas intervenções aumenta a eficácia do tratamento e reduz o risco de recaídas (PEARSON & BROWN, 2000).

A atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo (STELLA *et al.*, 2002), visto que a atividade corporal regular eleva os níveis de endorfina no organismo, hormônio que ajuda a diminuir o estresse, levando a um aumento da qualidade de vida dos idosos. A prática de atividades lúdicas, como jogos, rodas de conversa, brincadeiras, músicas e trabalhos manuais, que têm como finalidade a diversão como método terapêutico têm se mostrado bastante eficazes na melhora do quadro depressivo.

A depressão na velhice é uma patologia muito comum, que tem um impacto negativo em vários aspectos da vida, na família e na comunidade. No estudo Depressão e Comorbidades clínicas (ADDA *et al.*, 2019) indicou que a prevalência de depressão em idosos brasileiros residentes na comunidade pode variar entre 2% e 14%, chegando a 30% para quem vive em instituições de longa permanência.

Ademais, comprovou-se que a ausência de capacitação profissional e social para lidar com os tratamentos não medicamentosos que atuam em conjunto aos tratamentos farmacológicos, interfere diretamente na eficácia da entrega de uma melhor qualidade de vida para os idosos com depressão (WAGNER, 2015).

CONCLUSÃO

Logo, percebe-se que a negligência dos familiares e dos profissionais da saúde intensificam a doença, pois o idoso não será diagnosticado e permanecerá com a doença em evolução, trazendo consequências não só no âmbito psicológico, mas também no social e na saúde física.

Nesse sentido, é necessário ocorrer uma capacitação de profissionais da saúde, com a intenção de aprenderem a identificar pacientes depressivos nessa faixa etária, visto a dificuldade em separar sintomas depressivos com os sintomas normais do envelhecimento. Ademais, com a

capacitação dos profissionais torna-se possível a criação de Campanhas sobre a depressão em idosos, para alertar os familiares, a fim de diminuir o crescente número de idosos depressivos na atualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDA, C. *et al.* Esclerose Múltipla. In: Fráguas, Jr. R. Figueiró, J.A.B. (eds.) - Depressões em medicina interna e em outras condições médicas depressões secundárias, Atheneu, São Paulo, p. 145, 2019.

GAZALLE, F.K. *et al.* Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, n. 3, p. 145, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/9662-censo-demografico-2010.html>>. Acesso em 28/02/2023.

OLIVEIRA, D.A.A.P. *et al.* Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 4, p. 734, 2006.

OLIVEIRA, S.C. *et al.* Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. 1, p. 65, 2014.

PARADELA, E. Depressão em idosos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 10, n. 2, 2011.

PEARSON, J.L. & BRONW, G.K. Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. Clinical and Psychological Review, v. 20, n 6, p. 685, 2000.

STELLA, F. *et al.* Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz. Journal of Physical Education. UNESP, v. 8, n. 3, p. 90, 2002.

WAGNER, G.A. Treatment of depression in older adults beyond fluoxetine. Revista de Saúde Pública, v. 49, 2015.

Capítulo 11

DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

JENNIFER FORTES DA SILVA MARTINS¹
CLAUDIANA CARDOSO LIMA VIEIRA²
TYBURCYO BRENNO LOPES CARRILHO ALVES¹

1. *Discente – Medicina do Centro Universitário Uninorte.*
2. *Médica especialista em Neurologia e Neurocirurgia.*

Palavras Chave: Alzheimer; Idoso; Saúde Mental.



10.59290/978-65-81549-91-6.11

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural do ser humano que é marcado por mudanças desde moleculares até morfofisiológicas e juntas poderão acarretar o surgimento de diversas patologias, dentre elas, a doença de Alzheimer uma alteração que integra a classe com grande significatividade e preocupação tendo relação intrínseca com a demência, o que conseqüentemente, compromete o cognitivo e comportamento sem previsão para a cura (FAGUNDES *et al.*, 2019).

O Alzheimer é uma doença progressiva, ou seja, ela avança significativamente comprometendo a saúde do idoso, mesmo com grandes avanços tecnológicos e diversos estudos ainda não se tem a cura ou melhoria em prol do portador da doença, com destaque aos aspectos neurológicos que são afetados, acarretando com a demência e os prejuízos ao aprendizado e memória, além de outros danos que serão apresentados no decorrer do estudo (PEREIRA & SOARES, 2015).

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento é um fenômeno com mudanças significativas e complexas que variam de acordo com o indivíduo e os reflexos da idade, além de outros mecanismos que são compreendidos perante as alterações influenciadas pelo ambiente, o que também vale ressaltar que a doença afeta a família e pessoas próximas ao portador (WHO, 2017).

Em se falar nos aspectos neurológicos a demência tem um destaque significativo, acarretando a dependência que surge diante a consequência do Alzheimer, assim o indivíduo apresenta potencial perceptível em perder as capacidades funcionais, mentais, podendo ter dependência total ou parcial nas atividades cotidianas, necessitando de maiores cuidados, que também será um ponto atribuído neste estudo.

Ventura *et al.* (2018) elucida que os primeiros aparecimentos da patologia apontam diretamente com o comprometimento da memória, do raciocínio e o pensamento que vão se deteriorando ao longo dos anos, agravando e tornando o indivíduo mais dependente, dentre outras conseqüências que são oriundas da doença, principalmente por apresentar um quadro clínico que não poderá ser revertido.

A escolha por esta temática condiz com o grande aumento populacional dos idosos que buscam por alternativas e tratamentos que amenizem ou retardem os danos causados pela doença degenerativa e seus aspectos neurológicos afetando a memória, raciocínio e a comunicação da pessoa que é afetada com as demais, atividades do cotidiano que os portadores não conseguem mais realizar ou assimilar suas ações e esquecimentos contínuos.

Diante dessa analogia, as estimativas que se justificam a importância e construção do estudo em prol da Doença de Alzheimer que se tem uma compreensão melhor, além de não existir o entendimento mais adequado sobre a doença, contando com fármacos que melhoram a memória e o comportamento, porém a patologia não é curável.

O principal objetivo deste estudo é apresentar os aspectos neurológicos sobre a doença de Alzheimer apontando os danos e transformações significativas que são causadas.

Outros objetivos são almejados com o intuito de contribuir com a construção de uma temática que seja atribuída como base a outros estudos, dessa forma, fazer uma acepção acerca do Alzheimer e a evolução da doença; apresentar a relação do comprometimento cognitivo com o envelhecimento; analisar a produção científica relacionada aos impactos da doença e a relação familiar.

Nesse segmento, quais os danos neurológicos causados pela doença de Alzheimer?

O trabalho foi dividido por etapa para a melhor concepção do que será abordado, iniciando com a revisão de literatura acerca dos principais fatores relacionados a doença de Alzheimer e os aspectos neurológicos, finalizando com as considerações finais respondendo a problemática da pesquisa.

REVISÃO DE LITERATURA

A partir de então, será feita uma representação sobre os principais fatores relacionados a Doença de Alzheimer relacionando o histórico, fatores de risco, fisiopatologia, a evolução da doença e suas fases.

Doença de Alzheimer: considerações iniciais

O Alzheimer é uma patologia degenerativa crônica com caracterização oriunda da deterioração progressiva da função cognitiva, ou seja, ela é estimada pela principal causa constituir a demência o que inevitavelmente aduz aos danos que acarretam na incapacitação do indivíduo em estágio avançado, o que a torna um desafio social para a saúde, pois com o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente tem associação com o envelhecimento.

Antes de aprofundar os preceitos acerca da conceituação do Alzheimer é importante fazer uma associação a três aspectos elementares em que os idosos são afetados pela doença, o que abre elo ao envelhecimento afetando a memória e conseqüentemente a demência, estando assim, intrinsecamente relacionados (DALGALARRONDO, 2018). Iniciando com a memória que de acordo com os estudos de Sternberg & Sternberg (2016) aduz que é o meio pelo qual o indivíduo mantém e usa as informações do passado, de acontecimentos para que possam ser usadas no presente, ela é essencial no que rege as tarefas mais simples as mais complexas do

cotidiano, assim como um simples oi a uma pessoa conhecida até a possibilidade de aprender sobre essa temática e expor os conhecimentos adquiridos, se dá pela memória.

Dalgarrondo (2018) por meio de seus estudos adere que a memória é a capacidade do indivíduo de registrar, manter e evocas as experiências e vivências de fatos já ocorridos, a aptidão que possibilita as lembranças, o que é constituído por todos os seres humanos de reconhecer fatos e atos, o mesmo autor aborda sobre a classificação da memória.

A memória cognitiva é àquela pela qual o indivíduo constitui a habilidade de registrar, manter e chamar elementos que foram absorvidos por meio de experiências; a memória genética é aquela transmitida por meio dos seres vivos ao longo dos anos e da evolução filogenética das espécies; a memória imunológica, condiz com as informações registradas e potencialmente recuperáveis por meio do sistema imunológico do ser vivo. Por fim, a memória coletiva que adere aos costumes, valores e as práticas culturais que são conduzidas mediante a cultura e costume repassados pela convivência social (DALGALARRONDO, 2018).

O autor supramencionado continua seus estudos apontados que a memória tem outras classificações, sendo julgado neste estudo relatar sobre os processos temporais devido a ligação com essa pesquisa, que é a memória imediata ou denominada como curto prazo que é aquele que dura entre 1 a 3 minutos; a memória recente ou ainda de curto prazo entre 3 minutos a 6 horas; a memória remota ou condizente com a de longo prazo, por meses ou até anos, sendo necessário em todos elas a avaliação do quadro clínico e as devidas providências serem atribuídas (DALGALARRONDO, 2018).

Nem sempre os preceitos relacionados a memória condizem com o envelhecimento, mas partindo do ponto que o cérebro funciona em

seu ciclo e condições completas, a partir de regiões especializadas para cada tipo de pensamento, informação, como se fosse uma fonte de armazenamento das informações que depende da alteração de estruturas e da função de células nervosas, assim como as conexões diversas do sistema nervoso (SOARES, 2016).

Mas de acordo com a idade pode ocorrer do cérebro sofrer variações, ou seja, quanto mais idade o indivíduo tiver, menor será sua capacidade de ocorrência de alterações, o que se considera a memória como propulsora de funcionamento biológica para o envelhecimento, de acordo com Soares (2016) geralmente, as pessoas com mais de 50 anos com probabilidades e associação com doenças crônicas, como o Alzheimer.

É importante ressaltar que a demência e Alzheimer são diferentes, a relação consiste justamente por ambas serem degenerativa, e a primeira é um subtipo da segunda. De acordo com a Alzheimer's Association (2018) que é uma organização voluntária que tem como principal meta a erradicação da Doença de Alzheimer e a demência por meio de pesquisas, estudos, promovendo a saúde e apontando que entre 60 e 80% dos casos de demência é do tipo mais agressiva que é o Alzheimer.

Dessa forma, as primeiras reclamações ou atenuações das pessoas sobre o Alzheimer geralmente condiz com os problemas cognitivos como o planejamento e o julgamento, além de reclamações relacionadas as falhas na memória, o que necessita de um diagnóstico que aponte a evidência mais precisa acerca do comprometimento cognitivo (RITCHIE *et al.*, 2017).

A doença tem como principais biomarcadores as placas senis que são formadas pelo acúmulo da proteína beta-amiloide e as proteínas tau hiper fosforizadas e com diferentes localizações estruturais, o que condiz com o funcionamento na interação entre as proteínas e tubulina,

com atribuição na estabilização dos microtúbulos do citoesqueleto celular (RICTHIE *et al.*, 2017).

Além disso, observa-se que em pessoas com Alzheimer ocorre a atrofia avançada em diversas áreas cerebrais, que aduz a perda de memória e outras funções cognitivas, como a amenização da capacidade de atividades cotidianas, e que elas se iniciam no lobo temporal, nas regiões responsáveis pela memória, logo após, em regiões como o córtex parietal e o córtex frontal, além do declínio progressivo e contínuo que afeta significativamente a memória, podendo ser diagnosticada na fase inicial da doença, além do declínio de outras funções cognitivas (NETO *et al.*, 2015).

Fatores de risco

Existem alguns fatores de risco estabelecidos de acordo com estudos e pesquisas, além da acepção de diferentes variáveis pelas quais podem sofrer alterações, reduzindo o risco de desenvolvimento da Doença de Alzheimer, diante uma pesquisa levantada pela Associação do Alzheimer (2018) grupos foram divididos para a avaliação, em que o primeiro grupo foram observadas as variáveis como a idade, antecedentes familiares da demência, a presença do gene APOE-e4 e a trissomia do cromossomo 21.

Antes de aprofundar a caracterização do que foi exposto no parágrafo anterior, a trissomia do cromossomo 21 corresponde àquele que contém o gene responsável pela produção de proteína precursora amiloide ou APP que está intrinsecamente relacionada a beta-amiloide e a formação de placas senis que são atribuídas aos casos de Alzheimer, em que 50% ou mais deles com síndrome de Down estão predestinados a desenvolverem a doença de Alzheimer (GIL, 2014).

No entanto, o segundo grupo avaliado nas pesquisas da Associação do Alzheimer (2018) que a eles são condicionados à presença de

baixo nível cultural da atividade cognitiva e social, além do histórico de traumatismo craniano, que constitui a presença da doença cardiovascular e diabetes, existem dados que a Doença de Alzheimer atinge mais mulheres e ainda a expectativa de vida é maior, o que poderá justificar a afirmativa da avaliação.

Nessa perspectiva, os fatores de risco da Doença de Alzheimer que tem relação com o surgimento de alguns sintomas condizentes com a demência, como a perda de memória que prejudica o cotidiano do indivíduo, causando contínuas confusões temporais e espaciais, além do empobrecimento do julgamento e a tomada de decisão, além das alterações de humor e da personalidade, assim como o abandono do trabalho, de atividades sociais, a dificuldade na execução das tarefas que são realizadas no dia a dia, assim como outros fatores que eram considerados de execução de tarefas simples, com dificuldade de concentração, perda de peso, dentre outros (ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER, 2018).

Fisiopatologia

A neuropatologia propaga as placas neuríticas e novos neurofibrilares, que são atribuídos como modificações extracelulares com aglomeração da proteína beta-amiloide, correspondendo aos sinais e sintomas iniciais relacionados as perturbações contínuas da memória, apatia e da depressão, além disso, ocorre a morte de neurônios responsáveis pelas funções cognitivas dos seres humanos, como aprendizagem, a memória, raciocínio, comportamento e o controle emocional (DI PIRO *et al.*, 2017).

Nessa conjuntura alguns fatores estão associados ao Alzheimer, a deposição extracelular da proteína mencionada anteriormente causa um efeito tóxico sobre os neurônios, acumulando com mutações dos genes das enzimas, outro sinal em destaque é o surgimento de emaranhados neurofibrilares no cérebro, pois os neurônios

são acometidos pelos emaranhados neurofibrilares, apresentando constância de um método diferente dos demais, pois eles são encontrados mais alongados (MARTINELLI, 2018).

Nitrini (2018) relata que o cérebro de um indivíduo com a Doença de Alzheimer possui alterações devido à perda de neurônios e dendritos, pois a presença das placas senis com maior quantidade de placas amiloides, neurofibrilação e as áreas degenerativas granulo vacuolar, esse fato contribui com a representação de um meio de perda dos neurotransmissores que poderão ser a causa do déficit cognitivo.

No parágrafo anterior foram confirmadas algumas alterações cerebrais de pessoas com Alzheimer, no entanto, algumas dessas modificações ocorrem antes de qualquer tipo de sintoma, pois as lesões coincidem com a manifestação principalmente no córtex cerebral e que influenciam a amenização do tamanho do cérebro, pois essas partes geralmente correspondem ao hipocampo, subículo e o córtex entorrinal, que são os responsabilizados pela memória.

Evolução do Alzheimer

Bottino (2012) relata que a doença de Alzheimer vai se propagando, como um processo de evolução, o que causa danos significativos ao indivíduo, aprofundando-os, sendo complexo a medição adequada, pois a maioria dos pacientes, de acordo com pesquisas, vão à óbito em média de 4 a 10 anos após serem diagnosticados com a doença.

Tornando interessante a avaliação em três fases para a detecção e os fatores de risco dessa patologia, o que atribui a fase inicial, isso significa que a pessoa tem consciência, mas apresenta contínuas perdas de memória (breves), além da dificuldade de aprender e reter informações novas; a fase intermediária, condiciona a pessoa que se torna incapaz de aprender e reter as novas informações, quanto a fase final, a pes-

soa já se torna completamente incapaz de realizar atividades/tarefas sozinha, perdendo a capacidade de falar, além de se tornar completamente dependente dos cuidados de terceiros (NETO *et al.*, 2015).

Diante ao apresentado, os primeiros fatores que indicam os primeiros estágios da Doença de Alzheimer que se encontra com a memória prejudicada, assim como o aumento dos prejuízos das funções cognitivas, o que enseja a observação das pessoas mais próximas em seguida a realização do diagnóstico que apresente a resposta adequada de acordo com os sintomas e suas caracterizações (NETO *et al.*, 2015).

Bottino (2012) relata que o Alzheimer é atribuído a diversos fatores, se apresentando mediante as fases, sendo leve, intermediária e a avançada, conforme descritas, iniciando com as dificuldades em atividades simples, no desempenho das tarefas, dentre outras considerações pelas quais comprometem funções básicas do indivíduo, afinal, a memória é uma função de grande relevância no que tange as caracterizações do cérebro que retém e recupera todas as informações.

Soares (2016) apresenta que o cérebro é responsável pelo armazenamento das informações, dependendo da alteração na estrutura e na função das células nervosas, assim como suas conexões que estão diversificadas em diferentes regiões do sistema nervoso, dessa forma, um dos fatores de risco relacionados ao Alzheimer é justamente o esquecimento, porém ele é comum em qualquer idade, o que intitula ou relaciono com a doença supramencionada é que esse fato vai se deteriorando, prejudicando cada vez mais a memória, acarretando ao Alzheimer no futuro.

Percebe-se que por relacionar as funções do cérebro, ou melhor, do Sistema Nervoso do indivíduo, outros fatores de risco estão correlacionados, como a exposição excessiva ao estresse, a depressão, a dependência crônica do álcool, de

outras drogas, como as lesões vasculares, traumatismo craniano repetidos e a exposição a possíveis metais pesados por um período longo e contínuo (SERENIKI & VITAL, 2018).

Além disso, o Alzheimer prejudica outros campos das pessoas, desenvolvendo distúrbios comportamentais, como agressividade, a irritabilidade, a hiperatividade, depressão, além do desenvolvimento avançado de outros sintomas psicóticos, como o surgimento de alucinações, o que constitui a necessidade do acompanhamento da evolução da patologia e seus efeitos.

É importante fazer um respaldo significativo acerca dos possíveis fatores ambientais que não estão relacionados aos fatores genéticos, pois contribuem com o surgimento da Doença de Alzheimer, como estudos que apontaram que o gene ApoE4 não era mais proeminente em pacientes com a patologia que as pessoas livres, o que tornou o estudo sem muito progresso, o que enseja o desenvolvimento de novas pesquisas relacionado com os efeitos ambientais ou regionais (NITRINI, 2018).

Diante ao exposto, a Doença de Alzheimer constitui uma série de fatores que são desenvolvidos por outros aspectos e caracterizações, como a genética, o estilo de vida da pessoa, o ambiente, além de outros que poderão aumentar o risco do desenvolvimento e as evidências que influencia, como a idade, a história familiar, a genética, o traumatismo craniano, a relação entre o coração e cérebro, o isolamento social que constitui a depressão, a baixa escolaridade, nos quais de forma breve serão relatados para o entendimento mais preciso dos fatores de risco que constituem o Alzheimer (REIMER, 2021).

De acordo com uma pesquisa realizada pela Neurologista Reimer (2021) um dos principais fatores associados a Doença de Alzheimer tem uma ligação com o maior deles que é a idade, mas não uma causa direta, porém, a maioria dos indivíduos que tem mais de 65 anos, o risco do-

bra a cada 5 anos e após os 85 o risco chega a quase um terço.

Nessa perspectiva, outro fator de risco que se destaca é a história familiar, que são pais, irmãs/irmãos com Alzheimer tem a maior probabilidade do desenvolvimento da doença, aumentando o risco; o que interliga a genética, como algumas raras alterações, e nesse caso, a doença começa a se manifestar entre os 30 e 40 anos, relacionadas as mutações genéticas (REIMER, 2021).

O Traumatismo Craniano tem relação com a doença de Alzheimer ocasionando um possível risco de demência, outro ponto preocupante é que a idade acarreta o abandono de um número significativo de idoso, o que atribui o isolamento social e a depressão, em que este último pode ser um sintoma do quadro demencial e a constituição do fator de risco para a demência.

CONCLUSÃO

Diante ao que foi apresentado na pesquisa, a doença de Alzheimer evolui lentamente, o que ocorre em um período entre 8 e 12 anos, alterando o quadro clínico do portador, mas não se

pode ao certo medir o progresso com significatividade, pois cada um tem suas caracterizações em um processo que poderá até chegar a óbito entre 4 a 10 anos, após ser diagnosticado.

Nesse segmento, pode afirmar que são três fases para que essa patologia tenha algumas caracterizações, como a fase inicial que é onde o indivíduo está consciente, mas já apresenta a perda de memória recente e tem dificuldade de aprender ou reter as informações e ensinamentos novos. Na fase intermediária, o indivíduo é incapaz de aprender e reter as informações novas, enquanto que na fase final, em que o indivíduo apresenta incapacidade de fazer atividades do cotidiano, de andar, perde por completo sua capacidade cognitiva, como a fala, e se torna completamente dependente de outras pessoas, de cuidados.

Portanto, é fundamental que a pessoa com tendência ao Alzheimer observe os sinais e sintomas, como os lapsos de delírio, as alucinações, a perda de memória. contínuas, pois elas estão relacionadas com a evolução da doença, além das alterações motoras focais e mioclonia que evoluem mais rapidamente, o ideal é que se tem o acompanhamento multidisciplinar, buscando retardar a evolução da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALZHEIMER'S, Association. What Is Dementia? 2018. Disponível em: < <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia>> Acessado em: 15 de fev. 2023.
- BOTTINO, C.M.C. Reabilitação Cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 60, n.1, p. 70, 2012.
- DALGALARRONDO, P. Psicologia e Semiologia dos transtornos mentais. 2 ed. Brasil: Artmed, 2018.
- DI PIRO, T.J. *et al.* Manual de farmacoterapia. 6ª ed. Rio de Janeiro. Editora: Mc Graw Hill, 2017.
- FAGUNDES, A. *et al.* Políticas públicas para os idosos portadores do mal de Alzheimer. Cuidado é Fundamental Online, v. 11, n. 1, p. 237, 2019.
- GIL, R. Neuropsicologia. 4ª ed., Brasil: Santos, 2014.
- MARTINELLI, J. A velocidade de evolução da Doença de Alzheimer. Artigo Online. Demências e Alzheimer. Portal do Idoso. Brasil, 2018. Disponível em: < <https://idosos.com.br/velocidade-de-evolucao-do-alzheimer/>>. Acessado em: 15 de fev. 2023.
- NETO, J.G. *et al.* Diagnóstico diferencial das demências Archives of Clinical Psychiatry, v. 32, n. 3, p. 119, 2015.
- NITRINI, R. Diagnóstico de demência: avaliação clínica, neuropsicológica e através da tomografia computadorizada por emissão de fóton único. Tese (livre-docência). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2018.
- PEREIRA, L.S.M. & SOARES, S.M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 12, p. 3839, 2015.
- REIMER, Nayara dos Santos. Doença de Alzheimer: causas e fatores de risco. Revista Neurológica. Santa Catarina, 2021. Disponível em: < <https://www.neurologica.com.br/blog/doenca-de-alzheimer-causas-e-fatores-de-risco/>> Acessado em: 16 de fev. 2023.
- RITCHIE, C. *et al.* CSF tau and the CSF tau/ABeta ratio for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 3, n. 3, p. CD010803, 2017.
- SERENIKI, A. & VITAL, M.A.B.F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. Revista de Psiquiatria do Rio Grande Do Sul, v. 30, n. 1, p. 1, 2018.
- SOARES, E. Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. Psicologia, o portal dos psicólogos. São Paulo, 2016.
- STERNBERG, R.J. & STERNBERG, K. Psicologia Cognitiva. 2ª edição. Editora: Cengage Learning, Brasil. 2016.
- VENTURA, H.N. *et al.* Saúde do idoso com doença de Alzheimer: revisão integrativa. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v. 10, n. 4, p. 941, 2018.
- WHO, World Health Organization. WHO Model list Of Essential Medicines. 20th Ed [Internet]. Geneva, 2017. Disponível em: < <https://www.who.int/publications/i/item/eml-20>> Acessado em: 17 de fev. 2023.

Capítulo 12

EVIDÊNCIAS SOBRE AURICULOTERAPIA NA REDUÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE

MARIA ELIANA PEIXOTO BESSA¹
MAGDA RAVENA MOURA MOREIRA²

1. Docente – Universidade Estadual do Ceará/ Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará
2. Fisioterapeuta – Prefeitura de São Gonçalo do Amarante- Ceará

Palavras Chave: Auriculoterapia; Ansiedade; Saúde Mental.



INTRODUÇÃO

A auriculoterapia é um método de diagnóstico e tratamento que tem como origem a Medicina Tradicional Chinesa (PRADO *et al.*, 2012). Conforme essa tradição milenar, considera-se o pavilhão auricular como um microsistema e neste todo o corpo está representado (SILVÉRIO-LOPES & SEROISKA, 2013).

O francês Paul Nogier ao estudar a auriculoterapia chinesa, percebeu que o pavilhão auricular contém uma representação embriológica correspondente a um feto invertido a que sua inervação correspondia determinados folhetos embrionários, por isso ao manipular determinados pontos e zonas reflexas era possível produzir estímulo realizado sobre uma região correspondente no organismo (HOHENBERG & DALLEGRAVE, 2016).

A estimulação dos pontos auriculares pode ocorrer por meio de agulhas ou sementes gera um estímulo periférico a partir da orelha, o qual desencadeia uma série de reações neurológicas e bioquímicas no sistema nervoso central, promovendo a liberação de substâncias como endorfina e encefalina por parte do cérebro, formando assim uma verdadeira farmácia do corpo (ARAUJO *et al.*, 2006; BARCELAR *et al.*, 2018).

Para a Medicina Tradicional Chinesa, o Qi (energia ou a força vital) flui ao longo do corpo por meio de canais que passam em pontos específicos ligados às funções de cada órgão. Assim, nos casos em que o Qi está desequilibrado, tais pontos podem ser estimulados, o que altera o fluxo da energia e recupera a saúde do indivíduo. Segundo essa teoria, quando os pontos do pavilhão auricular são estimulados provocam as alterações do Qi e restauram o equilíbrio do corpo (RUELA *et al.*, 2018).

A auriculoterapia pode-se tratar vários sintomas e queixas relacionadas: cefaleias, neuraste-

nia, insônia, depressão, ansiedade, cervicalgias, lombalgias, cistalgias, dismenorreias, dispneias, algumas alterações digestivas e cardiovasculares, hipertensão arterial, dependências como alcoolismo, drogas, tabagismo, entre outras (SANTOS & SULIANO, 2014).

No Brasil, a prática da auriculoterapia é reconhecida por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2018). As diretrizes e ações da PNPIC estão em convergência com políticas nacionais, como a da Atenção Básica (AB), de promoção da saúde, de humanização, de educação popular, de educação permanente, de povos e comunidades tradicionais, dentre outras, cujas interações são recomendadas pelo Ministério da Saúde como estratégia de ampliação e integração das Práticas Integrativas e Complementares em diferentes contextos e comunidades, consentindo mais opções terapêuticas aos usuários do SUS (LOSSO & FREITAS, 2017).

A procura por práticas integrativas tem crescido cada vez mais. Há várias décadas o mundo ocidental tem buscado na medicina tradicional chinesa, através da utilização de acupuntura, auriculoterapia, reflexologia, entre outras formas alternativas de tratamento, a cura para suas doenças (ARAUJO *et al.*, 2006). Dentre os mais diversos motivos pela busca dessas práticas de cuidado, destaca-se o tratamento para os transtornos mentais, dentro os quais destacam-se os transtornos de ansiedade (MOURA *et al.*, 2014).

Consideram-se transtornos de ansiedade como são doenças psíquicas caracterizadas pela preocupação excessiva e constante de que algo ruim pode acontecer (APA, 2014). No ano de 2019, a Organização Mundial Saúde (OMS) já estimava que quase 1 bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental, sendo que a ansiedade representava 31% desse total. Esse mesmo estudo apontou que existiam cerca 18,6

milhões de brasileiros que possuem algum transtorno de ansiedade, sendo, portanto, o País com maior número de ansiosos no mundo (WHO, 2018).

Dados do Relatório Mundial de Saúde Mental de 2022, divulgado pela OMS, traz números cada vez mais preocupantes, quando apontam que mundialmente houve um aumento superior a 25% dos novos casos de depressão e ansiedade (WHO, 2022).

Dessa forma, diante da pandemia de sofrimento psíquico, urge buscar novas estratégias que minimizem o sofrimento psíquico das pessoas com esse tipo de transtorno, além das terapias medicamentosas e da psicoterapia.

Assim, tendo como base nas vivências das autoras deste estudo que ao atender pacientes com transtornos de ansiedade utilizando-se da auriculoterapia, percebeu-se que a técnica ajudou de forma complementar diversos usuários. Com isso, motivadas por essa experiência, surgiu o seguinte questionamento: Quais as evidências que a auriculoterapia reduz a ansiedade?

O objetivo foi buscar evidências sobre os benefícios da auriculoterapia como terapia complementar no tratamento do transtorno de ansiedade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de outubro de 2020 por meio de pesquisas nas bases de dados: Lilacs, BDENF, Google Acadêmico e SciELO. Foram utilizados os descritores: Auriculoterapia; Práticas Integrativas e Complementares; Saúde Mental; Saúde Pública. Desta busca foram encontrados 452 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma português; publicados no período de 2006 a 2020 e que abordava a temática proposta

para esta pesquisa e 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 08 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas, e de forma descritiva sendo evidenciado os efeitos da auriculoterapia, bem como os protocolos evidenciados nos artigos. Esse estudo foi ancorado na PNPIC e na fundamentação da Auriculoterapia Chinesa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a prática de auriculoterapia faz parte da PNPIC desde 2006, quando ampliou o acesso aos usuários do SUS, e por meio de sua aplicabilidade, contribui como medida não farmacológica e integrativa. A auriculoterapia é uma técnica eficaz para diminuição da ansiedade. Alguns sintomas apresentados na ansiedade requerem tratamento especializado. Dessa forma, há uma preferência pelos medicamentos ansiolíticos, porém, estes podem levar a dependência, potencial de abuso e efeitos adversos. Sendo assim, a auriculoterapia como tratamento complementar é de grande importância na diminuição desses sintomas, favorecendo uma melhor qualidade de vida (NOVAK *et al.*, 2020).

A PNPIC, aprovada pela Portaria no 971 de 3 de maio de 2006, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) incentiva os métodos naturais de prevenção de agravos, manutenção e recuperação de saúde, contribuindo para a melhoria da saúde e autoestima, diminuição de consumo de medicamentos, inserção social e aumento da qualidade de vida do indivíduo (OLANDA & FONSECA, 2019).

A seguir são apresentados os estudos selecionados para compor essa revisão (**Quadro 12.1**).

No **Quadro 12.2** são apresentados os Protocolos de tratamento evidenciados nos estudos.

Quadro 12.1 Título, autores, periódicos, ano de publicação e nível de evidência

| Código do Artigo /Título | Autores | Periódico | Ano de Publicação | Nível de Evidência |
|--|---------------------------|--|-------------------|--------------------|
| A1-Auriculoterapia: Efeito na Ansiedade e sono e qualidade de vida | NOVAK <i>et al</i> | Revista Inspirar | 2020 | III |
| A2-Auriculoterapia chinesa e saúde do trabalhador: uma experiência exitosa com agentes comunitários de saúde | OLANDA & FONSECA | Revista APS | 2019 | III |
| A3-A Influência da Auriculoterapia nos Níveis de Estresse de Profissionais de Enfermagem de UTI Pediátrica | RAVAGLIO <i>et al</i> | Revista Brasileira de Terapia e Saúde | 2018 | II |
| A4-Auriculoterapia para redução de ansiedade e dor em profissionais de enfermagem | KUREBAYASHI <i>et al.</i> | Revista Latino – Americana de Enfermagem | 2017 | II |
| A5-Auriculoterapia chinesa para melhoria da qualidade de vida da equipe de Enfermagem | KUREBAYASH & SILVA | Revista Brasileira de Enfermagem | 2015 | II |
| A6-Avaliação diagnóstica da Medicina Tradicional Chinesa dos Sintomas de estresse tratado pela auriculoterapia | KUREBAYASHI <i>et al.</i> | Revista Eletrônica de Enfermagem | 2014 | II |
| A7-Eficácia da Auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem | PRADO <i>et al.</i> | Revista da Escola de Enfermagem da USP | 2012 | II |
| A8-Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta | KUREBAYASHI <i>et al.</i> | Revista Acta Paulista de Enfermagem | 2012 | II |

Quadro 12.2 Protocolo de Tratamento de Auriculoterapia

| Código do artigo | Pontos de tratamento | Dispositivo | Sessões | | |
|------------------|---|------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------|
| | | | Número | Frequência | Duração |
| A1 | Shen Men, Simpático, Rim, Ansiedade 1 e 2 | Sementes de Mostarda | 12 | 1 vez por semana | ----- |
| A2 | Shen Men, Simpático, Rim, Coluna, Bexiga, Ápice, Neurastenia, Ansiedade, Analgesia e Relaxamento Muscular | Sementes de Mostarda | 12 | 1 vez por semana | 5 a 10 min./sessão |
| A3 | Shen Men, Tronco Cerebral, Occipital e Fígado | Sementes de Mostarda | 4 a 6 sessões | ----- | ----- |
| A4 | Shen Men, Tranquilizante, Tálamo, Sistema Autonômico ou Simpático e ponto zero | Sementes de Mostarda | 10 | 2 vezes por semana | 5 a 10 min./sessão |
| A5 | Shen Men, Tronco Cerebral, Rim e Fígado | Agulhas Semipermanentes | 12 | 2 vezes por semana | 5 a 10 min./sessão |
| A6 | Shen Men, Tronco Cerebral e Rim | Agulhas Semipermanentes e Sementes | 8 | Follow up 15 dias | 5 a 10 min./sessão |

| | | | | | |
|----|---------------------------------|-------------------------|---------------|-------------------|--------------------|
| A7 | Shen Men e Tronco Cerebral | Agulhas Semipermanentes | 12 | 1 vez por semana | 5 a 10 min./sessão |
| A8 | Shen Men, Tronco Cerebral e Rim | Agulhas Semipermanentes | 4 a 8 sessões | Follow up 15 dias | ----- |

Os pontos mais utilizados para aplicação da auriculoterapia foram Shen Men. Houve uma associação de Shen Men, Tronco Cerebral e Rim 37,5 % (n=3). Shen Men, Simpático e Rim e Ansiedade 37,5 % (n=3).

Ao definir o total de sessões observou-se que 50% (n=4) estudos (A1, A2, A5 e A7) definiram o tratamento com quantidade de 12 sessões, 37,5% (n = 3) dos estudos (A3, A6 e A8) total de 04 a 08 sessões e 12,5% (n=1) o estudo (A4) utilizou um total de 10 sessões.

Referente aos profissionais que aplicaram a técnica os estudos não especificaram a formação, apenas 1 estudo especificou que para aplicação de agulhas semipermanentes tem que ser um profissional habilitado. Os estudos não foram associados a outras intervenções.

Em relação à linha de auriculoterapia que norteou o protocolo apenas 2 artigos apresentaram esta informação. O restante não apresentou esta informação, mas descreveram os pontos da escola chinesa.

Nos artigos estudados foram realizadas no mínimo de quatro sessões de auriculoterapia nos participantes. Embora não haja um consenso na literatura sobre o número de sessões necessárias, já que se deve levar em consideração a enfermidade a ser tratada, suas características, evolução e a forma como cada indivíduo reage a ela, sendo que entre um ciclo e outro deve haver um descanso que nos artigos avaliados varia de alguns dias até duas semanas.

Sobre o efeito da auriculoterapia na redução da ansiedade 87,5 % (n= 7) mostrou eficácia na redução da ansiedade e 12,5 (n= 1) sugeriu mais estudos.

A diminuição do estresse já foi evidenciada com a aplicação de auriculoterapia, sendo demonstrada sua eficácia na redução de sintomas de ansiedade e estresse em populações diversificadas (RAVAGLIO *et al.*, 2018).

A acupuntura auricular pode utilizar como instrumentos agulhas semipermanentes para fazer a estimulação desses pontos. Sementes ou ímãs magnéticos também podem ser utilizados para realizar a estimulação (KUREBAYASHI & SILVA, 2015). Os estudos achados na literatura demonstram diminuição de níveis de estresse em profissionais de saúde. Eles destacam a melhora no estado de ansiedade, estresse e *Burnout*, em profissionais da saúde após aplicação de auriculoterapia com agulhas, nos pontos Shen men, Simpático, Pulmão, Fígado e Rim (RAVAGLIO *et al.*, 2018).

De acordo com os estudos a auriculoterapia com agulhas tem produzido melhores resultados, o benefício da auriculoterapia com sementes é que pode ser indicada naquelas situações em que o paciente não apresenta tolerância para estímulo invasivo ou em tratamento com crianças (KUREBAYASHI *et al.*, 2014).

Grande parte dos estudos vem se utilizando de protocolos definidos de pontos; no entanto, não tem sido relatada a importância da experiência dos aplicadores. Embora a técnica pareça simples e de fácil realização, no contexto da prática clínica diária, não se pode afirmar que seja irrelevante a experiência de quem realiza a auriculoterapia (KUREBAYASHI *et al.*, 2012).

De acordo com os artigos analisados, verifica-se que são estudos atuais, que a maioria dos pacientes eram profissionais da saúde seguindo de enfermeiros, técnicos de enfermagem e

apenas um estudo foi realizado com agentes comunitários de saúde e outro estudo em uma clínica escola de fisioterapia. Isso faz com que a auriculoterapia se configure como prática que necessita de mais investimentos governamentais, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante disso, evidencia-se a importância de outros profissionais da saúde obterem conhecimentos a respeito das PIC, uma vez que a utilização desses recursos amplia o campo de atuação desse profissional, além de garantir a humanização e a qualidade do atendimento e a integralidade da assistência ao indivíduo.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos nos estudos, conclui-se que a auriculoterapia é eficaz como coadjuvante para o tratamento dos transtornos de ansiedade.

Dessa forma, como é uma terapia complementar de baixo custo que está inserida na Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, e que deve ser incentivada no âmbito da atenção básica à saúde, visando a melhora na qualidade de vida das pessoas.

Compreende-se que o estudo possa ajudar com evidências científicas a fim de favorecer a implementação da auriculoterapia como uma ferramenta de promoção à saúde e prevenção de adoecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, A.P.S. *et al.* Auriculoterapia no tratamento de indivíduos acometidos por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)/ lesões por esforços repetitivos (LER). Revista de Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 10, p. 35, 2006.
- BARCELAR, T. *et al.* Auriculoterapia para tratamentos estéticos – revisão de literatura. Revista Saúde em Foco, n.10, p.214, 2018.
- BRASIL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 28/10/2022
- HOHENBERG, G.F. & DALLEGRAVE, D. Auriculoterapia para profissionais de saúde: possíveis da aprendizagem à implantação na Unidade de Saúde. Revista Saúde em Redes, v.2, p.372, 2016
- KUREBAYASHI, L.F.S. & SILVA, M.J.P. Auriculoterapia chinesa para melhoria da qualidade de vida da equipe de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, p.117, 2015.
- KUREBAYASHI, L. F. S. *et al.* Auriculoterapia para redução de ansiedade e dor em profissionais de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, p. 2843, 2017.
- KUREBAYASHI, L. F. S. *et al.* Avaliação diagnóstica da Medicina Tradicional Chinesa dos Sintomas de estresse tratado pela auriculoterapia. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, p. 68, 2014.
- KUREBAYASHI, L.F.S. *et al.* Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta. Revista Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, p. 694, 2012.
- LOSSO, N.L. & FREITAS, S.F.T. Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica. Revista Saúde em Debates, v.41, n.3, p.171, 2017.
- MOURA, C.C. *et al.* Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade. Revista Cubana de Enfermagem, v.30, p.121, 2014.
- NOVAK, V.C. *et al.* Auriculoterapia: efeito na ansiedade e sono e qualidade de vida. Revista Inspirar, v. 20, n. 3, 2020.
- OLANDA, K.R. & FONSECA, B.M.C. Auriculoterapia chinesa e saúde do trabalhador: uma experiência exitosa com agentes comunitários de saúde. Revista APS. v.22 p.796, 2019.
- PRADO, J.M. *et al.* Eficácia da Auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, p. 1200, 2012
- RAVAGLIO, A.V.M. *et al.* A Influência da Auriculoterapia nos Níveis de Estresse de Profissionais de Enfermagem de UTI Pediátrica. Revista Brasileira de Terapia e Saúde, v. 9, n. 1, p.1, 2018.
- RUELA, L.O. *et al.* Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, 2018.
- SANTOS, R.S.& SULIANO, L.C. Auriculoterapia Como recurso Terapêutico para Pacientes com Fibromialgia que apresentam queixas de Dor e Insônia. Revista UNIAN-DRADE, v. 19, n. 1, p. 21, 2014.
- SILVÉRIO-LOPES, S. & SEROISKA, M.A. Analgesia por acupuntura. Curitiba, PR: Omnipax, p.1, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550383>. Acesso em: 28/10/2022
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World mental health report: Transforming mental health for all. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> Acesso em: 28/10/2022

Capítulo 13

REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SANTOS E AS NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

FERNANDA CARDOSO KINKER¹

1. *Discente - Medicina do Centro Universitário Lusíada.*

Palavras Chave: Luta antimanicomial; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental.



10.59290/978-65-81549-91-6.13

INTRODUÇÃO

Violentados e transgredidos moralmente, os pacientes psiquiátricos sempre foram marginalizados e pouco inseridos no convívio social. Amontoados em celas fortes de condições inabitáveis, silenciosamente, eram vítimas de um serviço inoperante que preconizava a estrutura asilar como modelo de reabilitação. Em uma época delineada pela óptica cientificista, a doença mental se tornava objeto de estudo e a violência se constituía como instrumento de controle da mente. Evitava-se, dessa forma, lidar com as múltiplas dimensões da loucura e, como analisa Cassel (2004), compreender os domínios fenomênicos que se organizam, continuamente, de modo a fazer surgir um sujeito que se sente como unidade coerente.

Com a Reforma Psiquiátrica, instituiu-se uma nova lógica de cuidado em saúde e inter-relação entre usuários e profissionais dos novos serviços que substituiriam os manicômios. O foco, nesse novo momento, voltava-se a estratégias de restituição de subjetividades e histórias de vida, além da reintegração social e renúncia do status de “doente mental”. Arelada à Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica, portanto, buscou a valorização de projetos que visavam a promoção de saúde, qualidade de vida e atenção integral ao usuário, fazendo com que o suporte não fosse limitado, apenas, aos momentos pontuais de crise. Ademais, evidenciou-se a necessidade de retomada da autonomia e protagonismo dos usuários e familiares mediante o fim da noção de invalidez e incapacidade.

Nesse contexto, em defesa da vida e dos desamarres sociais, houve, mediante denúncias, em 1989, a Intervenção à Casa de Saúde Anchieta, o início de um enredo que mudaria o sistema santista de saúde e o tornaria referência nacional e internacional. Mirando além dos muros do hospital e do desmantelamento da

precariedade, a qual abandonava os pacientes a própria sorte, observava-se o início de uma transformação ainda maior: a relação da sociedade com a loucura, desconstruindo o estigma que reduzia o paciente apenas a seu diagnóstico clínico e reconsiderando o indivíduo dentro de suas particularidades e sofrimentos. O processo de desinstitucionalização emergiu como uma resposta aos pedidos de socorro que ecoavam as paredes da Casa de Saúde Anchieta. Tinha início, portanto, uma nova era de reformulação do espaço que abrigava existências reprimidas e uniformizava as diferentes manifestações da loucura.

A história de Santos, nessa conjuntura, tornou-se influência substancial na cultura sanitária contemporânea, instituindo mudanças que virariam referência no processo da Reforma Psiquiátrica e um marco para a história do Movimento da Luta Antimanicomial. Dando fim às celas-fortes e à eletroconvulsoterapia como dispositivo de controle, além da desconstrução do ambiente que reverberava a estrutura panóptica de coerção e vigilância, observou-se a criação de um novo lugar social e de novas formas de relacionar-se com a saúde mental.

A cidade de Santos, inspirada na psiquiatria democrática italiana, deu luz a discussões que contemplavam a busca por diferentes formas de cuidado em saúde e novos olhares frente ao sofrimento psíquico e ao paciente psiquiátrico. Instaurou-se, na cidade, novas políticas de saúde, as quais tinham como foco a reformulação de serviços manicomiais em centros de saúde mais humanizados. Em relação aos profissionais, estes não se restringiriam ao seu lugar técnico de implementação de um novo modelo de assistência; pelo contrário, se posicionariam como militantes do Movimento Antimanicomial, engajados na luta por um ideal comum (REIS, 1998). Buscou-se estabelecer uma equipe multidisciplinar e não hierarquizada, sem a

estipulação de tarefas específicas direcionadas a determinada área. Procurou-se, assim, criar um ambiente de trabalho compartilhado em que não houvesse divisão de papéis e centralização da responsabilidade na figura do médico do serviço.

O objetivo deste estudo foi propor uma reflexão acerca do processo no qual a Psiquiatria se instaurou ao longo dos anos, dando enfoque à Reforma Psiquiátrica na cidade de Santos, que teve a Intervenção da Casa de Saúde Anchieta como seu maior marco de transformação.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica, por meio da análise de artigos redigidos por atores que participaram da intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, ou estudiosos no assunto, a fim de resgatar, de forma fidedigna, a história da Reforma Psiquiátrica na cidade e a importância da Luta Antimanicomial nesse processo. Foram utilizados, também, textos, sem delimitação de data, publicados sobre o tema e livros que abarcam o assunto com o intuito de analisar como reverberou a experiência santista em âmbito nacional. A partir da leitura dos textos, foi feita uma análise crítica das novas políticas de saúde mental, considerando seus avanços e desafios para sociedade. Os resultados foram apresentados mediante a análise do desenvolvimento da psiquiatria no país e da história da saúde mental na cidade de Santos, desde o fechamento da Casa de Saúde Anchieta até a substituição por novas políticas públicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como afirma Paulo Amarante, em seu texto “Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica”, a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um

processo de medicalização social (AMARANTE, 2002). A consolidação de métodos disciplinares e punitivos para controle de desvios delimitou a psiquiatria desde o século XIX. Esta, na tentativa de firmar-se como especialidade médica, foi engendrada mediante a lógica do biologicismo, em um processo baseado no moralismo e foco no corpo humano como objeto de pesquisa. A singularidade humana e a integridade do indivíduo deram espaço à investigação de causas orgânicas das doenças mentais pela dissecação do cérebro, evidenciando o cientificismo da época. Tal mentalidade reverberou no desenvolvimento da psiquiatria e na forma de lidar com os comportamentos considerados “anormais” durante a história da saúde mental.

A mudança da lógica do trabalho, nesse sentido, passou a ser a busca por novas formas de participação social e reinvidicação de direitos, além do desmantelamento das características de incapacidade destinadas aos usuários. Nessa conjuntura, a nova forma de lidar com a doença mental focalizava a integralidade do usuário, este, agora, percebido como um ser imerso em suas singularidades. Considerava-se, portanto, a complexidade de cada indivíduo no processo de reabilitação.

O trabalho não seria mais, como nas práticas laborterápicas, o lugar e o momento da reabilitação, posterior ao tratamento e próximo à cura, pois não se lidava tendo como referência a doença, mas sim a existência-sofrimento em sua relação com o corpo social (ROTELLI, 1990). Os usuários, nesse cenário, ajudavam a mudar os rumos da saúde mental, visto que se tornavam peças importantes na construção de um sistema que levaria à substituição das instalações manicomiais.

Nesse contexto, analisa-se a proposta de reabilitação de Saraceno (1999), a qual inclui o conceito biopsicossocial. Tal análise entende que, como fruto das desordens mentais, tem-se

o desequilíbrio da interação entre aspectos biológicos, sociais e psicológicos do indivíduo, superando a abordagem dualista cartesiana mente-corpo. Percebe-se, portanto, a saúde mental dentro de um processo amplo e complexo, o qual não pode ser reduzido a teorias biológicas e científicas apenas. O profissional de saúde mental, nesse contexto, age como facilitador da reorganização desses aspectos na vida dos indivíduos, fazendo com que o usuário participe ativamente do processo de reabilitação.

Historicamente, a modernização da psiquiatria teve início após a Proclamação da República com os princípios liberais que formavam o momento histórico. A organização dos hospitais, constituída durante o absolutismo, destoava da nova era que estava nascendo. Este processo de transformação delineou a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, a qual instituiu a implantação de colônias voltadas àqueles considerados doentes mentais. Além disso, os psiquiatras atuavam, agora, no espaço social onde as doenças mentais surgiam, não se restringindo, apenas, à atividade no interior dos hospitais.

Em 1930, a busca pela cura das doenças mentais parecia cada vez mais próxima para os médicos da época. A doença mental era explorada pela lógica científica e novas descobertas, como a eletroconvulsoterapia e os choques foram acolhidas com grande entusiasmo pelos psiquiatras como forma de controle.

Já na década de 50, os primeiros neurolépticos foram criados. Na época, a medicalização era um instrumento que auxiliava na internação, uma vez que tornava os doentes mais dóceis e calmos. Nos anos seguintes, a mesma estrutura foi mantida. Os manicômios tornaram-se alternativas quase que exclusivas de assistência psiquiátrica e, durante o fim da Segunda Guerra Mundial, novas tentativas de reforma psiquiá-

trica surgiram, mas, sem êxito, são de difícil narração pelos autores.

Em meados de 1960, a doença mental tornou-se mercadoria. Houve o aumento do número de vagas para internação nos hospitais psiquiátricos em um cenário de perpetuação da proposta asilar e dificuldade de efetivação de novas propostas e alternativas não manicomialis.

Imersos em um contexto político de militarismo, os manicômios tiveram sua organização questionada em um momento de reabertura dos regimes democráticos com o consequente fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Essa nova mentalidade trouxe à tona eventos que consolidaram a discussão sobre a saúde pública e a saúde mental no país, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNSM), em 1986 e a 1ª Conferência de Saúde Mental, em 1987, que simbolizou o fim da trajetória sanitária. No mesmo ano, ocorreu a II CNSM, em Bauru, que ficou conhecida como “Congresso de Bauru”. Esta ficou marcada como um importante avanço no processo de desinstitucionalização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Criou-se, assim, a abertura de caminhos para uma era de transformações e reformas no âmbito da saúde.

Com a democratização do país e a criação de novas estruturas, como o Sistema Único de Saúde e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, estruturou-se uma nova tendência de saúde pautada na descentralização e na desospitalização. Veio à tona, nessa conjuntura, a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e os manicômios

É neste momento que nasce o Movimento da Luta Antimanicomial, o qual pretendia ampliar os objetivos e a participação popular. Com base no documento que originou a Luta Antimanicomial no país, oficialmente, foi desenvolvido o “Manifesto de Bauru”, uma carta que mudaria

para sempre os rumos da saúde mental no Brasil.

A partir de 1989, o município de Santos passou a integrar-se nas lutas e debates que tomaram o país acerca das condições da saúde da população. Sendo um dos primeiros lugares a embarcar no processo de transformação da saúde em âmbito nacional, Santos fez parte do embate em prol da implantação do Sistema Único de Saúde e da reforma psiquiátrica com a substituição dos manicômios por serviços territoriais. A intervenção da Casa de Saúde Anchieta pelo poder público municipal possibilitou não apenas a extinção da maior estrutura de representação do modelo asilar na cidade, como também abriu margem para novas formas de lidar com a loucura, colocando em ênfase a discussão sobre a dicotomia entre patológico e normal.

O início da insatisfação constituiu-se frente ao cenário de superlotação, baixa resolutividade, ausência de projetos concretos de reabilitação e ressocialização, além do ciclo interminável de reinternação que constituía a Casa de Saúde Anchieta. Inaugurada em 1951, esta foi construída sob a óptica terapêutica da época, a qual preconizava o tratamento asilar como melhor alternativa frente ao sofrimento psíquico. A ausência de um trabalho em rede somado aos maus tratos, eletrochoque, celas fortes e gritos de sofrimento fizeram com que fosse renomeada pela vizinhança como “Casa dos Horrores”. A sua decadência, nesse sentido, era percebida pela população e vizinhança ao redor, que, se por um lado desconfiavam das barbáries que ocorriam no interior do hospital, por outro, dificilmente admitiam isso, pois era esse ambiente que escondia os loucos e poupava a sociedade de lidar com a loucura (REIS, 1998). Nesse cenário, a nova ética passou a orientar a implantação de uma política de saúde mental em Santos.

Para esse novo momento, com o objetivo de, após algum tempo, instituir os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), a Casa de Saúde Anchieta foi dividida em cinco equipes, cada uma responsável por uma região de Santos. Esse processo traria a desativação, em 1994, da Casa de Saúde Anchieta e a substituição desta pelos serviços territoriais, os NAPS.

Ao se colocar como referência de tratamento para todas as demandas na área de Saúde Mental, o NAPS ganha múltiplas funções: garantia o direito de asilo, hospitalidade diurna e noturna, espaço de convivência, promoção de ações que levem a uma reabilitação psicossocial e espaço de transformação cultural (REIS, 1998).

Nesse processo, a Política Nacional de Saúde Mental, consolidada mediante as diretrizes da reforma psiquiátrica, trouxe transformações significativas ao sistema de saúde mental no país. Dentre as principais inovações, vale destacar: a adoção do território como conceito organizador da atenção; a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades

Em meio ao momento de mudanças, houve a criação, pela Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013, das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), instituindo o trabalho em rede com caráter territorial. A RAPS foi estabelecida sob o princípio do respeito aos direitos humanos, garantia da autonomia e liberdade, promoção da equidade, do exercício da cidadania e da inclusão social; pelo enfrentamento dos estigmas e preconceitos; e pela garantia do acesso e da qualidade dos serviços (ASSIS *et al.*, 2004). Buscava-se, também, a reinserção do usuário no âmbito do mercado de trabalho e a atenção frente às reais necessidades de cada indivíduo por meio do cuidado integral, humanizado, interdisciplinar e intersetorial, no qual haveria a participação

ativa dos usuários e seus familiares no processo de reabilitação.

Ademais, os avanços da saúde mental abarcam a qualificação dos profissionais da saúde. Desde 2002, houve o desenvolvimento do “Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica”, com o intuito de criar núcleos de formação em saúde mental na rede pública. Dando continuidade a esse processo, em 2003, houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a qual foi responsável por formular políticas para a formação profissional, desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais nos níveis técnico e superior do SUS. Além disso, houve a criação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e de residências em psiquiatria articuladas ao modelo comunitário de atenção. No que tange à qualificação do trabalho nas redes, ressalta-se o estímulo à supervisão clínico-institucional dos CAPS (PT GM 1174/2005) e à formação continuada de supervisores/as. (BRASIL, 2021).

Com relação ao financiamento da saúde mental no país e ao direcionamento dos gastos, houve o fenômeno denominado “inversão de gastos”, no qual os serviços comunitários passaram a receber mais recursos do que os hospitais psiquiátricos.

CONCLUSÃO

A expansão, gradual, da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional e a mobilização social frente ao Movimento da Luta Antimanicomial transformou a cultura sanitária do país e a forma

de lidar com o sofrimento psíquico, desconstruindo e ressignificando a loucura. Esta, antes reduzida à lógica da invalidez, hoje, passou a ser compreendida mediante perspectivas diversas, as quais validam o contexto de vida e a integralidade do sujeito. Esse processo pode ser entendido mediante a mentalidade cientificista que permeou, durante muito tempo, grande parte do território nacional, reverberando, diretamente, na forma de cuidado frente ao sofrimento psíquico.

A cidade de Santos, nesse contexto, tornou-se palco de um processo que mudaria a óptica asilar como instrumento de controle e fins terapêuticos. A progressiva substituição dos manicômios por novos projetos de cuidado e intervenção, como os CAPS, em um momento de superação do modelo de hospitalização, dava luz a ambientes nos quais a realidade de vida dos usuários passaria a ser o foco principal do tratamento. Em particular, Santos presenciou a participação efetiva dos órgãos públicos na reforma na saúde mental. Junto aos trabalhadores da saúde e os movimentos populares, a Prefeitura Municipal delineou o processo de intervenção da Casa de Saúde Anchieta, movimento que daria o ponta pé inicial para as demais mudanças no âmbito da saúde.

Ao transpor tal análise para a contemporaneidade, evidencia-se o atual sucateamento das políticas de saúde mental implementadas pela Reforma Psiquiátrica como fruto do retorno da defesa dos hospitais psiquiátricos. O momento vigente é de fragilidade e busca do fortalecimento da desinstitucionalização, a fim de que não haja regresso das conquistas obtidas em 30 anos de luta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE P. (ORG) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª reimpressão: 2002.

ASSIS, J.T. *et al.* Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 88, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Documento orientador da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 2021. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/images/5cnsn/doc/documento_orientador_5CNSM.pdf> Acesso em 14 de agosto de 2022.

CASSEL, E.J. *The nature of suffering*. New York: Oxford University Press, 2004.

REIS, S.L.C. Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, município de Santos no período de 1989 a 1996. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Trad. Maria Fernanda de Silvio Nicácio. In: NICÁCIO, M.F.S. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, p. 89, 1990.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

Capítulo 14

ESQUIZOFRENIA

LÍGIA BAUER OLIVEIRA¹

JOÃO PAULO BORGES DE OLIVEIRA²

GABRIEL CALMON PARREIRA DE SOUZA ARRAES³

EDUARDA GUEDES NARCISO³

YASSER MATHEWS NADAF CANNO³

CECILIA CALMON PARREIRA DE SOUZA ARRAES⁴

1. Médica – Graduação pela Universidade Federal de Mato Grosso.
2. Discente – Medicina da Universidade Federal de Goiás.
3. Discente – Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso.
4. Discente – Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Palavras Chave: Esquizofrenia; Transtornos Psicóticos; Espectro da Esquizofrenia; Outros Transtornos Psicóticos.



INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é o protótipo dos transtornos psicóticos, apresentando caracteristicamente delírios, alucinações, desintegração do pensamento e afeto embotado (BRIETZKE *et al.*, 2021).

Foi primeiramente descrita no final do século XIX por Emil Kraepelin, cujo objetivo era descrever as doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Ele encontrou uma patologia de origem endógena que incluía alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos, denominando-a “demência precoce”, já que habitualmente acometia pacientes jovens e os levava, com o passar dos anos, ao declínio psíquico e cognitivo. Outro pesquisador importante nesse contexto foi Eugen Bleuler, o qual criou o termo “esquizofrenia” (esquizo = divisão, phrenia = mente) para indicar a quebra entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes, e que veio a substituir o termo demência precoce (SILVA, 2006).

Atualmente, a esquizofrenia, devido ao grau de acometimento do sujeito, é vista como um dos transtornos mentais mais incapacitantes, com declínio significativo na qualidade de vida. Além disso, é considerado um problema de saúde pública (MACHADO *et al.*, 2021).

A taxa de mortalidade por acidentes, bem como por doenças crônicas é mais elevada nesse grupo de pacientes, levando-os a falecer, em média, 15 a 20 anos mais precocemente do que a população geral. Há ainda maior prevalência de doenças cardiovasculares, neoplásicas e diabetes mellitus, muitas vezes explicados pelos efeitos adversos da medicação antipsicótica, nível de atividade física reduzido, dieta e tabagismo (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Os primeiros sintomas surgem, em geral, no final da adolescência e início da idade adulta. No sexo masculino, é mais comum que apareçam entre os 15 e 25 anos, mas no sexo feminino é observada uma disposição bimodal: o primeiro pico entre os 25 e 30 anos e o segundo mais tarde na idade adulta, com 3% a 10% das mulheres apresentando um início após os 40 anos de idade (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Apesar de existirem diversas teorias a respeito de sua etiologia, a mais aceita atualmente é a ideia de que a esquizofrenia tenha como causa uma combinação de fatores genéticos e ambientais, que interferem diretamente no desenvolvimento e amadurecimento cerebral (BRIETZKE *et al.*, 2021).

A história natural da esquizofrenia cursa na maioria dos casos com um período prodromico, mas os sintomas até então leves aumentam em gravidade, duração e frequência, sendo evidenciado o primeiro episódio psicótico. Foi visto que a intervenção precoce evita desfechos desfavoráveis, os quais se relacionam à duração da psicose não tratada, e incluem diminuição da resposta ao tratamento antipsicótico e maior risco de desenvolvimento de sintomas negativos (BRIETZKE *et al.*, 2021).

O objetivo deste estudo foi descrever aspectos referentes à esquizofrenia, levando o conhecimento dessa patologia e de seus aspectos mais importantes a um público maior de profissionais da saúde, de forma simplificada e sintética, melhorando os atendimentos e proporcionando um diagnóstico mais precoce e um tratamento eficaz para uma maior gama de pacientes.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica narrativa realizada no mês de março de 2023. A coleta de dados foi feita por meio de

capítulos de livros de psiquiatria e artigos científicos encontrados nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *PubMed*, *Medline* e *Scholar Google*, utilizando-se as palavras-chave: “Esquizofrenia”, “Transtornos Psicóticos” e “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”. Como critérios de inclusão foram escolhidos: artigos nos idiomas português ou inglês e que abordassem a temática do estudo em questão, disponibilizados na íntegra. A partir dessa seleção inicial, a escolha dos artigos definitivos baseou-se na leitura do resumo, sendo selecionados aqueles que melhor se enquadravam nos aspectos históricos, epidemiológicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos da patologia em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

Quanto à epidemiologia da esquizofrenia, em uma revisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o impacto da esquizofrenia em todo o mundo, foi visto que a taxa de prevalência é de 0,92% para homens e de 0,9% para mulheres (MURRAY & LOPEZ, 1996). No entanto, estudos realizados na América Latina e no Brasil relataram taxas de prevalência mais altas, próximas a 1% (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1992).

Para a análise da incidência, foi realizado um estudo utilizando a metodologia da colaboração multicêntrica, adequada por se tratar de um transtorno de baixa incidência na população, e este concluiu que, para um critério amplo, a incidência entre os homens variou de 1,5 a 4,2 por 10.000 habitantes com idade entre 15 e 54 anos, e entre as mulheres de 1,2 a 4,8 por 10.000 habitantes, configurando diferenças estatisticamente significantes. Para o critério restrito, na população masculina a incidência caiu para uma variação de 0,8 a 1,7 por 10.000 e na população

feminina a variação foi de 0,5 a 1,4 por 10.000, de forma que se observa um desaparecimento da diferença estatística (SARTORIUS *et al.*, 1986).

Ademais, observa-se que a quantidade de internações relacionadas à esquizofrenia tem aumentado enquanto o tempo de internação tem diminuído. Nesse sentido, foi observado que, em uma coorte na Suíça no período de 1977 a 2004, o número de internações relacionadas à esquizofrenia dobrou, enquanto o tempo de internação caiu de 47 para 23 dias (LAY *et al.*, 2007).

No que tange a idade de início e diferenças entre os sexos, casos novos da doença raramente ocorrem antes da puberdade e acima dos 50 anos. Todavia, há diferenças quanto à idade de início dos sintomas em homens e mulheres. Em geral, na população masculina os sintomas tendem a surgir entre 18-25 anos e na população feminina em torno de 25-35 anos. No início da adolescência, a proporção de casos entre homens e mulheres é de 2:1. Porém, quando os pacientes com mais de 50 anos são analisados essa proporção tende a sofrer uma inversão (CHAVES, 2000).

Para analisar o contexto brasileiro, há o estudo observacional em prontuários médicos no Instituto Raul Soares (IRS), em Belo Horizonte, no período de 2010 a 2013. Nesse estudo, foram coletadas informações de 691 prontuários de pacientes com diagnóstico de alta de esquizofrenia internados. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (60,6%), o que pode estar relacionado a uma progressão mais grave da doença na população masculina, solteiro (82,8%), não exercia atividade laborativa (52,2%) e estudou até ensino fundamental (43,2%), indicando baixo nível escolar. Além disso, quanto ao tipo de internação, 43,3% foram voluntárias, 51,7% involuntárias e 3,0% compulsórias, indicando que a maior parte das internações ocorre sem o consentimento do

paciente. E quanto ao número de admissões, 78,7% dos pacientes do IRS foram admitidos, entre 2010 e 2013, apenas uma vez, 18,7% duas ou três vezes e 2,6% quatro ou mais vezes (CREPALDE *et al.*, 2016).

Etiologia

As causas da esquizofrenia ainda não estão esclarecidas e estabelecidas. Contudo, possuir um parente que apresente esquizofrenia é o fator de risco mais significativo para o desenvolvimento da doença (PORTO & VIANA, 2009). Nesse sentido, apesar de haver variedade nas estimativas, a taxa de concordância para esquizofrenia em gêmeos monozigóticos é ao redor de 50% e, para gêmeos não - idênticos, é por volta de 12%, o que é muito maior que o 1% da população em geral. Dessa forma, observa-se o fator genético, mas também o ambiental, uma vez que a taxa de concordância não é de 100% em gêmeos idênticos (VALLADA FILHO & BUSATTO FILHO, 1996).

Nesse contexto, não há um único fator que cause a esquizofrenia, ela é uma consequência da combinação de diversos fatores, entre eles os ambientais, biológicos e psicológicos (TOWNSEND, 2002). Para alguns autores, existem duas hipóteses que explicam a causa da esquizofrenia. A primeira sugere que a doença é resultado de um distúrbio no desenvolvimento normal dos neurônios e das vias neurais, ou seja, um transtorno do desenvolvimento neuronal. A outra hipótese, chamada de modelo diátese-estresse, propõe que a esquizofrenia é o resultado de uma interação complexa entre fatores hereditários (diátese) e fatores ambientais estressantes que podem levar ao desenvolvimento do transtorno (HALES, 2012).

Dentre as teorias bioquímicas referentes à gênese da esquizofrenia, a mais aceita atualmente é a da Hiperfunção Dopaminérgica Central, a qual se baseia na observação de que certas

drogas têm a capacidade de estimular a neurotransmissão da dopamina. O uso da droga psicoestimulante anfetamina, em altas doses e repetidas vezes, pode causar uma psicose tóxica com características muito semelhantes às da esquizofrenia paranoide em fase ativa. Essa semelhança é tão grande que pode levar a erros diagnósticos, caso o médico psiquiatra não leve em consideração o uso da anfetamina pelo paciente. A anfetamina atua nos terminais dopaminérgicos aumentando a liberação de dopamina e impedindo sua inativação na fenda sináptica, inibindo o mecanismo neuronal de recaptação existente na membrana pré-sináptica (GRAEFF, 2004).

Assim, é possível que os sintomas esquizofreniformes, como agitação psicomotora, alucinações auditivas e ideias delirantes do tipo persecutório, sejam causados pelo excesso de atividade dopaminérgica induzida pela anfetamina. Esses sintomas geralmente diminuem rapidamente após a administração de neurolépticos bloqueadores dos receptores dopaminérgicos, especialmente do tipo D2, que são abundantemente distribuídos nos gânglios da base e áreas mesolímbicas. Além disso, alguns pacientes com doença de Parkinson tratados com L-DOPA, que aumenta a formação de dopamina, podem desenvolver sintomas psicóticos semelhantes. Acredita-se que o efeito antipsicótico de drogas como a clozapina e o haloperidol seja devido à ação dessas drogas em bloquear a ação dopaminérgica (GRAEFF, 2004).

No que tange à teoria dos distúrbios de desenvolvimento, diversos estudos indicam que eventos que ocorrem cedo na vida, durante a gestação ou logo após o nascimento, podem ser relevantes na causa da esquizofrenia, afetando o desenvolvimento normal de certas estruturas cerebrais e tornando o indivíduo mais vulnerável ao surgimento de sintomas mais tarde na vida. O desenvolvimento do Sistema Nervoso Central pode ser prejudicado por fatores como subnu-

trição fetal, que envolve a diminuição do fornecimento de oxigênio, iodo, glicose e ferro. O nascimento prematuro, antes de 33 semanas de gestação, parece aumentar o risco de esquizofrenia. Complicações durante o parto podem causar danos ao hipocampo e ao córtex cerebral em razão da falta de oxigênio e à isquemia (SILVA, 2006).

Ademais, devido à importância dos aspectos psicossociais, diferentes modelos tentam uni-los com os biológicos na compreensão da etiologia da esquizofrenia. O modelo de "vulnerabilidade versus estresse" assume que pacientes com esquizofrenia têm uma vulnerabilidade biológica para a doença (genética e/ou por eventos ambientais precoces), mas também reconhece que o início dos sintomas pode ser influenciado diretamente pelo grau de estresse psicossocial enfrentado pelo indivíduo. Nesse modelo, os sintomas são vistos como um equilíbrio entre a vulnerabilidade biológica e o estresse ambiental. O modelo "vulnerabilidade e estresse psicossocial" integra os aspectos biológicos e psicossociais da doença e destaca a importância de uma abordagem global no tratamento, não apenas focando na eliminação dos sintomas, mas também no controle e prevenção de fatores estressantes do ambiente (SILVA, 2006).

Dessa forma, fica evidente que essa doença não possui uma causa única, mas é resultado da relação de diferentes fatores psicológicos, biológicos e ambientais.

Quadro clínico

Os sintomas prodrômicos são inespecíficos e identificados de forma retrospectiva, as características mais comuns são a falta de iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento social, comportamento inadequado, desinteresse na aparência pessoal e higiene, podendo estes surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais

característicos da esquizofrenia (QUEIRÓS *et al.*, 2019; SILVA, 2006; HALES, 2012).

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante heterogêneo, complexo e nem sempre facilmente perceptível, já que nenhum sinal ou sintoma é considerado patognomônico e estes podem variar ao longo do curso da doença. Apesar de poder surgir de maneira rápida, o quadro mais frequente se inicia de forma insidiosa na adolescência. Podemos dividir os sintomas em 3 principais categorias: positivos, negativos e desorganizados (QUEIRÓS *et al.*, 2019; SILVA, 2006; HALES, 2012).

Os sintomas positivos, também chamados de sintomas produtivos, incluem alterações do pensamento, discurso ou comportamento, sendo as manifestações mais clássicas os delírios e alucinações. Os delírios persecutório (paciente se sente perseguido por algo ou alguém) e de autorreferência (paciente atribui acontecimentos mundiais, obras de arte e etc uma relação direta com a sua pessoa, um exemplo é a pessoa assistir um filme e ter certeza que o filme tem uma mensagem secreta para ela) são os mais comuns nos pacientes esquizofrênicos (QUEIRÓS *et al.*, 2019; HALES, 2012).

As alucinações auditivas são as mais recorrentes, a presença de outros tipos de alucinações como as visuais, olfativas ou gustativas é incomum e deve ser um sinal de alerta para um possível quadro orgânico como causa de uma síndrome psicótica (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Já os sintomas negativos incluem alterações nos aspectos afetivo, social e cognitivo do paciente. Suas principais manifestações são o embotamento afetivo (redução ou perda da expressividade afetiva associadas às expressões faciais utilizadas nas interações sociais), apatia, retraimento social, alogia (pobreza de palavras) (HALES, 2012).

Por fim, os sintomas de desorganização agrupam alguns sintomas de anormalidade na linguagem e no comportamento. Os principais

são a circunstancialidade (ligação lógica entre cada frase consecutiva, mas com um desvio progressivo de ideias do tema original), descarilamento (a resposta é inicialmente tópica e lógica, mas se torna desconexa), tangencialidade (ocorre uma perda imediata de associação entre resposta e pergunta inicial) e salada de palavras (quadro mais grave pois já temos uma total ausência de ligação lógica entre as palavras em uma declaração) (HALES, 2012).

Outras manifestações comuns de desorganização do pensamento formal são a distratibilidade, ecolalia (repetição de palavras ou declarações faladas ao paciente), associações clamorosas (listar palavras com base em semelhanças fonética), perseverações (repetição de palavras ou frases), bloqueio (incapacidade de completar frases devido a dificuldade de formar palavras, se concentrar e manter a calma) e neologismos (criação de palavras novas). A desorganização também pode referir-se a comportamentos não linguísticos como uma sequência não organizada de ações sem nenhum propósito evidente, através de uma auto ou hetero agressividade, agitação e inquietude motoras, atitudes bizarras ou isolamento (QUEIRÓS *et al.*, 2019; HALES, 2012).

Outro sintoma relevante é o prejuízo cognitivo. Esses pacientes podem apresentar diversos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova, sensoriais e outros. As alterações cognitivas mais recorrentes na esquizofrenia incluem déficits de atenção, memória e resolução de problemas (HALES, 2012).

Diagnóstico

De acordo com o DSM-5, o diagnóstico da esquizofrenia requer dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou

catatônico ou sintomas negativos (por exemplo, embotamento afetivo, aloxia, apatia). Obrigatoriamente pelo menos um dos três primeiros da lista de sintomas deve estar presente. Além disso, é requerido um quadro clínico mínimo de seis meses (incluindo um mês em fase aguda e períodos prodrômicos) (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Os critérios de diagnóstico segundo o DSM-5 eliminaram os subtipos de esquizofrenia paranoide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, residual e simples. Estes subtipos têm pouca validade, confiabilidade e utilidade clínica. No entanto, a CID-10 mantém a divisão do diagnóstico em subtipos (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

De acordo com o CID-10, o diagnóstico da esquizofrenia requer um ou mais dos seguintes sintomas: eco, inserção, roubo ou difusão do pensamento, delírios de controle, influência ou passividade, delírios persistentes de diversos tipos ou alucinações auditivo-verbais. Além disso, necessita de dois ou mais dos seguintes sintomas: alucinações persistentes de qualquer tipo, interrupções frequentes no curso do pensamento resultando em incoerência no discurso ou neologismos, comportamento catatônico (posturas inadequadas ou rigidez cérea, negativismo, mutismo e estupor), sintomas negativos tais como apatia marcada, escassez de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, com compromisso social (conferir se não são devidos a depressão ou medicações neurolépticas), alterações significativas na sua personalidade (manifestando-se com falta de interesse, propósito, ociosidade e compromisso social). Esses sintomas necessitam, por esse critério, de uma duração de no mínimo um mês (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Tratamento

A esquizofrenia é um transtorno crônico que pode afetar negativamente a qualidade de vida do paciente, tornando-o vulnerável em situações

estressantes e aumentando o risco de suicídio. Por essa razão, é necessário um acompanhamento de longo prazo por um psiquiatra. O principal objetivo desse acompanhamento é prevenir recaídas, que podem levar à piora do estado do paciente. No entanto, o sucesso do tratamento depende da adesão do paciente, já que muitos pacientes param de tomar seus medicamentos antipsicóticos após várias crises e remissões, o que pode levar a novas recaídas. Para o êxito do tratamento, é importante que a relação médico-paciente e o vínculo sejam trabalhados constantemente. As estratégias de tratamento podem variar de acordo com o paciente, sua família, a fase e a gravidade da doença (SHIRAKAWA, 1998).

Nesse sentido, na determinação do tratamento adequado, devem ser levados em consideração os âmbitos biológico, psicológico e social do paciente, baseando-se em uma abordagem multidisciplinar e uma visão longitudinal, de forma a considerar as diferentes fases da doença e a busca pela prevenção do declínio cognitivo. Nesse contexto, é importante mencionar que o tratamento da esquizofrenia é realizado por meio de fármacos antipsicóticos típicos e atípicos, além do tratamento psicoterápico (SARAIVA & CEREJEIRA, 2014).

No que tange ao tratamento farmacológico com antipsicóticos típicos, até o início dos anos 50 do século XX, as alternativas disponíveis para o tratamento de doentes psicóticos eram muito limitadas, de forma que a mais usada consistia em confiná-los em grandes hospitais ou asilos, de onde a saída de muitos não era permitida. O principal elemento proporcionador dessa mudança foi a introdução dos medicamentos antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, ou tranquilizantes maiores (WYATT, 2001).

Nesse contexto, a descoberta dos neurolépticos em 1952 foi um marco importante para a

psicofarmacologia moderna. O cirurgião francês Henri Laborit observou os efeitos da clorpromazina em pacientes e sugeriu aos psiquiatras Jean Delay e Pierre Deniker seu uso experimental em pacientes com transtornos mentais. Os pacientes tiveram melhorias significativas, incluindo alívio de sintomas psicóticos da esquizofrenia. A notícia se espalhou e o uso da clorpromazina e drogas semelhantes se difundiu rapidamente pelo mundo, gerando uma revolução farmacológica na prática psiquiátrica e levando a uma redução de leitos para pacientes crônicos em países desenvolvidos. O tratamento farmacológico possibilitou o surgimento de outras intervenções sociais e psicológicas complementares (GRAEFF & GUIMARÃES, 1999).

Quanto ao uso da clorpromazina, este teve um impacto revolucionário no tratamento de pacientes esquizofrênicos, com melhora significativa em 50-75% dos casos. Outros compostos com propriedades semelhantes, mas estruturas químicas diferentes, foram descobertos depois.

Atualmente, tratamento medicamentoso principal é realizado por meio de antipsicóticos típicos (1ª geração) ou atípicos (2ª geração). Os primeiros atuam como antagonistas dos receptores de dopamina e são mais eficazes no tratamento dos sintomas positivos. Já os segundos atuam em receptores serotoninérgicos e dopaminérgicos, o que lhes confere propriedades estabilizadoras do humor e a capacidade de atuar tanto nos sintomas positivos, quanto nos negativos e cognitivos da síndrome (MACHADO *et al.*, 2021).

O bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2 no sistema nervoso central pode levar dias a semanas para produzir efeitos terapêuticos máximos. Estudos mostraram uma relação direta entre a potência terapêutica desses medicamentos e sua capacidade de bloquear os receptores D2 (SNYDER, 1986). Embora incapazes de curar a doença, centenas de ensaios clínicos

controlados comprovam que o tratamento de manutenção, a longo prazo, com neurolépticos reduz drasticamente a frequência de recidivas e rehospitalizações (GRAEFF & GUIMARÃES, 1999).

Os antipsicóticos típicos podem ser divididos em dois grupos, os de alta e baixa potência, e atuam no sistema dopaminérgico cerebral, especialmente no mesocortical e mesolímbico. O bloqueio de receptores dopaminérgicos do sistema nigroestriatal é responsável pelos efeitos extrapiramidais dos neurolépticos, enquanto a ação no sistema túberoinfundibular pode causar efeitos endocrinológicos (GRAEFF & GUIMARÃES, 1999).

No que tange aos possíveis eventos adversos advindos desses antipsicóticos, esses medicamentos possuem efeitos colaterais típicos que afetam a regulação da atividade motora, sendo a síndrome de Parkinson, reações distônicas agudas, acatisia, acinesia e discinesia tardia os mais comuns. Eles também podem afetar o sistema neuroendócrino, causando ginecomastia, galactorréia e amenorréia, além de afetar o sistema nervoso autônomo, causando sintomas como boca e pele seca, midríase, taquicardia, constipação intestinal e retenção urinária. A incidência desses efeitos colaterais é alta, chegando a 90% em alguns estudos, mas o tratamento de manutenção a longo prazo com neurolépticos é comprovadamente eficaz na redução da frequência de recidivas e rehospitalizações (GRAEFF & GUIMARÃES, 1999).

Diante disso, atualmente, a busca por antipsicóticos eficazes no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia concentra-se em antipsicóticos atípicos, como a clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona e aripiprazol, que têm menos efeitos extrapiramidais. A clozapina foi o primeiro antipsicótico a tratar os sintomas da esquizofrenia de forma efetiva com apenas um risco mínimo de induzir

efeitos colaterais motores extrapiramidais. Além disso, a eficácia antipsicótica excelente da clozapina, sem bloquear os receptores de dopamina D2 nigroestriatais, influenciou notavelmente as estratégias pré-clínicas para o desenvolvimento de novos antipsicóticos (FLEISCHHACKER, 2005).

Na prática clínica, a clozapina é tão eficaz quanto ou até superior aos antipsicóticos tradicionais no tratamento dos sintomas positivos da esquizofrenia, além de apresentar benefícios no tratamento dos sintomas negativos. Adicionalmente, cerca de 60% dos pacientes que não respondem aos antipsicóticos típicos podem apresentar melhora com o uso da clozapina. No entanto, a maior desvantagem desta droga é o risco eventual de agranulocitose, uma condição que pode reduzir significativamente o número de células brancas no sangue, aumentando o risco de infecções graves. Por essa razão, é necessário monitorar regularmente a contagem de células sanguíneas dos pacientes que utilizam clozapina (FLEISCHHACKER, 2005).

Por outro lado, há também o tratamento psicoterápico. Nesse sentido, o uso de antipsicóticos na década de 1950 resultou na diminuição rápida do número de pacientes internados, mas muitos foram devolvidos à sociedade sem estar preparados para lidar com as demandas sociais e profissionais. Todavia, para uma reabilitação psicossocial completa, a farmacoterapia antipsicótica deve ser combinada com intervenções psicoterapêuticas, treinamento de estratégias de enfrentamento e manejo de situações de vida, intervenções familiares e sócio-profissionais adaptadas às necessidades do paciente. Antes da década de 1970, as psicoterapias para a esquizofrenia eram baseadas em teorias psicodinâmicas ou de comportamento, mas eram ineficazes e estigmatizavam as famílias dos doentes. Dessa forma, após a introdução de antipsicóticos eficazes, houve um afastamen-

to do foco nas intervenções psicológicas para a esquizofrenia (MCGLASHAN, 1994).

Nesse contexto, percebeu-se uma progressiva insatisfação com o uso excessivo de tratamentos farmacológicos para a esquizofrenia e a limitação dos neurolépticos para tratar todos os sintomas e prejuízos da doença. Ao mesmo tempo, constatou-se a importância da influência do ambiente familiar no prognóstico da doença. A partir da década de 1980, surgiram ensaios controlados de intervenções psicológicas para promover a aquisição de habilidades sociais e reduzir recaídas, melhorando a atmosfera familiar. A terapia cognitiva também foi utilizada para tratar sintomas psicóticos positivos resistentes à medicação. As intervenções psicológicas se concentraram em fenômenos da experiência e do comportamento associados à esquizofrenia, combinando intervenções sobre sintomas individuais com estratégias globais de tratamento. Surgiram resultados promissores em relatos de casos e estudos não-controlados, e, nos últimos anos, diversos ensaios clínicos controlados randomizados foram publicados, voltados para o tratamento da depressão causada pela esquizofrenia (BIRCHWOOD & SPENCER, 2005).

Prognóstico

A visão clínica e social tradicional da esquizofrenia é de uma doença destrutiva e debilitante com mau prognóstico, mas na atualidade o prognóstico da esquizofrenia é caracterizado por uma variedade de fatores e a doença nem sempre cursa de forma deteriorante já que alguns desses fatores foram associados com bom prognóstico. É importante para os clínicos a compreensão destes dados e a sua transmissão de forma empática ao doente e à família, pela importância em derrubar estereótipos e ampliar o conhecimento da sociedade (QUEIRÓS *et al.*, 2019). A **Tabela 14.1**

enumera os principais fatores de bom e mau prognóstico.

Tabela 14.1 Tabela dos fatores de bom e mau prognóstico da esquizofrenia

| Fatores de bom prognóstico | Fatores de mau prognóstico |
|---|--|
| Sexo feminino | Sexo masculino |
| Casado | Solteiro, divorciado ou viúvo |
| Início tardio | Início precoce |
| Fatores precipitantes óbvios | Sem fatores precipitantes óbvios |
| Vida pré-mórbida ajustada | Vida pré-mórbida desajustada |
| Boa rede de suporte familiar e social | Fraca rede de suporte familiar e social |
| Família com baixo nível de emotividade expressa | Família com alto nível de emotividade expressa |
| Início agudo | Início insidioso |
| Tratamento precoce | Tratamento tardio |
| Episódio breve | Episódio de longa duração |
| Reduzido número de recaídas | Elevado número de recaídas |
| História familiar de perturbações do humor | História familiar de esquizofrenia |
| Predomínio de sintomas positivos e afetivos | Predomínio de sintomas negativos |
| Boa adesão à terapêutica | Má adesão à terapêutica |
| Boa resposta à terapêutica | Má resposta à terapêutica |
| Sem sinais e sintomas neurológicos | Com sinais e sintomas neurológicos |
| Sem história de trauma perinatal | Com história de trauma perinatal |
| Sem consumo de substâncias | Com consumo de substâncias |

Fonte: adaptado de QUEIRÓS *et al.*, 2019.

A cada recaída da doença uma maior deterioração no nível funcional do doente é apresentada e esta é uma das características que separa a esquizofrenia das perturbações do humor que não possuem essa relação tão evidenciada. Os sintomas positivos tendem a ser menos intensos com o tempo e passa a haver um predomínio da sintomatologia negativa e cognitiva, causando assim um grande impacto na vida pessoal, social e laboral do indivíduo,

por isso a importância de minimizar o número de recaídas e assim evitar o mau prognóstico dos pacientes (QUEIRÓS *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Com esse estudo, percebe-se que a esquizofrenia é um transtorno complexo e multifatorial, com diversas repercussões na vida do indivíduo acometido, de sua família e da sociedade. O estudo dessa patologia permite o diagnóstico e o tratamento precoce de mais

casos, melhorando o prognóstico desses pacientes. Por isso, os profissionais de saúde, independentemente da área em que atuam, devem buscar reconhecer o quadro clínico inicial e a melhor forma de iniciar o tratamento, com os medicamentos atualmente disponíveis. Além disso, esse conhecimento deve ser alvo de ações de instrução social, com o objetivo de mitigar o preconceito e as diversas formas de exclusão sofridas pelo paciente portador de esquizofrenia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria / Asociación Psiquiátrica de la América Latina (ABP-APAL)*, v. 14, n. 3, p. 93, 1992.
- BIRCHWOOD, M. & SPENCER, E. Psicoterapias para a esquizofrenia: uma revisão. In: MAJ M. & SARTORIUS N. (ORG.), *Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed, p. 133, 2005.
- BRIETZKE, E. *et al.* Intervenção precoce em psicose: um mapa das iniciativas clínicas e de pesquisa na América Latina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, supl II, 2011.
- CHAVES, A.C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, suppl. 1, p. 21, 2000.
- CREPALDE, R.S. *et al.* Perfil epidemiológico de portadores de esquizofrenia internados no Instituto Raul Soares. *Rev Med Minas Gerais*, v. 26, n. 5, p. 102, 2016.
- FLEISCHHACKER, W.W. Tratamento farmacológico da esquizofrenia: uma revisão. In: MAJ M. & SARTORIUS N. (ORG.), *Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed, p. 71, 2005.
- GRAEFF, F.G. & GUIMARÃES, F.S. Medicamentos antipsicóticos. In F. G. Graeff, F. S. Guimarães & A. V. Zuardi (Org.), *Fundamentos de psicofarmacologia*. São Paulo: Atheneu, p. 69, 1999.
- GRAEFF, F.G. Serotonin, the periaqueductal gray and panic. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, v. 28, n. 3, p. 239, 2004.
- HALES, R.E. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 5ª edição. Porto Alegre, Artmed, 2012
- LAY, B. *et al.* Trends in psychiatric hospitalization of people with schizophrenia: a register-based investigation over the last three decades. *Schizophrenia Research* v. 97, n. 1-3, p. 68, 2007.
- MACHADO, F.P. *et al.* Fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 5, 2021.
- MCGLASHAN, T.H. What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, v. 384, p. 147, 1994.
- MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., editors. *The global burden of disease*. Harvard School of Public Health. The World Health Organization. The World Bank, 1996.
- PORTO, A. & VIANA, D.L. *Curso didático de enfermagem módulo II*. 5. ed. São Caetano do Sul-SP: Editora Yendis, 2009.
- QUEIRÓS, T. *et al.* Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Médica Portuguesa*, v. 32, n. 1, p. 70, 2019.
- SARAIVA, C.B. & CEREJEIRA J. *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: LIDEL, 2014.
- SARTORIUS N. *et al.* Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine*, v. 16, n. 4, p. 909, 1986.
- SHIRAKAWA, I. O Manejo do paciente com diagnóstico de esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I. *et al.*, editores. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- SILVA, R.C.B. *Esquizofrenia: uma Revisão*. *Psicologia USP*, v. 17, n. 4, p. 263, 2006.
- SNYDER, S.H. *Drugs and the brain*. New York: Scientific American Library, 1986.
- TOWSEND, M.C. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidado*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- VALLADA FILHO, H. & BUSATTO FILHO, G. *Esquizofrenia*. In: ALMEIDA, P. *et al.*, organizadores. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- WYATT, R.J. Diagnosing schizophrenia. In: LIEBERMAN, J.A. & MURRAY, R.M., editors. *Comprehensive care of schizophrenia. A textbook of clinical management*. London: Martins Dunitz, 2001.

Capítulo 15

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ANA KLARA RODRIGUES ALVES¹
DANIELLA PINELI CHAVEIRO COSTA²
LETÍCIA BARBOSA SOARES COUTINHO²
FABRÍCIA DA SILVA MESQUITA²
BRUNA OLIVEIRA LEITE⁵
MARIA JÚLIA LIMA DA NÓBREGA²
JOÃO PEDRO ALENCAR REBELO VÉRAS²
VÍTOR ESDRAS PINHEIRO CORREIA ROCHA³
FELIPE BRINGEL STORARI²
VICTORIA ALVES PINHO²
JONAS BEZERRA BATISTA FILHO⁴
MYRELLA EVELYN NUNIS TURBANO²
FELIPE NORONHA GOMES BEZERRA⁶
THAYSA BARBOSA CIRÍACO SANTOS²
MIRELLA VIDAL FÉLIX DE ANDRADE²

1. *Enfermeira - Universidade Estadual do Piauí (UESPI).*
2. *Discente- Medicina do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba - IESVAP.*
3. *Discente- Medicina do Centro universitário UNINOVAFAPI.*
4. *Discente- Medicina da Universidade Federal do Piauí.*
5. *Discente- Medicina ITPAC Santa Inês*
6. *Discente- Medicina UNITPAC, Araguaína-TO*

Palavras Chave: Suicídio; Fatores de risco; Adolescentes.

INTRODUÇÃO



10.59290/978-65-81549-91-6.15

O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara do que o ato executado pode gerar (CLARKE *et al.*, 2019). O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro "passo" para sua efetivação (FONSECA-PEDRERO *et al.*, 2022).

Assim, a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida, sendo que com frequência o indivíduo que comete o suicídio manifestou anteriormente alguma advertência ou sinal com relação à ideia de atentar contra a própria vida. Da mesma forma, a literatura aponta que existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras virem a surgir, até que uma possa ser fatal. Portanto, a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, tentativas e concretização da morte pode oferecer um tempo propício para a intervenção (CHIU & VARGO, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. Nos últimos 15 anos nos Estados Unidos, as taxas de suicídio aumentaram em todas as faixas etárias; no entanto, o maior aumento foi encontrado em mulheres de 10 a 14 anos (200%) (MAY *et al.*, 2020).

A adolescência é entendida como uma fase de "muitas turbulências", mudanças fisiológicas e psicológicas, além das questões afetivas, familiares e sociais. Neste sentido, o adolescente se torna mais vulnerável a influências (HORWITZ *et al.*, 2021).

Nesta fase de grandes mudanças, o jovem está mais vulnerável, pois muitas vezes tem dificuldades de lidar com situações estressantes e emoções. Na adolescência, o jovem lida de uma forma mais intensa com suas emoções, estando mais propenso a comportamentos impulsivos podendo se tornar um fator de risco para o comportamento suicida (PEREIRA *et al.*, 2018).

Apesar de décadas de pesquisa sobre prevenção de suicídio nessa faixa etária, as taxas de suicídio entre jovens de 10 a 19 anos aumentaram 56% entre 2007 e 2016. Uma pesquisa nacional de 2017 descobriu que 17,2% dos alunos do ensino médio consideraram seriamente fazer uma tentativa de suicídio (SA), 13,6% fizeram um plano de suicídio e 7,4% fizeram um ou mais SAs (KRESKI *et al.*, 2021).

O objetivo deste estudo é verificar quais são os fatores de risco para o suicídio na adolescência.

MÉTODO

O presente estudo utilizou como método a revisão integrativa da literatura, que conforme Galvão (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 "suicide", "risk factors" e "adolescent". 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 15.1**. A estratégia supracitada permitiu formular a seguinte questão norteadora: Quais são os fatores relacionados para o suicídio em adolescência? A partir da questão norteadora foram utilizados os operadores *boo-*

leanos para a sistematização das buscas com o seguinte esquema: *Suicide AND Risk factors AND Adolescent*.

Quadro 15.1 Estratificação do problema de pesquisa seguindo estratégia PVO para formulação de pesquisa

| | |
|---------------|--|
| P - População | Adolescentes. |
| V - Variáveis | Adolescentes e Suicídio. |
| O - Desfechos | Quais são os fatores relacionados ao suicídio na adolescência. |

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 fatores de risco para o suicídio em adolescentes 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 15.2**), 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 3.373 artigos, sendo selecionados, 10 artigos encontrados na base de dados PubMed. Foi possível identificar alguns fatores de risco que têm sido associados ao comportamento suicida, tais como transtornos psicológicos, uso de álcool e/ou drogas, exposição à violência, conflitos familiares, história de suicídio na família e experiências estressoras (DOROL-BEAUROY-EUSTACHE & MISHARA, 2021).

Com relação às diferenças de gênero, observou-se que as tentativas de suicídio são mais frequentes em meninas, porém, o suicídio consumado é maior em meninos, pois eles utilizam-se

de meios mais agressivos em suas tentativas. Dentre os principais fatores de risco, destaca-se a depressão como tendo um papel fundamental no desenvolvimento de pensamentos e comportamentos de morte (ITZHAKY *et al.*, 2020). Há um consenso crescente de que os universitários são mais acometidos por distúrbios psicológicos e, desta maneira, estudos que explorem a saúde mental deste grupo populacional tornam-se necessários, principalmente para se conhecer a extensão do problema e quais os fatores desencadeiam tais condições (BECKER & CORRELL, 2020).

Os principais fatores de risco para comportamento suicida e mortes por suicídio são: ideação suicida, tentativa anterior de suicídio, intenção de suicídio (ou seja, até que ponto um indivíduo deseja morrer), automutilação não suicida, eventos precipitantes por exemplo, conflito familiar; perda do pai por morte ou divórcio ou viver longe de um ou ambos os pais, outro conflito interpessoal; ser vítima ou perpetrador de bullying, orientação sexual e identidade de gênero, transtornos mentais já existentes, histórico familiar de suicídio, isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, estresse, uso de álcool e outras drogas, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, bullying, locus de controle externo, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, rendimento escolar deficiente, dificuldade de aprendizagem, dentre outros (CHIU & VARGO, 2022).

Quadro 15.2 Distribuição dos artigos segundo o título, autores, objetivo, abordagem do artigo, revista e ano

| TÍTULO | AUTORES | OBJETIVO | ABORDAGEM | REVISTA | ANO DE PUBLICAÇÃO |
|---|-------------------------------|---|----------------|---|-------------------|
| Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. | PEREIRA <i>et al.</i> | Investigar os fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na idade adulta emergente. | Manejo Clínico | Revista Ciência & Saúde Coletiva | 2018 |
| Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. | CLARKE <i>et al.</i> | Esclarecer as definições existentes relacionadas à suicidalidade e automutilação não suicida (NSSI) e as importantes semelhanças e diferenças entre essas construções. | Manejo clínico | F1000Research. | 2019 |
| Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis | FONSECA-PEDRERO <i>et al.</i> | Analisar a estrutura da rede psicológica do comportamento suicida e os supostos fatores de risco e proteção em adolescentes em idade escolar. | Manejo clínico | International Journal of Environmental Research and Public Health | 2022 |
| Suicidality in Childhood and Adolescence. | BECKER & CORRELL. | Analisar o suicídio em crianças e adolescentes. | Manejo clínico | Deutsches Ärzteblatt International | 2020 |
| Trends in Adolescent Online and Offline Victimization and Suicide Risk Factors. | KRESKI <i>et al.</i> | Examinar se a vitimização online ou offline e ideação, planos, tentativas e lesões suicidas aumentaram em prevalência ao longo do tempo e até que ponto a vitimização explica as tendências nos resultados suicidas dentro de uma amostra nacionalmente representativa de adolescentes dos EUA de 2011 a 2019, em geral e por sexo. | Manejo clínico | Pediatrics | 2021 |
| Risk and protective factors for suicide among sexual minority youth seeking emergency medical service | HORWITZ <i>et al.</i> | Examinar as diferenças na prevalência e gravidade do risco de suicídio e fatores de proteção entre os jovens de minorias sexuais (SMYs) e explorar se os fatores de risco e de proteção estão diferencialmente associados à ideação suicida e tentativas de suicídio para os subgrupos SMY. | Manejo clínico | Jornal Distúrbio de Afeto. | 2021 |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-----------------|---------------------------------|------|
| Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. | DOROL-BE-AUROY-EUSTACHE & MISHARA | Pesquisa sobre fatores que influenciam o impacto do cyberbullying em comportamentos suicidas e de automutilação. | Manejo clínico | Preventive medicine | 2021 |
| Bullying and other risk factors related to adolescent suicidal behaviours in the Philippines: a look into the 2011 GSHS Survey. | CHIU & VARGO | Examinar retrospectivamente as diferenças de gênero no bullying e no comportamento suicida (ideação, plano e tentativas), bem como associações entre fatores de risco selecionados e comportamento suicida entre estudantes filipinos do ensino médio. | Manejo clínico | BMC Psychiatry | 2022 |
| Differentiating Adolescent Suicide Attempters and Ideators: A Classification Tree Analysis of Risk Behaviors | MAY <i>et al.</i> | Identificar padrões de fatores de risco que diferenciem adolescentes que tiveram pensamentos suicidas daqueles que tentaram o suicídio. | Manejo clínico. | Jornal Saúde do Adolescente. | 2020 |
| Psychosocial risk factors and outcomes associated with suicide attempts in childhood: A retrospective study. | ITZHAKY <i>et al.</i> | Examinar os fatores que diferenciam os indivíduos cuja primeira tentativa de suicídio foi durante a infância (5-12 anos) daqueles que tentaram o primeiro suicídio durante a adolescência (13-19 anos) e durante a idade adulta (≥ 20 anos). | Manejo clínico | Journal of Psychiatric Research | 2020 |

Nos últimos anos, pesquisas têm buscado elucidar quais fatores de risco são modificáveis (isto é, podem ser alterados) e quando ocorrem em tempo anterior ao comportamento suicida. Com essas informações, os médicos poderão direcionar fatores de risco dinâmicos (por exemplo, conflito familiar) para comportamento suicida com mais precisão, a fim de reduzir o risco de suicídio (ITZHAKY *et al.*, 2020).

Além disso, a identificação de fatores de risco próximos (por exemplo, distúrbios do sono) ajudará os médicos a determinar quem está em risco imediato de se envolver em comportamento suicida (CLARKE *et al.*, 2019).

Atualmente, existem vários sites com listas de sinais de alerta (ou seja, indicadores comportamentais de que uma SA é iminente ou provável de acontecer dentro de horas a dias) para comportamento suicida adolescente; no entanto, há pouca pesquisa para apoiá-los como indicadores de comportamento suicida iminente (KRESKI *et al.*, 2021).

Medidas como reduzir os fatores de risco maleáveis relacionados ao suicídio de adolescentes, como diminuir os conflitos familiares, procurar tratamento para problemas de sono e abordar a vitimização entre colegas e o bullying na escola, requer o envolvimento dos pais. Fortalecer o relacionamento pais-adolescente e melhorar o funcionamento familiar são essenciais no tratamento de jovens suicidas o conflito familiar é um conhecido fator de risco para suicídio e comportamento suicida na adolescência, enquanto a coesão familiar serve como fator de proteção contra suicídio e comportamento suicida (FONSECA-PEDRERO *et al.*, 2022).

Por fim, os pais têm um papel significativo na implementação de estratégias fora do tratamento para tentar evitar que o adolescente faça uma SA, como retirar o acesso a meios letais, fornecer supervisão e monitoramento e procurar serviços de emergência quando necessário (KRESKI *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Conhecer os principais fatores de risco associados ao suicídio e as diferentes formas de manifestação dos sinais a ele associados pode ser um passo importante para o planejamento de programas de prevenção. A identificação dos fatores de risco é importante para sua prevenção, os profissionais da saúde devem estar atentos para saber interpretá-los e manejá-los de forma adequada.

É preciso considerar também que o conhecimento a respeito dos fatores de proteção ao suicídio na adolescência é de vital importância para que se construam estratégias de prevenção e para que se possa atenuar os efeitos dos fatores de risco. Dessa forma, torna-se necessário o fortalecimento das redes de apoio dos adolescentes, envolvendo principalmente a família, grupos de pares e escola, promovendo relações mais satisfatórias e maior bem-estar, tendo em vista que os relacionamentos pessoais e a percepção de apoio ocupam um importante papel nessa etapa do ciclo vital.

A necessidade de desenvolvimento de programas de intervenção para alunos do ensino fundamental e médio mostra-se de fundamental importância para o processo de descoberta dos fatores de risco, constituído por início, permanência e desenvolvimento da autonomia e de potencialidades e final de curso sendo este o mais desgastante.

Políticas públicas são necessárias para a melhoria na qualidade de vida e saúde, além disso, propor projetos sociais que possam promover saúde e apoio aos alunos nas escolas.

É relevante que outros estudos sejam realizados e busquem compreender melhor essa relação entre suicídio e adolescentes, já que pode impedir o bom desenvolvimento do sujeito e interferir de forma desfavorável no meio escolar e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECKER, M. & CORRELL, C.U. Suicidality in Childhood and Adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 117, n. 15, p. 261, 2020.
- CHIU H. & VARGO E.J. Bullying and other risk factors related to adolescent suicidal behaviours in the Philippines: a look into the 2011 GSHS Survey. *BMC Psychiatry*, v. 22, n. 1, 2022.
- CLARKE, S. *et al.* Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research*, v. 8, p. 1794, 2019.
- DOROL-BEAUROY-EUSTACHE O. & MISHARA B.L. Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. *Preventive Medicine*, v. 152, n. 1, 2021.
- FONSECA-PEDRERO, E. *et al.* Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 3, 2022.
- GALVÃO, C.M. *et al.* Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevielli MM, Sertório SCM. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde, p. 105, 2012.
- HORWITZ, A.G. *et al.* Risk and protective factors for suicide among sexual minority youth seeking emergency medical services. *Journal of Affective Disorders*, v. 279, p. 274, 2021.
- ITZHAKY, L. *et al.* Psychosocial risk factors and outcomes associated with suicide attempts in childhood: A retrospective study. *Journal of psychiatric research*, v. 125, p. 129, 2020.
- KRESKI, N.T. *et al.* Trends in Adolescent Online and Offline Victimization and Suicide Risk Factors. *Pediatrics*, v. 148, n. 3, 2021.
- MAY, A.M. *et al.* Differentiating Adolescent Suicide Attempters and Ideators: A Classification Tree Analysis of Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, v. 67, n. 6, p. 837, 2020.
- PEREIRA, A.S. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3767, 2018.

Capítulo 16

PERSPECTIVAS NEVROLÓGICAS NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

DENILTON RIBEIRO DOS SANTOS¹
EMILLY SOUZA MOTA¹
EMILY MORAES LIBARDI¹
GRAZIELLY RIBEIRO VIANA¹
KELLY CRISTINA BRAGA CHIEPE²

1. *Discente – Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC – Colatina/ES.*
2. *Docente – Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC – Colatina/ES.*

Palavras Chave: Autismo; Aspectos Neurológicos; Neurotípicos.



INTRODUÇÃO

Durante o século passado, o termo “Retardo Mental” foi amplamente utilizado para rotular alterações cognitivas associadas a anormalidades encefálicas, oriundas do período pré-natal ou por volta do período pós-natal.

Em todos esses transtornos existem prejuízos mentais que persistem por toda a vida, comprometendo o desenvolvimento e o aprendizado, daí os termos “Transtorno do Desenvolvimento” e “Deficiência de Aprendizado”. De um modo geral, mesmo que todas as funções mentais pareçam estar comprometidas, algumas tendem a ser mais afetadas do que outras. Essa vulnerabilidade distinta fornece pistas sobre as diferentes origens e o curso temporal de funções mentais específicas no desenvolvimento normal.

Dessa forma, esta pesquisa está centrada no Transtorno do Espectro Autista, onde os estudos buscam abordar o entendimento sobre as dissemelhanças entre o aparelho neurológico de neurotípicos e pessoas na conjuntura do TEA.

Em síntese, o objetivo da realização desse artigo, motivou-se, sobretudo, pelo fato de o autismo ser uma condição especialmente interessante, pois compromete funções encefálicas que são altamente sofisticadas em seres humanos.

MÉTODO

A metodologia empregada foi de abordagem qualitativa, de natureza descritiva, fundamentado em uma revisão bibliográfica, a partir de busca virtual, acesso a livros, periódicos e teses, utilizando da combinação entre palavras: Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, demência, envelhecimento, microbiota, neurodegeneração.

A revisão integrativa, de acordo com Roman & Friedlander (1998), é um método que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão. Ademais, para Botelho *et al.* (2011), a revisão integrativa da literatura é um procedimento que propicia reunir o que já existe na bibliografia sobre um determinado assunto, cuja finalidade é oportunizar uma compreensão mais ampla sobre um determinado conteúdo.

O texto foi desenvolvido de forma que não se objetivou o esgotamento da literatura disponível sobre os temas abordados. Os portais acessados para fundamentação teórica foram as bases de dados eletrônicos PubMed, *Web of Science*, SciELO e *Science Direct Elsevier*, em periódicos nacionais e internacionais.

Como critérios de elegibilidade, foram utilizados artigos disponíveis na íntegra, primários, com humanos, sem custo para acesso, com resumo disponível, que abordassem a tônica, publicados nos idiomas português e inglês entre os anos 2015-2022. Foram excluídos artigos de metanálise, estudos repetidos, com custos para acesso, que não abordassem a matéria, não englobasse a repercussão no sistema nervoso ou não caracterizasse o assunto inquirido.

Para análise dos artigos, foi realizada leitura dos conteúdos pesquisados. Após essa etapa, foi realizada discussão entre o grupo de autores, sendo que as divergências foram solucionadas por meio de releitura dos materiais pelos discentes. A seguir, os artigos foram categorizados segundo a temática abordada e agrupados por assunto, apresentado por cada um dos autores, a fim de demonstrar os conteúdos mais relevantes em cada literatura encontrada. A seleção de artigos teve como critério de inclusão: as perspectivas nevroológicas no transtorno do espectro autista. Por fim, os dados das produ-

ções científicas encontradas foram analisados em conjunto, de forma quantitativa e qualitativa, para que fosse possível alçar os resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno do espectro autista

De acordo com Kandel *et al.* (2014), é provável que o autismo sempre tenha estado presente, mas apenas foi identificado e nomeado em 1943 por Leo Kanner, seguido por Hans Asperger em 1944. Documentos históricos sugerem que algumas dessas pessoas teriam sido vistas como excêntricas ou misticamente inspiradas, embora a maior parte provavelmente tenha sido considerada como portadora de deficiência mental.

O autismo foi definido pela Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2019), como um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos.

Tipos e características

Segundo Kandel *et al.* (2014), o autismo é considerado como um espectro de transtornos envolvendo três características comuns observadas durante o diagnóstico, as quais demonstram grande variabilidade entre indivíduos: prejuízo na interação social, prejuízo na comunicação verbal e não verbal, e interesses restritos ou circunscritos com comportamentos estereotipados.

Além do mais, Bear *et al.* (2017) explicam que embora as crianças afetadas pareçam normais ao nascimento, os sintomas aparecem gradualmente ao longo dos três primeiros anos de vida. Entre os primeiros sinais observados pelos pais de crianças autistas, estão problemas para falar aos 16 meses de idade, pouco contato de olhares, incapacidade para brincar com

brinquedos, apego excessivo a um brinquedo ou objeto e ausência de sorrisos. Embora sujeitos com um diagnóstico de autismo mostrem esses traços, a gravidade varia consideravelmente de uma pessoa a outra, assim como a associação, ou “comorbidade”.

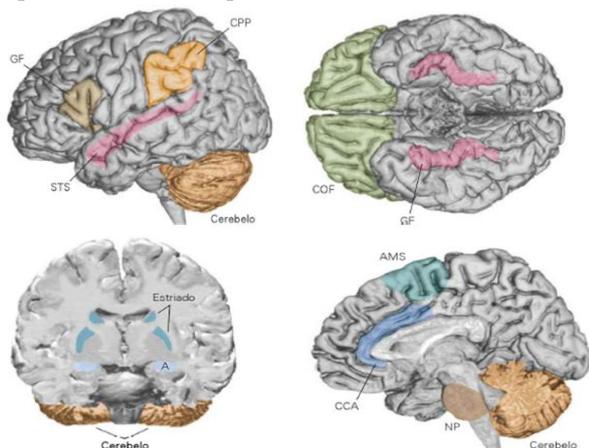
Consoante à Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2019), os sinais sugestivos do TEA no primeiro ano de vida são: perder habilidades já adquiridas, como balbúcio ou gesto dêitico de alcançar, contato ocular ou sorriso social; não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente; não apresentar sorriso social; baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado; baixa atenção à face humana (preferência por objetos); demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas; não seguir objetos e pessoas próximos em movimento; apresentar pouca ou nenhuma vocalização; não aceitar o toque; não responder ao nome; imitação pobre; baixa frequência de sorriso e reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta); interesses não usuais, como fixação em estímulos sensorio-viso-motores; incômodo incomum com sons altos; distúrbio de sono moderado ou grave; irritabilidade no colo e pouca responsividade no momento da amamentação.

Finalmente, Kandel *et al.* (2014) cita o rótulo "Síndrome de Asperger" aos indivíduos que apresentam as características típicas do autismo, mas que possuem alta capacidade verbal e não demonstram qualquer atraso na aquisição da linguagem. Outrossim, contextualiza que o TEA e os transtornos relacionados afetam cerca de 1% da população, uma frequência bem mais elevada do que se acreditava anteriormente e que frequência em meninos é maior do que em meninas, chegando a 4:1 e podendo atingir 8:1 nos casos de autismo sem deficiência intelectual, ocorrendo em todos os países, culturas e grupos socioeconômicos.

Fisiopatologias

Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2019), o TEA é causado por uma combinação de fatores genéticos e fatores ambientais. Estudos comparando gêmeos idênticos e gêmeos fraternos mostram que a taxa de concordância do TEA é significativamente maior entre os primeiros do que entre os segundos filhos, sugerindo um forte componente genético na etiologia do autismo. Apesar de claramente importantes, os fatores genéticos não atuam sozinhos, sendo sua ação influenciada ou catalisada por fatores de risco ambiental, incluindo, entre outros, a idade avançada dos pais no momento da concepção, a negligência extrema dos cuidados da criança, a exposição a certas medicações durante o período pré-natal, o nascimento prematuro e baixo peso ao nascer. A **Figura 16.1** demonstra as estruturas afetadas através dessas alterações comportamentais e genéticas.

Figura 16.1 Áreas encefálicas relacionadas com as três principais características do autismo: prejuízo na intenção social, deficiência na linguagem e na comunicação e interesses gravemente restritos, com comportamentos repetitivos e estereotipados



Fonte: KANDEL *et al.* (2014).

Aliás, Kandel *et al.* (2014) comenta que o autismo apresenta anormalidades neurológicas características. O TEA é um transtorno com uma influência profunda sobre a vida de um

indivíduo, o encéfalo, pelo menos em um nível superficial, parece relativamente normal. No entanto, análises quantitativas mais detalhadas começaram a demonstrar alterações consistentes no tamanho e no curso temporal do desenvolvimento de determinadas regiões encefálicas, incluindo o córtex cerebral, as estruturas do lobo temporal medial, como a amígdala e o hipocampo, e o corpo caloso.

O encéfalo

Organização funcional do córtex cerebral

Tipos específicos de sinais sensitivos, motores e integradores são processados em regiões distintas do córtex cerebral. De modo geral, as áreas sensitivas recebem informações sensitivas e está envolvido com a percepção, ato de ter consciência de uma sensação; as áreas motoras controlam a execução de movimentos voluntários; e as áreas associativas lidam com funções integradoras mais complexas, tais como memória, emoções, raciocínio, vontade, juízo crítico, traços de personalidade e inteligência (DERRICKSON & TORTORA, 2016).

Funções integrativas do telencéfalo

Consonante a Derrickson & Tortora (2016), as funções integrativas incluem atividades cerebrais como vigília e sono, aprendizado e memória e as respostas emocionais.

Por conseguinte, Hall (2017) explica que os sinais neurais no tronco cerebral ativam os hemisférios cerebrais por duas formas: por estimular diretamente o nível basal da atividade neuronal, em grandes áreas do cérebro; e por ativar sistemas neuro-hormonais que liberam neurotransmissores específicos, facilitadores ou inibidores, semelhantes a hormônios, em áreas selecionadas do cérebro. A **Figura 16.2** exemplifica as áreas funcionais a seguir.

mória, ela deve produzir mudanças funcionais e estruturais persistentes que representam aquela experiência no encéfalo. Essa capacidade de mudança associada ao aprendizado é chamada de plasticidade (KOEPPEN & STANTON, 2018). A plasticidade do sistema nervoso é responsável por nossa capacidade de modificar nossos comportamentos em resposta a estímulos tanto do ambiente externo quanto do interno. As partes do encéfalo que conhecidamente estão envolvidas com a memória incluem as áreas associativas dos lobos frontal, parietal, occipital e temporal; partes do sistema límbico, especialmente o hipocampo e amígdala e o diencéfalo (DERRICKSON & TORTORA, 2016).

Anomalias anatômicas do encéfalo

Para Moore *et al.* (2016), o encéfalo é parte do sistema nervoso central, contida na cavidade do crânio, e que abrange o cérebro, o cerebelo, a protuberância e o bulbo raquiano. Devido à complexidade do seu desenvolvimento embriológico, não é incomum seu desenvolvimento anormal na espécie humana. As malformações do sistema nervoso (centro propulsor e coordenador de todas as manifestações vitais, quais sejam, as intelectivas, as sensitivas e as vegetativas) geram inúmeras doenças. Além disso, os defeitos congênitos são estados patológicos determinados por fatores causais que aparecem concomitantemente ao nascimento, ou seja, antes, durante ou depois da concepção. O termo congênito significa que o defeito básico está presente, mas não necessariamente reconhecido no nascimento, podendo ser malformações internas ou funcionais que só se manifestam com o avanço da idade.

Sadler (2016) afirma que um desenvolvimento normal é dependente de dois fenômenos principais: instruções genéticas para morfogênese e capacidade dos tecidos para completar o

processo metabólico geral, o que requer que as células sobrevivam e repliquem-se. O desenvolvimento normal e anormal ocorre de maneira que os órgãos e sistemas são formados e estabilizados até a diferenciação final tornar-se completa, dependente de instruções genéticas até um plano celular mais habilitado na formação de tecidos para conduzir as funções metabólicas gerais essenciais para sobrevivência da célula.

Apesar de o embrião estar bem protegido no útero, Sadler (2016) completa que alguns agentes ambientais (teratógenos) podem causar perturbações no desenvolvimento após a exposição ou contato direto da mãe aos mesmos. Fatores ambientais tais como infecções e drogas, podem simular condições genéticas quando afetados dois ou mais filhos de pais normais, sendo os órgãos as partes do embrião mais sensíveis durante o período de diferenciação rápida. No entanto, os principais efeitos teratogênicos incluem as radiações, os vírus, as drogas, as doenças maternas e o efeito desses agentes dependem de vários fatores, tais como: tempo de exposição ao teratógeno, dosagem do teratógeno, genótipo materno, suscetibilidade do embrião, atividade enzimática do feto, interações entre teratógenos e especificidade dos mesmos.

Exames neurológicos

Definição

De acordo com Quaio *et al.* (2018), o método de imagem é auxiliar na identificação da causa de uma patologia neurológica investigada. Entretanto, ressalta-se que as anomalias detectadas em uma tomografia computadorizada (TC) ou em uma ressonância magnética (RM) são úteis, contudo, geralmente não são suficientes, como dado isolado, para indicar a etiologia do quadro.

Além disso, Porto (2019) enfatiza que uma anamnese bem-feita resulta em decisões corre-

tas e certas, como nas escolhas adequadas de exames complementares. Então, evidencia-se que a anamnese é insubstituível na prática médica.

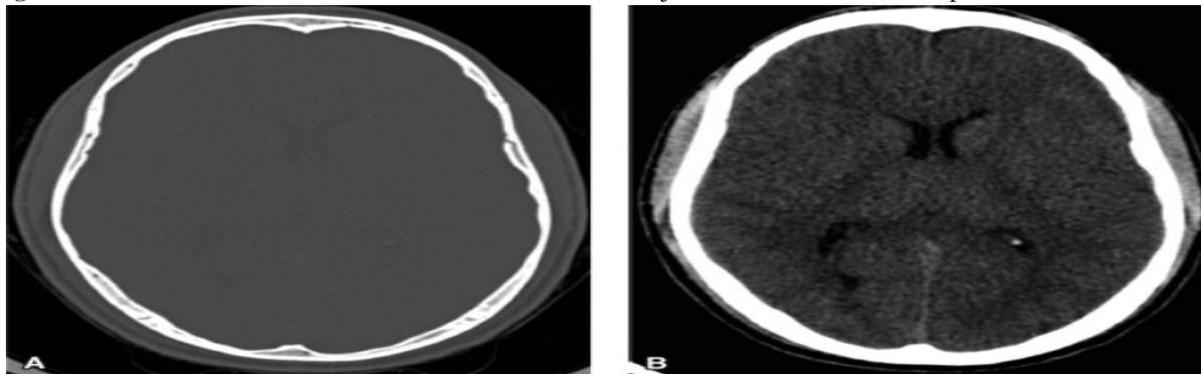
Função

Conforme Porto (2019), a TC propicia a avaliação direta dos tecidos de partes moles

como cérebro, tronco cerebral e medula espinal, estruturas ósseas e líquido, vide **Figura 16.4**.

A tomografia por emissão de prótons combina informações de a medicina nuclear com dados anatômicos da tomografia. Com isso, possibilita medir o nível de consumo de glicose no tecido. A tomografia por emissão de fóton único visa estudar o fluxo sanguíneo e o metabolismo cerebral (PORTO, 2019).

Figura 16.4 A: TC do crânio sem contraste intravenoso, com janela óssea. B: Janela de partes moles

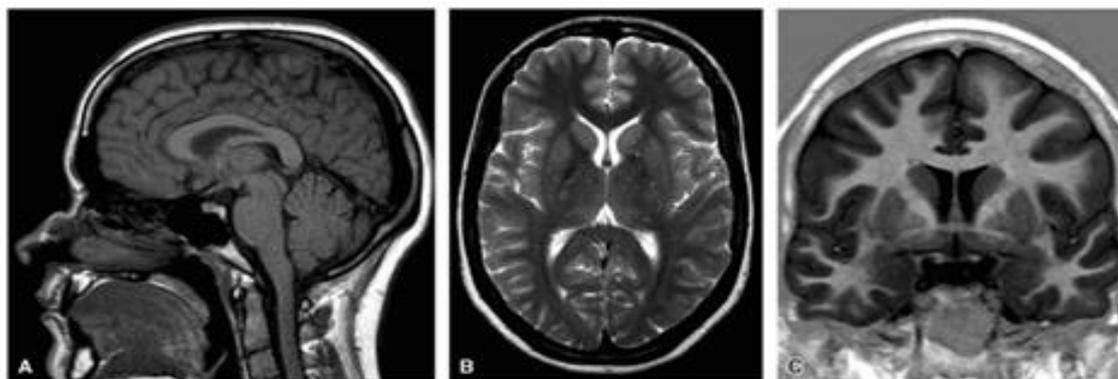


Fonte: PORTO (2019).

A RM é o exame padrão-ouro na avaliação do sistema nervoso central. A RM permite avaliar múltiplos planos tais como axial, sagital e coronal, além de possuir alta resolução

anatômica e não usa radiação ionizante, conforme ilustrado na **Figura 16.5**. (PORTO, 2019).

Figura 16.5 A: Ressonância magnética do crânio normal (Sequências sagital T1). B: Axial T2. C: Coronal T1/IR



Fonte: PORTO (2019).

Tipos

Existem algumas categorias de exames neurológicos utilizados no estudo da disfunção cerebral no autismo. As principais são: a tomografia por emissão de pósitrons (PET), a TC com emissão de fóton único (SPECT) e a resso-

nância magnética funcional (fMRI) (BRASIC, 2021).

A PET é uma imagem de cintilação. Por meio de um radionuclídeo, atinge-se a forma radioativa do elemento, ou seja, um átomo instável se tornando mais estável com a liberação de

energia na forma de radiação. A maioria dos radionuclídeos libera fótons de alta energia na forma de raios gama, porém, o PET usa radionuclídeos para liberar partículas chamadas pósitrons (BRASIC, 2021).

A SPECT utiliza imagens rotativas e sistemas de reconstrução tomográfica para gerar imagens 3D. Com um sistema SPECT de múltiplas cabeças, as imagens geralmente podem ser obtidas em aproximadamente 10 minutos. A comparação visual entre a imagem de estresse e a pós-imagem pode ser complementada pela exposição quantitativa (BRASIC, 2021).

A FMRI mostra quais regiões do cérebro são ativadas (mostradas pelo aumento do fluxo de sangue oxigenado) por uma tarefa cognitiva ou motora específica (BRASIC, 2021).

Anomalias identificáveis

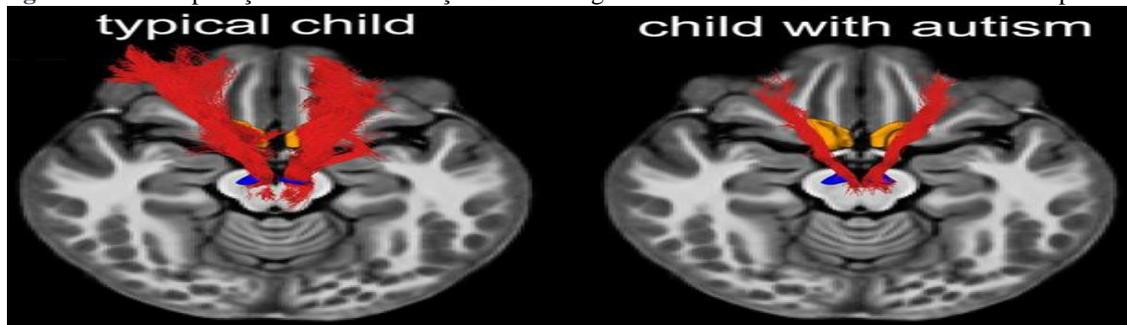
Segundo o estudo realizado pelo *NeuroGen Brain and Spine Institute* (2018), alterações neuroanatômicas funcionais em crianças com autismo têm sido relatadas através da ressonância nuclear magnética e da tomografia computadorizada por emissão de fóton único. As variações anatômicas estavam localizadas no corpo caloso, septo pelúcido, ventrículos cerebrais, cerebelo, lobo temporal, lobo occipital e hipocampo. As divergências funcionais prevaleceram nos núcleos da base, lobo parietal, lobo temporal e lobo frontal, vide **Figuras 16.6 e 16.7**.

Figura 16.6 Aspecto anatômico-neurológico funcional do autismo no cérebro humano



Fonte: GRANDIN & PANEK (2015).

Figura 16.7 Comparação entre a circulação hematológica no cérebro autista e no cérebro neurotípico.



Fonte: GRANDIN & PANEK (2015).

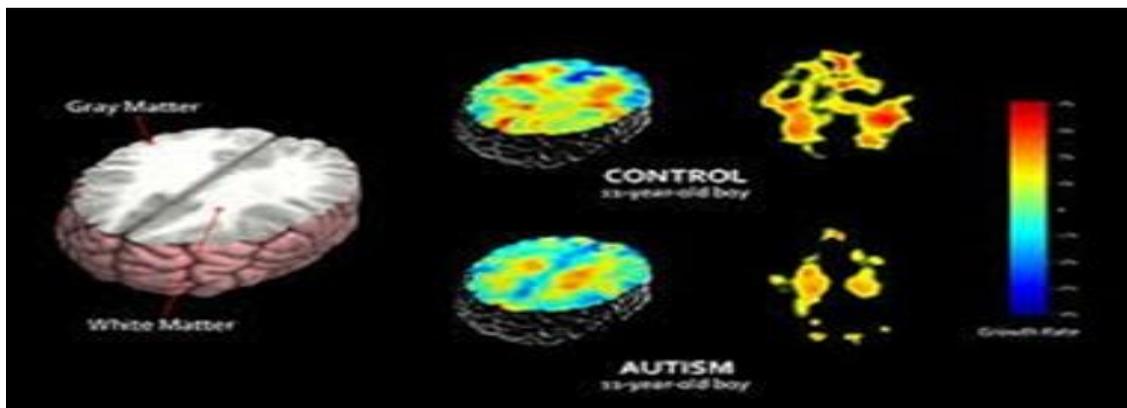
Andersson *et al.* (2021) demonstra que alguns distúrbios consonantes a substância branca e desconexões entre as regiões cerebrais foram relatadas em pessoas com autismo. Estudos de

neuroimagem também sugerem um padrão anormal de desenvolvimento do cérebro em pacientes autistas, que se acelera nos primeiros anos de vida. Após certo tempo, o processo

desacelera-se em certas áreas do cérebro, enquanto a estagnação do crescimento ocorre em outras áreas, conforme **Figuras 16.8 e 16.9**.

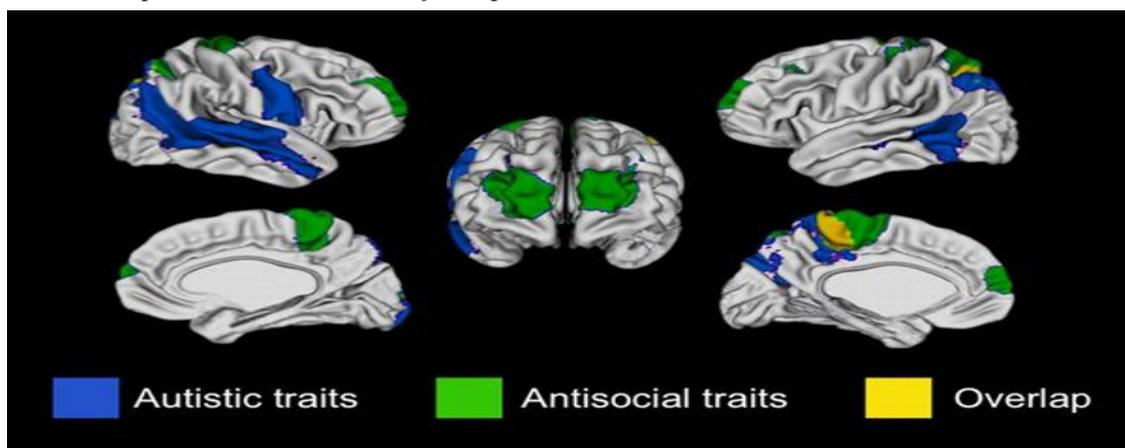
Durante esse fenômeno, ocorre a lise dos neurônios-espelhos em autistas, que permitiriam a formação neuropsíquica regular.

Figura 16.8 As conexões entre as regiões cerebrais que são importantes para a linguagem e habilidades sociais crescem de forma menor e mais lenta em garotos com autismo do que em crianças sem autismo



Fonte: ANDERSSON *et al.* (2021).

Figura 16.9 Estudo correlaciona semelhanças entre as áreas do cérebro afetadas pelo transtorno antissocial e pelo transtorno do espectro autista. Tal correlação explicaria a deficiência social no autismo



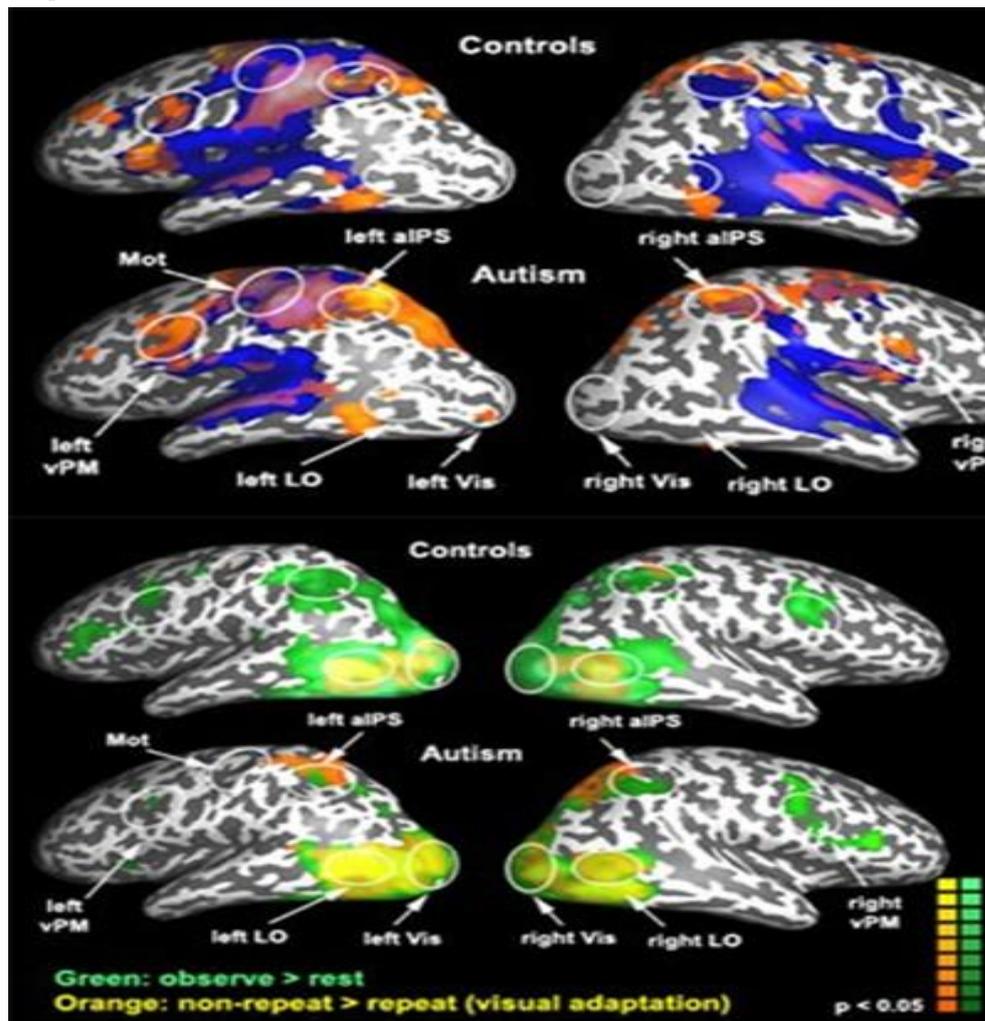
Fonte: ANDERSSON *et al.* (2021).

Em conformidade com o estudo realizado por Bookheimer *et al.* (2015), quanto a análise feita em relação aos níveis de neurotransmissores nesses pacientes demonstrou que a alteração neuroquímica mais comum nos neuroatípicos é um aumento nos níveis de serotonina nas plaquetas. Dessa forma, há aumento perceptível na captação de serotonina e redução da captação de 5-HT255.

Sendo assim, conforme a análise realizada por Keown *et al.* (2013), a conectividade das

sinapses de uma pessoa no contexto do TEA são neurodivergentes quanto aos locais de conexão (**Figura 16.10**). Nesse sentido, o desequilíbrio entre a excitação e inibição de sinapses nos circuitos cerebrais atípicos está diretamente relacionado aos défices comportamentais e cognitivos observados no autismo. A hiperconectividade do cérebro autista é observada como fator primordial para a deficiência social.

Figura 16.10 As cinco áreas encontradas no córtex de pessoas com TEA possuem oscilações irregulares, fazendo conexões pouco ordenadas com o cerebelo



Fonte: BOOKHEIMER *et al.* (2015).

Análises das evidências de disfunções cerebrais relacionadas ao autismo e comparadas a indivíduos neurotípicos

Desenvolvido por investigações a partir de exames funcionais e anatômicos de imagens cerebrais realizados em indivíduos no contexto do TEA, incluindo TC, RM, PET, SPECT e FMRI, indicando vários pontos de anormalidades anatômicas nas regiões do córtex cerebral, do sistema ventricular e do cerebelo de adultos autistas e crianças autistas não muito jovens.

A ressonância magnética estrutural é aplicada para diagnosticar anomalias cerebrais que podem estar ligados a vários desarranjos do

neurodesenvolvimento, o que contribui para uma melhor compreensão das relações entre o cérebro e o comportamento durante o desenvolvimento infantil normal e anormal. As principais estruturas cerebrais que foram relacionadas ao autismo incluem o cerebelo, a amígdala, o hipocampo, o corpo caloso e o cíngulo. No **Quadro 16.1**, evidencia-se as alterações mais predominantes e comparações em relações pessoas não autistas e indivíduos com Transtorno do Espectro Autista, no que tange o sistema nervoso.

Quadro 16.1 Disparidades entre indivíduos portadores de TEA e neurotípicos

| | TEA | NEUROTÍPICOS |
|---|--|---|
| Crânio | Volume maior | - |
| Amígdala | Volume maior ou menor | - |
| Hipocampo | Volume do lado direito e esquerdo | - |
| Cíngulo | Volume menor | - |
| Corpo caloso | Terço caudal reduzido | - |
| Nível de QI | <70 | >90 <110 |
| Sulcos corticais (frontal e temporal) | Anormalidade | - |
| Hipoperfusão Bitemporal | Presente (STS e Giro temporal superior) | Ausente |
| Estimulação auditiva | Ativação do córtex associativo posterior direito | Ativação do córtex associativo posterior esquerdo |
| Estimulação vocal | Ausente | Presente |
| Minicolumnas das células do córtex | Amplas | - |
| Ativação da porção média do giro fusiforme (GF) | Menor | - |

Fonte: BODDAERT *et al.* (2006).

Os estudos com RM relataram uma proporção periférica aumentada no crânio associado ao paciente com TEA. Com relação à amígdala, foram constatadas divergências de volume (para mais e para menos). Em outros casos, não revelaram anormalidades significativas em relação à discussão. Da mesma maneira, não foram relatados repetidamente, discrepâncias sobre o hipocampo de indivíduos no contexto de TEA.

Quanto ao cíngulo, os indivíduos autistas apresentaram um menor volume dessa região. Já na região do terço caudal do corpo caloso, foi depreendida uma redução em indivíduos com autismo, comparados a controles neurotípicos. Em estudos realizados por Egaas (1995) *apud* Boddaert *et al.* (2006), foram referidas as mesmas percepções.

Utilizando técnicas analíticas paramétricas ponto-a-ponto, a fim de criar modelos tridimensionais do córtex cerebral e mapas detalhados dos 22 principais sulcos no espaço estereotáxico, Levitt (2003) *apud* Boddaert *et al.* (2006), apontaram significativas diferenças nos padrões de sulcamento cortical em crianças no contexto

de TEA (principalmente nos sulcos frontais e temporais).

Em estudos com PET e SPECT foi descrita hipoperfusão temporal bilateral localizada em crianças com autismo. Mais especificamente, a hipoperfusão foi constatada em repouso e foi centrada no STS e no giro temporal superior.

As disfunções das regiões temporais podem explicar grande parte dos sintomas clínicos (déficits perceptivo, emocional e cognitivo) observados no paciente com TEA. Além disso, as regiões associativas temporais estão estreitamente conectadas aos sistemas sensoriais associativos frontais, parietais e límbicos. Por conseguinte, a disfunção do STS pode explicar também os componentes emocionais e cognitivos do autismo.

O STS é cada vez mais reconhecido como um componente essencial do "cérebro social". Estudos de neuroimagem em indivíduos neurotípicos enfatizaram o papel dessa estrutura no processamento dos movimentos biológicos (movimentos dos olhos, boca, mãos e corpo) e na percepção social. Este processamento pode

ser um pré-requisito para a avaliação em um nível mais elevado do pensamento e é parte de um domínio cognitivo maior referido como "Teoria da Mente" ou cognição social, que está gravemente prejudicado no contexto de TEA.

A hipoperfusão temporal bilateral estende ao autismo primário os resultados que sugeriam um vínculo entre a disfunção do lobo temporal e o comportamento autista em crianças com transtornos neurológicos. O comportamento autista tem sido relatado nas patologias clínicas do lobo temporal, tais como a epilepsia e a encefalite. Mais ainda, estudos de neuroimagem mostraram uma associação entre anormalidades do lobo temporal e a ocorrência de autismo sintomático.

Em crianças com espasmos infantis (hipometabolismo bilateral precoce), está estreitamente associado à emergência posterior de um transtorno de tipo autístico. Assim como, em crianças com esclerose tuberosa, existe uma forte associação entre os túberos do lobo temporal detectados por ressonância magnética e a síndrome autística. Em resumo, estudos funcionais de imagem cerebral e estudos comportamentais e lesionais sugerem um vínculo entre a disfunção do lobo temporal e o comportamento do paciente no contexto de TEA.

Os estudos de ativação medem as alterações locais do FSC ou da oxigenação sanguínea. Esses fatores refletem a variação da atividade sináptica durante os programas de ativação sensorial, cognitiva ou motora. Os estudos com PET, SPECT e fMRI realizados em indivíduos autistas sugerem que os pacientes neste quadro ativam diferentes regiões cerebrais em comparação com assistidos neurotípicos, indicando uma configuração singular dos seus circuitos cerebrais.

As crianças no contexto de TEA reagem de forma inadequada aos estímulos sensoriais, especialmente no domínio auditivo. Associa-se o

TEA a um padrão anormal de ativação auditiva do córtex temporal esquerdo. Como a região temporal esquerda está implicada na organização cerebral da linguagem, essa ativação anormal do hemisfério esquerdo poderia estar envolvida nos prejuízos de linguagem e na resposta comportamental inadequada aos sons dos autistas.

Isto posto resultados com fMRI apontam para a ausência da área seletiva de voz (ASV) no indivíduo com TEA. A ausência de ativação da ASV nos autistas também foi confirmada por uma comparação direta entre os mapas de ativação dos dois grupos. Os estudos permitem apontar o processamento cortical anormal durante a percepção de voz em pacientes autistas.

CONCLUSÃO

Infere-se, portanto, que pesquisas apontam a participação de regiões cerebrais na origem do autismo, que incluem o sistema límbico, amígdala, área pré-frontal e cerebelo. As anomalias podem ser causadas em vários períodos pré-natais, em particular nas regiões do cérebro que se desenvolvem nas fases posteriores da neurogênese. Além disso, as regiões cerebrais associadas ao autismo tendem a se desenvolver mais lentamente e são mais suscetíveis a distúrbios. Igualmente, as anomalias encontradas na interpretação e no encadeamento neurológico das sinapses, por meio dos estudos de imagens cerebrais, apontam a razão subjacente para o déficit na habilidade social-comunicativa no autismo. Conquanto, ainda é necessário que sejam realizados mais estudos nesse âmbito com o intuito de obter maior compreensão a respeito dos mecanismos neurológicos anormais no autismo. Assim, haverá maior estímulo para a reeducação psicossocial no tratamento do Transtorno do Espectro Autista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSSON, M. *et al.* Serotonin transporter availability in adults with autism: A positron emission tomography study. *Molecular Psychiatry - Springer Nature*, v. 26, p. 1647, 2021.
- BEAR, M.F. *et al.* Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso. 4ª ed. Porto Alegre-RS, 2017.
- BODDAERT, N. *et al.* Autismo: Neuroimagem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 1, p. S21, 2006.
- BOOKHEIMER, S.Y. *et al.* Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan. *The Lancet. Neurology*, v. 14, n. 11, p. 1121, 2015.
- BOTELHO, L.L.R. *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121, 2011.
- BRASIC, J.R. Autism Spectrum Disorder Workup. Johns Hopkins University School of medicine. *Emedicine*, 2021.
- DERRICKSON, B. & TORTORA, G.J. Princípios de Anatomia e Fisiologia. 14ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2016.
- GRANDIN, T. & PANEK, R. O cérebro autista: pensando através do espectro. 1 ed. Editora Record, 2015.
- HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica: GUYTON & HALL. 13ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier Editora Ltda, 2017.
- KANDEL, E.R. *et al.* Princípios de Neurociências. 5ª ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2014.
- KEOWN, C.L. *et al.* Local functional overconnectivity in posterior brain regions is associated with symptom severity in autism spectrum disorders. *Cell reports*, v. 5, n. 3, p. 567, 2013.
- KOEPPEN, B.M. & STANTON, B.A. Fisiologia: BERNE & LEVY. 6ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier Editora Ltda, 2018.
- MOORE, K.L. *et al.* Embriologia Clínica. 10 ed. São Paulo-SP: Elsevier Editora Ltda, 2016.
- MOORE, K.L. *et al.* Anatomia Orientada para a Clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2019.
- PORTO, C.C. Semiologia Médica. 8ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2019.
- QUAIO, C.R. *et al.* Deficiência Intelectual e Autismo. *Revista Médica Fleury*, Edição 3, 2018.
- ROMAN, R. & FRIEDLANDER, R. Revisão integrativa de Pesquisa aplicada à enfermagem. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 3, n. 2, 1998.
- SADLER, T.W. Embriologia Médica: Langman. 13ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2016.
- NEUROGEN BRAIN AND SPINE INSTITUTE. Tomography/Computed Tomography Scan. *World Journal of Nuclear Medicine. Departments of Medical Services and Clinical Research and Development*, 2018.
- SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Transtorno do Espectro do Autismo: Manual de Orientação. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, n. 5, 2019.

Capítulo 17

CONCEPÇÕES DA RELAÇÃO ENTRE DISBIOSE INTESTINAL E AS PRINCIPAIS DEMÊNCIAS EM IDOSOS

DENILTON RIBEIRO DOS SANTOS¹
GRAZIELLY RIBEIRO VIANA¹
JULIANA VIGANO BERGAMASCHI¹
LAURA DE ANGELI PIOL¹
LIA DRAGO RIGUETTE BROSEGUINI²

1. *Discente – Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC – Colatina/ES.*
2. *Docente – Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC – Colatina/ES*

Palavras Chave: *Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson; Microbiota.*



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve o advento do conceito da microbiota intestinal como uma nova estratégia terapêutica potencial para a saúde mental. Os minúsculos microrganismos que habitam nosso intestino se comunicam por meio de uma sinalização de comunicação bidirecional com o cérebro que influencia a fisiologia intestinal, a função cerebral e o comportamento. Evidências acumuladas sugerem que a perturbação da microbiota intestinal contribui para a fisiopatologia de doenças mentais, incluindo autismo, depressão e ansiedade, bem como distúrbios neurodegenerativos, como as Doenças de Alzheimer e Parkinson (PUSCEDDU *et al.*, 2020).

A complexa comunicação entre o intestino e o cérebro ocorre principalmente através dos nervos extrínsecos do trato gastrointestinal, que estimulam as fibras aferentes vagais e espinhais e sinalizam para o cérebro, enquanto este informa reciprocamente o intestino utilizando fibras simpáticas e parassimpáticas eferentes (ANAND *et al.*, 2022).

Embora as características clínicas da Doença de Parkinson sejam mais evidentes no que tange os déficits motores, existem numerosos sintomas não motores presentes que contribuem mais negativamente para a qualidade de vida do paciente. Esses sintomas não motores incluem transtornos psiquiátricos, alterações sensoriais e problemas gastrointestinais relacionados à atividade disfuncional do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e do Sistema Nervoso Entérico (SNE).

Apesar dos estudos clínicos relacionando a Doença de Parkinson com a microbiota intestinal serem limitados, alguns autores sugere uma forte evidência entre o Eixo Intestino-Cérebro e o citado distúrbio (MARTIN *et al.*, 2017).

Além dos transtornos elencados como evidentes na Doença de Parkinson, alterações que modificam a microbiota intestinal podem ativar citocinas pró-inflamatórias e aumentar a permeabilidade intestinal, o que leva ao desenvolvimento de resistência à insulina associada à Doença de Alzheimer. A microbiota intestinal é conhecida como fonte de um grande número de amiloides, LPS e outras toxinas, podendo contribuir para a inflamação sistêmica e a ruptura das barreiras fisiológicas. Os produtos formados pelas bactérias podem passar do trato gastrointestinal para o Sistema Nervoso Central (SNC), principalmente no envelhecimento. O amiloide bacteriano pode desencadear o dobramento incorreto de proteínas e aumentar a agregação do amiloide no cérebro. Os produtos da microbiota intestinal podem ativar a micrógliia, aumentando a resposta inflamatória no SNC. A micrógliia desencadeada inicia a neuroinflamação no cérebro, causando perda de neurônios, um fator importante na Doença de Alzheimer (MEGUR *et al.*, 2020).

Desse modo, o porquê da realização desse artigo, motivou-se, sobretudo, pela avaliação qualitativa da literatura científica sobre as bases dos conhecimentos acerca das Doenças de Alzheimer e Parkinson, de forma que fique esclarecida a relação entre a microbiota do trato gastrointestinal e do Sistema Nervoso Central, a estas doenças neurodegenerativas, além da pertinente caracterização neurobiológica e a semiologia demencial. Os estudos fomentam abordar o entendimento sobre a degeneração do aparelho neuronal em portadores das Doenças de Alzheimer e Parkinson, capaz de responder pelos impactos neurais progressivos e irreversíveis nos quadros da debilidade relacionados à Disbiose Intestinal.

O objetivo deste estudo foi a crescente relevância das demências como doença humana prevalente, associada aos avanços científicos

atuais sobre o seu domínio. Isso proporcionou o início da discussão acerca da possibilidade de revisar e aprimorar os critérios diagnósticos a respeito do comprometimento da Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson e suas repercussões no contexto físico-encefálico relacionado à Disbiose Intestinal, bem como elucidar com melhor clareza e exatidão, quais são os processos e mecanismos neurodegenerativos, neuropatológicos, neuropsíquicos e bioquímicos do progresso dessas enfermidades.

MÉTODOS

A metodologia empregada foi de abordagem qualitativa, de natureza descritiva, fundamentado em uma revisão bibliográfica, a partir de busca virtual, acesso a livros, periódicos e teses, utilizando da combinação entre palavras: Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, demência, envelhecimento, microbiota, neurodegeneração.

Sendo um artigo de revisão bibliográfica, que aborda e descreve a relação entre Disbiose Intestinal e as Doenças de Alzheimer e Parkinson, procura-se então disponibilizar, de forma simplificada e compreensiva, algumas diretrizes a respeito do assunto.

A revisão integrativa, de acordo com Roman & Friedlander (1998), é um método que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão. Ademais, para Botelho *et al.* (2011), a revisão integrativa da literatura é um procedimento que propicia reunir o que já existe na bibliografia sobre um determinado assunto, cuja finalidade é oportunizar uma compreensão mais ampla sobre um determinado conteúdo.

O texto foi desenvolvido de forma que não se objetivou o esgotamento da literatura dispo-

nível sobre os temas abordados. Os portais acessados para fundamentação teórica foram as bases de dados eletrônicos PubMed, *Web of Science*, SciELO e *Science Direct Elsevier*, em periódicos nacionais e internacionais.

Como critérios de elegibilidade, foram utilizados artigos disponíveis na íntegra, primários, com humanos, sem custo para acesso, com resumo disponível, que abordassem a tônica, publicados nos idiomas português e inglês entre os anos 2017-2022. Foram excluídos artigos de metanálise, estudos repetidos, com custos para acesso, que não abordassem a matéria, não englobasse a repercussão em idosos ou não caracterizasse o assunto inquirido.

Para análise dos artigos, foi realizada leitura dos conteúdos pesquisados. Após essa etapa, foi realizada discussão entre o grupo de autores, sendo que as divergências foram solucionadas por meio de releitura dos materiais pelos discentes. A seguir, os artigos foram categorizados segundo a temática abordada e agrupados por assunto, apresentado por cada um dos autores, a fim de demonstrar os conteúdos mais relevantes em cada literatura encontrada. A seleção de artigos teve como critério de inclusão: a relação da Disbiose Intestinal e doenças neurodegenerativas. Por fim, os dados das produções científicas encontradas foram analisados em conjunto, de forma quantitativa e qualitativa, para que fosse possível alçar os resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Disbiose Intestinal

Segundo Gómez-Eguílaz *et al.* (2019), a microbiota é o nome dado aos milhões de microrganismos que coabitam simbioticamente no organismo humano. Esse grupo de bactérias, que se localiza principalmente no trato digestivo, distribui-se por diversos órgãos de acordo com suas propriedades químicas. São muitos os

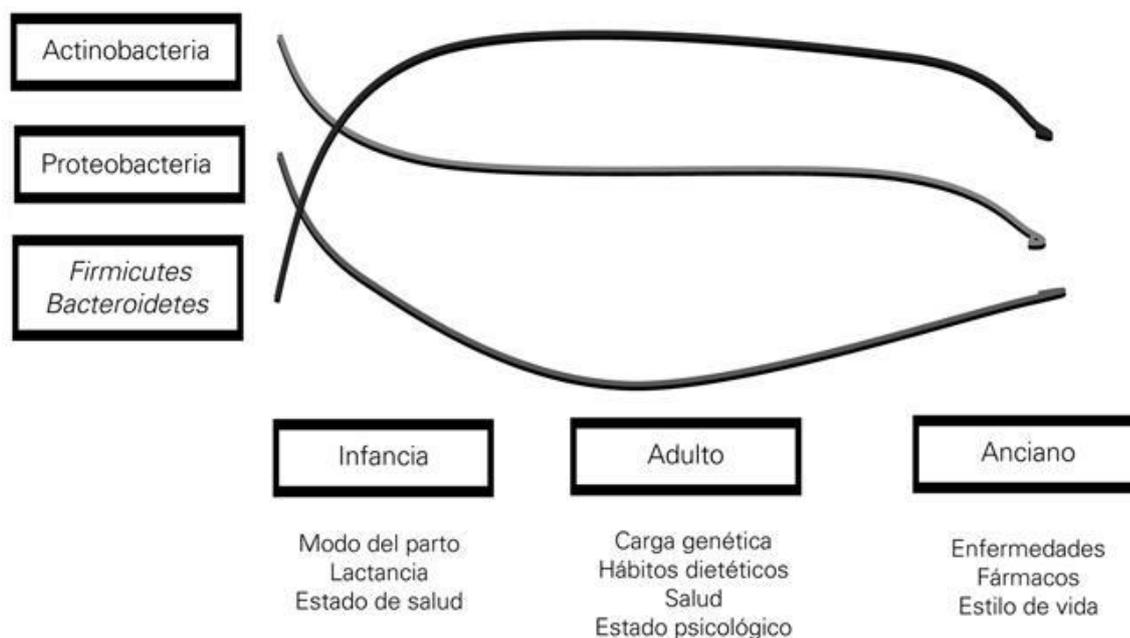
fatores que influenciam a sua composição (dieta, hábitos pessoais, medicamentos, entre outros). A microbiota está envolvida em muitas funções, como metabolismo e/ou imunidade.

A ação bidirecional da microbiota intestinal e do Sistema Nervoso Central é o chamado Eixo Intestino-Cérebro. Em relação a esse eixo, acredita-se que a comunicação ocorra por três vias: o nervo vago, a via sistêmica (pela liberação de hormônios, metabólitos e neurotransmissores) e o sistema imunológico (pela ação de citocinas). Embora ainda existam muitas incógnitas a ser esclarecidas, este eixo é postulado como a provável base causal de muitas doenças neurológicas com grandes implicações para a

saúde, como a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson ou até mesmo a Esclerose Múltipla.

A microbiota de um indivíduo muda ao longo de sua vida. Dessa forma, nos primeiros anos, a microbiota é condicionada pelo tipo de parto (vaginal ou cesariano) ou amamentação (artificial ou materna), afirmações demonstradas na **Figura 17.1** abaixo. Neste momento, predominam as bactérias do *filo Actinobacteria* (gênero *Bifidobacteria*). Já na idade adulta, estilos de vida e hábitos alimentares, contribuem para a sua substituição por bactérias dos *filos Bacteroidetes* e *Firmicutes* (GÓMEZ-EGUÍLAZ *et al.*, 2019 e MOSER *et al.*, 2018).

Figura 17.1 Imagem da evolução da microbiota ao longo da vida



Fonte: GÓMEZ-EGUÍLAZ *et al.*, 2019.

Doença de Alzheimer

De acordo com Rutsch *et al.* (2020), a Doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência progressiva, afetando cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo. Com o tempo, os sintomas que afetam a memória e o pensamento podem se tornar extremamente graves, comprometendo até mesmo as tarefas

mais simples da vida diária. Por hora, não existem estratégias terapêuticas eficazes para esta doença neurodegenerativa.

A Doença de Alzheimer é causada por agregados de proteína precursora β -amilóide ($A\beta$) formando agregados no cérebro em polímeros solúveis ou depósitos amilóides insolúveis, que desencadeiam uma cascata de eventos patoló-

gicos que levam a emaranhados neurofibrilares, agregados de proteína TAU hiperfosforilada, formando danos neurofibrilares que eventualmente levam à demência. Vários fatores microbianos foram implicados na patogênese da Doença de Alzheimer, diversos estudos sugeriram mudanças na microbiota comensal e infecção por patógenos como causas potenciais da afecção (LEBLHUBER *et al.*, 2021).

Possíveis causas da Doença de Alzheimer

Para Fonseca *et al.* (2022), as possíveis causas para doenças neurodegenerativas as quais podem influenciar no desenvolvimento adequado do metabolismo, função do sistema imunológico e do cérebro nas fases seguintes da vida humana é o tipo de parto. Pesquisas demonstraram que a composição da microbiota intestinal de bebês nascidos de parto vaginal parece ser semelhante à da microbiota vaginal da mãe, com predomínio de *Lactobacillus*, seguido por *Senathia spp.* e *Prevotella*, onde a maioria dos quais são anaeróbicos.

Partos cesarianos causam desequilíbrios e diminuição da diversidade da microbiota intestinal em bebês. Devido à falta de exposição da flora vaginal materna, o ambiente hospitalar e a pele materna constituírem seu primeiro contato. Logo, o tipo de parto também pode influenciar no desenvolvimento do Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro (GÓRALCZYK-BIŃKOWSKA *et al.*, 2022).

Uma das consequências da deposição de amiloide no cérebro é a ativação de respostas imunes. Os depósitos de amiloide- β (A β) ativam a micróglia, as células imunes inatas do cérebro, levando a uma resposta inflamatória no SNC. A barreira hematoencefálica, importante sistema de proteção do SNC, é responsável pelo rígido controle das moléculas transportadas para dentro e para fora do cérebro. À medida que ocorre o envelhecimento fisiológico, a citada

maquinaria sofre danos, facilitando a passagem de um amplo espectro de patógenos (vírus, bactérias, fungos), células imunes e seus produtos para o cérebro. A deterioração da barreira hematoencefálica mediada por inflamação e a maturação instável da camada endotelial cerebral podem depender de alterações no microbioma intestinal. Assim, isso suporta a hipótese sobre uma associação de infecções crônicas com doenças neurodegenerativas ou do desenvolvimento neurológico como a Doença de Alzheimer (SOCHOCKA *et al.*, 2019).

Disbiose Intestinal x Doença de Alzheimer

Conforme SOCHOCKA *et al.* (2019), a microflora intestinal, que contém até 95% de todas as bactérias do microbioma humano, forma o Eixo Microbioma-Intestino que fornece comunicação bidirecional por meio de citocinas, sinais imunológicos, hormonais e neuronais. Uma vez que o tecido linfóide da mucosa intestinal contém 70-80% do sistema imunológico em todo o corpo, é considerado o maior e mais importante órgão imunológico humano, e esta grande massa de tecido linfóide associado à mucosa permanece em contato contínuo e próximo com o enorme número de bactérias do microbioma intestinal humano.

Dessa forma, já se considera bem estabelecido que as bactérias produzam e secretam uma gama de compostos que reduzem a força da barreira intestinal, facilitando o contato do microbioma intestinal com o tecido linfóide submucoso. Como resultado, ocorrem reações inflamatórias sistêmicas, que prejudicam a barreira hematoencefálica e promovem neuroinflamação e, finalmente, neurodegeneração.

Em particular, deve-se levar em consideração que a desregulação da microflora intestinal leva ao aumento da permeabilidade das barreiras intestinais e da barreira hematoencefálica, resultando no aumento da penetração de

produtos derivados do intestino microbiano do sangue para o cérebro (SOCHOCKA *et al.*, 2019).

Um grande número de diferentes metabólitos produzidos pela microbiota intestinal pode afetar direta ou indiretamente a função cerebral. Entre eles, os ácidos graxos de cadeia curta, incluindo Acetato, Butirato e Propionato, podendo modular o efeito periférico e central.

De forma mais detalhada, o Butirato afeta os neurônios colinérgicos do Sistema Nervoso Intestinal (SNI), causando aumento da motilidade, enquanto o Propionato parece diminuir a motilidade e aumentar as secreções. Além do que, o Acetato pode atravessar a barreira hematoencefálica, reduzir sua permeabilidade, bem como influenciar na micróglia. Contudo, o Butirato é uma molécula multifuncional que exerce efeitos neuroprotetores benéficos e melhora a saúde do cérebro. Aliás, o Butirato é um substrato importante para a geração de energia, aumenta a taxa de respiração mitocondrial e a produção de ATP e também inibe as histonas desacetilases, afetando tanto as funções de muitos genes quanto as funções de inúmeras proteínas celulares (LEBLHUBER *et al.*, 2021).

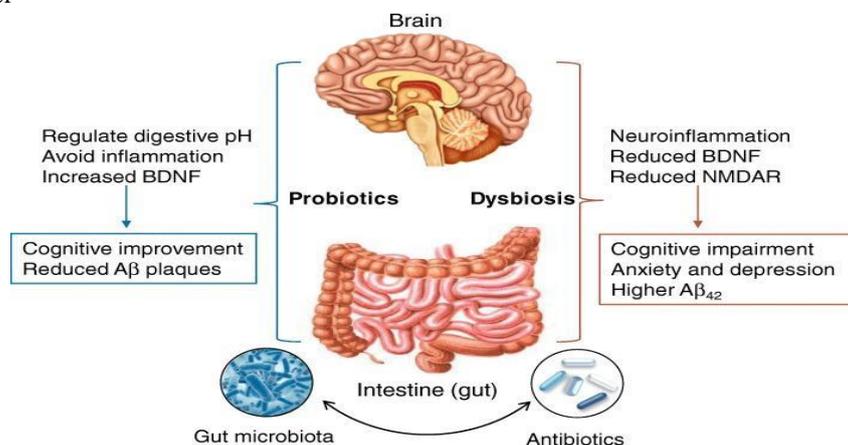
Esse fluxo bidirecional de informações entre a microbiota e o cérebro sugere que o desenvolvimento, a função, o humor e a cognição do

cérebro podem ser influenciados por nosso conteúdo gastrointestinal.

Portanto, a microbiota se destaca como componente principal na possibilidade de induzir distúrbios de neuroinflamação autoimunes e generalizados com o envelhecimento, como a Doença de Alzheimer (SOCHOCKA *et al.*, 2019).

Outrossim, estudos apontam para a relação dos Probióticos: um microrganismo vivo que produz efeitos benéficos na saúde da pessoa hospedeira, e o uso de antibióticos que influencia no Eixo Intestino-Cérebro (**Figura 17.2**). Os Probióticos de bactérias positivas são capazes de estabilizar o pH digestivo, reduzir a inflamação e aumentar as moléculas neuroprotetoras, como o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF). Esses efeitos levam a uma melhor cognição e redução da formação de placas A β em modelos animais de Doença de Alzheimer. Por outro lado, a Disbiose Intestinal pode induzir neuroinflamação e reduzir a expressão do receptor BDNF e NMDA, levando a comprometimento cognitivo, distúrbios do humor e níveis mais altos de A β . Os antibióticos, ao afetarem a composição da microbiota intestinal, interagem com este circuito e produzem diferentes efeitos, dependendo do microbioma alvo (ANGELUCCI *et al.*, 2019).

Figura 19.2 Imagem da representação esquemática do papel do Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro na Doença de Alzheimer



Fonte: ANGELUCCI *et al.*, 2019.

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson caracteriza-se como um distúrbio neurodegenerativo complexo que se configura pela perda de neurônios dopaminérgicos presentes na Substância Negra e o acúmulo intracelular de α -sinucleína. À medida que a doença progride, essas alterações se espalham para outras regiões do cérebro, causando neurodegeneração, levando lentamente a comprometimento motor e cognitivo grave (CABREIRA *et al.*, 2019).

A Doença de Parkinson se manifesta através da estrutura física e mental, onde a parte motora (física) caracteriza-se por tremor de repouso, rigidez, bradicinesia, instabilidade postural e distúrbios da marcha, e as manifestações não motoras são constituídas por depressão, distúrbios autonômicos e demência. O tremor, quando presente, apresenta-se inicialmente de modo acentuado em um dos lados do corpo, e quando afeta os membros, pode atingir, também, cabeça, pescoço, face e mandíbula (CERRI *et al.*, 2019).

Possíveis causas da Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson possui vários fatores que contribuem para sua apresentação, dentre eles destaca-se fatores externos ambientais, fatores genéticos e o Eixo Intestino-Cérebro. Além destas razões, destaca-se o papel do sexo biológico como importante contribuinte para a progressão da doença, sendo o sexo masculino acometido cerca de duas vezes mais que o feminino (CERRI *et al.*, 2019).

Fatores externos ambientais: diversos estudos associam a maior frequência de aparecimento da Doença de Parkinson em pacientes que vivem em zona rural, que fazem uso de água de poço e que estão mais expostos a pesticidas e herbicidas. Sugere-se, ainda, que o traumatismo craniano e a exposição a outras toxinas como o magnésio, aumentam o risco futuro da enfer-

midade. Mais recentemente, a inflamação intestinal tem sido apontada como eventual fator desencadeante da Doença de Parkinson (FAN *et al.*, 2020).

De acordo com Klann *et al.* (2022), o estresse crônico e as condições psicossociais adversas de trabalho elevam a probabilidade de o indivíduo adquirir Parkinson, principalmente homens com alta escolaridade.

Fatores genéticos: estima-se que cerca de 20% dos pacientes portadores da doença têm, pelo menos, um parente de primeiro grau com Doença de Parkinson.

A mutação genética associada à Doença de Parkinson mais frequentemente encontrada na população ocorre no gene da Glicocerebrosidase (GBA). O mecanismo pelo qual as mutações do gene GBA aumentam o risco de Doença de Parkinson envolve possivelmente modelos de ganho de função que promovem a agregação de α -sinucleína (KLANN *et al.*, 2022).

Além de tudo, Cerri *et al.* (2019) cita, ainda, o gene GAPDH, que codifica uma proteína conservada envolvida em vários processos celulares, com um papel potencial na Doença de Parkinson e se correlaciona fortemente com a afecção de forma esporádica e aumenta o risco do distúrbio em homens mais velhos.

Além desses fatores, pesquisas apontam as importantes diferenças entre o sexo feminino e masculino, evidenciando-se principalmente o hormônio estrogênio que desempenha um papel preponderante nas diferenças sexuais na Doença de Parkinson, fornecendo proteção contra o distúrbio, uma vez que, o estradiol aumenta a síntese, liberação, recaptação e renovação de dopamina. Além de que, esse hormônio potencializa a liberação de dopamina estimulada por anfetamina no estriado dorsolateral por interação com os receptores de estradiol e mGlu5. No mais, enfatiza-se, que células dopaminé-

gicas femininas geralmente mostram menor vulnerabilidade a fatores indutores de degeneração do que os neurônios masculinos (MARO-GIANNI *et al.*, 2020).

Disbiose Intestinal x Doença de Parkinson

Para SHEN *et al.* (2021), as alterações da microbiota intestinal e a anormalidade do metabolismo intestinal em pacientes com Parkinson, pode afetar a atividade cerebral por meio do Eixo Microbiota-Intestino-Cérebro. Diante disso, ocorre a abundância de quatro gêneros, incluindo *Akkermansia*, *Roseburia*, *Faecalibacterium* e o grupo *Lachnospiraceae* ND3007, bem como a alteração da família *Akkermansiaceae* na Doença de Parkinson. Além do mais, as famílias de *Bifidobacteriaceae*, *Ruminococcaceae*, *Verrucomicrobiaceae*, e *Christensenellaceae* mostraram-se aumentadas em pacientes acometidos pelo distúrbio. Dessa forma, a diminuição da abundância de *Prevotellaceae* está associada a menores níveis do hormônio intestinal grelina, que participa da regulação da função dos neurônios dopaminérgicos na Substância Negra compacta e pode combater a neurodegeneração na Doença de Parkinson. A redução de *Faecalibacterium* pode prejudicar a função da barreira intestinal e tornar o Sistema Nervoso Entérico (SNE) mais suscetível à infecção de patógenos entéricos e aumentar o risco de formação de α -sinucleína. A família *Verrucomicrobiaceae*, um de seus principais gêneros, a bactéria *Akkermansia*, que degrada o muco, transforma mucina em SCFAs que podem mediar os efeitos imunorreguladores, além de estar envolvida em vias pró-inflamatória, devido à sua característica de degradação do muco, que leva à quebra da barreira intestinal e ao aumento da exposição das células imunes residentes a patógenos, e assim causa agregação anormal da formação de α -sinucleína.

De modo igual, o aumento do nível de *Akkermansia* pode acelerar a progressão da Doença de Parkinson. Já a família *Christensenellaceae* foi inversamente relacionada ao índice de massa corporal (IMC) do hospedeiro e à massa de gordura visceral. Nesse sentido, nota-se uma maior abundância de *Christensenellaceae* em pacientes com Parkinson, indicando que tal bactéria pode desempenhar um papel no metabolismo lipídico. Assim, o desequilíbrio ecológico dessa microbiota intestinal pode levar ao comprometimento do processo de produção de SCFA, metabolismo lipídico, função imunorreguladora, permeabilidade intestinal e, conseqüentemente, auxiliar para a degeneração dos neurônios dopaminérgicos auxiliando na progressão da Doença de Parkinson (SHEN *et al.* 2021.).

À vista disso, é de suma importância salientar que a diminuição de bactérias produtoras de SCFA e o aumento de *Akkermansia* que degradam mucina aumentam a permeabilidade intestinal para expor o plexo neural intestinal a toxinas como lipopolissacarídeos e pesticidas, o que deve levar à agregação anormal de fibrilas de α -sinucleína. O aumento da permeabilidade intestinal é sublinhado pela diminuição da proteína sérica de ligação ao LPS na Doença de Parkinson. Para mais, a diminuição das bactérias produtoras de SCFA também agrava a inflamação mediada pela micróglia no Sistema Nervoso Central (HIRAYAMA *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

O Sistema Nervoso Entérico é conectado ao Sistema Nervoso Central, compondo juntos o Eixo Intestino-Cérebro. Essa ligação é mediada por moduladores, influenciada por fatores internos e externos, e é percebida ao passo que doenças que atingem o trato gastrointestinal podem estar associadas a sintomas somáticos,

como psíquico-comportamentais e manifestações de patologias neurodegenerativas.

Nessa perspectiva, conclui-se que a Disbiose Intestinal está excepcionalmente ligada a disfunções imunológicas do cérebro, contribuindo para a progressão de doenças neurodegenerativas, principalmente, no que tange a Doença de Alzheimer e a Doença de Parkinson. Nesse âmbito, nota-se que o trato gastrointestinal tem sido referido como o “Segundo Cérebro” do corpo, porque compartilha muitas funções neuronais semelhantes do cérebro, afetando o bem-estar mental e emocional.

Destaca-se, em nossa observação, que a comunicação entre o intestino e o cérebro é um mecanismo importante e conservado subjacente à manutenção da homeostase corporal, portanto, a desregulação desse sistema pode dar origem a distúrbios metabólicos e neurológicos. Assim sendo, bactérias entéricas comensais e patogênicas podem influenciar a função cerebral e do sistema imunológico pela produção de lipopolissacarídeos e amilóide, além disso, a disbiose do microbioma intestinal induz inflamação imunomediada local e consecutivamente sistêmica,

agravando doenças de aspecto neurodegenerativas, uma vez que a homeostase corporal sofre intervenção.

Verifica-se, que a prevenção é uma forma de lidar com o grande aumento de incidências das Doenças de Alzheimer e de Parkinson, desse modo, é indubitável ter uma vida saudável, praticar exercícios físicos, diminuir o estresse e fazer uso de Probióticos, pode evitar e ou retardar o surgimento da disfunção.

Finalmente, com a relevância do tema e algumas incertezas a respeito da relação da Disbiose Intestinal e as demências estudadas, ressaltamos a necessidade de um maior esclarecimento aos profissionais de saúde sobre as estratégias para a melhora, manutenção e prevenção destas enfermidades, salientando o cuidado com a microbiota intestinal. Não obstante, é imprescindível que se fomente a discussão, a pesquisa e a busca por mecanismos que solucionem a problemática, com o desenvolvimento de novas condutas clínicas e medicamentosas para a terapêutica da debilidade, sendo esse um desafio para a ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAND, N. *et al.* O papel da disbiose intestinal na fisiopatologia dos distúrbios neuropsiquiátricos. *Cells*, v. 12, p. 54, 2022.
- ANGELUCCI, F. *et al.* Antibiotics, gut microbiota, and Alzheimer's disease. *Journal of Neuroinflammation*, v. 16, n. 1, p. 108, 2019.
- BOTELHO, R. *et al.* O método de revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121, 2011.
- CABREIRA, V. *et al.* Parkinson's Disease: Clinical Review and Update. *Acta Médica Portuguesa*, v. 32, n. 10, p. 661, 2019.
- CERRI, S. *et al.* Parkinson's Disease in Women and Men: What's the Difference? *Journal of Parkinsons Disease*, v. 9, n. 3, p. 501, 2019.
- FAN, X. *et al.* Role of homocysteine in the development and progression of Parkinson's disease. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, v. 7, n. 11, p. 2332, 2020.
- FONSECA, N. *et al.* O estudo do eixo intestino-cérebro e sua influência em doenças neurodegenerativas - uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 16, p. e281111638185, 2022.
- GÓMEZ-EGUÍLAZ, M. *et al.* El eje microbiota-intestino-cerebro y sus grandes proyecciones/The microbiota-gut-brain axis and its great projections. *Revista de Neurologia*, v. 68, n. 3, p. 111, 2019.
- GÓRALCZYK-BIŃKOWSKA, A. *et al.* The Microbiota-Gut-Brain Axis in Psychiatric Disorders. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 23, n. 19, p. 11245, 2022.
- HIRAYAMA, M. *et al.* Parkinson's Disease and Gut Microbiota. *Annals of nutrition & metabolism*, v.77, suppl. 2, p. 28, 2021.
- KLANN, M. *et al.* The Gut-Brain Axis and Its Relation to Parkinson's Disease: A Review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 13, 2022.
- LEBLHUBER, F. *et al.* The Immunopathogenesis of Alzheimer's Disease Is Related to the Composition of Gut Microbiota. *Nutrients*, v. 13, n. 2, p. 361, 2021.
- MAROGIANNI, C. *et al.* Neurodegeneration and Inflammation - An Interesting Interplay in Parkinson's Disease. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 22, p. 8421, 2020.
- MARTIN, C. *et al.* Gut-Brain Axis and Behavior. *Nestlé Nutrition Institute Workshop*, v. 88, p. 45, 2017.
- MEGUR, A. *et al.* The Microbiota-Gut-Brain Axis and Alzheimer's Disease: Neuroinflammation Is to Blame?. *Nutrientes*, v. 24, n. 1, p. 13, 2020.
- MOSER, G. *et al.* Intestinal microbiome-gut-brain axis and irritable bowel syndrome. *Wiener medizinische Wochenschrift*, v. 168, n. 3-4, p. 62, 2018.
- PUSCEDDU, M. *et al.* The role of the gut microbiota in the pathophysiology of mental and neurological disorders. *Psychiatric Genetics*, v. 30, n. 4, p. 87, 2020.
- ROMAN, R. & FRIEDLANDER, R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Revista Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.3, n. 2, p. 109, 1998.
- RUTSCH, A. *et al.* The Gut-Brain Axis: How Microbiota and Host Inflammation Influence Brain Physiology and Pathology. *Frontiers in Immunology*, v. 11, 2020.
- SHEN, T. *et al.* The Association Between the Gut Microbiota and Parkinson's Disease, a Meta-Analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 13, 2021.
- SOCHOCKA, M. *et al.* The Gut Microbiome Alterations and Inflammation-Driven Pathogenesis of Alzheimer's Disease - a Critical Review. *Molecular Neurobiology*, v. 56, n. 3, p. 1841, 2019.

Capítulo 18

DISSOCIAÇÃO EM PACIENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA

ANNELISE PEREIRA BARRETO MONTEIRO¹
JÚLIA HELENA MARTINS TEODORO¹
MARIA DE LOURDES PAIS DE ANDRADE FERNANDES¹
VÍCTOR ALONSO LÓPEZ CID SANTONI¹

1. *Discente - Medicina da Universidade de Santo Amaro*

Palavras Chave: Dissociative disorder; Sexual abuse; Sexual rape of minor.



INTRODUÇÃO

A dissociação possui natureza multifacetada, dado que ao longo da história e da época a ser analisado, o que chamamos hoje de transtorno dissociativo de identidade (TDI), adquiriu interpretações distintas, as quais transitaram por ideais de possessão demoníaca na idade média, até o conceito de histeria e múltiplas personalidades do século XIX (MARALDI, 2019).

Hodiernamente o conceito de dissociação em psiquiatria pode ser definido, segundo Sadock *et al.* (2017), como “um mecanismo de defesa inconsciente envolvendo a segregação de qualquer grupo de processos mentais ou comportamentais do resto da atividade psíquica da pessoa.” Os processos dissociativos podem apresentar características variadas, sendo repentinos ou graduais e transitórios ou crônicos. A principal causa do desenvolvimento desses processos dissociativos são traumas psicológicos (SADOCK *et al.*, 2017).

O abuso sexual infantil acontece quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não é capaz de compreender e/ou tem o desenvolvimento incompatível e/ou não possa dar consentimento e/ou que viole as leis ou as regras da sociedade (PLATT *et al.*, 2018). O abuso intrafamiliar recorrente da criança mais frequentemente pode associar-se à situação psicoemocional complexa e difícil de ser solucionada, causando traumas. O presente trabalho tem o objetivo de abordar e discutir a correlação entre os eventos de abuso sexual infantil e suas repercussões intrapsíquicas relacionadas aos transtornos dissociativos.

MÉTODO

O presente trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura sobre dissociação em pa-

ciente vítima de abuso sexual na infância. Os materiais utilizados para o desenvolvimento do trabalho foram bibliografias médicas digitais, realizando uma busca nos sites PubMed e SciELO.

Dos 283 artigos encontrados na busca inicial, 58 foram selecionados para a leitura a partir dos anos de publicação entre 2015 e 2020 de acordo com o título de interesse. Dos artigos selecionados, 30 artigos estavam em português, 26 em inglês e 2 em espanhol.

A partir da leitura do resumo e do texto, foram excluídos 29 artigos, os quais não correlacionavam os dois pilares da presente revisão – processos dissociativos e abuso sexual – e aqueles que não abordavam a faixa etária. Assim, 25 artigos compuseram o estudo por abordarem características significantes sobre o tema de interesse sobre dissociação em paciente vítima de abuso sexual na infância e/ou adolescência, visando o completo entendimento sobre o assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspecto cultural do abuso sexual

É constatado que o abuso sexual deve ser analisado além do crime, pois ele é também resultado de uma sociedade que, por meio da sua cultura e construções sociais, corroboram com a sua existência e continuidade. Desde a infância, é incumbido no homem o papel de poder e posse pelo corpo da mulher e nela a de submissa, seja pela família, seja pela expressão da cultura misonógina patriarcal nos meios de comunicação, leis e regras de conduta de gênero (SOUSA, 2017).

Um fator que fortalece mais com a manutenção do abuso seriam as leis, pois para a credibilidade do abuso, é necessário mais do que o testemunho da vítima, ela deve também possuir provas de sua luta durante o crime e um histórico de comportamentos considerados corretos

de uma mulher atestado pela sociedade (SOUSA, 2017).

Além disso, quando as vítimas de abuso sexual são estudadas, levando em consideração as minorias no Brasil, sendo elas mulheres negras, de baixa renda e com baixa escolaridade, vemos números ainda mais alarmantes do crime no país, devido aos efeitos da hipersexualização e objetificação dessa população. Tal crime acarreta as mais diversas consequências às vítimas, a curto ou longo prazo, sendo os transtornos dissociativos, aqui discutidos, algumas dessas (PLATT *et al.*, 2018; SOUSA, 2017).

A violência sexual é muito além de um desrespeito com outro ser humano, trata-se de um problema crônico de saúde pública, uma vez que constitui um crime contra os direitos humanos (SILVA, 2020). Esse crime traz repercussões graves, psíquicas e físicas, nas quais a vítima muitas vezes leva consigo por um longo período de sua vida (SILVA, 2020; FONTES *et al.*, 2017). No âmbito do abuso intrafamiliar as consequências são ainda mais graves além do início mais precoce e maior tempo de duração (SCHRÖDER *et al.*, 2018; LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; VONDERLIN *et al.*, 2018).

Transtornos dissociativos

A manifestação clínica da dissociação se dá de diversas formas, desde quadros mais floridos e crônicos, até transtornos repentinos ou graduais, e por isso são classificados em diferentes transtornos dissociativos, segundo a versão mais atual do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (APA, 2014). Entre os transtornos dissociativos mais relevantes e associados a experiências traumáticas significativas, sobretudo relacionados com relatos de abuso físico e sexual extremo, principalmente na infância, estão: transtorno dissociativo de identidade (TDI), amnésia dissociativa, fuga dissociativa e

o transtorno de despersonalização/desrealização (SADOCK *et al.*, 2017).

Transtorno dissociativo de identidade

Primeiramente, o TDI, diferente dos outros conceitos, apresenta maior associação a experiências de maus-tratos na infância, cerca de 85 a 97% dos pacientes diagnosticados com TDI apresentaram histórico de abusos físico e sexual (SADOCK *et al.*, 2017). Ele é caracterizado pela existência de dois ou mais estados distintos de personalidade, entretanto é importante destacar que os conceitos se justapõem por meio de sinais e sintomas muito semelhantes entre eles (SADOCK *et al.*, 2017).

O TDI é resultado de um desequilíbrio, provocado por traumas, que afeta a personalidade do indivíduo de maneira que a sua personalidade original se fragmenta como um mecanismo de sobrevivência psicológica. Para isso, o indivíduo pode passar a formar lacunas em suas memórias - pacientes relatam falhas significativas na memória autobiográfica, sobretudo referente a lembranças da sua infância - concepções discrepantes sobre a sua identidade, consciência, percepção e até mesmo podem fragmentar sua personalidade original em identidades distintas, de maior ou menor espectro, para manter o seu funcionamento social e evitar memórias traumáticas (FARIA *et al.*, 2019).

O rompimento da integração entre os aspectos psicobiológicos e sistemas que definem o ser biopsicossocialmente ocorre a nível de sensações, cognição, afeto, comportamento e consciência. A multiplicidade de identidades ocorre quando algum desses sistemas se sobrepõe em relação aos demais, sendo assim o funcionamento ordenado e simultâneo desses setores deixa de existir e criam uma perspectiva única sobre o mundo e sobre o entendimento de si mesmo. Resultado disso é a diversidade de memórias e experiências subjetivas de cada identi-

dade, criando um senso de agência e vontade diferente das demais identidades. Sendo assim não é incomum que pessoas que sofrem de TDI não estejam cientes de suas demais identidades ou não lembrem das experiências vividas por uma de suas facetas (SAR *et al.*, 2017).

As formas de apresentação do TDI em crianças e adolescentes podem ser mais difíceis de serem diagnosticadas, dado o seu desenvolvimento cognitivo impedir que elas sejam capazes de autoidentificar discontinuidades dissociativas em seu comportamento (SADOCK *et al.*, 2017). Isso ocorre, pois, a noção de tempo em crianças é menos linear e menos contínua quando comparado ao adulto. Porém, segundo Sadock *et al.* (2017), a apresentação clínica se divide entre:

Amnésia dissociativa

Outro transtorno dissociativo relacionado a experiências traumáticas de abuso físico e sexual na infância é a amnésia dissociativa. Esse conceito caracteriza-se pela incapacidade de lembrar de informações pessoais importantes e muito relevantes para ser classificado como um esquecimento habitual. Os pacientes possuem em comum na sua história clínica um ambiente psicossocial extremamente conflituoso e alguns sentimentos intoleráveis, como: culpa, vergonha, desespero, raiva e depressão (SADOCK *et al.*, 2017).

No processo de amnésia dissociativa, os indivíduos ficam inaptos automaticamente a acessar as lembranças do evento traumático, inteiro ou de detalhes, assim a consequência é que haja lacunas ou lapsos de memórias. Para o indivíduo, esse processo de esquecimento muda a história de sua vida, causando prejuízo e/ou sofrimento, o que reflete nas áreas sociais, ocupacionais e afetivas, mas também pode servir com uma proteção, evitando conviver com as lembranças da experiência negativa (comum no

caso de abuso sexual na infância). É importante salientar que, apesar das memórias traumáticas estarem inacessíveis a vítima, é possível observar os sintomas, principalmente no comportamento diário afetivo (RADULOVIC *et al.*, 2018).

Fuga dissociativa

A fuga dissociativa é descrita na literatura como: “uma viagem súbita e repentina para longe de casa ou de seu lugar de vivência costumeiro, com incapacidade de lembrar de parte ou de todo o passado” (SADOCK *et al.*, 2017). Sua etiologia está ligada a fatos traumáticos na vida da pessoa que culminaram em um desejo intenso de fuga devido a um estado de consciência alterado. Como o cerne do conceito está ligado ao deslocamento espacial entre lugares distintos, isso implica que a fuga dissociativa costuma ser descrita em adultos. Porém, episódios de fuga podem ser subsequentes a um estresse psíquico crônico provocado pelo histórico de abuso sexual na infância (FARIA *et al.*, 2019).

É importante destacar que pacientes que relatam fuga dissociativa, possuem capacidade de percepção espacial preservada, sendo capazes de reconhecer e desviar de obstáculos que colocam a sua vida em risco. É sabido que os episódios de fuga dissociativa estão intimamente relacionados com a amnésia de eventos após o surto pois o paciente, sem planejar, viaja subitamente ou vaga pelas ruas sem um rumo definido (MARALDI, 2014).

Sendo assim, temos que a dissociação não significa um comportamento automático do indivíduo, em que ele se desloca sem nenhum sentido e descoordenadamente colocando a sua vida em risco, mas sim, representam uma divisão mais ou menos complexa da sua identidade, de maneira que, após a fuga, o quadro pode ser acompanhado do estabelecimento de uma nova identidade (PANITZ *et al.*, 2018).

Despersonalização e desrealidade

Por fim, o transtorno de despersonalização/desrealização é definido, segundo Sadock *et al.* (2017), como uma sensação contínua de estranhamento do próprio eu. É importante destacar esses conceitos uma vez que ambas perturbações não são bem explicadas por outros transtornos dissociativos. Sendo assim, entende-se por despersonalização o distanciamento do indivíduo perante os seus próprios pensamentos, sentimentos, sensações e ao seu corpo quase como se ele fosse um observador externo à suas próprias ações (SADOCK *et al.*, 2017). Pacientes com despersonalização manifestam sensações de estar fisicamente separados ou distanciados das pessoas, muitas vezes usam a expressão “flutuando” ou “vivendo como se fosse um sonho” (MARALDI, 2014).

Em suma, a desrealização e a despersonalização, do ponto de vista clínico-nosológico, são manifestações psíquicas que podem aparecer concomitantemente a qualquer quadro psiquiátrico, sobretudo na esquizofrenia, nas neuroses e nos transtornos dissociativos.

Dissociação e sua relação com o abuso sexual infanto-juvenil

A violência sexual está presente no cotidiano brasileiro, ocorrendo principalmente contra crianças e adolescentes dentro de um ambiente familiar, as quais perdem sua dignidade, respeito, liberdade e, em muitos casos, o amparo da família, essencial na juventude de qualquer ser humano (SILVA, 2020).

Uma das principais consequências psíquicas de tal violência são os transtornos dissociativos que se constroem de maneira complexa envolvendo componentes multifatoriais relacionados ao abuso e à vítima, sendo eles: idade do início, duração e gravidade do abuso (MIORANZA *et al.*, 2018; LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; VONDERLIN *et al.*, 2018) continuidade

de convivência com o abusador, diferença entre a idade da vítima e do abusador, grau de parentesco, intimidação, insegurança do apego, perfil da vítima e falta de opções de fuga (MIORANZA *et al.*, 2018; SCHRÖDER *et al.*, 2018; LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; HÉBERT *et al.*, 2020; SCHIMMENTI, 2017).

Em relação à faixa etária da vítima, a grande parte dos casos de abuso sexual ocorrem em crianças de 5 a 10 anos de idade. Nesse intervalo de idade, a criança ainda não sabe relacionar os seus sentimentos e reagir a uma situação ou pessoa. Além desta vulnerabilidade psicológica, a criança também é vulnerável fisicamente quando comparado ao adulto (SILVA, 2020). Nesse conjunto, a criança não consegue traçar uma estratégia de fuga, vendo-se presa àquela realidade, estando propensa a desenvolver processos dissociativos, sendo eles uma tentativa psíquica de sustentar o indivíduo naquela situação, seja para manter seus afetos com o agressor, seja para preservar a saúde mental da vítima e autorregular suas emoções. (LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; HÉBERT *et al.*, 2020) Apesar de aparentar ser uma estratégia positiva em curto prazo, estudos já demonstraram as consequências em pacientes com transtornos dissociativos à longo prazo, como o aumento da vulnerabilidade da vítima em se colocar em situações de abuso e reconhecê-las, prejuízo no desenvolvimento, baixa autoestima, uso da dissociação de forma recorrente para lidar com as situações, aumento de sintomas psiquiátricos (LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; HÉBERT *et al.*, 2020; HIMMERICH *et al.*, 2019; SCHIMMENTI, 2017).

Com relação ao gênero da criança, a maioria das vítimas são do sexo feminino. Essa estatística é provavelmente explicada pela cultura da sociedade em que a vítima e o abusador estão inseridos, a qual apresenta construção patriarcal e reservada, em que a mulher tem seu papel de

submissa perante ao homem. A desigualdade de gênero está profundamente infiltrada na nossa sociedade, a ponto de a violência sexual infantil contra mulheres ser banalizado e, frequentemente, essas ações misóginas e sexistas serem retratadas em filmes e programas de forma natural (SILVA, 2020).

O abuso sexual, como visto, ocorre em sua maioria no contexto familiar, os agressores geralmente são do sexo masculino, como padrasto, pai e parentes, os quais em geral permanecem impunes. A impunidade, muito por causa da Lei do Silêncio, é considerada um agravante da dissociação, na qual a família, em especial a figura materna em muitos casos, releva a agressão, decidindo por preservar a imagem familiar. As pessoas próximas da vítima, portanto, tornam-se flexíveis com o abuso, mesmo após o fato ser revelado, assim perpetuando o abuso por longos períodos (PLATT *et al.*, 2018; MIORANZA, 2018; LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; HÉBERT *et al.*, 2020; SILVA, 2020).

Com isso, ocorre o trauma da traição baseado na teoria do apego, na qual acredita-se que, em situações ameaçadoras, os humanos são pré-programados a buscar ajuda nos laços mais próximos e considerados mais aptos por ele. Se frustrado neste auxílio, o trauma é qualitativamente maior (LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020). Além disso, crianças com cuidadores negligentes são menos desenvolvidas emocionalmente, pois é dentro da relação parental onde eles desenvolveriam a capacidade de expressar e regular suas emoções e é onde criariam a interpretação das pessoas e de si mesma. A mente da vítima, sem capacidade de criar qualquer estratégia de fuga, busca a dissociação como entorpecimento pessoal (HÉBERT *et al.*, 2020; VONDERLIN *et al.*, 2018; HIMMERICH *et al.*, 2019).

É principalmente no início da infância o período no qual são desenvolvidas as habilidades

emocionais para lidar com estressores (LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; HÉBERT *et al.*, 2020; HIMMERICH *et al.*, 2019). Quanto mais precocemente ocorre o início do abuso, mais anormal o desenvolvimento neurológico emocional se dá, criando um verdadeiro “cérebro de sobrevivência”, priorizando o gasto energético nas áreas de ameaça em razão das áreas emocionais (LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; VONDERLIN *et al.*, 2018) Sem a capacidade adequada de lidar com as emoções, o cérebro busca, através da dissociação, maneiras de sobreviver adequadamente a situação, levando, por exemplo, à amnésia dissociativa, ao mecanismo de despersonalização e ao transtorno dissociativo de identidade (VONDERLIN *et al.*, 2018).

Apesar dos estudos não conseguirem entrar em concordância sobre qual o tipo de abuso, consumado ou não, apresenta maior consequência emocional às vítimas (LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020; VONDERLIN *et al.*, 2018) muitos sugerem que o apego inseguro apresenta maior correlação para o desenvolvimento da dissociação do que até mesmo o próprio trauma (KONG *et al.*, 2017). No apego inseguro, devido ao constante contato da criança com um responsável hostil que o ignora, desvaloriza, rejeita e não responde as suas necessidades emocionais e não o ensina a lidar com elas, há desregulação precoce nas respostas ao estresse, mediadas pelo eixo hipotálamo-hipófise, tornando a vítima ainda mais sucessível a desenvolver dissociação em situações de risco ou estresse (HÉBERT *et al.*, 2020; VONDERLIN *et al.*, 2018; HIMMERICH *et al.*, 2019; KONG *et al.*, 2017).

Na amnésia dissociativa, certos trechos ou toda a memória do abuso podem ser apagados, existindo casos em que a vítima se relaciona com o agressor sem consciência da agressão (LAWSON & AKAY-SULLIVAN, 2020). Ou-

tro mecanismo de dissociação muito comum é a despersonalização e a desrealização, nas quais o cérebro da vítima possui uma resposta de hiporreatividade emocional, causando entorpecimento a ela (HIMMERICH *et al.*, 2019) Já no transtorno dissociativo de identidade, é quando ocorre a completa separação do Eu da experiência traumática (TOMLINSON & BAKER, 2017).

Visto as alterações, o sistema límbico, responsável pelo controle de situações sociais e de estresse, sofre uma “desconexão” das regiões corticolímbicas e se torna mais inibidas, reduzindo as habilidades de lidar com as situações (TSCHOEKE *et al.*, 2019). O modelo de desconexão corticolímbico postula que o aumento da atividade em áreas envolvidas no controle cognitivo e de excitação diminui a atividade da amígdala, crucial para iniciar reações de estresse e medo. Além do acometimento de hipocampo, há também comprometimento do córtex cingulado posterior, giro temporal superior, junção temporoparietal, precúneus, giro angular, córtex frontopolar e lobo parietal inferior. Todas as alterações cerebrais citadas correlacionam-se diretamente com os quadros clínicos dissociativos como despersonalização/desrealização, lembrança autobiográfica, devaneio, mudanças na percepção e processamento autorreferencial (KRAUSE-UTZ & ELZINGA, 2018).

O desenvolvimento neurológico do transtorno dissociativo sofre influência de fatores

ambientais e genéticos, e resultam de características genéticas e epigenéticas que se relacionam ao controle do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (TSCHOEKE *et al.*, 2019). Como consequência, um achado em exames de imagem é a redução do volume do hipocampo (LAZAROV *et al.*, 2017) o qual se relaciona com a gravidade dos sintomas psicofórmico e somatofórmico observados pelo volume do subículo esquerdo e pré-subículo (PARLAR *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Em suma, foi visto que os transtornos dissociativos relacionados a experiências traumáticas da infância, como o abuso sexual, apesar de apresentarem formas clínicas distintas, possuem sinais e sintomas semelhantes entre si, como episódios de amnésia, fuga, episódios de desrealização e despersonalização, fragmentação de personalidade, entre tantos outros mecanismos que o indivíduo usa para evitar retornar para as memórias traumáticas vivenciadas na infância. A dissociação seria assim a resposta neurológica da impotência do indivíduo, ao grave nível do trauma em conjunto ao desequilíbrio emocional em auxílio a sua sobrevivência.

A cultura do abuso sexual, incrustado na sociedade, merece conscientização e mobilização da comunidade, para que seja enfrentado esse problema que tem impacto cognitivo-comportamental em vítimas crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FARIA, M.A. *et al.* Using the Rorschach Method in The Differential Diagnosis of Schizophrenia and Dissociative Identity Disorder. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, p. e3521, 2019.
- FONTES, L.F.C. *et al.* Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2919, 2017.
- HÉBERT, M. *et al.* Disorganized attachment and emotion dysregulation as mediators of the association between sexual abuse and dissociation in preschoolers. *Journal of Affective Disorders*, v. 267, p. 220, 2020.
- HIMMERICH, S.J. *et al.* The Impact of Child Abuse on Relationships between Resource Loss and Posttraumatic Stress: A Cross-Lagged Panel Analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, v. 20, n. 5, p. 619, 2019.
- KONG, S.S. *et al.* Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, v. 19, n. 2, p. 214, 2017.
- KRAUSE-UTZ, A.D. & ELZINGA, B.M. Mecanismos neurais de dissociação: Implicações para pessoas limítrofes *lijheidsstoornis* [Mecanismos neurais de dissociação: Implicações para transtorno de personalidade limítrofe]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, v. 61, n. 4, p. 267, 2019.
- LAWSON, D.M. & AKAY-SULLIVAN, S. Considerations of Dissociation, Betrayal Trauma, and Complex Trauma in the Treatment of Incest. *Journal of Child Sexual Abuse*, v. 29, n. 6, p. 677, 2020.
- LAZAROV, A. *et al.* Resting-state functional connectivity of anterior and posterior hippocampus in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, v. 94, p. 15, 2017.
- LIRA, M.O.S.C. *et al.* Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. e0080016, 2017.
- MARALDI, E.O. Dissociação, crença e identidade: uma perspectiva psicossocial. Tese (Doutorado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2014.
- MARALDI, E.O. Transtorno dissociativo de identidade: aspectos diagnósticos e implicações clínicas e forenses. *Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito*, v. 1, n. 2, p. 32, 2019.
- MIORANZA, A. *et al.* Abuso Sexual Infantil-Juvenil: Interfaces com a Saúde. *Revista Humana SER*, v. 3, n. 1, 2018.
- PANITZ, G.O. *et al.* Por Onde Anda a Histeria? WHERE IS THE HYSTERIA? *Acta Médica (Porto Alegre)*, v. 39, n. 1, p. 359, 2018.
- PARLAR, M. *et al.* Dissociative symptoms are associated with reduced neuropsychological performance in patients with recurrent depression and a history of trauma exposure. *European Journal of Psychotraumatology*, v. 7, n. 1, p. 29061, 2016.
- PLATT, V.B. *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, (Impr.), v. 23, n. 4, p. 1019, 2018.
- RADULOVIC, J. *et al.* State-Dependent Memory: Neurobiological Advances and Prospects for Translation to Dissociative Amnesia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, v. 12, p. 259, 2018.
- SADOCK, B.J. *et al.* Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico, 11ª. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SAR, V. *et al.* Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychology Research and Behavior Management*, v. 10, n. 10, p. 137, 2017.
- SCHIMMENTI, A. The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, v. 19, n. 5, p. 552, 2017.
- SCHRÖDER, J. *et al.* Psychiatric Impact of Organized and Ritual Child Sexual Abuse: Cross-Sectional Findings from Individuals Who Report Being Victimized. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 11, p. 2417, 2018.
- SILVA, D.M. O perfil psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Revista Educação, Psicologia e Interfaces*, v. 4, n. 1, p. 144, 2020.
- SOUSA, R. F. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. *Revista Estudos Feministas*, v. 25, n. 1, p. 9, 2017.
- TOMLINSON, K. & BAKER, C. Women's Auto/Biography and Dissociative Identity Disorder: Implications for Mental Health Practice. *Journal of Medical Humanities*, v. 40, n. 3, p. 365, 2017.
- TSCHOEKE, S. *et al.* Causal connection between dissociation and ongoing interpersonal violence: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 107, p. 424, 2019.
- VONDERLIN, R. *et al.* Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, v. 48, n. 15, p. 2467, 2018.

Capítulo 19

SUICÍDIO PRATICADO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE - UMA REALIDADE NO MEIO MÉDICO

FELIPE BARROS FONSECA¹
LAINARA CAIRES SILVA¹
NATHÁLIA CRUZ FIDELIS MARQUES¹
SAMI ALI EL KADRI¹

1. Discentes - Medicina da Universidade Nove de Julho.

Palavras Chave: Suicídio; Profissionais da saúde; Saúde mental



INTRODUÇÃO

Esse artigo compreende uma revisão de literatura sobre suicídio entre profissionais da saúde, abordando sobre o conceito de suicídio, suicídio entre profissionais da área da saúde em geral até o afunilamento para a especificidade relacionada a médicos, bem como os principais fatores de risco e formas de prevenção.

A finitude, insegurança e vulnerabilidade marcam a vida das pessoas, predispondo sempre um sofrimento. Muitos encontram a finitude desse sofrimento no suicídio, no ato de acabar com a própria existência (FREITAS & BORGES, 2014). Este é um fenômeno biopsicossocial, multifatorial e trata-se de um percurso que vai desde a motivação e ideação suicida até o planejamento e o ato em si (OLIVEIRA *et al.*, 2016; CARVALHO, 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) coloca o suicídio como um ato iniciado, planejado e concretizado por um indivíduo com consciência de que existe um resultado fatal.

O suicídio está entre as três principais causas de morte entre pessoas de 15 a 44 anos (FREITAS & BORGES, 2014). A OMS (2006) aponta que anualmente ocorre um milhão de óbitos por conta de suicídio, sendo que as tentativas são de 10 a 20 vezes mais altas que a concretização do ato em si.

O suicídio consumado tem crescido de modo exponencial, assim como as tentativas não consumadas (GUTIERREZ, 2014). Vale ressaltar que o atentado contra a própria vida é multidimensional, influenciado por múltiplos fatores: ambientais, sociais, genéticos, biológicos e fisiológicos (OMS, 2006), variando conforme a subjetividade de cada indivíduo, sendo tratado como uma prioridade global de saúde pública.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2014) enxerga o suicídio como um colapso pessoal e também

social, se referindo ao ambiente em que a pessoa vive. Fatores como desemprego, pobreza, luto, desentendimentos, término de relações, problemas no trabalho, abuso de álcool e drogas, violência física, abuso sexual, assédio, isolamento social e distúrbios psiquiátricos tais como depressão e esquizofrenia, podem aumentar o risco de suicídio (PARENTE *et al.*, 2017; CARVALHO, 2018).

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é compreender os fatores de risco relacionados ao suicídio assim como suas formas de prevenção, sendo de suma importância para estudos relacionados à saúde dos profissionais da área médica e da área da saúde de forma geral.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo trata-se de uma revisão bibliográfica sobre suicídio entre profissionais da área da saúde e da área médica, trazendo literaturas especializadas e produzindo dados sobre o tema proposto.

A pesquisa bibliográfica se trata de um levantamento das bibliografias publicadas, sejam elas artigos científicos, livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, tendo como fim fazer com que o pesquisador entre em contato com o tema em questão, dando base para sua análise e interpretação das informações (MARCONI & LAKATOS, 1992).

Deu-se início a pesquisa a partir de uma questão norteadora, onde os pesquisadores envolvidos formularam a seguinte pergunta "ser um profissional da área médica é um fator de risco para ideação suicida e/ou suicídio?". Após isso buscou-se na literatura conteúdos associados ao tema, sendo realizada uma seleção dos artigos que mais se encaixavam na revisão de literatura. Foram utilizados sites como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e revistas de sa-

úde. Assim, foi feita uma leitura crítica e análise dos textos, assim como resumos e interpretações sobre o tema, para discussão posterior.

DISCUSSÃO

Suicídio entre Profissionais da Área da Saúde

A prevalência de sintomas relacionados ao suicídio é elevada em profissionais da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Muito disso vem da cultura organizacional da área, que causa sofrimento e insatisfações pessoais e profissionais (MINGHETTI *et al.*, 2014; CARVALHO, 2018).

Muitos profissionais da área da saúde trabalham diretamente com pessoas hospitalizadas, em sofrimento, e em um ambiente estressante, tornando-se mais suscetíveis a problemas de saúde mental, além da dinâmica organizacional e carga alta de trabalho (BARBOSA *et al.*, 2012). O autor ainda reforça que são profissionais que lidam com a vida de outras pessoas, gerando muita responsabilidade e presenciando situações de morte e sofrimento de forma recorrente, principalmente com pacientes.

As profissões da área da saúde são suscetíveis aos transtornos psíquicos, pelo fato de lidar cotidianamente com a vida, a dor e morte das pessoas sob seus cuidados e com as cobranças dos seus familiares (SILVA *et al.*, 2015).

Ademais, a síndrome de *Burnout*, caracterizada pelo estresse profissional, também contribui para o adoecimento dos profissionais da saúde, visto que eles estão imersos em ambientes de pressão elevada e contato direto com pessoas (FREITAS & BORGES, 2014).

Também é importante abordar sobre a jornada de trabalho desses profissionais, que são extensas, estressantes e de grande pressão em situações de emergência, quando precisa-se de tomada rápida de decisão e cuidados específicos

(MELO *et al.*, 2013; FREITAS & BORGES, 2014).

Assim, todos esses fatores afetam a saúde desses trabalhadores, tanto sua qualidade de vida no trabalho quanto fora deste, trazendo prejuízos na saúde física e mental (BARBOSA *et al.*, 2012).

Nesse aspecto, os profissionais da saúde também requerem de cuidados e atenção, por representar ali outro ser humano, carregados de estigmas e subjetividade. A responsabilidade que permeia o profissional de saúde de manter a vida de outro indivíduo requer uma maior sensibilização, o que gera a necessidade de atenção para que algum transtorno mental não afete o seu desempenho profissional (FREITAS & BORGES, 2014).

Nesse sentido, estudo publicado no *The Medical Journal of Australia* apurou, em retrospectiva, a mortalidade de profissionais de saúde por suicídio entre os anos de 2001 a 2012, constatando que: 1- as taxas de suicídio entre profissionais de saúde mulheres foi maior do que em qualquer outra profissão; 2- a taxa de suicídio entre médicos homens não se mostrou significativamente maior do que em outras profissões, no entanto, entre enfermeiros, as taxas foram significativamente maiores do que entre homens que trabalhavam fora da área da saúde; 3- taxas de suicídio entre profissionais de saúde com pronto acesso a medicamentos prescritos foi maior do que para profissionais de saúde sem esse acesso ou em ocupações fora da área da saúde. Além disso, o método mais frequente de suicídio utilizado por profissionais da saúde foi o auto envenenamento (MILNER *et al.*, 2016).

Suicídio entre médicos

Observa-se em todo o mundo um aumento do número de suicídios entre médicos, incluindo estudantes universitários até especialistas das mais diferentes áreas. Também reforçam que

esse problema é multifatorial e que essa situação pode estar também relacionada com uma maior prevalência de doenças psiquiátricas tais como depressão e ansiedade. Outro ponto é que médicos tem mais acesso a medicações que podem ser letais, facilitando o suicídio por overdose (ALVARADO & MANRIQUE, 2019).

Estima-se que a prevalência de depressão é de 27% e 29% entre estudantes de medicina e residentes, respectivamente, mas pode chegar a 60% entre médicos praticantes, sendo esta uma condição fortemente relacionada ao suicídio. Ressalta-se também a subnotificação da doença devido à falta de procura de ajuda, estigmas sociais ou automedicação. Isso tudo, juntamente com os longos períodos de trabalho, cansaço, responsabilidade extrema, julgamentos, pressão para o não cometimento de erros, diminuição do autocuidado, podem contribuir para um estresse profissional e emocional (ALVARADO & MANRIQUE, 2019).

Os autores também abordam que há alguns fatores de risco, tais como, ser mulher, jovem, solteiro, ter falta de rede de apoio e ser especialista em psiquiatria e anestesiologia. O alcoolismo, abuso de substâncias, histórico de doenças psiquiátricas na família, órfãos, problemas financeiros, ansiedade e obesidade são outros fatores associados.

Ainda segundo os autores, as manifestações do suicídio geralmente se iniciam ainda durante a graduação e vão aumentando de intensidade durante a carreira profissional, destacando-se a insatisfação no trabalho, sobrecarga de trabalho, pressão na prática da profissão e alta responsabilidade, aumentando a incidência de depressão e *Burnout*.

A busca por ajuda é bastante difícil entre médicos pois é necessário trocar o papel de ser cuidador para ser cuidado, levando a uma resistência em expor seus problemas e buscar ajuda por vergonha ou medo de julgamentos.

Existem outros fatores para uma taxa alta de suicídios entre médicos. Esses profissionais tendem a negar estresse pessoal e desconforto psicológico, acobertando pensamentos suicidas. Geralmente também estão fechados para intervenções terapêuticas, e tem meios para concretizar o suicídio devido ao acesso facilitado à medicamentos. Outro ponto é a negligência da família e amigos, que pensam que por serem médicos, sabem se cuidar sozinhos (SIMON, 1968).

Outro ponto importante a ser citado é a diminuição da interação de médicos com sua rede de apoio, além da ansiedade no ambiente profissional, desgaste profissional, discussões com colegas, assédio e estresse. É comum ver profissionais da área médica frustrados e insatisfeitos com sua profissão, com medo de cometer erros e serem punidos por isso, o que pode ter papel importante em ideias suicidas (ALVARADO & MANRIQUE, 2019).

CONCLUSÃO

Com base na bibliografia apresentada, conclui-se que a profissão médica apresenta grande fator de risco para o suicídio, tendo em vista seu ambiente de trabalho e exposições a mais diferentes formas de pressões físicas e mentais, deixando-os mais suscetíveis a pensamentos e concretizações suicidas.

Essa suscetibilidade decorre do ambiente de trabalho e também da presença cotidiana da morte ou com o risco dela. É importante abordar que o profissional da saúde deve ser visto como uma pessoa que também pode sofrer e ter abalos em seu bem-estar, apesar de cuidar da saúde de seus pacientes (FREITAS & BORGES, 2014).

Um programa de conscientização e orientação faz-se necessário, entendendo que apesar de serem profissionais da área da saúde não estão imunes de conflitos emocionais. Também é pos-

sível abordar sobre prevenção e observar sinais indicativos de suicídio, além de desenvolver uma assistência especializada, com profissionais psiquiatras e psicólogos (MELEIRO, 1998). O autor também aponta que a preparação de profissionais para lidar com esse grupo de pacientes é importante, já que pode haver transfêrências, sentimentos que se misturam, principalmente de identificação, sendo essencial que a equipe não seja conhecida do paciente médico.

Intervenções precoces na saúde mental desses profissionais, desde a faculdade, podem diminuir os sintomas depressivos e ideações suicidas. Lembrando que essas intervenções devem ser multidisciplinares, permitindo notar sinais e sintomas ainda no início, a fim de buscar medidas necessárias para se ter uma boa saúde men-

tal. Orientação sobre autocuidado, detecção de sinais de ansiedade, depressão e ideação suicida tanto de si mesmo quanto de colegas também são formas de prevenção, além de apoio trabalhista e redução da sobrecarga de trabalho (ALVARADO & MANRIQUE, 2019).

Assim, é necessário um maior debate sobre o tema proposto, já que o suicídio é um problema de saúde pública mundial e tem aumentado consideravelmente ao longo do tempo entre a população em geral e profissionais da área da saúde. Os autores ainda abordam que somente a partir da valorização do sujeito que produz saúde será possível a criação de espaços que permitam humanização (FREITAS & BORGES, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARADO-SOCARRAS, J.L. & MANRIQUE-HERNÁNDEZ, E.F. Suicídio de médicos. Una realidad ignorada. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, v. 51, n. 3, p. 194, 2019.
- BARBOSA K.K.S. *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 3, p. 515, 2012.
- CARVALHO, S.M.A. Fatores de risco associados ao suicídio entre profissionais de saúde. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2018.
- FREITAS, A.P.A. & BORGES, L.M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 14, n. 2, p. 560, 2014.
- GUTIERREZ, B.A.O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. Texto referente à palestra intitulada “Atendimento hospitalar nas tentativas de suicídio” ministrada na II Jornada do Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. *Psicologia USP [online]*, v. 25, n. 3, 2014.
- MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Editora Atlas, 4ª ed. p.43 e 44, 1992.
- MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira [online]*, v. 44, n. 2, p. 135, 1998.
- MELO, M.V.M. *et al.* Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe*. Recife, v.1, n.2, p. 35, 2013.
- MILNER A.J. *et al.* Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. *The Medical Journal of Australia*, v. 205, n. 6, p. 260, 2016.
- MINGHETTI, L.R. *et al.* Saúde Mental do Trabalhador: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral. *RIES - Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 3, n. 2, p. 105, 2014.
- OLIVEIRA, E.N. *et al.* Aspectos epidemiológicos e o cuidado da enfermagem na tentativa de suicídio. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 5, n. 2, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um imperativo global, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 23 de novembro de 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção do Suicídio um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Genebra, 2006. Disponível em: 809e493d-291f-f716-2a61-e7135ddb3b40 (saude.df.gov.br). Acesso em: 15 de novembro de 2022.
- ORGANIZATION FOR ECONOMICCO-OPERATIONANDDEVELOPMENT (OECD). Society at a Glance 2014: The Crisisand its Aftermath. OECD Publishing, 2014. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/soc/OECD2014SocietyAtAGlance2014.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2022.
- PARENTE, A.C. *et al.* Perfil dos casos de suicídio em sobral entre os anos de 2010 e 2015. *SANARE – Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, 2017.
- SILVA, D.S.D. *et al.* Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*, v. 49, p. 1023, 2015.
- SIMON H.J. Mortality among medical students, 1947-1967. *Journal of Medical Education*, v. 43, n. 11, p. 1175, 1968.

Capítulo 20

EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL

JOÃO LUCAS MAIA ROCHA¹
FELIPE BRANDÃO NORJOSA¹
BEATRIZ VIEIRA CAVALCANTE¹
GIOVANNA WALFREDO DE CARVALHO LINHARES¹
MARIANA BEZERRA LEITE¹
ANTÔNIO RIQUELME MARTINS NEGREIRO¹
MARIA EDUARDA PEIXOTO LEITÃO¹

1. *Discente - Medicina da Universidade de Fortaleza*

Palavras Chave: Epidemiologia; Abuso de álcool; Internação hospitalar.



INTRODUÇÃO

O álcool se trata de uma substância lícita de uso aceito socialmente, contudo o seu hábito desproporcional é responsável pelo terceiro maior número de mortes e se conecta com mais de 200 doenças e condições de saúde passíveis de gerar lesões, como acidentes relacionados ao tráfego (AXLEY, *et al.*, 2019).

A progressão do uso indevido de álcool para a dependência dessa substância apresenta maior relação com a “fissura”, definida como o desejo intenso pelo seu uso, tornando-se mais uma necessidade fisiológica que a busca pelo prazer proporcionado pela droga (GUINLE & SINHA, 2020).

Fatores psicossociais, como traumas e maus tratos, têm sido associados ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, notadamente na adolescência, pois a exposição precoce a esses fatores tem forte relação com instabilidades comportamentais e emocionais, o que leva a um menor controle em seu uso. Além disso, apesar do alcoolismo ser mais prevalente em homens, as mulheres são mais suscetíveis a certos tipos de estressores, como a violência sexual, fazendo que, em resposta a esses fatores, exista um maior risco para o abuso de álcool nessa população (GUINLE & SINHA, 2020).

A necessidade fisiológica pela droga, que caracteriza os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, também demonstra suas consequências no âmbito relacionado à saúde mental. Por exemplo, pessoas que sofrem com o abuso de álcool podem desenvolver crises de abstinência e fissuras frequentes, problemas esses que afetam de maneira deletéria a vida dos indivíduos, por meio do desempenho sofrível acadêmico e profissional, negligência familiar, seio familiar disfuncional e desen-

volvimento de doenças mentais, por exemplo o transtorno depressivo (APA *et al.*, 2014).

No contexto brasileiro, comparando com o ano de 2013, em 2019 o número de consumidores abusivos de álcool aumentou, apresentando uma prevalência maior entre pessoas da cor de pele preta, jovens adultos, sexo masculino, nas regiões Centro-oeste e Sudeste. Além disso, apesar do conceito de uso abusivo de álcool para mulheres ter mudado, indo de uma ingestão de quatro ou mais doses para cinco ou mais doses, a prevalência do consumo abusivo aumentou no sexo feminino (SILVA *et al.*, 2022).

Apesar desses dados, a literatura carece de informações sobre o número de internações devido ao abuso de álcool. Portanto, o objetivo desse estudo foi relatar tal número no Brasil nos anos de 2019 a 2022, utilizando a plataforma DATASUS-TABNET.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado no período de fevereiro a março de 2023, através de uma coleta de dados do Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS), por meio da plataforma do Tabnet/DATASUS. As variáveis utilizadas foram Região/Unidade de Federação, Faixa etária, Sexo e Cor/raça. Utilizou-se a lista de morbidade CID-10, para filtrar as informações, escolhendo o tópico sobre transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. O período selecionado para análise foi de janeiro de 2019 a dezembro de 2022, sendo filtrado pelo item “ano de processamento”.

A pesquisa por material teórico ocorreu nas plataformas digitais PubMed e SciELO. Os descritores utilizados foram: “Abuso de álcool” e “Epidemiologia”, em língua inglesa e portuguesa, no período de 2009 a 2022.

RESULTADOS

Panorama geral das internações decorrentes dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

A análise da amostra, considerada a partir de 2019, obteve a média de 2.953 internações por mês. Com relação às idades encontradas, houve uma prevalência na faixa etária dos 40 aos 49 anos, sendo o sexo masculino majoritário dentre essas internações. Considerando o número total, outro fator observado foi a etnia, sendo a prevalente a branca, seguida pela parda.

Em comparação à 2020, foi encontrada uma certa diminuição do número geral de internações, essas atingiram uma média de 2.476 por ano. Abrangendo o contexto em que os números estão inseridos, a redução dos números pode ser atribuída à pandemia, tendo em vista que o déficit tem início em fevereiro, chega a atingir seu ápice em abril e diminui no final do segundo semestre do ano, refletindo, assim, o declínio de algumas medidas e campanhas de prevenção ao etilismo. Contudo, a predominância da faixa etária, 40 aos 49 anos, do sexo, masculino, assim como da questão étnica, visto que a etnia branca continua predominante seguida pela parda, permanecem.

Em 2021, a partir de uma avaliação do primeiro semestre, é notório uma queda inicial no total de internações, essa que volta a subir no segundo semestre, mantendo uma média estabilidade de 2369 internações por mês, uma leve queda no número total de internações comparado ao ano anterior.

Com relação ao ano de 2022, percebe-se uma estabilidade entre os meses do ano, com cada um permanecendo em torno de 2.400 internações. As prevalências étnicas, de gênero e de faixa etária permanecem. Sendo assim, obtém-se estabilidade entre os fatores analisados, mas o número total de internações, apesar de crescer

levemente com relação a 2021, não se aproxima dos valores de um contexto pré-pandêmico.

Estatísticas das internações segundo Região/Unidade da Federação

O consumo de álcool de acordo com a Região/Unidade da Federação envolve múltiplas variáveis, como frequência, quantidade e variedade de bebidas, e, ao se realizar a análise das internações, deve-se levar em consideração tanto as similaridades quanto as diferenças entre as UF's acerca da prevalência de consumo.

As taxas de consumo variam entre as cinco regiões, a exemplo do Sudeste que consome mais frequentemente, mas em menor quantidade, enquanto o Norte e o Nordeste apresentam o cenário oposto. E a similaridade encontrada entre essas ocorre na questão da variedade de bebida, visto que a cerveja é a mais consumida entre todas as regiões brasileiras (LARANJEIRA, *et al.*, 2010).

Ao se iniciar o estudo com base na plataforma Tabnet/DATASUS, deve ser feita uma ressalva para os dados encontrados sobre a região Norte, diante do fato que duas Unidades Federativas não têm seus dados disponibilizados, sendo elas Amapá e Roraima. Enquanto isso, as outras quatro regiões brasileiras analisadas estão todas com suas respectivas UF's sendo contabilizadas no estudo.

No contexto de análise das internações no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022, é perceptível uma queda percentual equivalente a 17,9% nos valores nacionais entre o primeiro mês analisado, em que ocorreram 3.005 internações, para as 2.465 internações no último valor mensal estudado.

No período analisado, as regiões com as maiores prevalências de internações foram Sul e Sudeste, já Norte, Nordeste e Centro-Oeste seguiram com os menores valores mensais nos quatro anos estudados. Os valores médios men-

sais do Norte foram 25 em 2019 e 29,9 em 2022; no Nordeste foram 536,25 em 2019 e 411,9 em 2022; no Centro-Oeste foram 203,75 em 2019 e 186,25 em 2022.

Entre as regiões com maiores valores de internações, o Sul prevalece nos quatro anos apurados. Ao se avaliar os dados mensais, a região citada apresentou valor médio anual de 1128,75 em 2019 e 942,8 em 2022. Com relação a segunda região com mais internações, o Sudeste, apresentou 1070,1 em 2019 e 871,9 em 2022.

Estatísticas das internações segundo faixa etária

A prevalência do abuso de álcool varia de acordo com a idade e pode sofrer influências relativamente recentes das mudanças demográficas globais de envelhecimento populacional. Isso porque o envelhecimento da população significa que um maior número de habitantes sobrevive até a adolescência e início da fase adulta, faixas etárias nas quais são maiores os riscos de transtornos do uso de álcool (ANTHONY, 2009).

Dessa forma, a tendência no Brasil - um país em desenvolvimento em meio ao processo de envelhecimento populacional - é de aumento da prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas; hipótese comprovada quando é feita a comparação da prevalência desse consumo abusivo na população brasileira entre os anos de 2013 (13,1%) e de 2019 (17,1%). Como já foi mencionado, observa-se aumento considerável no percentual nesse curto período (SILVA *et al.*, 2022).

No período analisado pelo presente estudo (janeiro de 2019 a dezembro de 2022), houve aumento proporcional entre o número de internações e a faixa etária; teve seu pico na faixa de 45 a 49 anos (18.867 casos) e progrediu em queda na ordem crescente de idade. A segunda faixa etária com maior incidência foi 50 a 54

anos, com 18.230 casos, e a terceira, 40 a 44 anos, contou com 17.940 casos.

Entre os mais velhos, 60 a 64 anos foram as idades do maior número de idosos internados, com 8.713 casos. Em queda na ordem decrescente, foram constatadas 4.367 internações na faixa de 65 a 69 anos e 1.695 na faixa de 70 a 74 anos. A faixa etária de 80 anos ou mais obteve a menor quantidade de ocorrências, com 332.

Na infância, faixa etária que sofre principalmente os desdobramentos deletérios do uso materno abusivo de bebidas alcoólicas durante a gestação, no período analisado, foram registradas 48 internações em menores de 1 ano e 290 casos em crianças de 1 a 4 anos. O número de casos cresce à medida que as faixas etárias evoluem. Ainda assim, a infância e a adolescência caracterizam-se como períodos de baixa quantidade de casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Estatísticas das internações segundo sexo

A prevalência do abuso de álcool possui uma grande discrepância entre os sexos. Essa diferença é flexível de acordo com região, faixa etária e período analisado. A tendência mundial é de uma maior prevalência de consumo de álcool no sexo masculino e, entre a população, alcoólatras homens tem maior consumo de álcool per capita e maiores chances de passarem por episódios graves de alcoolismo (OMS, 2018).

No Brasil, a tendência global é seguida, homens possuem maior prevalência no consumo abusivo de álcool. Entretanto, em anos recentes a demografia de mulheres brasileiras com consumo abusivo tem aumentado em maior proporção. Entre 2013 e 2019, o consumo abusivo de álcool pelo sexo feminino cresceu 39%, enquanto no sexo masculino o aumento foi de 20%. Esse crescimento entre o sexo feminino ocorre apesar do aumento no número mínimo de

doses, de 4 para 5, para se considerar uso abusivo entre mulheres (SILVA *et al.*, 2022).

No presente estudo, o período analisado (janeiro de 2019 a dezembro de 2022), o sexo masculino foi responsável por 106.978 casos de internações do total de 122.911. Em análise por ano, é notável a redução do número de internações em ambos os sexos, mas com um discreto aumento das internações femininas em relação à população geral, de 12,6% em 2019 para 13,8% em 2022.

Entre diferentes faixas etárias, as maiores variações ocorrem até os 14 anos de idade, faixa na qual o sexo feminino representou a maioria das internações, 441 do total de 775. As faixas etárias mais avançadas não apresentam esta mesma variação, possuindo relações de internação homem-mulher semelhantes à população geral (em média 6:1). Isso acontece apesar de existirem diferenças etárias na prevalência do uso de álcool por sexo (MACHADO *et al.*, 2017).

Valor médio decorrente das internações segundo Região/Unidade de Federação

É importante também se observar o fator “valor médio” das internações no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022. É digno de nota que, na plataforma da coleta de dados, alguns meses não apresentam o número do valor das internações, seja por negligência no registro, o mais provável, ou por não ter ocorrido nenhuma internação nesse intervalo. Portanto, os dados a seguir se tratam de uma estimativa.

De acordo com a pesquisa, o ano de 2019 apresentou a média de gastos de internações de aproximadamente 65.559 reais no ano, dando destaque para Região Nordeste, que foi responsável por 171.835,92 reais da média do ano; nessa região os estados mais relevantes foram Maranhão e Alagoas, sendo, respectivamente, 34.527,24 e 35.897, 78 reais.

Esses dados encontrados demonstram que ainda existe alta prevalência da dependência alcoólica na Região Nordeste, relatada em um estudo realizado em 2004, no qual foi observada uma porcentagem de 16% dos dependentes de álcool, superando a porcentagem nacional de 11,2%. Essa alta prevalência pode estar associada à licitude de álcool - o amplo acesso - que dificulta a fiscalização adequada, e também o encorajamento midiático e social ao consumo de álcool (PEREZ *et al.*, 2020).

Ainda no ano de 2019, a segunda região brasileira com maior gasto foi Centro-Oeste (55.304,86), seguida pela Região Sul (50.714,57), Sudeste (39.778, 24) e, em último lugar, Norte (10.161,43).

Na amostra de 2020, foram encontrados dois achados interessantes na Região Norte. No estado do Amazonas, ocorreu um pico em julho de 5.004,87 que logo foi corrigido, e em Roraima, onde houve uma grande escassez dos dados disponíveis no DATASUS.

Ao continuar da análise, o valor médio de internações ao decorrer do ano foi de 67 689,306 reais, ano de maior média com a Região Nordeste ainda sendo a maior contribuinte com 179 684,26 reais, com Maranhão ainda sendo destacado com 42.266,61 reais de contribuição. Em seguida, Região Centro-Oeste (52.673,99 reais), Região Sul (48.777,40 reais), Região Sudeste (42.089,43 reais), e, por fim, Região Norte (15.221,45 reais).

Em 2021, fazendo contraponto com o ano anterior, este é a amostra com menor média anual (62.296,45 reais); as prevalências permaneceram as mesmas, com a Região Nordeste (180.555,74 reais) continuando a maior contribuinte, e dentro da região o estado de destaque permanece sendo Maranhão (38.316,98 reais). Já o Centro-Oeste (57.952,35 reais) continua sendo o segundo maior contribuinte, seguida pela Região Sudeste (39.732,20 reais), Região

Sul (24.207,39 reais) e Região Norte (12.034,60 reais).

Na amostra de 2022, os gastos se fincaram em aproximadamente 66.700 reais por região. Ainda na liderança, a Região do Nordeste foi responsável por 176.713,64 reais, com Maranhão ainda sendo o maior responsável pela maior parcela, 36.358,98 reais. Em ordem decrescente, encontra-se, Região Centro-Oeste (54.240,50 reais), Região Sul (51.104,27 reais), Região Sudeste (38.577,86 reais) e, ao final, Região Norte (12.850,13 reais).

Em suma, no intervalo de tempo escolhido, a região que mais gastou com as internações foi a Região Nordeste, arrecadando em média, aproximadamente, 141.698 reais por ano. A região com menos gastos foi a Região Norte, com a média aproximada de 10.053 reais por ano.

CONCLUSÃO

O hábito aliado a estressores psicossociais, como os traumas, são as maiores causas de de-

pendência e, como consequência, de internamentos por vício alcoólico. Com variantes culturais, fornecimento quanto as bebidas e aspectos econômicos nos dados, em um panorama geral, o perfil encontrado dos pacientes do estudo são homens entre 40 a 49 anos, de etnia branca com abrangência de consumo alcoólico por cerveja.

A partir de 2020, os dados foram relativamente mascarados pela pandemia de SARS-CoV-19, porém as projeções entre 2013 a 2019 tiveram êxito quanto aos resultados e evidenciaram um aumento de consumo alcoólico pelos brasileiros. Dessa forma, é provável que haja um pequeno decréscimo no aumento da expectativa de vida e um acréscimo quanto a internações por dependência etílica no Brasil, caracterizando a intrínseca relação dos estressores psicossociais, a necessidade de escape da realidade e sua influência quanto aos hábitos nas sociedades em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

ANTHONY, J.C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Manole, p. 1, 2009.

AXLEY, P.D. *et al.* Epidemiology of alcohol consumption and societal burden of alcoholism and alcoholic liver disease. *Clinics in liver disease*, v. 23, n. 1, p. 39, 2019.

GUINLE, M.I.B. & SINHA, R. The role of stress, trauma, and negative affect in alcohol misuse and alcohol use disorder in women. *Alcohol research: current reviews*, v. 40, n. 2, 2020.

LARANJEIRA, R. *et al.* Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 32, 2010.

MACHADO I.E. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemo-

gráficas segundo o sexo no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 3, p. 408, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS). DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 8 mar. 2023.

PEREZ, J.A. *et al.* Internações hospitalares por uso de substâncias psicoativas no Nordeste Brasileiro em 2018. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 19, n. 3, p. 405, 2020.

SILVA, L.E.S. *et al.* Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. spe 1. p. e2021379, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 11 mar. 2023.

Capítulo 21

O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

MIKAELLY FARIA DE SOUSA¹
ANA CAROLINA MATTOS BRAGA¹
BRUNO GONÇALVES MOUTINHO TEBALDI¹
EVELIN FELIPETTO DA CUNHA MOREIRA¹
ISABELLE DE ANDRADE SABINO SANTOS¹
JULIANA LOUVISE CARVALHO¹
MARIA GORETE DO NASCIMENTO SILVA¹
MARIANA BASTOS¹
NATHALIA MACHADO RODRIGUES SILVA¹
NAYANE DO CARMO BUY¹
RAFAEL TUDESCO DE FREITAS¹
VINICIUS CHAGAS MADUREIRA²

1. Discente - Medicina na Universidade Iguazu – Campus V – UNIG, Itaperuna, RJ.
2. Discente - Medicina na Faculdade Metropolitana de São Carlos – FAMESC, Bom Jesus da Itabapoana – RJ.

Palavras Chave: Transtorno depressivo maior; Saúde mental; Psiquiatria.



INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior consiste em um distúrbio mental recorrente, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) afeta mais de 260 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2021). Tudo isso, resulta em intensos impactos no que tange a economia e gastos com saúde pública, sendo extremamente relevante estudos acerca da prevenção e tratamento, área essa que vem sendo mais elucidada desde a década de 1980, entretanto, no Brasil e outros países em desenvolvimento essa abordagem tardou-se um pouco mais (REDDY, 2010)

Nesse contexto, o Brasil apresenta mais de 16 milhões de casos diagnosticados, afetando, principalmente, mulheres e idosos, com predomínio nas regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2020). Sabe-se que sua etiologia é variável e multifatorial, com destaque para os fatores psicossociais. Em relação ao seu quadro clínico, são incluídos como sintomas: alterações de humor, sono, concentração, apetite e anedonia, assim como uma maior tendência a ideações suicidas. Com isso, o doente apresenta danos consideráveis em sua qualidade de vida de forma geral (GUIMARÃES *et al.*, 2019). Nesse viés, essa patologia ocupou o quarto lugar no ranking de doenças incapacitantes, e tinha a previsão de ocupar a segunda colocação em meados de 2020, ultrapassando doenças como Diabetes Mellitus, coronariopatias e artrite reumatoide, segundo dados apresentados pela *Global Burden of Disease* (EGEDE, 2008).

Nesse âmbito, a atenção básica constitui a principal porta de entrada desses pacientes no SUS, uma vez que, cerca de 30% dos casos são abordados inicialmente em Unidades básicas de Saúde (UBS) (IBGE, 2020). Nesse viés, o diagnóstico e o manejo adequado são imprescindíveis, para o tratamento efetivo desses pacientes. Dessa forma, este estudo tem como objetivo a

reunião de dados acerca das condutas adotadas para o manejo adequado, eficiente e seguro do transtorno depressivo maior, principalmente, no que tange a atenção primária.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática, por meio de buscas bibliográficas em revistas científicas e bancos de dados (PubMed, SciELO, entre outros) acerca do tema abordado. Dessa forma, foram utilizados os seguintes descritores: “Transtorno depressivo maior”; “Saúde mental”; “Psiquiatria”. Ao fim, foram selecionados 40 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos e pesquisas publicados no período de 2008-2022, em português, espanhol e inglês. 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 25 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: definição, epidemiologia, prevalência, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno Depressivo Maior é popularmente conhecido como depressão. Segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o quadro clínico inclui, humor deprimido, irritabilidade e sensação de vazio, somado a alterações somáticas e cognitivas afetando drasticamente a qualidade de vida

e a produtividade do paciente. Embora possa ocorrer um episódio isolado, geralmente é uma condição persistente. Além disso, é importante reconhecer e distinguir o TDM e uma tristeza ou luto esperados em determinadas circunstâncias (APA, 2014).

Epidemiologia e prevalência

O Transtorno Depressivo Maior consiste em um distúrbio mental recorrente, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) afeta mais de 260 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2021). Na China variou 2% ao longo da vida (LU *et al.*, 2008), na Coreia do Sul cerca de 7% (CHO *et al.*, 2015), no Chile aproximadamente 21% (MARKKULA *et al.*, 2017), assim como na França (BROMET *et al.*, 2011). Ao longo de um ano incidência variou de 1% na China e quase 11% no Brasil (LU *et al.*, 2008; BROMET *et al.*, 2011). Em relação ao continente, o que apresentou a maior prevalência foi a Europa (BROMET *et al.*, 2011; GOLDNEY *et al.*, 2010) e a menor foi a Ásia (LIU *et al.*, 2015).

Nesse contexto, entre os fatores sociodemográficos relacionados ao TDM, dois possuem destaque: o sexo feminino, que 26 de 30 estudos corroboraram com essa predominância de gênero; e processos de divórcio, com predominância em 26 de 29 estudos abordados (BROMET *et al.*, 2011).

Ademais, o estado laboral também está constantemente atrelado ao TDM, uma vez que, o desemprego foi associado a esse aumento em 8 estudos, que consideraram esse quesito. Outrossim, fatores sociodemográficos, como: nível social, econômico e escolar foram correlacionados apenas em alguns dos estudos elucidados. Vale salientar, a relação da renda e TDM, exposto em um estudo randomizado realizado na Holanda com mais de 71 mil participantes adultos, que demonstrou que a elevação da renda in-

dividual até certo ponto diminuiu os índices desse transtorno, entretanto, um nível socioeconômico muito elevado apresenta influência no aumento dos casos (ASSARI *et al.*, 2018).

Porém, esses dados ainda são controversos, visto que fatores como saúde física, obesidade, maior uso de drogas, entre outros fatores que afetam o bem-estar devem ser levados em consideração (KLIJS *et al.*, 2016; PORRAS-SEGOVIA *et al.*, 2019).

Quadro clínico

A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (NÓBREGA *et al.*, 2022).

A fim de contabilizar para um episódio depressivo maior, um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado (WHO, 2017).

A clínica do transtorno depressivo maior cursa com a apresentação de um humor deprimido na maior parte dos dias (ou de um humor irritável nos casos de crianças e adolescentes), bem como a visualização de uma acentuada diminuição de interesse e de prazer em quase todas as atividades diárias. Dessa forma, esses sintomas podem ser observados por outras pessoas ou por intermédio de um relato subjetivo pessoal (sentir-se triste, vazio ou sem esperança) (NÓBREGA *et al.*, 2022).

Outras mudanças pessoais cotidianas podem ser demonstradas por um indivíduo com esse transtorno, como: (APA, 2014)

- Uma perda ou um ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (exemplificando-se: uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou uma redução ou um aumento do apetite em quase todos os dias. Nas crianças, pode ser mostrado um insucesso em se obter o ganho de peso esperado;
- Insônia ou hipersonia na sua rotina diária;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, que podem ser delirantes;
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, visualizadas de forma pessoal (a partir de uma análise individual própria) ou externamente por outros sujeitos;
- Pensamentos recorrentes de morte (não somente com um medo de morrer), muitas vezes, com uma ideação suicida recorrente sem um plano específico ou com tentativas de suicídio arquitetadas.

A sintomatologia clínica permite identificar os subtipos depressivos em melancólicos, psicóticos ou atípicos. Classifica-os, ainda, quanto a sua polaridade (unipolar ou bipolar), a sua intensidade (distímia), o seu curso (breve, recorrente ou persistente), os seus fatores desencadeantes (sazonal ou puerperal) e a sua gravidade (leve, moderada ou grave) (BARBOSA & PICARELLI, *et al.* 2022).

Diagnóstico

Dentre os transtornos depressivos a depressão maior é o que causa maior prejuízo individual e coletivo. Os critérios diagnósticos para a depressão maior segundo o DSM-V são: (APA, 2014)

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas (em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.

3. Perda ou ganho significativo, 5% de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.

4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada.

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

9. Pensamentos recorrentes de morte, ideia suicida recorrente com ou sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por outro transtorno psicótico.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Tratamento

É importante considerar que a depressão é um transtorno multifacetado, portanto, não existe um tipo único de protocolo psicoterápico e farmacológico que funcionará em todos os pacientes. É necessário respeitar a individualidade, história pessoal e familiar, além das suas características de personalidade antes de encaixá-lo em um protocolo (ASSIS *et al.*, 2020).

Dessa forma, o tratamento deve integrar a farmacoterapia com a intervenção psicoterápica. Os antidepressivos produzem, em geral, uma melhora de 60 a 70% dos sintomas depressivos em um mês. Em termos de eficácia, parece não haver diferença significativa entre as várias drogas disponíveis (BARBOSA & PICARELLI, 2022).

Como tratamento farmacológico, indica-se o uso de antidepressivos, como, por exemplo, inibidores seletivos de recaptção de serotonina ou tricíclicos. Os ISRS inibem de forma seletiva a

recaptção da serotonina resultando em uma potencialização do neurotransmissor. Eles podem apresentar perfis farmacocinéticos variados, devido a sua estrutura molecular. Já os tricíclicos atuam no bloqueio das monoaminas em nível pré-sináptico (ASSIS *et al.*, 2020).

No entanto, alguns critérios orientam o tratamento antidepressivo: se existe uma história familiar ou história anterior de resposta positiva a determinada droga, esta deve ser tentada em primeiro lugar; se não houver história prévia, deve-se utilizar como primeira escolha um Inibidor Seletivo da Recaptção da Serotonina (ISRS) ou tricíclico e monitorar por 2-3 semanas (BURHAMAH *et al.*, 2020).

Além disso, a resposta geralmente aparece dentro de quatro semanas, e os efeitos colaterais são a principal variável relacionada à não adesão dos pacientes, portanto deve-se estar atento ao perfil de efeitos indesejáveis. Ademais, a retirada do antidepressivo deve ser gradual, ao longo de uma a duas semanas, dependendo da meia-vida do composto (ASSIS *et al.*, 2020).

Entretanto, após quatro semanas, se o antidepressivo não tiver o efeito desejado, uma mudança de classe de antidepressivo e/ou potencialização da terapia deve ser experimentada. Além do mais, L-triiodotironina (T3), carbonato de lítio e l-triptofano podem ser utilizados para potencializar o efeito antidepressivo (BURHAMAH *et al.*, 2020).

Quando ocorre quadro de depressão em idosos, a primeira medicação de escolha é a mirtazapina devido ao padrão reduzido de efeitos colaterais. Também possui ação sedativa (CONTI, 2022).

Existe uma terapia conhecida como eletroconvulsoterapia (ECT) que fica reservada aos casos de transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos e refratário ao uso de antidepressivos. A indicação mais comum é o transtorno depressivo maior, sendo a terapia mais rápida e

eficaz disponível, devendo ser considerada para os pacientes gravemente deprimidos, com sintomas psicóticos, que apresentam ideação suicida ou que recusam alimentação, onde os medicamentos falharam ou não foram tolerados. É importante ressaltar que a ECT é um tratamento com segurança comprovada para pacientes com transtorno depressivo maior e outras doenças psiquiátricas (ASSIS *et al.*, 2020).

No entanto, o fato de muitos pacientes não aderirem ao tratamento com uso de fármacos por serem duradouros, estudos têm mostrado que o exercício físico é uma opção de baixo custo e acessível para todos, e atua de forma benéfica e efetiva no tratamento, tendo ação anti-inflamatória e preventiva, proporcionando melhora nas esferas física, mental e social, sendo eficaz e essencial para diminuição das consequências degenerativas (WHO, 2017).

Sabe-se que a falta de exercício físico ou a inatividade física é um fator de impacto na saúde mental, pois, enquanto acontece à diminuição da autoestima, da autoimagem, do bem-estar e da sociabilidade, ocorre o aumento significativo do estresse, ansiedade e possivelmente da depressão. Indivíduos depressivos são pessoas que manifestam forte propensão para desenvolver outras doenças, e o exercício, pode ter benefícios adicionais como, por exemplo, controle do peso corporal e ganho de massa muscular (BATISTA & OLIVEIRA, 2016).

Além do mais, a atividade física pode reduzir as repostas emocionais frente ao estresse e comportamentos neuróticos, tendo impacto positivo, se tornando um método eficaz na atenuação dos riscos de desenvolvimento de doenças psicológicas. Aspectos neuroendócrinos, como mudança na atividade central de monoaminas, são responsáveis por efeitos antidepressivos no humor e isso ocorre devido ao aumento dos neu-

rotransmissores, das catecolaminas, da biossíntese de serotonina pelo aumento do triptofano, sensação de bem-estar aumentando, além dos níveis de satisfação e felicidade (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Existe também o tratamento com a psicoterapia que se apresenta como uma abordagem muito eficaz para a depressão, visto que o paciente com depressão possui uma tríade cognitiva negativa, isto é, a visão de si, do mundo e do futuro é distorcida. Notam-se diversas distorções cognitivas, ou seja, erros sistemáticos na interpretação de si e do mundo. Assim, um dos focos da terapia é auxiliar o paciente a desenvolver uma visão menos disfuncional, e mais verdadeira da realidade. Além disso, é ensinado ao paciente habilidades sociais, que auxiliam a tomar decisões e a realizar técnicas comportamentais para o controle de crises de ansiedade, por exemplo (OLIVEIRA, 2019).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir, que o Transtorno Depressivo Maior é extremamente recorrente e afeta a vida dos pacientes em todas as esferas, causando prejuízos, atrasos pessoais e profissionais, por exemplo.

Ademais, é necessário que os pacientes diagnosticados tenham o amparo de familiares e amigos, para realizarem o tratamento da forma correta, visto que muitos negam as abordagens propostas, o que gera piora clínica do quadro.

Além do mais, é de extrema importância ressaltar que a depressão é uma patologia que apresenta tratamento e cura, assim como diversas outras doenças, e que não deve existir preconceito, ou incredibilidade diante dos sintomas, diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ASSARI, S. *et al.* Does discrimination explain high risk of depression among high-income African American men? *Behavioral Sciences (Basel)*, v. 8, n. 4, p. 40, 2018.
- ASSIS, T.S.M. *et al.* Eletroconvulsoterapia para o tratamento da depressão refratária à medicação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria.*; v. 24, n.1, p.4, 2020.
- BARBOSA G.F. & PICARELLI, C.C. Relato de caso: avaliação do risco de suicídio no transtorno depressivo maior grave com sintomas psicóticos. *Revista Médica de São Paulo*, v. 101, n. 2, p. e-184948, 2022.
- BATISTA, J.I. & OLIVEIRA, A. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. *Corpoconsciência*, v.19, n.3, p. 1, 2016.
- BROMET, E. *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, v. 9, p. 90, 2011.
- BURHAMAH, W. *et al.* The psychological burden of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures: Experience from 4000 participants. *Journal of affective disorders*, v. 277, p. 977, 2020.
- CHO, M.J. *et al.* Prevalence and correlates of DSM-IV mental disorders in South Korean adults: the Korean epidemiologic catchment area study 2011. *Psychiatry Investigation*, v. 12, n. 2, p. 164, 2015.
- CONTI, M.B. Transtornos mentais em idosos brasileiros: revisão da literatura. *Repositório Institucional UNESP*, 2022.
- EGEDE, L.E. Depression: greater effect on overall health than angina, arthritis, asthma or diabetes. *Evidence-Based Mental Health*, v.11, n. 2, p. 57, 2008.
- GUIMARÃES, L.A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 24, n. 9, p. 3275, 2019.
- GOLDNEY, R.D. *et al.* Changes in the prevalence of major depressive disorder in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 44, n. 10, p. 901, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Acervo IBGE, 2020. [https://biblioteca-](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf)
- [ca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf) Acesso em 20/02/23.
- KLIJS, B. *et al.* Neighbourhood income and major depressive disorder in a large Dutch population: results from the lifelines cohort study. *BMC Public Health*, v. 16, p. 773, 2016.
- LIU, J. *et al.* Prevalence of major depressive disorder and socio-demographic correlates: results of a representative household epidemiological survey in Beijing, China. *Journal of Affective Disorders*, v. 129, p. 74, 2015.
- LU, J. *et al.* Major depressive disorder in Kunming: prevalence, correlates and co-morbidity in a south-western city of China. *Journal of Affective Disorders*, v. 111, n. 2-3, p. 221, 2008.
- MARKKULA, N. *et al.* Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, v. 52, n. 4, p. 399, 2017.
- NÓBREGA, M.P.S, *et al.* Conhecendo sinais e sintomas do transtorno depressivo maior: revisão de escopo. *e-Acadêmica*, v. 3, n. 1, p. e1831105, 2022.
- OLIVEIRA, A.C. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. *Revista Brasileira de terapia cognitiva*, v.15, n.1, p. 29, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Depression, 2021. <https://www.who.int/health-topics/depression>. Acesso em 16/02/23.
- PORRAS-SEGOVIA, A. *et al.* Physical exercise and body mass index as correlates of major depressive disorder in community-dwelling adults: results from the PISMA-ep study. *Journal of Affective Disorders*, v. 251, p. 263, 2019.
- REDDY, M.S. Depression: the disorder and the burden. *Indian Journal of Psychological Medicine* v. 32, n. 1, p. 1, 2010.
- SIQUEIRA C.C, *et al.* Antidepressant efficacy of adjunctive aerobic activity and associated biomarkers in major depression: A 4-week, randomized, single-blind, controlled clinical trial. *PLoS One*; v.11, n.5, p. e0154195, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Acesso em 16/02/23.

Capítulo 22

TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

KEVIN BRUNO ALVES RIBEIRO¹
PAULO VICTOR SOARES MOREIRA¹
ALISSON TORRES FONTENELE JUNIOR¹
ANA GABRIELA DE OLIVEIRA MANGANELI¹
BRUNO LEONARDO ALMEIDA VIANA¹
FRANCISCO MILTON ANDRADE LIMA NETO¹
GABRIELA NAPOLEÃO PAIVA PEREIRA DA SILVA¹
KAREN CRISTINA PEREIRA CUNHA CRUZ¹
LENNARA ANTÔNIA DE ALENCAR CARNIB¹
MARIA EDUARDA MARTINS FARIAS¹
MARIANA LIMA TEIXEIRA¹
NARA CARDOSO RODRIGUES¹
RAYSSA ARIELLE LIMA DE MESQUITA¹
RUI PAIXÃO RIBEIRO SILVEIRA¹
WENDER NEGREIROS DE SOUSA¹

1. *Discente - Medicina do Centro Universitário Uninovafapi*

Palavras Chave: Transtorno disfórico pré-menstrual; Neuroesteróides; Saúde mental.



INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral em medicina que o ciclo menstrual corresponde a um período onde as mulheres em idade fértil produzem gametas que podem ser descritos por um processo de mudança nos folículos ovarianos (SILVERTHORN, 2017). Em grande parte das mulheres em idade reprodutiva, as variações dos níveis hormonais durante o ciclo ovariano cursam com mudanças leves alguns dias antes da menstruação, sejam elas no âmbito físico ou no humor, definindo-se como sintomas pré-menstruais. Ademais, é sabido que os hormônios esteróides femininos auxiliam na reprodução bem como regulam a excitabilidade das células neurais, atravessando a barreira hematoencefálica ou sendo sintetizados diretamente no cérebro afetando as emoções, a percepção e a memória (MANYUKHINA *et al.*, 2022). Com isso, sabe-se que modificações na fisiologia normal desse sistema podem resultar em quadros clínicos específicos, destacando-se para fins desse capítulo, aqueles associados ao Transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM). Desse modo, entende-se o TDPM como um agravamento da síndrome pré-menstrual (SPM), sendo esse transtorno definido por sofrimento biopsicossocial clinicamente considerável durante o final da fase lútea que remite após o início da menstruação. Tal quadro está intimamente associado a ansiedade, irritabilidade, depressão e prejuízos funcionais, o que compromete substancialmente as atividades diárias das mulheres acometidas (GAO *et al.*, 2022).

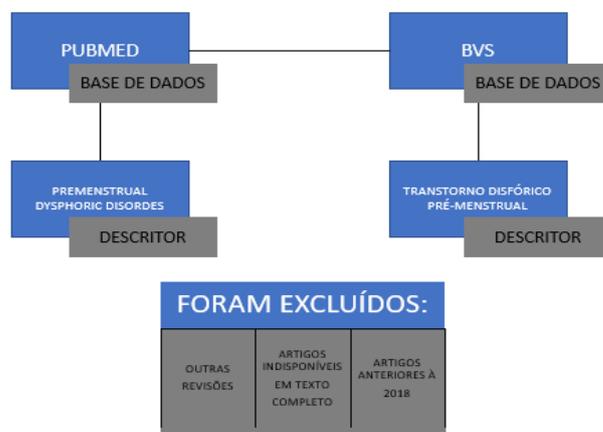
Diante do que foi exposto, tem-se que o objetivo deste estudo foi analisar a influência das variações hormonais e a saúde mental das mulheres no período pré-menstrual, mediante o TDPM.

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 e BVS. Foram utilizados os descritores: “*premenstrual dysphoric disorder*” e “*transtorno disfórico pré-menstrual*”, respectivamente. Desta busca foram encontrados 264 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo meta-análise, observacionais, ensaios clínicos controlados, estudos de rastreamento, estudos de avaliação e outros tipos de estudo disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, outros artigos de revisão, aqueles disponibilizados na forma de resumo ou não disponíveis em texto completo gratuito, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão (**Fluxograma 22.1**).

Fluxograma 22.1 Bases de dados, descritores e critérios de exclusão



Após os critérios de seleção 125 artigos foram agrupados. Desses, 15 foram seleciona-

dos após leitura minuciosa para a coleta de dados baseando-se no objetivo deste trabalho. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, abordando à relação do TDPM atrelado a saúde mental feminina (**Fluxograma 22.2**).

Fluxograma 22.2 Quantificação dos artigos.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O TDPM caracteriza-se como uma forma grave da SPM, marcada por distúrbios significativos do humor pré-menstrual, muitas vezes exibindo “um conjunto de sintomas afetivos, comportamentais e somáticos” característicos. Com base nos critérios diagnósticos mais recentes, 2014, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TDPM foi classificado como uma subclasse de transtornos depressivos (GAO *et al.*, 2021). Para auxiliar no diagnóstico, o DSM-5 apresenta alguns critérios: Critério A- Humor acentuadamente deprimido, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos, ansiedade acentuada, tensão, sensação de estar “agitado” ou “no limite”, labilidade afetiva marcada, raiva ou irritabilidade persistente e acentuada ou aumento de conflitos interpessoais, diminuição do interesse em atividades habituais (por exemplo, trabalho, escola, amigos e hobbies), sensação subjetiva de dificuldade de concentração, letargia, fadigabilidade fácil ou falta acentuada de energia, mudança acentuada no apetite, excessos ou

desejos específicos de alimentos, hipersonia ou insônia, uma sensação subjetiva de estar sobrecarregado ou fora de controle, outros sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço mamário, dores de cabeça, dores nas articulações ou músculos, sensação de inchaço ou ganho de peso (pelo menos 5 dos 11 sintomas listados devem estar presentes, sendo necessário ao menos 1 dos 4 primeiros); Critério B- Sintomas graves o suficiente para interferir significativamente no funcionamento social, ocupacional, sexual ou escolar; Critério C- Sintomas discretamente relacionados ao ciclo menstrual e não devem representar apenas uma exacerbação dos sintomas de outro transtorno, como transtorno depressivo maior, transtorno do pânico, transtorno distímico ou transtorno de personalidade; Critério D- Critérios A, B e C confirmados por classificações diárias prospectivas durante pelo menos 2 ciclos menstruais sintomáticos consecutivos. O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação (APA, 2014).

Ainda que esses critérios auxiliem no diagnóstico, sabe-se que a etiologia do TDPM não é bem esclarecida no meio científico, no entanto há hipóteses de fatores que influem no surgimento e progressão do transtorno, sendo estes divididos em comprovados e especulativos. Mishra *et al.* (2022), elenca os seguintes como fatores comprovados por outros estudos: Eventos traumáticos passados e transtornos de ansiedade preexistentes são fatores contribuintes para o desenvolvimento de TDPM; Tabagismo, haja vista a forte associação de formas moderadas a graves de SPM com tabagismo atual em comparação com não fumantes. Notou-se que o risco é elevado mesmo para ex-fumantes, e o risco de ocorrência de SPM tende a aumentar com a quantidade de cigarros fumados. Além disso, o risco de TDPM é significativamente maior para mulheres que começaram a fumar durante a adolescência;

Obesidade, visto que a pesquisa revelou uma forte relação linear entre o IMC na linha de base e o risco de incidência de SPM. Ademais, acerca dos fatores especulativos, o estudo em questão evidenciou que a genética pode influenciar o surgimento do TDPM. Estudos com gêmeos implicaram fatores hereditários no desenvolvimento de SPM/TDPM, tais achados forneceram suporte para o envolvimento do gene que codifica o receptor serotoninérgico 5HT1A e variantes alélicas do gene alfa do receptor de estrogênio (ESR1) no desenvolvimento de SPM/TDPM.

Fazendo eco a essas descobertas, tem-se os estudos de Younes *et al.* (2021). Tais estudos mostraram que as habilidades de regulação emocional mediam a conexão entre trauma infantil e psicopatologia. Descobriu-se que uma das características mais comuns das crianças que sofreram abuso é a incapacidade de controlar suas emoções de maneira adaptativa. -Logo, as flutuações cíclicas de humor, afeto e cognição, que ocorrem mensalmente, podem ser mais difíceis para mulheres com histórico de trauma na infância, principalmente devido a deficiências na regulação emocional. Em outra nota, os maus-tratos na infância levam à hiperatividade do eixo hipotálamohipófise-adrenal, alterações no desenvolvimento do cérebro e alterações epigenéticas na amígdala e no hipocampo. As reações de estresse podem ser intensificadas como resultado desses efeitos biológicos. Outrossim, observou-se um desequilíbrio neuroendócrino e hiperatividade simpática em mulheres com TDPM após exposição prévia a abuso sexual. Isso indica que mulheres com histórico de abuso sexual têm resposta agravada a estressores mentais e, portanto, aumentam a SPM e o TDPM. Sugere-se que o assédio sexual também possa estar vinculado a distúrbios pré-menstruais, mas ainda é necessário mais traba-

lhos para estabelecer tal elo (ABDELQADIR *et al.*, 2022).

Aliado ao que já foi estabelecido anteriormente, tem-se que um estudo feito com 110 mulheres com TDPM, por meio do questionário MADRS-S (inclui um item que avalia o risco de suicídio, que é classificado de 0 (“Aproveita a vida ou aceita-a como ela vem”), 1 (sem descrição), 2 (“Cansado da vida. Apenas pensamentos suicidas passageiros”), 3 (sem descrição), 4 (“Provavelmente melhor morto, pensamentos suicidas são comuns e o suicídio é considerado uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas”), 5 (sem descrição) a 6 (“Planos explícitos de suicídio quando há uma oportunidade. Preparações ativas para o suicídio”). Uma pontuação de 2 ou mais foi considerada “qualquer” ideação suicida atual, enquanto uma pontuação de 4 ou mais foi considerada “aguda” ideação suicida atual. As mulheres com ideação suicida atual foram acompanhadas ao longo do estudo, por meio de registros diários no aplicativo do smartphone, para garantir que os sintomas depressivos diminuíssem na fase folicular), revelou o seguinte: Aproximadamente 40% da amostra relatou alguma ideia suicida na fase lútea tardia, o que indica que mulheres com TDPM são considerados grupos de alto risco para o suicídio, uma vez que as alterações hormonais aumentam não apenas os pensamentos suicidas mas também o comportamento suicida (WIKMAN *et al.*, 2022).

Outro fator relevante acerca dessa temática diz respeito a seus mecanismos moleculares e fisiológicos. Embora os sintomas coincidam com as flutuações dos hormônios sexuais na fase lútea, as mulheres com TDPM têm níveis de progesterona e estradiol semelhantes aos das mulheres saudáveis, notou-se que níveis estáveis e baixos desses hormônios estão associados a resultados mentais benéficos em TDPM .

Logo, sugere-se que a resposta neural mal-adaptativa às flutuações de progesterona e oestradiol durante os ciclos ovulatórios induza a sintomatologia do transtorno. Sabe-se ainda que os receptores de progesterona e estrogênio são expressos em áreas cerebrais relevantes para o processamento cognitivo e emocional, sendo os maiores níveis de progesterona encontrados na amígdala, núcleo accumbens, hipotálamo e cerebelo. Em indivíduos saudáveis, estudos de neuroimagem mostraram alterações dependentes do ciclo menstrual na estrutura da substância cinzenta, em uma série de regiões, incluindo áreas frontal, parietal e límbica, sendo o nível de progesterona associado ao volume de substância cinzenta no hipocampo, cerebelo, gânglios da base, amígdala e córtex cingulado anterior. A pesquisa em questão mostrou que a progesterona foi associada à atividade diferencial em regiões responsáveis pela regulação do humor, como as regiões frontal e límbica, durante tarefas emocionais, onde também foi documentado que os receptores de progesterona são altamente expressos (KALTSOUNI *et al.*, 2022).

Além disso, vale referenciar as hipóteses acerca da fisiopatologia do TDPM. Evidências sugerem que os padrões de liberação de hormônios reprodutivos são normais em mulheres com SPM/TDPM, mas elas têm uma sensibilidade elevada a variações cíclicas nos níveis de hormônios reprodutivos, o que as predispõe a apresentar sintomas de humor, comportamentais e somáticos. Tal condição, segundo o estudo, pode ser resultante da ação de esteróides sexuais e/ou de neurotransmissores centrais. Em relação ao primeiro grupo, evidencia-se a progesterona (Muitos cientistas postularam que os sintomas de TPM/TDPM se desenvolvem devido a um declínio da progesterona na fase lútea tardia que causa alterações no SNC no ácido gama-aminobutírico, GABA, e nos

metabólitos da progesterona que interagem com o complexo receptor GABA-A. No entanto, existem outros grupos de cientistas que argumentam contra essa hipótese, afirmando que em muitas mulheres os sintomas podem começar na ovulação e no início da fase lútea antes da queda do nível de progesterona), alopregnanolona (metabólito da progesterona que interage com o complexo do receptor GABA-A e a alopregnanolona potencializa especificamente as respostas inibitórias aos agonistas do receptor GABA-A. Alguns estudos sugerem que mulheres com SPM/TDPM apresentam sensibilidade funcional diminuída do receptor GABA-A devido à resposta deficiente da alopregnanolona ao estresse) e estrogênio (hipóteses sugerem que o pico pré-ovulatório de estradiol, aumento pós-ovulatório de progesterona ou ambos desencadeiam sintomas de SPM/TDPM); Já em relação aos neurotransmissores, destaca-se a serotonina (comprovadamente está envolvido na regulação do humor e do comportamento, visto que mulheres com SPM/TDPM têm transmissão serotoninérgica atípica e uma menor densidade de receptores de transportadores de serotonina do que as mulheres típicas. Além disso, elas têm um nível mais alto de responsividade serotoninérgica na fase folicular do que na fase lútea, o que é diferente do observado em mulheres sem essa condição clínica), o GABA (neurotransmissor inibitório que interage com metabólitos da progesterona e serotonina, as mulheres sintomáticas têm capacidade de resposta diferente desse complexo receptor em comparação com mulheres assintomáticas), o glutamato (neurotransmissor excitatório, há uma flutuação cíclica em seus níveis durante o ciclo menstrual para todas as mulheres mas as mulheres sintomáticas parecem ter uma sensibilidade elevada a essa flutuação) e endorfinas beta (Estudos mostraram que mulheres com TDPM têm níveis mais baixos de cortisol e beta-

endorfinas durante as fases folicular e lútea. Essas observações sugerem anormalidades no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal no TDPM, o que é congruente com os achados da desregulação do eixo HPA em transtornos do humor (BÄCKSTRÖM *et al.*, 2021; MISHRA *et al.*, 2022).

Em termos epidemiológicos, estima-se que o TDPM atinja 5% das mulheres adultas. Tal prevalência pode aumentar em adolescentes. Podendo gerar sintomas frequentes, que variam de acordo com a população, sendo os mais comuns: Irritabilidade e sintomas físicos (inchaço ou sensibilidade mamária, dor articular ou muscular, uma sensação de inchaço ou ganho de peso, dores de cabeça etc.) Além desses, pode haver também alterações de humor (sensação de tristeza, depressão, desespero, sem valor, labilidade de humor acentuada, como alterações de humor; de repente, sentindo-se triste ou choroso, aumento da irritabilidade e/ou raiva; conflitos frequentes com familiares ou no trabalho, aumento da ansiedade ou sensação de estar no limite o tempo todo) e de comportamento (falta de energia, fatigabilidade, diminuição do interesse em atividades normais, problemas de concentração, alterações no apetite, seja comer demais ou desejar um alimento específico, alterações no padrão de sono, seja hipersonia ou insônia, sentir-se sobrecarregado ou fora de controle (SCALEA & PEARLSTEIN, 2019).

Para o tratamento dessa condição clínica, muitos estudos estabelecem opções terapêuticas. Nas opções não farmacológicas encontram-se exercícios (melhora os sintomas através da elevação dos níveis de beta-endorfina), mudanças na dieta (acredita-se que o aumento da ingestão de carboidratos complexos ou proteínas, “combustíveis de queima lenta”, aumente a disponibilidade de triptofano, levando ao aumento dos níveis de serotonina) e controle do stress (relaxamento, meditação, yoga etc). Nas

opções farmacológicas, destacam-se os agentes psicotrópicos inibidores da recaptação de serotonina, (como citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina, paroxetina etc) e benzodiazepínicos (como alprazolam, risco de dependência), além de outras classes de fármacos contraceptivos como terapias hormonais (O objetivo da terapia hormonal é inibir o ciclo hipotálamo-gonadal; no entanto, isso causa menopausa médica e leva a ondas de calor e aumento do risco de osteoporose), danazol (um agonista/antagonista de andrógeno parcial sintético e inibidor de gonadotrofina que também se mostrou eficaz no tratamento de TDPM por inibir a ovulação) e pílulas contraceptivas orais (como a drospirenona, com efeitos anti-aldosterona e anti-androgênicos) (LANDY *et al.*, 2022; MISHRA *et al.*, 2022; SINGH & SAADABADI, 2022; SOHEL *et al.*, 2022; SHOAR *et al.*, 2021; SHRESTHA *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

Consoante os artigos analisados, constatou-se uma relação íntima entre a saúde mental de mulheres com TDPM e alterações bioquímicas que podem gerar os sintomas associados, destacando-se dentre estes a labilidade emocional e irritabilidade durante a fase lútea. Esta integração de variáveis traz consigo um viés de alarme, haja vista que esta parcela populacional está vulnerável a desenvolver e/ou agravar quadros depressivos ou mesmo realizar atos contra a própria vida. É fulcral, com isso, elencar os principais tópicos vinculados aos resultados encontrados.

Percebeu-se que, dentre as prováveis causas acerca da etiologia do TDPM, boa parte dos estudos concentrou-se na ação da progesterona e dos neuro esteroides. Tais resultados mostram que a progesterona sofre um declínio durante a fase lútea, o que, aliado a uma maior sensi-

bilidade dos receptores na população estudada, promoveria o quadro sintomatológico. Ademais, notou-se também que os neuro esteroides modulam a atividade comportamental em razão da proporção irregular entre excitação/inibição neural (E/I) vinculadas a atipias na transmissão serotoninérgica. Somando-se, essas características geram um alto potencial de alteração biopsicossocial nos indivíduos acometidos, podendo influenciar seus níveis de resposta ao stress, sono, humor etc.

Elucidou-se, também, algumas medidas terapêuticas frente ao TDPM. Dentre as medi-

das citadas, vale-se destacar as terapias não farmacológicas (exercício, dieta e controle do stress) e farmacológicas (inibidores da recaptção de serotonina, benzodiazepínicos e fármacos contraceptivos).

Pôde-se constatar ainda, que diversos estudos alertam para a carência de pesquisas acerca da temática. Portanto, é imprescindível o aumento de publicações voltadas para a saúde mental feminina bem como melhorias nos métodos diagnósticos e terapêuticos a fim de aprimorar o quadro salutar geral desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDEL QADIR, Y.H. *et al.* Prevalence and patterns of premenstrual disorders and possible association with sexual harassment: a cross-sectional study of young Arab women. *BMC Women's Health*, v. 22, p. 536, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BÄCKSTRÖM, T. *et al.* A randomized, double-blind study on efficacy and safety of sepranolone in premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, v. 133, 2021.
- GAO, M. *et al.* Brain reactivity to emotional stimuli in women with premenstrual dysphoric disorder and related personality characteristics. *Research Paper*, v.13, n. 15, p. 19529, 2021.
- GAO, M. *et al.* Resident intruder paradigm-induced PMDD rat model of premenstrual irritability: behavioral phenotypes, drug intervention, and biomarkers. *Research Paper*, v.14, n. 22, p. 9210, 2022.
- KALTSOUNI, E. *et al.* Grey matter morphology in women with premenstrual dysphoric disorder treated with a selective progesterone receptor modulator. *European Neuropsychopharmacology*, v. 65, p. 35, 2022.
- LANDY, K. *et al.* Escitalopram. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- MANYUKHINA, V.O. *et al.* Altered visual cortex excitability in premenstrual dysphoric disorder: Evidence from magnetoencephalographic gamma oscillations and perceptual suppression. *PLoS One*, v.17, n. 12, p. e0279868, 2022.
- MISHRA, S. *et al.* Premenstrual Dysphoric Disorder. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- SCALEA, T.L. & PEARLSTEIN T. Premenstrual Dysphoric Disorder. *Medical Clinics of North America*, v. 103, p. 613, 2019.
- SHOAR, N.S. *et al.* Citalopram. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2021.
- SHRESTHA, P. *et al.* Paroxetine. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- SILVERTHORN D.U. *Fisiologia Humana – Uma Abordagem Integrada*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- SINGH, H.K. & SAADABADI A. Sertraline. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- SOHEL, A.J. *et al.* Fluoxetine. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- WIKMAN, A. *et al.* Prevalence and correlates of current suicidal ideation in women with premenstrual dysphoric disorder. *BMC Women's Health*, v. 22, p. 35, 2022.
- YOUNES, Y. *et al.* Premenstrual dysphoric disorder and childhood maltreatment, adulthood stressful life events and depression among Lebanese university students: a structural equation modeling approach. *BMC Psychiatry*, v.21, n. 1, p. 548, 2021.

Capítulo 23

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A SOBRECARGA MATERNA NA PANDEMIA

SABRINA DE BAIROS ZANCANARO¹
ALESSANDRA BETINA GASTALDI¹
ANTONIO VINICIUS SOARES²
DANIELA DELWING-DE LIMA²

1. *Discente - Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE.*
2. *Docente - Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE.*

Palavras Chave: Autismo; Espectro autista; Stress psicológico.



10.59290/978-65-81549-91-6.23

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), popularmente conhecido como autismo, apresenta-se como um transtorno do neurodesenvolvimento, compreendendo entre tantos outros fatores, a dificuldade na comunicação, socialização e alterações comportamentais, caracterizando-se por déficits na comunicação social e na comunicação verbal ou não verbal, existindo presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento (APA, 2014; SILVA *et al.*, 2012). Tem apresentado uma incidência cada vez mais expressiva, onde as evidências científicas indicam a causalidade de múltiplos fatores, como genéticos e ambientais. Tanto a avaliação diagnóstica como as suas intervenções são realizadas com equipes transdisciplinares, que incluem psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Dessa forma, é necessário o conhecimento técnico/específico de cada área, mas ao mesmo tempo um entendimento partilhado, o qual contribui nas condições de vida e em novos diagnósticos de pessoas com TEA.

A família é o primeiro universo de relações sociais da criança, proporcionando-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento. A influência da família no desenvolvimento de suas crianças se dá, primordialmente, através das relações estabelecidas por meio de uma via fundamental: a comunicação, tanto verbal como não verbal (SILVA & DESSEN, 2001).

Ao receber o diagnóstico de autismo, a família tem uma reação impactante, principalmente para os pais. A partir desse momento, eles são tomados de várias emoções e vários questionamentos. É comum que os pais percebam inicialmente apenas os comportamentos problemáticos de seus filhos, deixando de lado as habilidades que estas crianças possuem (SILVA *et al.*, 2012).

Após o diagnóstico, um dos principais problemas pelo qual os pais passam é o de ordem emocional, pois comparam o desenvolvimento de seus filhos autistas com as crianças consideradas normais. Logo, é de grande relevância a troca de experiências entre pais de autistas, pois a partir destas é possível se ter aprendizagens e a partilha de conquista de ambas as famílias para com seus filhos (PEREIRA, 2011).

Ao receber o diagnóstico de um filho com qualquer tipo de síndrome, transtorno, doença, a estrutura familiar é desestabilizada, onde muitas vezes há um impacto familiar, como o divórcio (ANDRADE & TEODORO, 2012). Assim, geralmente, quem passa a ser cuidador da pessoa com alguma dificuldade são as mães que tendem assumir um papel de cuidadora principal de seus filhos com TEA, que pode acarretar a vivência de sobrecarga física e emocional oriunda do alto investimento nos cuidados com as crianças.

Diante desta sobrecarga de rotina diária, onde além de auxiliar seu filho(a) com autismo nas necessidades básicas, estas mães sempre estão acompanhando os tratamentos multidisciplinares, bem como orientando e educando para que possam ter evolução e autonomia, ou seja, acabam vivendo em função de seus filhos, e deixando de cuidar de si, o que gera sintomas físicos e psicológicos, os quais podem comprometer sua qualidade de vida (MIELE & AMATO 2017).

Uma questão importante que merece ser analisada por pesquisas científicas envolve o impacto psicológico da pandemia na vida das mulheres/mães. Considerando que muitos estudos têm mostrado que, independentemente das condições específicas de vida da criança, a mãe ainda é considerada a melhor cuidadora da criança. Portanto, questionamos a experiência emocional atual no isolamento social e em rela-

ção aos desafios, dificuldades e medidas adotadas para o cuidado dos filhos com TEA.

Quando entendemos esta situação com base no atual grau de isolamento social no contexto da pandemia COVID-19, isso significa que os adultos estão envolvidos no trabalho profissional, em um ambiente familiar, devido ao fechamento das instituições e à presença direta das crianças na família, em virtude das aulas presenciais suspensas, o que pode ampliar a compreensão da influência subjetiva a dupla responsabilidade dessas mulheres: trabalho e maternidade (ÁVILA & FERREIRA, 2014).

O objetivo deste estudo foi avaliar a sobrecarga emocional das mães de crianças com TEA no período da pandemia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quanti-qualitativa, a qual é uma pesquisa participante com moderação de grupos focais.

Neste estudo, foram atendidos os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo as recomendações da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). O estudo iniciou após aprovação do comitê de ética sob parecer número 3.664.255.

A amostra foi composta por 21 mães de indivíduos com TEA, diagnosticados e cadastrados junto a instituições de atendimentos especializadas em TEA, em duas cidades da região norte de Santa Catarina, no período de 2020 a 2021, na época de enfrentamento da pandemia de COVID-19. Apenas 3 destas mães participaram de todos os encontros propostos.

Os critérios de inclusão considerados foram: a) ser mãe de indivíduos de qualquer faixa etária que possuam diagnóstico de TEA; b) estas mães

só poderão participar do grupo específico se seus filhos com diagnóstico de TEA estiverem matriculados nas AMA's de cada município; c) as mães precisarão assinar o TCLE apresentado no primeiro encontro explanativo para que possam participar do mesmo.

Os encontros com as mães ocorreram quinzenalmente, em dois períodos: matutino e vespertino, com duração de 1 hora, conforme a disponibilidade das participantes. Nestes grupos, foram abordados temas voltados para rotinas das mães, indícios de estresse e sobrecarga, bem como orientação sobre estas temáticas, além de rodas de conversa, aplicação de técnicas e instrumentos de coleta de dados.

Durante a execução dos grupos, realizou-se levantamento de informações via aplicação de instrumentos e técnicas do contexto da psicologia, bem como de orientação e escuta na instituição de atendimento especializado em TEA. Foram realizados quatro encontros quinzenais, e duas turmas por semana, sendo uma no período da manhã e outra à tarde. Os encontros não tinham temas contínuos, pois sabendo da realidade das mães, ficou acordado que elas participariam conforme sua disponibilidade.

Para a coleta de dados, utilizou-se de estratégias diferenciadas a cada encontro: No primeiro encontro, foi aplicada a escala de estresse percebido e a ficha de monitoramento de estresse. A ficha de monitoramento de estresse questiona se no último mês a mãe passou por alguma situação estressante, como ela tem lidado com essas situações e como se sentiu no último mês em relação aos cuidados do filho. Esta ficha de monitoramento de estresse tem como intuito verificar possíveis indícios de estresse que podem levar a exaustão emocional, e consequentemente identificar sobrecarga emocional. A Escala de Estresse Percebido é o instrumento mais utilizado para avaliar a percepção do estresse, tendo sido validada em mais de 20 países (RE-

MOR, 2006). A escala de estresse percebido avalia a percepção do indivíduo sobre as questões imprevisíveis e incontroláveis que parecem os eventos de vida experienciados no último mês, podendo ser utilizada na população geral com, no mínimo, nível de escolaridade equivalente ao ensino fundamental completo.

No segundo encontro foi apresentado às mães o conceito sobre saúde mental e verificado a compreensão das mesmas sobre o tema. Realizado também um levantamento de aspectos que prejudicam a rotina e, conseqüentemente, a saúde mental. Também foi discutido sobre depressão e ansiedade, bem como breves orientações para lidar com os sentimentos e situações voltadas a estes transtornos psicológicos. Por fim, foi aplicada a ficha de monitoramento de estresse.

No terceiro encontro foram trabalhadas algumas técnicas para que mães pudessem falar sobre suas emoções, e tivessem um momento para desabafar, expondo situações que estavam lhes incomodando.

No quarto encontro foram utilizadas técnicas para trabalhar as emoções maternas, sendo repassadas dicas e sugestões para controle emocional.

Uma das técnicas utilizadas foi a Técnica da Bússola emocional, onde as mães escreviam sobre as principais emoções (raiva, medo, alegria e tristeza) e o que estavam relacionadas a elas. O objetivo foi distinguir as diferentes emoções que sentimos em determinados momentos.

Os encontros realizados com as mães tiveram o objetivo de identificar e orientar possíveis aspectos, como dificuldades que estivessem causando a sua sobrecarga emocional. Dessa forma, junto com a equipe da instituição especializada, foram trabalhados temas para que estas mães identificassem características de sobrecarga emocional, bem como direcioná-las com

breves orientações para lidar com as dificuldades relatadas.

Estes grupos não foram classificados como grupos terapêuticos, mas sim de escuta e orientação, entretanto, demandas emocionais sempre vieram à tona, realizando-se manejo e orientação das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma informação relevante sobre estes grupos foi a dificuldade das mães em participarem dos mesmos. Situação que vem de encontro com o fator pandemia, pois devido a diminuição ou suspensão das terapias, bem como frequentarem a escola cerca de duas vezes na semana, não tinham com quem deixar seus filhos. Algumas mães chegaram a levar as crianças junto para os encontros.

Uma questão importante que merece ser analisada por pesquisas científicas envolve o impacto psicológico da pandemia na vida das mulheres/mães. Considerando que muitos estudos têm mostrado que, independentemente das condições específicas de vida da criança, a mãe ainda é considerada a melhor cuidadora da criança. Portanto, questionamos a experiência emocional atual no isolamento social e em relação aos desafios, dificuldades e medidas adotadas em relação ao cuidado dos filhos com TEA.

Em nossa sociedade, o que hoje chamamos de "maternidade" corresponde a uma forma de resolver o problema de contar com o cuidado de bebês e crianças. Nesse arranjo cultural, cuidando das necessidades da criança, como adulta no ambiente familiar, a mãe que instintivamente protege a natureza natural dos filhos, depara-se com diversos conflitos de ordem emocional e psíquica, mediante o contexto econômico também necessita atuar externamente, como é o caso das mulheres/mães que trabalham (PINTO *et al.*, 2016).

Esse conceito revela seu caráter histórico e cultural, que surgiu na Europa no final do século XVIII e foi defendido por médicos, legisladores, filósofos e psicólogos ao longo do tempo, que acreditavam que era para garantir a observação e diretrizes para o cuidado infantil e saúde mental, que promovem o desenvolvimento de futuros cidadãos (FEDERICI, 2017).

Quando entendemos esta situação com base no atual grau de isolamento social no contexto da pandemia COVID-19, isso significa que os adultos estão envolvidos no trabalho profissional em um ambiente familiar devido ao fechamento das instituições e à presença direta das crianças na família em virtude das aulas presenciais suspensas, o que pode ampliar a compreensão da influência subjetiva a dupla responsabilidade dessas mulheres: trabalho e maternidade (ÁVILA & FERREIRA, 2014).

No caso de uma família nuclear permanecendo 24 horas por dia, a casa não só passa a ser o centro da vida, mas também uma unidade de trabalho e de produção em forma de home office, bem como um conjunto de atividades da maternidade, tais como, alimentares, físicas, higiene e descanso, que geralmente são da responsabilidade da mãe (ÁVILA & FERREIRA, 2014).

Diante de uma situação com múltiplos requisitos e desafios, a execução de todas essas tarefas se configura como fonte de desgaste e dor, o que impacta negativamente na saúde da mulher. Sem a ajuda de outros membros da família, o equilíbrio entre trabalho remunerado e doméstico pode desencadear transtornos físicos e psíquicos (BARBOSA & FERNANDES, 2009).

Segundo a psicóloga e tecnóloga da Fundacentro Nogueira (2020), as consequências dessa situação pandêmica podem ser a sobrecarga e maior vulnerabilidade psicológica, resultando em mulheres em uma situação em que sentem que não têm tempo para fazer nada ou

até mesmo sem tempo para si. Tal sentimento de impotência sobre o não cumprimento de tarefas, sejam essas tarefas autoimpostas ou impostas por chefes, colegas e familiares; seja no trabalho ou nas tarefas domésticas, a falta de compreensão pode promover ansiedade, angústia, desamparo, incapacidade, estresse e uma sensação de inutilidade, entre outros.

Percebe-se a partir dessas questões que, nas atuais circunstâncias, devido à suspensão das aulas e à obrigatoriedade de permanência em casa, as mulheres dedicam mais tempo às tarefas domésticas e tornam-se mais suscetíveis ao aumento da carga de trabalho e doenças. Esses aspectos evidenciam a desigualdade de gênero em nossa sociedade.

O grande desafio que se coloca hoje é enfrentar a desigualdade de gênero, ainda comum em nossa sociedade, o que mostra que as políticas públicas para as mulheres precisam ser aprimoradas. Vivemos em uma sociedade em que uma nova forma de gestão do trabalho traz um fardo quantitativo. Nessa sociedade, muitas coisas precisam ser feitas em um curto espaço de tempo, o que prejudica ainda mais a saúde das mulheres (BRUSCHINI & RICOLDI, 2012).

Portanto, é compreensível que a pandemia COVID-19 possa ter efeitos prejudiciais à saúde das mulheres devido às responsabilidades da maternidade e à carga de trabalho excessiva. Dejours (1986) explica que, no que diz respeito à saúde, o trabalho nunca é neutro: ou o mesmo atua como um operador de saúde ou um operador patogênico.

O mundo enfrentou um grave problema de saúde pública, que foi o coronavírus (COVID-19). Para conter este vírus as vacinas ainda são emergentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) recomendou o distanciamento social, etiqueta respiratória e medidas de higiene das mãos como os únicos meios mais eficazes para conter a pandemia.

O distanciamento social ampliado (DAS) foi adotado originalmente por ser considerado a única ação que poderia reduzir a propagação do vírus. Dessa forma, reduz-se o risco de sobrecarga do sistema de saúde, por exemplo, onde não há equipamentos necessários para atender a todos e aos profissionais da assistência. Esta estratégia de distanciamento limita ao máximo o contato das pessoas e centra-se na permanência nas residências, encerrando escolas, lojas, instituições e outros temporariamente, sendo que estes outros serviços propícios à aglomeração populacional dão prioridade ao trabalho remoto (OMS, 2020).

Embora a permanência residencial possa ser positiva na redução da disseminação do COVID-19, ela pode trazer algumas consequências negativas para as pessoas no mesmo ambiente. Considerando o impacto da carga de trabalho excessiva sobre a saúde da mulher, também pode mostrar o quanto a dimensão maternidade e sua saúde física e psíquica precisam ser discutidas (FILGUEIRA & BRILHANTE, 2021).

Pesquisas realizadas em 2020, em tempos de Pandemia, chamam atenção para a vulnerabilidade, especialmente de crianças com necessidades especiais, como o TEA, à quarentena ou isolamento prolongado. Ocorre dificuldade de adaptação, uma vez que temos um novo padrão de vida, e novas rotinas. E o transtorno acaba apresentando certa rigidez a mudanças, bem como demonstra padrões repetitivos de comportamento, conseqüentemente, afetando a rotina diária das famílias e da criança com TEA (ALHUZIMI, 2021).

Durante este período, há fortes evidências de que o papel das mulheres aumentou. Isso porque alguns estudos, como o estudo de Bruschini & Ricoldi (2012), Avila & Ferreira (2014) e Marcondes & Oliveira (2015) mostram que as mulheres são as principais responsáveis pelo traba-

lho doméstico e pelos filhos, idosos e deficientes físicos.

Tanto especialistas quanto pessoas com autismo defendem a manutenção de uma rotina previsível como uma estratégia importante para controlar a ansiedade e desenvolver a autonomia. No entanto, a necessidade de distanciamento e/ou isolamento social rigoroso, e o constante surgimento de novas recomendações de biossegurança, comprometeram a previsibilidade como estratégia comportamental para ajudar pessoas com autismo. Além disso, essas medidas podem aumentar as dificuldades sociais e, em última análise, levar à frustração das interações sociais que podem ter sido alcançadas (AMORIM *et al.*, 2020).

Filgueira e Brilhante (2021) destacam a ampliação das questões de gênero existentes no impacto da pandemia e do isolamento social nas famílias. Os autores observaram que, em seu estudo, as mães que já trabalhavam fora e cuidavam da casa passaram a ter que integrar essas atividades ao mesmo ambiente.

Outros efeitos destacados pelos autores são a suspensão de aulas e terapias para crianças, o que também sobrecarrega as mães, pois elas se tornam a principal responsabilidade pela realização dessas atividades sob a orientação de profissionais (FILGUEIRA & BRILHANTE, 2021).

Para os autores ainda, além de produzir doença mental, a introjeção consciente faz com que as mães se sintam culpadas por não serem capazes de funcionar adequadamente conforme necessário. A seguir, os autores descrevem a participação das mães, bem como os resultados da análise qualitativa do estudo.

Primeiro Encontro: Grupo de Mães

Neste encontro foi realizada uma roda de conversa para conhecer as famílias, saber quantos filhos com TEA tinham e suas respectivas

idades, assim como conhecer suas rotinas diante do contexto da Pandemia.

Sobre estresse, Hocke (1995) relata que o estresse pode ser conceituado como uma forma extrema de emoção. O medo, a raiva, a tristeza e até mesmo a alegria podem produzir estresse no indivíduo, quando vivenciada de forma extrema.

Sabemos que situações estressantes são comuns no contexto familiar, que a dinâmica de cuidados constantes acaba gerando cansaço e exaustão física e emocional.

Ainda sobre estresse parental, é considerado como “fator de risco para o desenvolvimento e bem-estar infantil, e toda dinâmica familiar, afetando negativamente as práticas educativas parentais e a relação pais-filho” (BRITO & FARO, 2016).

Como caracterização do grupo inicial, identificou-se que a maioria dos filhos possuíam idade até 6 anos e que 2 destas mães possuem mais de um filho com TEA. A partir de estudos do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), evidenciamos a crescente na prevalência para diagnóstico de TEA. Conforme Sulzbach (2019), tem ocorrido um aumento considerável nos diagnósticos de autismo em todo o mundo. Em estudos preliminares, a taxa era de 4,5 crianças a cada 10.000. Atualmente, os dados beiram o diagnóstico em 1 a cada 59 crianças (BAIO *et al.*, 2018; CROEN *et al.*, 2002).

Assim, conforme literatura, o diagnóstico tem sido cada vez mais precoce, podemos associar que estas crianças que possuem até 6 anos de idade receberam seu diagnóstico precocemente, e já frequentam a AMA em média de dois a quatro anos. Antes dos anos 2000, os autistas eram diagnosticados a partir somente de 3 a 4 anos de idade.

Estudos realizados na Arábia Saudita comprovam que há um impacto no estresse e no bem-estar emocional dos pais de crianças com

TEA, como um impacto às mudanças, agravando os comportamentos de seus filhos com TEA, devido ao bloqueio forçado e à mudança nos horários causados pela Pandemia e normatização impostas pelo Governo (ALHUZIMI, 2021).

Outra situação relevante, são mães que foram deixadas por seus companheiros, ou que não tem o apoio de seus maridos ou familiares.

A mãe aparece como a principal cuidadora e responsável pelos cuidados com os filhos como alimentação, consultas médicas, vestuário, medicação etc., com 50,7% das obrigações. O pai aparece com 4,1%, enquanto os cuidados são divididos entre todos os membros da família em 2,8% dos casos (SCHMIDT & BOSA, 2007). Ainda relatam sobre a importância do suporte conjugal e social, o qual está diretamente ligado a adaptação, aceitação e efeito do suporte materno.

Ainda nesse encontro foi aplicada a escala de estresse percebido, onde cinco mulheres obtiveram resultados acima da média, já classificando índices de estresse. As demais (11), encontravam-se dentro do aceitável, mas próximo ao limite.

Em relação ao monitoramento de estresse, todas as participantes responderam que passaram por uma situação estressante no último mês (11). Do total de respostas, 7 ficaram evidentes quanto a seguinte resposta: cansada, mudanças de rotina.

Ao nos referirmos as famílias com casos de TEA, os padrões familiares mostram alto nível de estresse, comparado com as famílias neurotípicas. Estudos pioneiros nesta área (DEMYER, 1979; MILGRAM & ATZIL, 1988) relatam que, nas famílias de crianças com autismo, há presença de tensão física e psicológica nas mães.

Segundo Encontro: Saúde mental da Super Mãe

Vários estudos mostram, que além de vivenciar a sobrecarga do cuidador, as mães de crianças com TEA têm maior risco de depressão materna. Historicamente, as mães assumem uma carga maior de responsabilidade como cuidadoras e, conseqüentemente, apresentam níveis maiores de estresse. As mães de crianças com TEA, tendem a apresentar os piores desfechos em saúde mental e qualidade de vida em relação a outros públicos. Elas relatam o pouco apoio social, problemas de relacionamentos e dificuldades na maternidade (SOUZA *et al.*, 2004).

Na aplicação do monitoramento de estresse deste encontro, todas (6) relataram uma situação estressante no último mês, sendo que uma relatou que passou por várias.

Em relação a como tem lidado com essas situações, informam que: tem sido difícil (4), tem encarado (1) e apenas uma não respondeu. Informam que sem suporte, tem se tornado mais difícil a cada momento.

Em relação aos cuidados com os filhos (as), informam: Cansada (2), muito cansada (2), exausta (1) e que possui muitas atividades para fazer (1). Relatam que com a nova rotina de maior presença em casa, a rotina está bem mais cansativa.

A partir das respostas das mães na ficha de monitoramento de estresse, podemos perceber as palavras cansada e exausta por várias vezes, isso vem de encontro com a questão da exaustão física.

O estresse mental ou emocional pode ser causado por alterações psicológicas e biológicas. Ao se tratar de uma condição em que as mães precisam acompanhar, auxiliar ou realizar atividades para seus filhos com TEA, o cansaço também se torna físico, uma vez que fazem muitas atividades diárias, e até domésticas no dia.

Assim, Barbosa & Oliveira, (2008) relatam que “presença de estresse nos pais de pessoas com necessidades especiais, acima do estimado para toda a população, pode estar relacionado tanto às características de desenvolvimento dos filhos quanto à maneira com que lidam com situações relacionadas à prole”. Ou seja, pode estar relacionado ao nível de dependência que a pessoa com TEA possui.

A autora Sulzbach (2019), fala sobre o impacto de ter um filho com TEA, o qual “altera o bem-estar físico e psicológico materno. Rotinas alteradas, incerteza sobre o prognóstico, desgaste físico e financeiro provocam alterações significativas na dinâmica familiar”.

Terceiro Encontro: Tema Desabafo

As maiores preocupações e reclamações evidenciadas estavam voltadas para os filhos e seu desenvolvimento. Quando questionado sobre julgamentos alheios, muitas mães expressaram sua opinião, com postura de indignação, e sentimentos de raiva, pois muitas relataram que atualmente lidam melhor com julgamentos alheios, tentando ignorar, mas que não é algo fácil. Relataram que as pessoas não compreendem, pois não buscam informações sobre TEA, assim, além de criticá-las, ainda acabam interferindo com comentários desnecessários, ou opinando sobre determinadas intervenções das mães para com seus filhos.

Estudos realizados na Arábia Saudita durante a pandemia de COVID-19, onde foram investigados o estresse e o bem-estar emocional de pais de crianças com TEA, expõe que a falta de apoio social, pode contribuir ainda mais para que gere fatores estressantes. Muitas mães acabam se isolando em suas casas, com medo de que as pessoas não saibam como lidar com seus filhos, ou até mesmo com receio de julgamentos alheios, isso acaba gerando um sentimento de

que não possuem um apoio social (ALHUZIMI, 2021).

Muitas mães também sentem falta de rede de apoio para atendimento, pois segundo elas, a maioria é voltada para as crianças. Alguns estudos que falam sobre a sobrecarga materna, comentam a importância de apoio social para estas mães, pois a qualidade do suporte acaba tornando “a maternidade uma experiência menos sofrida, e quanto mais eficaz for o auxílio a estas mulheres, mais confiantes elas ficarão quanto aos cuidados com o filho autista (SMEHA & CEZAR, 2011).

Ainda como atividade, a fim de não expor os sentimentos das mães, foi solicitado neste encontro que escrevessem um “pequeno desabafo”, para que não precisassem falar, de situações que estavam angustiando-as, bem como gostariam de falar para alguém. O intuito foi propor a estas mães um momento de escuta e acolhida, o qual por muitas vezes gostariam de ter com alguma amiga, ou familiar, porém, não possuem suporte de ninguém.

A seguir, seguem algumas narrativas que vem de encontro com a sobrecarga emocional, mencionada desde o primeiro encontro:

Mãe 1: *“Trabalho doméstico me deixa muito sobrecarregada, a casa nunca fica limpa, sempre em função do (nome da criança). Tento ao máximo, mas, não consigo! Sempre sono curto, sempre cansada, coisas pequenas, eu sei, mas acaba sendo grande, pois a rotina é uma tortura!”*.

Mãe 2: *Além das questões emocionais que sempre tem um peso maior na procura pela satisfação familiar, o que me causa uma grande preocupação é a situação da Pandemia. Por vários motivos: Se antes já era complicado exercer qualquer papel fora o de mãe, agora ficamos isolados. Tenho medo do contágio por meu*

filho ser de grupo de risco. A alta dos preços e a necessidade de providenciar todas as refeições diárias. Não posso ver os amigos para momentos de desabafo e as vezes até de desespero!

A impossibilidade de ter uma rotina diferente rouba nossos sonhos. As críticas alheias só servem para criarmos aversão ao contato humano. São os outros que nos isolam do mundo e o tornam cinza.”

Mãe 3: *“Eu estou no meu limite, me sinto sozinha e ao mesmo tempo vem uma pressão tão grande sobre mim. Muita cobrança, brigas, cansaço físico e mental de todas as partes (trabalho, casa, filho, etc). Tenho que dar conta de tudo.... meu corpo está sempre cansado! As vezes dá vontade de sumir.”*

Mãe 4: *“Não poder sair sozinha, é minha preocupação, pois não tenho nenhum familiar na cidade, por isso fico o tempo todo com meu filho, até para usar o banheiro é difícil. Queria um final de semana sozinha! Não estou mais aguentando!”*

A partir das falas destas mães, podemos perceber que a rotina, onde permanecem integralmente ao lado de seus filhos, fez que chegassem não só a ter uma sobrecarga, mas uma exaustão física e emocional. Vários estudos comprovam que a sobrecarga da rotina diária faz com que desencadeiem sintomas de ansiedade e depressão, sendo que estes estão diretamente ligados à mudança de rotina e, conseqüentemente, a alteração comportamental das crianças, o que interfere para aumentar o índice de estresse diário (SOUZA et al, 2004).

Ainda neste encontro foi aplicada a escala de estresse percebido, onde de 14 mães que responderam a escala, apenas 4 destas tiveram pontuação acima da média, classificando estresse. Também foi aplicada a ficha de monitoramento

de estresse, onde as respostas foram as seguintes: muito difícil (3), difícil (1), normal (1), não respondeu (3) e respostas referentes ao estado pandêmico, relatando que *com a pandemia ficou pior de lidar, pois a criança está em casa, que a genitora tenta administrar as situações, mas não tem sido fácil e que tem tentado não se estressar, mas é complicado* (4).

Todas responderam que no último mês passaram por alguma situação estressante (12) e no questionamento ao sentimento do último mês em relação ao cuidado do filho (a), a maioria relatou que se sente cansada ou muito cansada (11).

Assim como nos encontros anteriores, é notório o cansaço relatado pelas mães novamente e a situação de estresse é aparente, onde todas responderam que passaram por algum evento estressor. Este constante cansaço, pode ser confirmado a partir de alguns estudos realizados na Irlanda, os quais informam que em uma amostra de 100 mães de TEA, ”constataram que mais de um terço destas, estavam constantemente cansadas, e que crianças com mais dificuldades comportamentais provocavam pior estado de saúde nas mães” (SULZBACH, 2019).

Quarto Encontro: Emoções de uma mãe

Na técnica aplicada, os motivos de cada emoção foram bem diferenciados entre as mães, apenas um denominador entre algumas mães, foi sobre a emoção medo, que na maioria das atividades estavam relacionadas a seus familiares. O principal medo foi perder familiares e medo de morrer. Emoção que vem à tona, pois é nítida a dependência que seus filhos possuem destas mães, assim a preocupação com a morte é algo que as aflige.

A maternidade provoca uma série de mudanças de vida que são acompanhadas por sentimentos, por vezes, carregados de ambivalência. Ao receber o diagnóstico de TEA, a família so-

fre um grande impacto, especialmente emocional, uma vez que precisa lidar com o fato de que idealizou um filho com desenvolvimento típico. Lidar com esta frustração, bem como com a incerteza de como as coisas futuras irão acontecer, pode levar a uma ambiguidade de sentimento de culpa, revolta, não aceitação, os quais estão relacionados com diversas emoções, de raiva, tristeza e até medo (SULBACH, 2019).

Outra técnica aplicada para falarem sobre suas emoções demonstrou que ao mencionar a palavra JULGAMENTOS, a maioria das mães colocaram como emoção: Incapacidade. Sentimentos que foram expostos por elas, que muitas vezes se sentem incapazes de reagir frente ao julgamento, e em outras situações se sentem incapazes de resolver a situação, porque sabem que é ignorância das pessoas que não tem o conhecimento. As mães utilizaram a palavra ignorância várias vezes.

Ao receber o diagnóstico de uma pessoa com TEA, muitas vezes as famílias não sabem qual suporte recorrer de imediato, sendo ele formal (de profissionais) ou informal (familiares e amigos).

A família deve estar orientada pelos profissionais envolvidos com esta criança, ou seja, esta família, deve ser psicoeducada, e, conseqüentemente, estará sempre buscando conhecer mais sobre o tema, se inteirando e agindo como multiplicadora de ganhos da criança, propiciando melhor desenvolvimento dos comportamentos da mesma (SILVA *et al.*, 2012).

Ao receber o diagnóstico de um filho com qualquer tipo de síndrome, transtorno, doença, a estrutura familiar é desestabilizada, onde muitas vezes há um impacto familiar, até mesmo divórcios e afins (ANDRADE & TEODORO, 2012). Assim, geralmente, quem passa a ser cuidador da pessoa com alguma dificuldade são as mães.

Certamente ter um filho autista pode ser uma das experiências mais difíceis para a mãe, le-

vando a família a passar por várias mudanças. A mãe se sente mal pela adversidade e a contradição de sentimentos se torna visível, na maioria das vezes as mães costumam paralisar a sua vida profissional e passam a viver em função do filho autista, ocasionando a sobrecarga tanto física como emocional provinda do alto investimento nos cuidados com a criança (SILVA *et al.*, 2017).

Diante desta sobrecarga de rotina diária, onde além de auxiliar seu filho(a) com autismo nas necessidades básicas, estas mães sempre estão acompanhando os tratamentos multidisciplinares, bem como orientando e educando para que possam ter evolução e autonomia, ou seja, acabam vivendo em função de seus filhos, e deixando de cuidar de si, o que gera sintomas físicos e psicológicos, os quais podem comprometer sua qualidade de vida (MIELE & AMATO, 2017). Uma dificuldade enfrentada é que a criança autista muitas vezes é incapaz de expressar sentimentos, dificuldades e necessidades básicas, pois a criança apresenta atitude agressiva, pois os pais não conseguem identificar se a criança está doente, com fome, cansado, triste ou com raiva, sendo ainda mais dificultoso se a criança é não verbal (ALMANDIL *et al.*, 2019).

Diante das limitações das pessoas com TEA, geralmente é necessário ter um cuidador diariamente e que faça acompanhamento contínuo, onde nestes casos estes cuidadores que geralmente são as mães, podem apresentar um impacto, onde acabam se privando de realizar certas atividades. Dados mostram que a família começa a restringir passeios, contatos familiares e lugares públicos. O aspecto financeiro é considerado uma questão importante, pois crianças autistas precisam de serviços especiais para auxiliar em seus cuidados, o que causa estresse financeiro para os pais. Muitas vezes dependendo do nível e seu repertório comportamental, podemos observar um constrangimento fami-

liar, assim como mudança de rotina, entre outros aspectos, os quais acabam influenciando diretamente na qualidade de vida de toda a família (ALMANDIL *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Fato relevante apresentado é a questão do alto índice de dependência e permanências das crianças e/ou adolescentes com suas mães, o qual acaba sendo atrelado ao segundo eixo da pesquisa voltado para sobrecarga materna. A sobrecarga materna, relatada nos grupos, é tanto de caráter físico quanto psicológico. Nos instrumentos aplicados durante os encontros, os níveis de estresse foram enfatizados, bem como a partir de vários discursos das mães sobre as situações vivenciadas diariamente.

Podemos apontar que com a pandemia de COVID-19, esta sobrecarga só se intensificou, pois, as rotinas de todos foram alteradas, assim como a interrupção de atendimentos e terapias, o que acabou acentuando o tempo de permanência em suas respectivas residências e, consequentemente, aumentando as horas de cuidados diários por suas mães.

Este estudo confirma que muitas mães passam a levar uma vida de total dedicação aos filhos como cuidadoras principais, deixando de lado as ocupações profissionais e pessoais, não conseguindo mais ter o seu espaço e o seu próprio tempo de descanso ou lazer. Isso ocorre porque o papel sobre a maternidade e suas implicações de alta responsabilidade, são muitas vezes únicas.

A construção da identidade materna é um processo complexo e que está diretamente relacionada ao ideal estabelecido pela sociedade, a respeito deste papel, sendo, neste sentido, passível de transformações e ressignificações. A função materna sempre foi atribuída ao cuidar, ficando “o peso” da responsabilidade sobre a mu-

lher e as obrigações para com seus filhos. Fato que é evidenciado pelas mães que participaram do grupo e acabaram tendo rompimentos e abandonos conjugais. Aspecto que precisa ser repensado, pois é mais um atributo a sobrecarga destas mães, que acabam assumindo sozinhas o cuidado de seus filhos, e ainda muitas vezes sofrem julgamentos alheios.

Este acúmulo de responsabilidades pode levar a um estresse generalizado, depressão e ansiedade, indicativos que também foram evidenciados neste estudo.

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde contribuam nesse sentido, desde a gravidez até o acompanhamento do desenvolvimento da criança, e a intervenção precoce também desempenha um papel nesse sentido, permitindo a observação e o cuidado da criança, mas também a atenção voltada para mãe.

Assim é imprescindível o acompanhamento extensivo, que vai além do tratamento dispensado à criança e deve ser estendido à família,

principalmente à mãe, valorizando o que ela sabe sobre a criança e enfatizando a importância de focar na funcionalidade, necessitando assim de rede de atendimento para estas mães, as quais muitas vezes vivenciam uma maternidade monoparental e sem nenhum tipo de suporte, seja ele social ou profissional.

Diante do contexto atual é necessário possibilitar a estas mulheres um espaço permanente em que elas possam ser escutadas e acolhidas, compartilhando suas dificuldades, angústias e incertezas. Estratégias devem ser pensadas para poder prestar o suporte necessário, sejam elas realizadas em grupos ou até mesmo individuais, mas que possam acontecer.

Por último, é necessário ressaltar a importância de continuarmos falando, pesquisando e acolhendo os anseios das mães que possuem filhos com TEA, para que todo estresse expressado neste estudo, bem como a sobrecarga emocional, seja ao menos minimizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALHUZIMI T. Stress and emotional wellbeing of parents due to change in routine for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at home during COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Research In Developmental Disabilities*, v. 108, p. 103822, 2021.
- ALMANDIL N.B. *et al* Environmental and Genetic Factors in Autism Spectrum Disorders: Special Emphasis on Data from Arabian Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 4, p. 658, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.
- AMORIM, R. *et al*. The impact of COVID-19 on children with autism spectrum disorder (O impacto em crianças com Transtorno do Espectro Autistas). *Revista de Neurologia*, v. 71, n. 8, p. 285, 2020.
- ANDRADE A.A. & TEODORO M.L.M. Família e Autismo: Uma Revisão da Literatura. *Contextos Clínicos*, v. 5, n. 2, p. 133, 2012.
- ÁVILA, M.B.M. & FERREIRA, V. (orgs). *Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres*. Recife: SOS corpo, 2014.
- BAIO, J. *et al*. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 Years - Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, v. 67, n. 19, p. 564, 2018.
- BARBOSA, A.J.G. & OLIVEIRA, L.D. Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais. *Psicologia em pesquisa [online]*, v. 2, n.2, p. 36, 2008.
- BARBOSA, M.R. & FERNANDES, F.D. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 14, n. 3, p. 482, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 17 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016*. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581 Acesso em 17 mar. 2023.
- BRITO, A. & FARO, A. Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em pesquisa*, v.10, n.1, p. 64, 2016.
- BRUSCHINI, C. & RICOLDI, A.M. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. *Revista Estudo Feministas*, v.20, n.1, 2012.
- CROEN L.A. *et al*. The changing prevalence of autism in California. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 32, n. 3, p. 207, 2002.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 54, n. 4, p. 7, 1986.
- DEMYER, M.K. *Parents and children in autism*. New York: Wiley, 1979.
- FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. 1st edition. São Paulo: Elefante; 2017.
- FILGUEIRA, L.M.A. & BRILHANTE, A.V.M. Percepção de mães de crianças autistas sobre o isolamento social motivado pela pandemia do Covid-19. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, v. 8, 2021.
- HOCKE, R.R. *Forty studies that changed Psychology: explorations into the history of psychological research*. (2ª ed.). Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall, 1995.
- MARCONDES, G. & OLIVEIRA, M.C. *Trabalho feminino e vida familiar: escolhas e constrangimentos na vida das mulheres no início do século XXI*. Campinas: Unicamp, 2015.
- MIELE, F.G. & AMATO, C.A.H. Transtorno do espectro autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares - revisão de literatura. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 89, 2017.
- MILGRAM, A. & ATZIL, M. Parenting stress in raising autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 18, p. 415, 1988.
- NOGUEIRA, L. Home office e distanciamento social requerem cuidados com a saúde mental, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/assuntos/noticias/noticias/2020/4/home-office-e-isolamento-social-requerem-cuidados-com-a-saude-mental#:~:text=Com%20a%20pandemia%20da%20Covid,assim%2C%20preservar%20sua%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em 17 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report - 82. Brasília: OMS. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331780/nCoVsitrep11Apr2020-eng.pdf>. Acessado em 25 de maio de 2021.

PEREIRA, C.C.V. Autismo e família: participação dos pais no tratamento e desenvolvimento dos filhos autistas. *FACENE/FAMENE*, v. 9, n. 2, p. 51, 2011.

PINTO, R.N.M. *et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 3, p. e61572, 2016.

REMOR, E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*, v. 9, n. 1, p. 86, 2006.

SCHMIDT, C. e BOSA, C.E. Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 2, p. 179, 2007.

SILVA D.C.R. *et al.* Percepção de mães com filhos diagnosticados com autismo. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 7, n. 3, 2017.

SILVA, A.B.B. *et al.* Mundo Singular entenda o autismo. Editora Fontanar. Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, N.L.P. & DESSEN, M.A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 133, 2001.

SMEHA, L.N. & CEZAR, P.K. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo [The living of maternity with mothers of autistic children]. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 1, p. 43, 2011.

SOUZA, J. C. *et al.* Atuação do psicólogo frente aos transtornos globais do desenvolvimento infantil. *Psicologia: Ciência E Profissão*, v. 24, n. 2, p. 24, 2004.

SULZBACH, S.L.F. Sobrecarga materna nos cuidados de crianças com transtorno do espectro do autismo, Tese (Doutorado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019.

Capítulo 24

MANEJO DA ANSIEDADE EM ADOLESCENTES: REVISÃO DE LITERATURA

THAÍS BEZERRA KOL¹
DANIELLE KARINE LÚCIO ALVES¹
AMANDA FEDOZI TONON¹
THALLYA QUEIROZ GONÇALVES¹
BIANCA BUENO DE CAMARGO¹
JUNIA MAISA SOARES VIEIRA¹
ALINE APARECIDA LIMA BRANDÃO¹
VANEZA CRISTINA ROSCAMP MARTINS¹
CARMECI CAMILO DE BRITO BADARO CAMPOS¹
ELAINE CRISTINA DA FONSECA¹

1. *Discente – Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos*

Palavras Chave: *Ansiedade, Pediatria, Adolescentes.*



10.59290/978-65-81549-91-6.24

INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma condição inerente à existência humana, sendo uma resposta natural do corpo a situações de estresse, caracterizada por aspectos fisiológicos e psicológicos. Tal condição, contudo, pode tornar-se patológica quando ocorre de maneira desproporcional à situação em questão ou na ausência de um motivo específico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 300 milhões de pessoas convivem com transtornos de ansiedade no mundo (FREEMAN, 2022).

Em dimensão global, a ansiedade corresponde a nona causa principal de doença e incapacidade em adolescentes de 15 a 19 anos e a sexta entre aqueles de 10 a 14 anos (ZHOU *et al.*, 2020). Os sintomas de ansiedade podem ser de difícil percepção em pessoas do convívio do adolescente. Desse modo, a prevalência de transtornos de ansiedade provavelmente é subestimada. Como manejo, destacam-se medidas preventivas e terapêuticas, incluindo psicoterapia, educação da família e do paciente e uso de medicações se necessário (BERNSTEIN *et al.*, 1996).

Nesse mesmo contexto, a pandemia COVID-19 veio para agravar ainda mais este cenário perturbador, onde resultados confirmam um aumento significativo de ansiedade e estresse entre os adolescentes no período pandêmico comparativamente a períodos normais. Esses resultados vão ao encontro de outros estudos internacionais que analisaram o efeito psicológico da COVID-19 e de outras pandemias (MAIA & DIAS, 2020).

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é analisar e descrever os principais aspectos do manejo da ansiedade em adolescentes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, no qual foi analisado os principais aspectos do manejo da ansiedade em adolescentes. O início do estudo foi executado com a formação teórica utilizando as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO e Medline, utilizando como descritores: “*anxiety*” AND “*adolescent*” AND “*depression*” AND “*organ transplant*” AND “*epidemiology*” nos últimos 10 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, com elevada incidência e prevalência. Em crianças, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação, seguido de fobias específica, fobia social e transtorno de pânico (CASTILLO *et al.*, 2000). Em alguns casos, a etiologia do transtorno infantil não é relacionada a algum trauma ou algum fator de risco claramente conhecido, sendo provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos. Ainda, os transtornos ansiosos na infância e na adolescência apresentam um curso crônico, embora flutuante ou episódico, se não tratados (CASTILLO *et al.*, 2000).

As intervenções terapêuticas para o manejo eficaz dos transtornos de ansiedade na adolescência constituem-se de uma abordagem multimodal. A realização de projetos intervencionistas que busquem uma política de redução de danos é essencial, como projetos de prevenção ao uso de drogas, alteração do estilo de vida e promoção de saúde auxiliam no combate a essa comorbidade com incidência e prevalência crescente nos dias atuais (LOPES & REZENDE, 2013).

Seguindo a tendência do enfoque da saúde nacional, as medidas preventivas ganham espaço cada vez mais importante no combate às comorbidades crônicas (CALEAR *et al.*, 2009). Nesse contexto, no cerne da saúde mental, em especial ao que diz respeito aos transtornos ansiosos, a escola apresenta um papel fundamental na realização de atividades de intervenções preventivas promovidas em sala de aula por professores devidamente orientados, os quais devem ser capazes de reduzir a ansiedade na população juvenil (CALEAR *et al.*, 2009; KRAAG *et al.*, 2009; STOPA *et al.*, 2010).

A psicoterapia, com terapia cognitivo-comportamental (TCC), assim como a psicoeducação são pilares fundamentais para o tratamento (STIEDE *et al.*, 2023). A eficácia da TCC é comprovada por estudos clínicos randomizados, com taxas de recuperação entre 47% e 66%, além de estar relacionada a menores taxas de abandono terapêutico (WANG *et al.*, 2017; WARWICK *et al.*, 2017).

A terapia farmacológica é mais um método utilizado para o controle do distúrbio de ansiedade generalizada (COMPTON *et al.*, 2010). A Sertralina é uma das medicações com o uso mais difundido para esses quadros, apresentando um efeito significativo quanto à melhora de sintomas relacionados à ansiedade. Essa medicação apresentou superioridade ao uso de placebo e eficácia semelhante à TCC, no estudo *Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study* (COMPTON *et al.*, 2010; STRAWN *et al.*, 2012).

Entre os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, a Fluoxetina é a droga liberada para uso a partir dos 8 anos de idade, pela *Food and Drug Administration* (STRAWN *et al.*, 2012). Essa medicação apresenta como benefícios o baixo potencial de abuso, praticamente ausência de eventos adversos graves, além de ser associada com melhora dos sintomas de

transtorno de ansiedade generalizada em jovens (STRAWN *et al.*, 2012; WALTER *et al.*, 2020).

Outras classes farmacológicas utilizadas para tratamento de transtornos ansiosos, incluem os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina, como a Venlafaxina, a qual demonstra em estudos randomizados uma superioridade na melhora dos sintomas em relação ao placebo, porém apresenta maiores efeitos colaterais como astenia, dor, anorexia e sonolência (STRAWN *et al.*, 2012)

Nesse contexto, vários estudos buscam ainda terapias farmacológicas alternativas, como o uso de fitoterápicos. Dentre eles, os principais encontrados foram: a valeriana (*Valeriana officinalis*), hortelã (*Mentha*), camomila (*Matricaria chamomilla*), Flor de Laranjeira (*Citrus X sinensis*), Erva Cidreira (*Melissa officinalis*), Capim Limão (*Cymbopogon citratus*), maracujá (*Passiflora edulis*), e em casos de insônia incluíse também espinheiro-branco (*Crataegus laevigata*) e lúpulo (*Humulus lupulus*). Em relação aos compostos bioativos, a utilização de alimentos fermentados, de óleos essenciais como o ômega 3, flavonoides, mostraram-se potenciais tratamentos alternativos para a ansiedade (BORTOLUZZI *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Os transtornos ansiosos apresentam um amplo espectro clínico, com incidência e prevalência representando uma curva crescente e em ascensão globalmente. Essa comorbidade, afeta uma ampla faixa etária, inclusive crianças e adolescentes, sendo de difícil diagnóstico nessa população. Nesse contexto, a avaliação dos pacientes com suspeita de transtornos ansiosos deve ser individualizada e sistematizada. A abordagem terapêutica deve ser planejada visando a prevenção e a remediação dos quadros, além de evitar complicações relacionadas ao manejo

inadequado dessa comorbidade, a qual apesar de ser comum ainda é negligenciada.

Ainda, como método terapêutico alternativo, literatura científica sustenta os benefícios da realização da meditação no tratamento da ansiedade para melhora da qualidade de vida destes

pacientes. Os estudos apontam para uma redução dos sintomas nos pacientes que praticaram a meditação, associada ou não a outras terapias convencionais utilizadas no tratamento dos transtornos de ansiedade heterogêneos (PEIXOTO *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERNSTEIN, G.A. *et al.* Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 35, n. 9, p. 1110, 1996.
- BORTOLUZZI, M.M. *et al.* Efeito fitoterápico de plantas medicinais sobre a ansiedade: uma breve revisão. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 2, p. 47, 2020.
- CALEAR, A.L. *et al.* The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 77, n. 6, p. 1021, 2009.
- CASTILLO, A.R.G.L. *et al.* Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 20, 2000.
- COMPTON, S.N. *et al.* Child/adolescent anxiety multimodal study (CAMS): Rationale, design, and methods. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, v. 4, p. 1, 2010.
- FREEMAN, M. The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry*, v. 21, n. 3, p. 391, 2022.
- KRAAG, G. *et al.* 'Learn Young, Learn Fair', a stress management program for fifth and sixth graders: longitudinal results from an experimental study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 50, n. 9, p. 1185, 2009.
- LOPES, A.P. & REZENDE, M.M. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 30, n. 1, p. 49, 2013.
- MAIA, B.R. & DIAS, P.C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de psicologia (Campinas)*, v. 37, 2020.
- PEIXOTO, J.L. *et al.* Efeitos da meditação sobre os sintomas da ansiedade: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 10, n. 2, p. 306, 2021.
- STIEDE, J.T. *et al.* Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2023.
- STOPA, J.E. *et al.* The prevention of childhood anxiety in socioeconomically disadvantaged communities: A universal school-based trial. *Advances in School Mental Health Promotion*, v. 3, n. 4, p. 5, 2010.
- STRAWN, J.R. *et al.* Psychopharmacologic treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 21, n. 3, p. 527, 2012.
- WALTER, H.J. *et al.* Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 59, n. 10, p. 1107, 2020.
- WANG, Z. *et al.* Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, v. 171, n. 11, p. 1049, 2017.
- WARWICK, H. *et al.* Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, v. 52, p. 77, 2017.
- ZHOU, S.J. *et al.* Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European child & adolescent psychiatry*, v. 29, n. 6, p. 749, 2020.

Capítulo 25

SAÚDE MENTAL NO BRASIL ASPECTOS RELACIONADOS AS LEIS REGULAMENTADORAS

JOSE MATEUS DE ALMEIDA COSTA¹
FERNANDO MACHADO FERREIRA¹
VALÉRIA COSTA BARROS¹
PATRÍCIA COSTA BARROS¹
LARISSA DE ANDRADE SILVA RAMOS²
THAÍS MIKELLY DA SILVA FREITAS¹
GLECIANE SOUZA SILVA¹
FÁBIO GAMA LIMA JÚNIOR¹
MARCOS VINÍCIUS ARAÚJO QUEIROZ¹
ANTONY MARQUES DO NASCIMENTO³
WESLEI MELO DA SILVA⁴
TAILANA SANTANA ALVES LEITE⁵
ANA PAULA COSTA DE SOUSA¹
STEPHANIE OLIVEIRA SILVA⁶

1. *Discente - Enfermagem Universidade Estadual do Maranhão Campus Grajaú.*
2. *Docente - Especialista Pela Universidade Estadual do Maranhão Campus Grajaú.*
3. *Docente - Departamento de Parasitologia da Universidade Estadual do Piauí.*
4. *Mestre - Enfermagem Universidade Federal do Maranhão.*
5. *Docente - Doutoranda Pelo Programa de pós-Graduação, em Bioética, ética Aplicada a Saúde Coletiva - PPGBIOS.*
6. *Enfermeira - Universidade Estadual do Maranhão*

Palavras Chave: Saúde Mental; História; Legislação.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o período de 1960 a 2001 foi marcado por grandes mudanças na forma de pensar e praticar a psiquiatria. Foram alcançados importantes avanços para a implementação de políticas públicas na área da saúde mental, conforme reconhecemos hoje, de caráter psicossocial (RIBEIRO *et al.*, 2017).

As atuais políticas de saúde mental brasileiras originam-se de mobilizações e lutas de usuários, familiares e trabalhadores, visando mudanças no cenário de exclusão e aprisionamento das pessoas com transtornos mentais.

Tal processo de reivindicação e participação popular ganha força na década de 80 e resulta na Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira que, ao embasar políticas de Estado - como a Lei nº. 10.216, de abril de 2001, representa um grande avanço no tratamento de pessoas com transtornos mentais, em direção à comunidade, assegurando direitos humanos e potencializando a cidadania (COSTA *et al.*, 2015).

A proposta de compreensão da RP como “processo social complexo” permite pensar os processos de mudança para além do agir instrumental e burocrático e das normas e regulações, e para além das políticas do Estado e do controle técnico.

Permite-se pensar a RP como um movimento social de redefinição da relação social com a loucura. Trata-se de um processo que passa pelo Estado, pelos dispositivos institucionais – mas não se reduz a eles, desdobrando-se na mobilização e lutas sociais, pelas profissões de competência de especialistas e pelo controle normativo (AMARANTE & TORRE, 2017).

Segundo Ribeiro *et al.* (2017) marco determinante para o desenvolvimento das políticas públicas de assistência à saúde mental, conforme a temos hoje, seria a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, que traz em sua

concepção de saúde pública os princípios da universalidade, integralidade e equidade, servindo como base para o desenvolvimento da Lei Orgânica de Saúde Brasileira, Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990.

O presente artigo descreve o trajeto das ações e políticas de saúde mental brasileiras até a aprovação da Lei nº. 10216 de 2001, que direciona os tratamentos a instâncias extra-hospitalares e garante direitos aos portadores de transtornos mentais (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Contudo, o artigo tem como objetivo fazer um apanhado histórico observando a evolução das leis e a forma como estas são aplicadas hoje nas práticas de atenção à saúde mental no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um trabalho com uma abordagem documental de cunho retrospectivo analítico qualitativo. O presente estudo se dará com a busca de normativas e portarias elaborados por órgãos de direitos ou secretarias ministeriais ou secretarias estaduais de saúde, onde as buscas foram realizadas nas plataformas Google Acadêmico, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados os seguintes descritores: “Saúde Mental *and* – História” e “Saúde mental *and* marcos legais”. Foram considerados todos aqueles trabalhos que haviam inteira relação com o assunto, considerando desde artigos publicados em revistas ou jornais ou normativas ministeriais. A utilização do termo “*and*” foi utilizada para realizar a filtragem mais abrangente nas bases de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Historicamente as raízes da psiquiatria brasileira são ligadas ao processo colonizador,

sendo as primeiras intervenções por parte do Estado em relação à loucura datadas da primeira metade do século XIX por ocasião da vinda da família real portuguesa (YASUI & BARZAGHI, 2018).

Segundo o mesmo autor a pretensão em se urbanizar o país é responsável, em parte, por este processo. Por conta da reorganização das cidades os então chamados alienados não poderiam mais circular livremente pelas vias públicas. Neste sentido, o decreto assinado por D. Pedro II em 1841 que autoriza a criação de um hospital para doentes mentais figura como marco do nascimento da psiquiatria no país, tal assinatura não acontece fortuitamente, representando a pressão exercida por um grupo de sujeitos e interesses específicos.

É certo que as primeiras práticas brasileiras de cuidado a saúde mental não tinham como objetivo a cura, ou o alívio do que o paciente estava passando, mas sim apenas uma forma de limpar a sociedade, tirando os “loucos” e mendigos das ruas, dando as mesmas um caráter mais civilizado.

Contudo, os hospícios foram ficando cada dia mais cheios e novas propostas foram criadas para cuidar destas pessoas, pode citar-se os “postos de psicopatas”.

Tinha em comum com a assistência familiar funcionar como um serviço aberto e a busca por superar o problema da superlotação nos manicômios (...) o “posto de psicopatas” tinha como objetivo fundamental evitar que esses permanecessem nas cadeias públicas enquanto aguardavam liberação para a hospitalização no Hospício São Pedro. Além de evitar a permanência dos doentes mentais nas prisões, segundo esse médico, o “posto de psicopatas” tinha outras finalidades, tais como: melhorar as instalações e a assistência aos doentes visando evitar sua internação, realizar uma triagem dos casos passíveis de cura fora do Hospício São Pedro e “promover

a cura fora do Hospital São Pedro, com proveito para este Estabelecimento, que tem uma superpopulação, e para o doente que evita a tara social da internação, de grande percentagem de acidentes mentais agudos, eminentemente transitórios” (FRAZATTO & BELTRAME, 2016).

Portanto é observado uma melhora significativa no atendimento à saúde mental, o cuidado familiar também é incentivado, e práticas como a prisão de doentes mentais em cadeias não era mais permitido por meio do Decreto n. 1.132, de 1903, no entanto mesmo sendo está uma atividade ilegal perante a lei, ela ainda era feita na época (FRAZATTO & BELTRAME, 2016).

No Brasil o período da ditadura militar foi marcado pela repressão aos movimentos sociais e as lutas pela democratização. No final da década de 1970, através do movimento da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, propõe-se alterar o modelo de saúde vigente, sendo um marco para a história da Saúde no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986.

No Brasil, o processo da reforma psiquiátrica surgiu no final da década de 1970, num contexto em que se demonstrava a crise do modelo de cuidados, centrado no hospital psiquiátrico, e se verificava a eclosão do surgimento dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. O ponto de partida da crise foi as denúncias de maus tratos não esclarecidas que ocorriam nos hospitais psiquiátricos brasileiros, o que levou à mobilização de vários profissionais e, consequentemente, ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (FORTES *et al.*, 2015).

Neste contexto configurava-se a crise do setor saúde com graves consequências para a saúde mental. O hospital psiquiátrico passa a ser a resposta de intolerância social com aqueles que não podem administrar sua enfermidade por meios próprios, ou seja, a população de maior

precariedade econômica e social. Nestes casos o diagnóstico muitas vezes é apenas a grande oportunidade para legitimar a exclusão social (FERREIRA, 2019).

Com a eclosão destas denúncias, ocorreu grande comoção dentro do território nacional, levando a familiares, profissionais de saúde de simpatizantes com a causa a formar o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

(...) “o MTSM emergiu em 1978, a partir das denúncias de psiquiatras que tornavam públicas as condições de violência a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde” e após a demissão de três médicos e paralisação de outros profissionais, teve início a primeira greve do setor público no período da ditadura (RODRIGUES & DESCHAMPS, 2016).

Com isto eventos são organizados para a discussão da saúde mental no Brasil, indo destes congressos municipais a nacionais organizados pelos movimentos pró reforma psiquiatria, podemos citar: II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental que aconteceu em dezembro de 1987; I Conferência Nacional de Saúde Mental o evento conhecido como Congresso de Bauru. Em um clima de ampla discussão participaram destes eventos não só os técnicos, mas também lideranças municipais, familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental, o que ampliaria o escopo das reivindicações (YASUI & BARZAGHI, 2018).

Com os avanços nos estudos e nos relatos vividos pelos profissionais e familiares de doentes mentais, e ainda defendido pelos movimentos sociais, a população em geral passa a entender a necessidade de uma reforma psiquiatria de forma efetiva, no entanto, isto só se dá em 1988 com a nova constituição.

Esta por sua vez traz em sua concepção de saúde pública os princípios da universalidade, integralidade e equidade, servindo como base para o desenvolvimento da Lei Orgânica de Saúde brasileira, Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990.

Em 06 de abril de 2001, foi publicada a Lei nº. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O projeto de lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que desde 1989 transitava no Congresso Nacional, só 12 anos depois foi sancionada (BUBLIANI & BELLOTTO, 2016).

Tal lei especificou dentre outros, os direitos dos portadores de transtorno mental, estabeleceu a estruturação do tratamento em regime de internação de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. E determinou que os tratamentos realizados fossem realizados de forma mais humana visando tornar estes mais efetivos, buscando a diminuição das internações que exploram extremamente restritivas de direitos (BUBLIANI & BELLOTTO, 2016).

CONCLUSÃO

Os “loucos” sempre foram estigmatizados pela sociedade, e por muito tempo, foram tratados como “lixo”, onde as medidas tomadas para com este era de estocá-los em hospitais psiquiátricos a fim de limpar as ruas das cidades, durante muito tempo também foram postos em cadeias junto a ladrões, reforçando assim o desprezo e o caráter de limpeza.

Com o passar do tempo novas medidas e leis passaram a ser impostas e tomadas, no entanto, as mudanças neste sentido foram poucas. O es-

topim para a população brasileira se dá durante a ditadura militar, onde o Brasil se vê em uma crise na saúde, daí profissionais se juntam começam a formar movimentos sócias em prol de uma reforma psiquiátrica.

Portanto o modelo que temos hoje vigente que lida com os doentes mentais se deu por anos

de estudo e luta, que merecem ser estudados e lembrados. Apesar da forma que tratamos as pessoas com sofrimento mental hoje em dia ser mais adequada, isso não nos tira o fardo de sermos pesquisadores em saúde mental, a fim de tornar a vida destes um pouco mais dignas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. & TORRE, E.H.G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 63, p. 763, 2017.

BUBLIANI, B.S. & BELLOTTO, C.C. A possibilidade de aplicação das leis nº. 10.216/2001 e nº. 11.343/2006 aos usuários de drogas lícitas. 3º Simpósio de Sustentabilidade e Contemporaneidade nas Ciências Sociais – 2015.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 04 abr. 2023.

COSTA, P.H.A. *et al.* Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3243, 2015.

FERREIRA, G. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. *Psicanálise & Barroco em Revista*, v. 4, n. 1, p. 131, 2019.

FORTES, F.L.S. *et al.* Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, n. 4, p. 117, 2015.

FRAZZATTO, C.F. & BELTRAME, M.M. Os serviços abertos de Saúde Mental no Brasil: o cuidado em liberdade na perspectiva dos higienistas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 19, n. 4, p. 737, 2016.

RIBEIRO, G.G. *et al.* Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001): trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, v. 6, n. 1, p. 13, 2017.

RODRIGUES, J. & DESCHAMPS, A.L.P. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 8, n. 17, p. 78, 2016.

YASUI, S. & BARZAGHI, N. História, memória e luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Convención Internacional “Cuba Salud 2018*.

Capítulo 26

IMPACTO DO COVID NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

PAULO VINÍCIUS COSTA MORESI¹
BERNARDO VIEGAS COELHO¹
GABRIEL NUNES MARTINS¹
JOÃO GABRIEL PURPER ARRUDA¹

1. *Discente - Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.*

Palavras Chave: Covid; Mental Health; Occupational Health Physicians.



10.59290/978-65-81549-91-6.26

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, autoridades locais da cidade de Wuhan (província da China) reportaram uma nova pneumonia ocasionada pelo coronavírus (COVID-19). Esse vírus possui disseminação muito elevada pelo ambiente, o que foi confirmado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 12 de março de 2020, que declarou a doença ocasionada pelo (SARS-CoV-2) como uma pandemia (AL-TAMMEMI *et al.*, 2021).

Em virtude da rápida disseminação da doença, vários profissionais de saúde, incluindo trabalhadores de outras especialidades médicas foram direcionados para auxiliar no tratamento de pessoas infectadas pelo vírus. Devido ao contexto de insegurança e medo de contaminação, vários estudos constataram que médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais da área da saúde que ficaram na linha de frente do tratamento da doença, apresentaram problemas de saúde mental. Entre esses problemas, os mais destacados foram: Ansiedade, insônia, depressão, estresse e burnout (AL-TAMMEMI *et al.*, 2021)

Além dessa situação, vários países com avanços da pandemia determinaram medidas rigorosas para conter a disseminação do vírus, incluindo o lockdown. Essa medida de isolamento social foi capaz de reduzir o avanço da doença (CAG *et al.*, 2021). Entretanto, ela gerou uma série de distúrbios emocionais e psicológicos em toda a população, incluindo os profissionais de saúde, o que agrava ainda mais o quadro desses trabalhadores em relação a manutenção de uma boa saúde mental (ALGHASAB *et al.*, 2021).

Em estudos elaborados em 2020/2021, foram constatados que muitos profissionais de saúde possuíam medo de contrair a doença e

repassar para os familiares. Associado a isso, no período de pandemia é necessário o uso de equipamentos de proteção individual por trabalhadores da área da saúde, o que nem sempre está presente em todos os hospitais. Esses fatores em conjunto colaboram para potencializar distúrbios psicológicos nos médicos, enfermeiros e outros (NANJUNDASWAMY *et al.*, 2020).

No contexto da pandemia, muitos trabalhadores da área da saúde tiveram e estão tendo que trabalhar de forma exaustiva. Isso prejudica o sono de grande parte desse grupo de pessoas. Consequentemente, esses indivíduos privados de sono podem ter desenvolvido problemas cognitivos (atenção) e problemas emocionais (ansiedade), o que pode ter afetado a performance e as decisões médicas desse grupo de trabalhadores (DOLEV *et al.*, 2021).

Esse estudo objetiva avaliar o impacto gerado pelo COVID na saúde mental dos profissionais de saúde, uma vez que esse grupo de trabalhadores sofreu diversas consequências decorrentes da pandemia. Além disso, o estudo visa avaliar se esse contexto da disseminação do vírus influenciou de forma negativa o rendimento dos profissionais da área da saúde.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa realizada no período de (março de 2020 até agosto de 2021), por meio das bases de dados PubMed, SciELO e Google Scholar. Foram utilizados os descritores "Covid", "Mental health" e "Occupational Health Physicians".

Os critérios de inclusão foram: Artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2020 a 2021 e que abordaram as temáticas propostas para esta pesquisa, estudo transversal e ensaio clínico controlado. Os critérios

de exclusão foram: Artigos de metodologia contraditória, artigos de revisão e artigos que não abordaram sobre o tema.

Após os critérios de seleção restaram 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva divididos em subtópicos de acordo com cada subtema abordado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fardo mental e privação de sono em profissionais de saúde na Pandemia

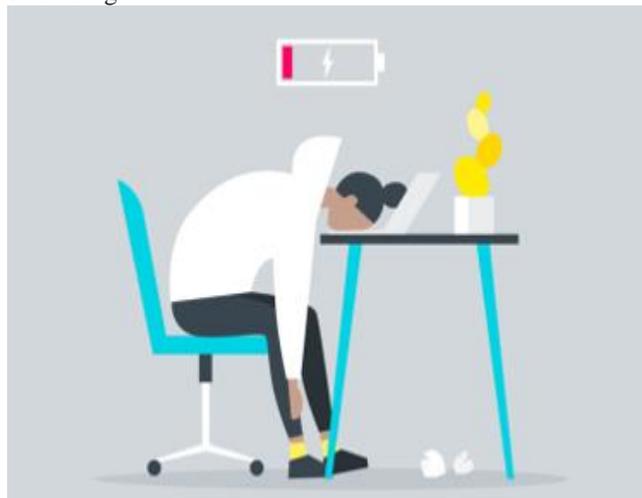
O número cada vez maior de casos confirmados e suspeitos, o elevado índice de mortes pela doença, a sobrecarga de trabalho, esgotamento de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da mídia, falta de medicamentos específicos ou tratamento adequado e sentimentos de não receber o apoio necessário, podem ter contribuído para o fardo mental dos profissionais de saúde (ELKHOLY *et al.*, 2021).

Em seus estudos, DOLEV *et al.* mostra que a privação de sono, causada pela intensa rotina de trabalho dos profissionais da saúde em contexto de pandemia, pode prejudicar o tratamento dos pacientes. Isso pode ser explicado, uma vez que o sono tem relação com um fenômeno neurofisiológico sensorio-motor conhecido como inibição do pré-pulso (PPI), que é a capacidade de inibir a resposta a um pulso acústico pelo fraco estímulo do pré-pulso que o precedeu. A privação de sono interrompe esse reflexo, o que gera falhas cognitivas e afeta as respostas do indivíduo. Portanto, a privação de sono pode ter um grande custo cognitivo (atenção) e emocional (ansiedade), os quais podem afetar diretamente a tomada de decisão clínica e o desempenho (DOLEV *et al.*, 2021).

Estatísticas de artigos revisados

Nesse mesmo trabalho, DOLEV *et al.* e sua equipe compararam o nível de estresse e ansiedade de médicos, trabalhando antes do COVID-19 e após trabalharem em plantões 24 horas com pacientes positivos para COVID. Os escores totais de GAD-7 entre o grupo COVID-19 foram significativamente maiores (IC 95%: 7,62–10,14; **Figura 26.1**) em comparação com o grupo não COVID-19 (IC 95%: 0,29-1,10; $t(32) = 6,84$, $P < 4,3 \times 10^{-2}$) (DOLEV *et al.*, 2021).

Figura 26.1 Imagem simbolizando uma pessoa cansada e sem energia



Legenda: pessoa com sono, sem energia e improdutiva.
Fonte: BROTO, 2018.

Em um estudo feito por Elkholy *et al.*, 502 profissionais da saúde foram analisados por meio de vários escores (Questionário de Saúde do Paciente - PHQ; Transtorno de Ansiedade Generalizada de 7 itens - GAD-7; *Insomnia Severity Index* (ISI) de 7 itens e Escala de Estresse Percebido - PSS) para verificar se havia a presença de algum distúrbio neurológico e psicológico. Um desses escores chamou a atenção, o GAD-7, no qual 370 participantes (76,4%) apresentaram resultados anormais, sendo que 40,3% destes entrevistados possuíam sinais de ansiedade moderada ou grave. Nesse mesmo estudo,

353 participantes (77,2%) apresentavam sintomas depressivos e 284 (64,0%) estavam com níveis moderados de estresse. Já na comparação de grupos sexuais em relação aos escores GAD7, ISI, PHQ e PSS foram notadas diferenças significativas entre homens e mulheres em relação a GAD7, PHQ e PSS, com maiores proporções de mulheres expressando formas graves de ansiedade, depressão e estresse em comparação com os homens (20% vs 11,9%, 25,1% vs 11,7% e 22,8 % vs 11,1%, respectivamente) (ELKHOLY *et al.*, 2021).

Isso pode ser comprovado através do estudo italiano de Buselli *et al.* foi percebido que as mulheres têm um risco duas a três vezes maior de desenvolver sintomas de estresse pós-traumático em comparação com os homens. Elas apresentam maior sensibilidade e menor tolerância a emoções negativas do que os homens. Aparentemente, as mulheres parecem ter um eixo hipotálamo-hipófise mais sensibilizado (BUSELLI *et al.*, 2020) (WARCHOŁ-BIEDERMANN *et al.*, 2021).

Ansiedade e depressão na linha de frente do COVID

Nesse cenário, de sobrecarga mental (medo de ser infectado, falta da família, medo da morte, saudade de casa, contato recorrente com a morte, solidão, baixo senso de sucesso pessoal) e física devido às novas exigências laborais, o aparecimento de doenças como ansiedade e depressão tornam-se cada vez mais comuns entre os profissionais da saúde, principalmente os da linha de frente, visto que o ambiente que em trabalham é bem propício para o surgimento dessas comorbidades mentais, principalmente distúrbios de ansiedade e depressão (BUSELLI *et al.*, 2020) (AL GHASAB *et al.*, 2021).

As doenças mentais também são bem prejudiciais aos pacientes que estão internados, visto que os próprios trabalhadores da saúde percebe-

ram que, devido principalmente aos sintomas depressivos, os níveis de concentração e raciocínio rápido diminuam. Por isso, a eficiência no trabalho e a motivação desses indivíduos tem decaído bastante, o que agrava ainda mais o cenário pandêmico (AL GHASAB *et al.*, 2021).

Síndrome de *Burnout* e Pandemia da COVID

A Síndrome de *Burnout* também é outra comorbidade que tem sido bastante relatada entre os trabalhadores da saúde (principalmente mulheres e trabalhadores em locais de risco) visto que é uma doença provocada por stress crônico que acompanha exaustão física e mental (BANNERJEE, 2021). E os sintomas dessa síndrome são percebidos quando o indivíduo atingido sente que não consegue suprir com as demandas laborais, há um sentimento de estar sempre cansado e sobrecarregado. O seu aparecimento ocorre quando o ambiente de trabalho é estressante, a carga de trabalho é elevada, falta de suporte e ambiente de trabalho insalubre, fatores esses presentes para os trabalhadores da saúde durante o período pandêmico, devido às longas jornadas de trabalho e o medo de ser infectado (AL-TAMMEMI *et al.*, 2021). Esse fator também colabora para a queda de produtividade dos trabalhadores e em seus níveis de bem estar, e, os pacientes também são atingidos ficando menos satisfeitos (AL-TAMMEMI *et al.*, 2021).

Outro agravante da situação, foi a estigmatização sofrida pelos profissionais da saúde, que resultou em alguns casos de discriminação, como acreditar que eles deveriam ser isolados do restante da sociedade ou práticas como evitar aquele indivíduo. Essa situação é causada devido a desinformação e falsas informações que são noticiadas pela mídia e geram danos aos trabalhadores da saúde como fazer eles se sentirem culpados por estarem possivelmente infectando um familiar ou amigo, o que agravou a saúde

mental desses profissionais (MOSTAFA *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

COVID-19 é uma doença viral altamente contagiosa que pode gerar uma série de complicações para os indivíduos infectados. A atual onda de doenças gerou uma pandemia, afetando grande parte da população mundial.

É importante ressaltar que a pandemia COVID-19 impôs uma carga física e psicológica significativa aos médicos e outros profissionais de saúde. Por exemplo, em um dos estudos de Greenberg *et al.* (2021), um número considerável de possíveis transtornos de saúde mental e pensamentos de automutilação foi encontrado entre os funcionários da UTI. Além disso, na pesquisa de Ruiz-Fernández *et al.*, verifica-se uma grande quantidade de Fadiga da Compaixão, principalmente entre os enfermeiros, que pode ser decorrente da motivação para aliviar a dor e percepções socialmente reconhecidas podendo até provocar a Síndrome de *Burnout*.

A pandemia de Covid-19 exacerbou a síndrome do *Burnout* e outras mudanças psicológicas. Nesse contexto, esforços mais organizados e eficazes devem ser empreendidos para proteger a saúde física e mental dos profissionais de

saúde, melhorar suas condições de trabalho e aumentar a conscientização sobre o *burnout* e seus métodos de gestão.

De forma prática atitudes efetivas podem ser realizadas visando a proteção da saúde física e mental, como por exemplo, a formulação de horários de trabalho flexíveis, normalização de emoções fortes, bem como, caso seja necessário, o oferecimento de um apoio psicológico e psicoterapêutico por parte das instituições aos funcionários da saúde. Sabe-se ainda que não é nada fácil aceitar a situação pela qual se está passando psicologicamente, portanto, o rastreamento de doenças no âmbito psicológico, ainda mais, em tempos de COVID-19, se mostra algo imprescindível. Por fim, cabe ainda dizer que uma atenção maior à preparação hospitalar e à adequação dos equipamentos de proteção individual, como mostram os estudos, promoveu uma queda dos sintomas de depressão mais leves, provavelmente pelo sentimento de segurança e pela própria prevenção do COVID.

Dessa forma, o bem-estar psicossocial dos médicos será melhorado, fortalecendo a infraestrutura de saúde vital para qualquer país. Além disso, a solução desse problema pode lançar as bases para a luta contínua contra a pandemia e ajudar na preparação para essas crises futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALGHASAB, N.S. *et al.* Depression among physicians and other medical employees involved in the COVID-19 outbreak. *Medicine*, v. 100, n. 15, p. e25290, 2021.
- AL-TAMMEMI, A.B. *et al.* Occupational Burnout and Job Satisfaction Among Physicians in Times of COVID-19 Crisis: A Convergent Parallel Mixed-Method Study. *BMC Public Health*, v. 21, p. 811, 2021.
- ANZALDUA, A. & HALPERN, J. Can Clinical Empathy Survive? Distress, Burnout, and Malignant Duty in the Age of Covid-19. *Hastings Center Report*, v. 51, n. 1, p. 22, 2021.
- BANERJEE, D. *et al.* Psychosocial Framework of Resilience: Navigating Needs and Adversities During the Pandemic, A Qualitative Exploration in the Indian Frontline Physicians. *Frontiers in Psychology*, v. 12, p. 1, 2021.
- BROTTO, T.F. Imagem simbolizando uma pessoa cansada e sem energia. 2018. Disponível em: <<https://www.psicologo.com.br/blog/o-que-e-a-sindrome-de-burnout/>>. Acesso em: 01 mar. 2023
- BUSELLI, R. *et al.* Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*, v. 17, n. 17, p. 6180, 2020.
- CAG, Y. *et al.* Anxiety among front-line health-care workers supporting patients with COVID-19: A global survey. *General Hospital Psychiatry*, v. 68, p. 90, 2021.
- DOLEV, T. *et al.* Physiological parameters of mental health predict the emergence of post-traumatic stress symptoms in physicians treating COVID-19 patients. *Translational Psychiatry*, v. 11, n. 1, p. 169, 2021.
- ELKHOLY, H. *et al.* Mental health of frontline healthcare workers exposed to COVID-19 in Egypt: A call for action. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 67, n. 5, p. 522, 2020.
- GREENBERG, N. *et al.* Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occupational Medicine*, v. 71, n. 2, p. 62, 2021.
- MOSTAFA, A. *et al.* COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. *PLoS ONE*, v. 15, n. 12, p. 1, 2020.
- NANJUNDASWAMY, M.H. *et al.* Perceived stress and anxiety during COVID-19 among psychiatry trainees. *Asian journal of psychiatry*, v. 54, 2020.
- RUIZ-FERNÁNDEZ, M.D. *et al.* Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, v. 29, n. 21–22, p. 4321, 2020.
- WARCHOŁ-BIEDERMANN, K. *et al.* Dysfunctional coping mediates the relationship between stress and mental health in health care staff working amid COVID-19 pandemic. *Medical Principles and Practice*, v. 30, p. 395, 2021.

Capítulo 27

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E A RELAÇÃO COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PRIVADA EM TERESINA-PI

ANA PAULA DA CUNHA SILVA¹
WÊILER BARROSO DA COSTA E SILVA¹
MARCELA ARAÚJO SÁ NOGUEIRA²
CLAUDIA MARIA DA SILVA VIEIRA³
MARA JORDANA MAGALHÃES COSTA⁴

1. *Discente - Graduação em Licenciatura em Educação Física – Universidade Federal do Piauí.*
2. *Docente – Instituto Federal do Ceará - IFCE*
3. *Docente – Instituto Federal do Maranhão – IFMA*
4. *Docente – Departamento de Educação Física - UFPI*

Palavras Chave: Ansiedade; Atividade Física; Escolares.



INTRODUÇÃO

A fase da adolescência é composta por um grupo etário em transição, que vive sob uma grande revolução tecnológica e os efeitos da mídia, mostrando o quanto esse grupo está sujeito às vulnerabilidades próprias dessa condição (BITTAR & SOARES, 2020). Henriques (2018) ressalta que esse período ocorre o desenvolvimento de novos comportamentos e é marcado por mudanças biopsicossociais, levando ao aumento das responsabilidades sociais, aquisição de diferentes padrões de comportamentos, incorrendo assim no desenvolvimento da autoestima e autonomia desses indivíduos.

Nesse contexto, ressalta-se que essa fase é uma das mais marcantes na vida adolescente, pois em geral, esses adolescentes já estão no ensino médio, na qual as expectativas, sonhos e a realidade se misturam em uma preocupação constante com a vida adulta. É nessa fase, que o indivíduo é desafiado a enfrentar diversas ocorrências geradoras de angústia, e duas delas são a escolha vocacional e a preparação para o mundo das profissões.

Atualmente, observa-se um grande acervo científico de estudos sobre saúde mental em diversas fases da vida, sendo a adolescência uma delas, nas quais são encontradas elevadas prevalências de transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade. Nesse sentido, cabe ressaltar que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014), mostra que ansiedade consiste em um transtorno que compartilha características de medo, ansiedade excessivas e perturbações comportamentais relacionadas.

Ainda, segundo o DSM-V (APA, 2014), os transtornos de ansiedade são vários e apresentam diferenças entre si, quanto aos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade

ou comportamento se esquivam na ideação cognitiva associada a ela. Eles podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados, e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas (DSM-V) (APA, 2014).

Uma das alternativas não farmacológicas para prevenção e remissão dos sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade é a prática de atividade física e exercício físico de forma regular. Estes se tornam fundamentais, pois atuam na melhoria da saúde, interferindo não só no aspecto físico, mas também no aspecto psicológico.

Reafirmando esse dado, Jarrete (2011), relatou que atividade física possui relação direta com a saúde mental, sendo bastante eficaz de acordo com o tempo do programa e a intensidade da atividade, desde uma simples caminhada até mesmo a prática de esportes já aponta melhorias na saúde mental, devido a adaptações biológicas resultadas pela atividade física, que diminuem a ansiedade e o estresse.

Neste sentido, ampliar os estudos de temática e conhecer a relação da ansiedade com a prática de atividade física em diferentes contextos, pode contribuir para minimizar o avanço do transtorno e ao mesmo tempo, pensar cada vez mais em políticas de saúde mental dentro do ambiente escolar.

Sabe-se que na escola privada, as cobranças por resultados durante o ensino médio são maiores, e associada a isso tem também o aumento da autocobrança da família, fazendo com que muitos jovens se sintam com elevados níveis de preocupações, medo, angústias.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi verificar o nível de ansiedade e sua relação com a prática de atividade física em escolares de uma escola privada de Teresina-PI.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.

A amostra foi composta por 38 adolescentes, de ambos os sexos, que cursavam o 3º ano do ensino médio em uma escola privada de Teresina, selecionados por amostragem não probabilística, por conveniência.

Os critérios de inclusão foram: está no terceiro ano do ensino médio, frequentando regularmente, e ter tido disponibilidade para responder aos questionários. O critério de exclusão foi apresentar alguma restrição cognitiva/deficiência intelectual.

Inicialmente, foi realizada uma visita na escola para que a pesquisa, assim como os objetivos da mesma, fosse apresentada a direção e assim autorizar a realização da pesquisa, por meio do Termo de Autorização Institucional. Após esta etapa, o professor de Educação Física foi contactado para que a pesquisa fosse apresentada aos alunos e os Termos de Consentimento fossem assinados.

Em seguida, foi aplicado um questionário sociodemográfico com perguntas, como: sexo, idade, estado civil, uso de medicação, possuir doença crônica. Os adolescentes avaliados não realizavam Educação Física no âmbito escolar e por isso foi questionado a eles quanto a realização da prática de atividade fora da escola e qual seria essa atividade, caso eles realizassem.

O instrumento para avaliar os sintomas de ansiedade foi Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (BECK & STEER, 1993 traduzido e adaptado por CUNHA, 2001). Ele é composto de 21 itens relacionados à presença de sintomas de ansiedade (CUNHA, 2001). Para cada item o sujeito deve escolher uma dentre quatro níveis de ansiedade, ou seja, deve escolher uma posição numa escala de quatro pontos, variando en-

tre 0 a 3, que evoluem quanto ao grau de intensidade dos sintomas, sendo 0 correspondente a "ausente"; 1 correspondente a "suave, não me incomoda muito"; 2 correspondentes a "moderado, é desagradável, mas consigo suportar"; e 3 correspondentes a "severo, quase não consigo suportar". No caso de o sujeito escolher mais de um nível, deve ser registrado sempre o de maior intensidade.

A soma dos *scores* obtidos em cada item resulta em um *score* total, variando de 0 a 63 pontos. Segundo o manual de aplicação do instrumento (BECK & STEER, 1993 apud CUNHA, 2001), um *score* total de até 10 pontos indica ausência de sintomas ansiosos; um *score* variando entre 11 e 19 pontos indica ansiedade leve a moderada; entre 20 e 30 pontos, ansiedade moderada; e, entre 31 e 63 pontos, ansiedade grave. Os questionários foram aplicados no mês de agosto de 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou 38 adolescentes do 3º ano do ensino médio, sendo a maioria do sexo feminino (55,26%), com média de idade 17,4 anos ($\pm 0,9$). Quanto ao estado civil, 92,11% relatou não ter companheiro, 78,95% não toma medicamento e 84,21% não possui doença crônica (**Tabela 27.1**).

Tabela 27.1 Distribuição do percentual dos escolares avaliados, quanto ao sexo, estado civil, uso de medicamentos e possuir doença crônica. Teresina, 2022

| Variáveis | n | % |
|-----------------------|----|-------|
| Sexo | | |
| Masculino | 17 | 44.74 |
| Feminino | 21 | 55.26 |
| Estado civil | | |
| Com companheiro | 03 | 7.89 |
| Sem companheiro | 35 | 92.11 |
| Toma medicação | | |

| | | |
|------------------------------|----|-------|
| Sim | 08 | 21.05 |
| Não | 30 | 78.95 |
| Possui doença crônica | | |
| Sim | 06 | 15.79 |
| Não | 32 | 84.21 |

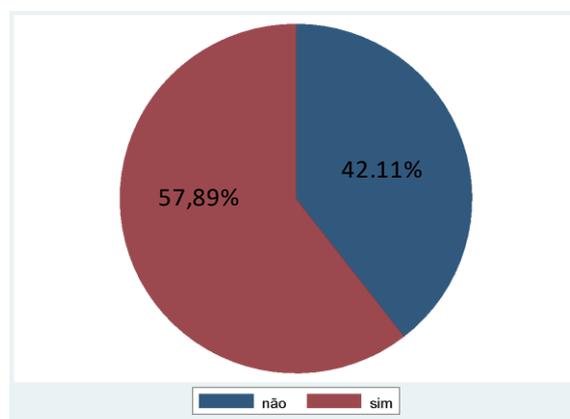
O presente estudo mostrou que os adolescentes pesquisados são em maioria do sexo feminino e sem companheiro. Esses dados divergem dos resultados mostrados no estudo de Grolli *et al.* (2017), que realizaram uma pesquisa sobre ansiedade em adolescentes na fase de conclusão do ensino médio, no Rio de Janeiro, e mostraram que a maioria dos participantes era do sexo masculino, e também com variáveis de renda familiar que, em sua maior parte totalizando 34,3% para alunos que possuem renda entre 500,00 – 1.000,00 reais.

O adolescente é bombardeado de informações todos os dias, seja pelas mídias digitais, pela cultura, pela família e outros adversos fatores, contudo, o processo educacional também impõe condições de que o aluno possa concluir a escola e seguir carreira no mercado de trabalho, observando por essa perspectiva, essa fase tem tudo pra ser perfeito, mas alguns pontos se destacam e se enrolam como um nó, e acabam não promovendo uma formação educacional

saudável. É através do reflexo desses adolescentes e de suas repercussões que promoveram esse estudo.

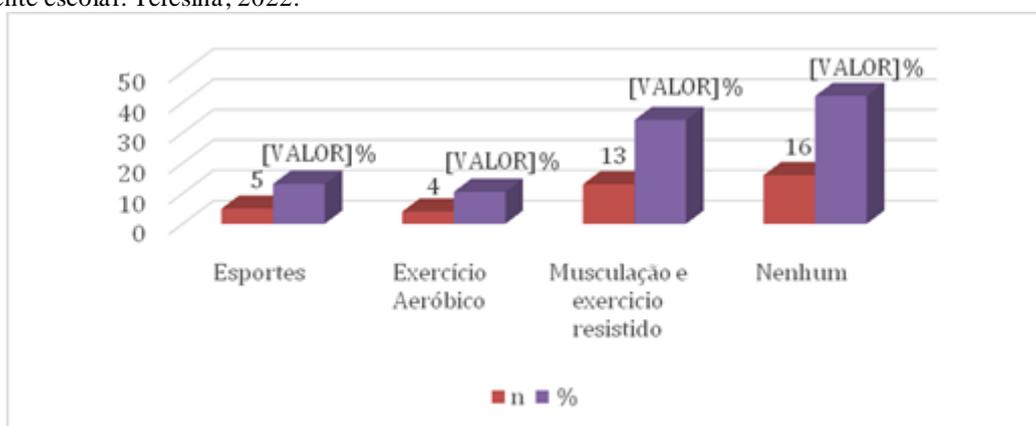
A **Figura 27.1** mostra o percentual da quantidade de alunos que realizam atividade física fora do ambiente escolar, e pode-se observar que a maioria (57,89%) realiza alguma atividade.

Figura 27.1 Distribuição do percentual de adolescentes que realizam atividade física fora da escola. Teresina, 2022



A **Figura 27.2**, mostra quais atividades os adolescentes avaliados praticam e 34,21% praticam musculação ou treinamento resistido, o que é comumente procurado pelos adolescentes nessa faixa etária.

Figura 27.2 Distribuição do percentual dos adolescentes avaliados quanto ao tipo de atividade física que praticam fora do ambiente escolar. Teresina, 2022.

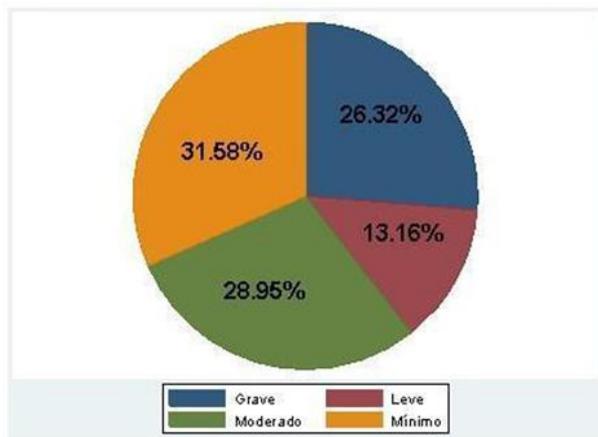


Podemos observar que mais da metade da turma pratica alguma atividade física fora da escola onde 15,16% praticam esportes, 10,52% praticam exercício aeróbico, 34,21% praticam musculação e 42,1% não pratica nenhuma atividade física.

Observa-se que a musculação foi a modalidade mais praticada pelos estudantes avaliados. Stricker *et al.* (2020) ressaltam que o treinamento de resistência promove a melhora da saúde e do condicionamento físico, promovendo ainda uma “alfabetização física” quando realizado de forma correta e com orientação adequada. Mesmo sendo praticada fora do contexto da escola, a prática dessa modalidade vai contribuir para um estilo de vida ativo e mais saudável.

A **Figura 27.3** apresenta os resultados quanto ao nível de ansiedade, e observa-se que 31,58% dos alunos apresentam sintomas mínimos de ansiedade, no entanto é preocupante a prevalência do número de adolescentes com sintomas moderado e grave, totalizando 55,27%.

Figura 27.3 Distribuição do percentual quanto ao nível de ansiedade nos adolescentes avaliados. Teresina, 2022



Segundo um estudo realizado por Schonhoffen *et al.* (2020), em que compara a presença de ansiedade dos alunos de escola pública e privada, teve como produto uma maior presença de

ansiedade nos alunos de instituição privada, e a hipótese se dá pela cobrança dos familiares e parceiros, por supostamente os escolares estarem fazendo ensino de maior qualidade, e isso aumenta as expectativas. Consequente a pesquisa de Gaspar *et al.* (2020), permite caracterizar melhor os fatores que fazem os adolescentes a terem gosto pela escola e a percepção de sucesso pelos alunos, e conclui que a percepção do sucesso e gosto pela escola se reduz as classificações escolares, se sentindo oprimidos com os resultados obtidos e com a pressão familiar, assim prejudicando seu gosto pela aprendizagem. Surge então, a necessidade em intervir no processo educacional escolar, pois métodos devem ser formulados para intervir nessa produção educacional negativa, não a ponto de limitar a trazer resultados positivos para os pais e para a escola, mas com finalidade de trazer o prazer pela aprendizagem por parte dos alunos.

A presença dos sintomas de ansiedade no ambiente escolar ocorre na forma que o aluno pensa, na pressão psicológica sobre não ter sucesso em algo, dúvidas sobre sua própria competência, presença de pensamentos irrelevantes ou de fuga da realidade, que acabam interferindo no seu desempenho escolar e ainda mais no seu desenvolvimento pessoal (ROSÁRIO *et al.*, 2004).

Quanto a relação entre o sexo e o nível de ansiedade, os resultados mostraram que não houve significância estatisticamente significativa ($p = 0,183$).

A **Tabela 27.2** mostra a associação entre a prática de atividade física fora da escola e o nível de ansiedade, no qual também não houve relação estatisticamente significativa ($p = 0,723$).

Apesar da maioria dos adolescentes pesquisados relatarem, realizarem atividades físicas, dentre elas a musculação, a relação com os níveis de ansiedade não foram estatisticamente significativas. Isso pode ter ocorrido por conta

de o tamanho da amostra de participantes ser pequena e também por apresentar na turma muitos

escolares que não praticam atividade física fora da escola.

Tabela 27.2 Associação entre prática de atividade física fora da escola e os níveis de ansiedade. Teresina, 2022

| Prática de atividade física fora da escola | CLASSIFICAÇÃO Ansiedade | | | | | | | | p |
|--|-------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|
| | grave | | leve | | moderado | | mínimo | | |
| | n | % | n | % | n | % | N | % | |
| Não | 3 | 20 | 3 | 20 | 4 | 26,67 | 5 | 33,33 | 0,723 |
| sim | 7 | 30,43 | 2 | 8,70 | 7 | 30,43 | 7 | 30,43 | |
| Total | 10 | 26,32 | 5 | 13,16 | 11 | 28,95 | 12 | 31,58 | |

O estudo de Alves *et al.* (2019), compara os *scores* de ansiedade entre praticantes de atividade física e sedentários, e conclui que indivíduos que praticam atividade física regular apresentam menores níveis de ansiedade, e ambos os sexos são beneficiados com o potencial ansiolítico da atividade física.

No entanto, é evidente a necessidade do acompanhamento de um profissional de educação física para com os níveis de atividades realizadas dependendo do grau de ansiedade. Relativo a isso, o exercício físico tem seu crédito como benefício não só muscular, mas também para todos órgãos e funções do corpo, onde através de revisões e estudos se tornam uma alternativa saudável para o tratamento da ansiedade (BATISTA & OLIVEIRA, 2016).

CONCLUSÃO

Portanto, pode-se concluir que no presente estudo foram encontrados elevados percentuais dos níveis de ansiedade, não mostrando relação estatisticamente significativa com a prática de atividade física fora do ambiente escolar.

No entanto, outras variáveis poderiam ter sido investigadas para melhor realizar essa relação, como a frequência e o período em que praticam essas atividades, além disso outras variáveis são fundamentais quanto o assunto é o transtorno mental, como o acompanhamento psicológico e dependendo dos casos, também farmacológicos. Assim, outros estudos nessa temática devem ser realizados afim de ampliar esses resultados em um contexto mais amplo e que envolve uma série de importantes fatores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, D.G.L. *et al.* O impacto positivo da atividade física na redução dos escores de ansiedade: um estudo piloto. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. v. 65, n. 3, 2019.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.
- BATISTA, J.I. & OLIVEIRA, A. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão, *Corpo consciência*, v.19, n. 3, p. 1, 2016.
- BECK, A.T. & STEER, R.A. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychology Corporation, 1993.
- BITTAR, C. & SOARES, A. Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, p. 291, 2020.
- CUNHA, J.A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- GASPAR, T. *et al.* Ecossistemas De Aprendizagem E Bem-estar: Fatores Que Influenciam O Sucesso Escolar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 21, n. 2, p. 462, 2020.
- GROLLI, V. *et al.* Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio, *Revista de Psicologia da IMED*, v. 9, n. 1 p. 87, 2017.
- HENRIQUES, A.A.C. Clima familiar e sintomatologia ansiosa e depressiva em adolescentes: Qual o papel da resiliência?. Dissertação de Mestrado defendida em provas públicas para a obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. 2018.
- JARRETE, A.P. Nível de atividade física e composição corporal dos funcionários administrativos da Universidade Estadual Paulista – Unesp – Rio Claro. 2011. 43 f. TCC (Graduação)- Curso de Educação Física, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Rio Claro, 2011.
- ROSÁRIO, P. *et al.* Ansiedade face aos testes e auto-regulação da aprendizagem: variáveis emocionais no aprender, *Psicologia e Educação*, v. 3, p. 15, 2004.
- SCHONHOFEN, F.L. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada entre estudantes de cursos de pré-vestibular. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, n. 3, p. 179, 2020.
- STRICKER, P.R. *et al.* Resistance training for children and adolescents. *Pediatrics*, v. 145, n.6, 2020.

Índice Remissivo

- Abuso de álcool*, 137
Adolescentes, 93, 173
Alzheimer, 60
Anorexia, 7
Ansiedade, 29, 48, 68, 173, 190
Aspectos Neurológicos, 100
Atividade Física, 190
Auriculoterapia, 68
Autismo, 100, 159
Bulimia, 7
Burnout, 13
Canabidiol, 23
Câncer de mama, 29
CBD, 23
Covid, 184
Depressão, 29, 37, 42, 55
Depressão bipolar, 1
Dissociative disorder, 123
Doença de Alzheimer, 113
Doença de Parkinson, 113
Epidemiologia, 137
Epilepsia, 23
Escolares, 190
Esgotamento, 13
Espectro autista, 159
Espectro da Esquizofrenia, 82
Esquizofrenia, 82
Estafa, 13
Estudantes, 48
Fatores Biológicos, 55
Fatores de risco, 48, 93
História, 178
Idoso, 55, 60
Internação hospitalar, 137
Legislação, 178
Luta antimanicomial, 75
Mental Health, 184
Microbiota, 113
Mídia Social, 37, 42
Narcisismo, 18
Neuroesteróides, 151
Neurotípicos, 100
Occupational Health Physicians, 184
Outros Transtornos Psicóticos, 82
Pediatria, 173
Profissionais da saúde, 131
Psiquiatria, 144
Reforma Psiquiátrica, 75
Resiliência, 29
Risco, 1
Saúde mental, 131, 144, 151
Saúde Mental, 60, 68, 75, 178
Sexual abuse, 123
Sexual rape of minor, 123
Stress psicológico, 159
Suicídio, 1, 18, 93, 131
Transtorno de Personalidade Narcisista, 18
Transtorno depressivo maior, 144
Transtorno disfórico pré-menstrual, 151
Transtornos Alimentares, 7
Transtornos depressivos, 37, 42
Transtornos Psicóticos, 82