

Edição XXV

SAÚDE MENTAL

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

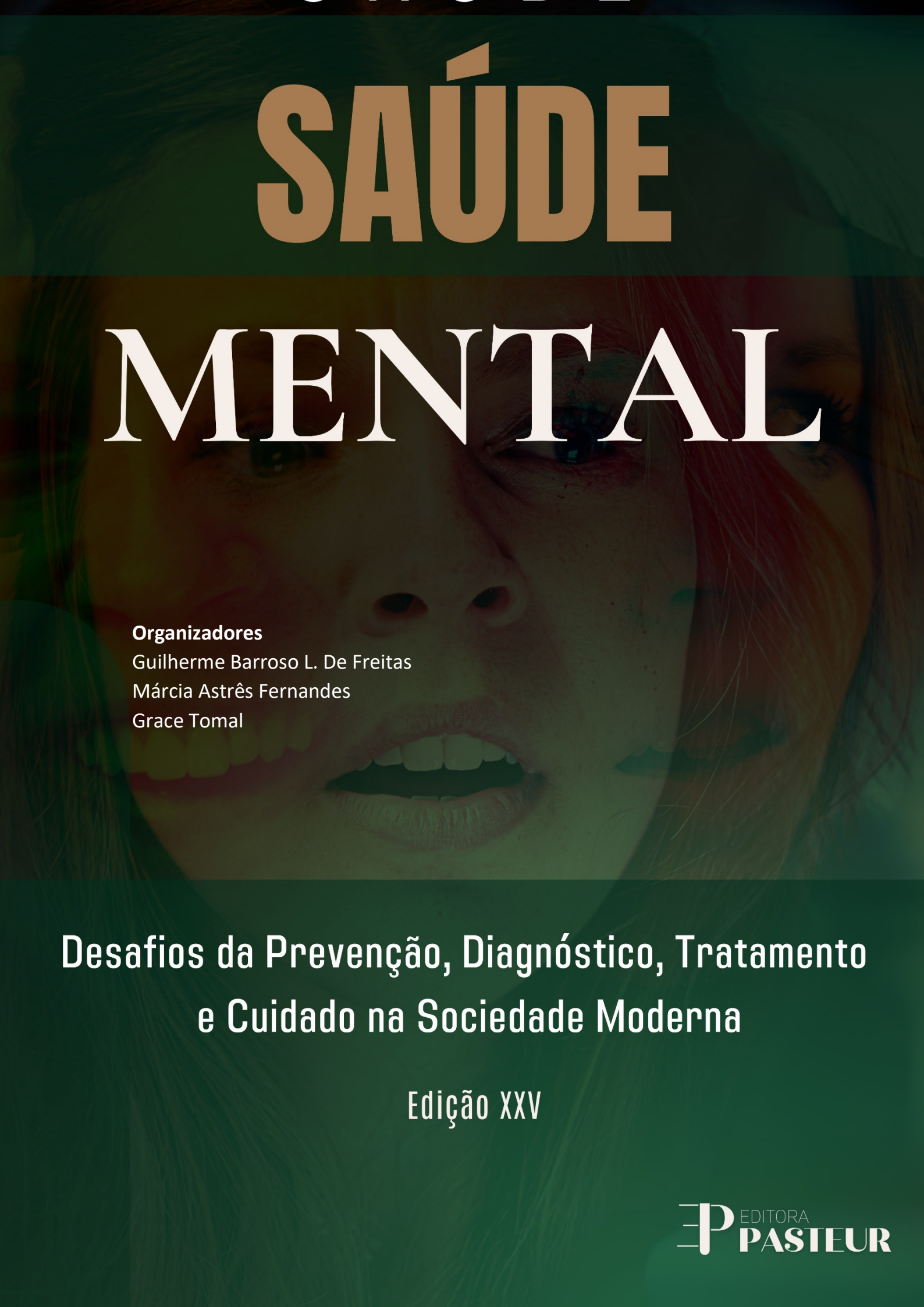
ORGANIZADORES

Guilherme Barroso L. De Freitas

Márcia Astrês Fernandes

Grace Tomal

P EDITORA
PASTEUR



SAÚDE MENTAL

Organizadores

Guilherme Barroso L. De Freitas

Márcia Astrês Fernandes

Grace Tomal

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

Edição XXV

EP 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)

Dra. Ariadine Reder Custodio de Souza

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

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)

Dra. Egidia Maria Moura de Paulo Martins Vieira

(Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho))

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

Grace Tomal

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

(Universidade Estadual de Maringá - UEM)

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

MSc. Suelen Aline de Lima Barros

Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)

Dra. Teresa Leal

Saulo Barreto Cunha dos Santos

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN)

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 / FREITAS, G.B.L.;
FERNANDES, M.A.; TOMAL, G.- Irati: Pasteur, 15-08-2025.
1 livro digital; p. 86; ed. XXV; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN: 978-65-6029-264-2

<https://doi.org/10.59290/978-65-6029-264-2>

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

I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

SAÚDE MENTAL

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

PREFÁCIO

A Editora Pasteur tem a honra de apresentar mais uma edição composta por valiosa coletânea de trabalhos científicos na área da Saúde Mental. Trata-se de uma área que desperta interesse da humanidade desde os primórdios. A curiosidade pelo tema levou o homem a conceituar as alterações comportamentais sob diversas teorias e concepções ao longo do tempo, a partir das quais foram instituídas modalidades variadas de tratamentos e cuidados, desde a simples sequestração social até a reabilitação psicossocial e integração na sociedade dos dias atuais.

Nessa perspectiva, é importante destacar que o autocuidado em saúde mental consiste em uma ferramenta importante dentro desse contexto, devendo ser estimulado não apenas pelos profissionais da área, mas também por todos os profissionais da saúde e educação, visto que a saúde mental engloba uma diversidade de cuidados e estratégias que culminam no bem-estar geral e melhor qualidade de vida dos indivíduos. Cabe ainda ressaltar que, o conhecimento se configura como grande aliado nesse processo de busca pela prevenção e promoção em saúde mental, somado a boas e efetivas políticas públicas. Nesse sentido, parabenizamos os autores pelas construções dos conteúdos, bem como o compartilhamento de seus saberes, ao tempo em que desejamos aos nossos leitores uma produtiva leitura.

Dra. Márcia Astrês Fernandes

Pós-doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Doutora em Ciências pela Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.

Membro do Corpo Editorial da Editora Pasteur

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

SAÚDE MENTAL

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

SUMÁRIO

Capítulo 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA DO TIPO PARANOIDE:
RELATO DE EXPERIÊNCIA1

Capítulo 2

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE:
INDICAÇÕES, CONTROVÉRSIAS E ESTRATÉGIAS DE MANEJO.....8

Capítulo 3

O IMPACTO DO CUIDADO: SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE
PESSOAS COM AUTISMO15

Capítulo 4

TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL: DO MODELO BIOPSISSOCIAL AO MANEJO CLÍNICO
.....23

Capítulo 5

DEPENDÊNCIA EMOCIONAL À LUZ DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL.....37

Capítulo 6

A CRISE DA MENTE: DESVENDANDO A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO PRONTO-SOCORRO
.....48

Capítulo 7

COMPREENDENDO O TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: DIAGNÓSTICO E MANEJO
MULTIDISCIPLINAR55

Capítulo 8

SAÚDE MENTAL E ABORDAGENS INTEGRATIVAS, COM ÊNFASE NA ATIVIDADE FÍSICA
COMO PRÁTICA TERAPÊUTICA62

Capítulo 9

ANOREXIA NA ERA DIGITAL: A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NA IMAGEM CORPORAL
DAS MULHERES67

Capítulo 10

HIPOMANIA REVISÃO E RELATO DE CASO73

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 1

ASSISTÊNCIA DE ENFEMAGEM A UM PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA DO TIPO PARANOIDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IASMIM DE CÁSSIA ROCHA PINTO¹
LISE MARIANE SOUSA DOURADO¹
MARIA VITÓRIA CELESTINO TRINDADE RODRIGUES¹
KARYTHA PALOMA SANTOS BARBOSA¹
ALANNA MARIA DE MOURA GOMES²
MARÍLIA GIRÃO DE OLIVEIRA MACHADO²
ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA³

¹Discente - Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

²Enfermeira - Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

³Docente - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

Palavras-Chave: Enfermagem; Esquizofrenia Paranoide; Saúde Mental

DOI:

10.59290/0834100215

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que a esquizofrenia, é considerada como um dos principais problemas de saúde da atualidade, por ser uma doença crônica e uma das principais causas de incapacitação de pessoas no mundo todo. Ela pode ser considerada o “enigma” da psiquiatria, uma condição patológica de grande complexidade e impacto que afeta significativamente tanto o indivíduo quanto a sociedade. Dessa forma, grande parte dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia são incapazes de manter uma vida independente ou um emprego após o início da doença e, quando estabelecido o curso crônico, os portadores geralmente apresentam sintomas psicóticos recorrentes (SILVA *et al.*, 2022).

De acordo com dados estatísticos levantados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas, com uma taxa de 1 em 222 pessoas (0,45%) entre adultos. As pessoas portadoras da esquizofrenia têm 2 a 3 vezes mais probabilidade de morrer cedo do que a população em geral. A nível nacional, há cerca de 1,6 milhão de brasileiros que sofrem com a esquizofrenia e o seu estigma (WHO, 2022; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A esquizofrenia abrange um grupo de transtornos com origens diferentes e inclui pacientes com apresentações clínicas, resposta ao tratamento e cursos da doença variáveis. Os sintomas mais comuns são a responsividade emocional reduzida, emoções exageradamente impróprias, distúrbios perceptuais, como alucinações, bem como alterações de pensamento, como delírios e fuga de ideias. Esse transtorno possui cinco subtipos com base na apresentação clínica: paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual (KAPLAN *et al.*, 2016).

Na esquizofrenia com características paranoides, o quadro clínico apresentado é marcado pela preocupação com um ou mais delírios e/ou alucinações auditivas frequentes, sendo sobretudo delírios de perseguição ou grandeza e alterações no humor. Indivíduos com esse tipo de esquizofrenia tendem a ser desconfiados, reservados e, às vezes, hostis ou agressivos, mas capazes de se comportar de forma adequada em algumas situações sociais (KAPLAN *et al.*, 2016; APA, 2014).

O tratamento para a esquizofrenia visa a remissão dos sintomas e a melhora da qualidade de vida, através de abordagens medicamentosas e psicossociais, uma vez que essa doença não possui cura. O acompanhamento, por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tem como finalidade a prevenção de recaídas, do suicídio, bem como a diminuição do estresse familiar, sendo o sucesso do tratamento dependente da adesão do paciente. Além disso, a enfermagem desempenha um papel crucial na assistência desses pacientes, por meio do auxílio às demandas apresentadas pela família, do cuidado à pessoa com transtorno mental e da avaliação da sobrecarga familiar. No contexto da internação psiquiátrica, a enfermagem possui papel essencial na construção do plano terapêutico conforme as necessidades do indivíduo (COSTA *et al.*, 2023; REIS *et al.*, 2021).

A assistência de enfermagem a pacientes com esquizofrenia do tipo paranoide deve ser pautada na avaliação cuidadosa do paciente, levando em consideração não apenas os sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, mas também outros aspectos do seu estado de saúde físico e emocional. Esta avaliação inicial ajuda a estabelecer um plano de cuidados individualizado e adaptado às necessidades específicas de cada paciente (SILVA, 2024).

O enfermeiro atua na administração de medicamentos, no monitoramento contínuo dos

sintomas, na promoção da adesão dos pacientes e seus familiares ao tratamento, bem como na vigilância em relação à segurança dos pacientes, especialmente durante os períodos de crise ou quando há risco de comportamentos auto ou heterodestrutivos. Paralelo a isso, a enfermagem deve estabelecer uma relação de empatia, criar um ambiente seguro e de apoio aos pacientes, além de ajudá-los a desenvolver habilidades de independência e qualidade de vida, como técnicas de resolução de problemas, manejo do estresse e organização pessoal (SILVA, 2024).

Mediante ao exposto, esse estudo objetivou relatar a experiência da assistência de enfermagem ao paciente com esquizofrenia do tipo paranoide.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem prestada por graduandas de enfermagem a um paciente com esquizofrenia do tipo paranoide. A assistência ocorreu durante aulas práticas, realizadas no segundo semestre de 2024, no Hospital Psiquiátrico de Teresina, capital do estado do Piauí, sob orientação de docente responsável, para a disciplina Enfermagem em Saúde Mental do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

A coleta de dados foi realizada através dos dados do prontuário, além das conversas com o paciente na área de lazer do hospital. As principais ações da assistência de enfermagem desenvolvidas pelas discentes, foram entrevistas (com o preenchimento do instrumento de Semiologia Psiquiátrica disponibilizado pela disciplina) e aferição dos sinais vitais. Durante cada aula, era realizada a avaliação do exame do estado mental do paciente, para que fosse possível perceber a sua evolução. Ao fim da disciplina, as alunas elaboraram um plano assistencial de cuidados de enfermagem, por meio do emprego

das taxonomias NANDA (2021-2023), NIC e NOC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem prestada ao paciente com esquizofrenia do tipo paranoide durante as aulas práticas da disciplina de Saúde Mental, em um Hospital Psiquiátrico, perpetuou para que as discentes, nesse ambiente prático, aplicassem os conhecimentos teóricos adquiridos na disciplina, proporcionando uma abordagem integral ao caso do paciente.

Paralelo a isso, foi possível evidenciar, ao longo das visitas e conversas com o paciente, fatores relevantes que podem influenciar na sua condição atual. Sendo assim, os antecedentes familiares de transtornos mentais presentes no seu histórico podem ter impacto significativo no seu estado. Além disso, o mesmo apresentava quadro de ansiedade severa, e que com as visitas da sua mãe adotiva sendo cada vez menos frequentes, estava contribuindo para o agravamento do quadro clínico e emocional.

Ademais, as alunas identificaram que o paciente demonstrava insatisfação com o ambiente onde estava internado, destacando aspectos como a estrutura física e a alimentação, e que não tinha uma rede de amizades no local, o que pode contribuir para o sentimento de tristeza e de solidão em que ele apresentava. Apesar disso, ao longo das visitas realizadas, o paciente se encontrava triste, porém receptivo às perguntas, e gradualmente mais confiante para respondê-las.

Portanto, com base nos achados encontrados e informações coletadas, juntamente com o embasamento teórico sobre seu quadro clínico, as discentes elaboraram o planejamento do processo de enfermagem (**Quadro 1.1**) considerando as especificidades do caso e buscando oferecer intervenções que promovam resultados benéficos ao paciente.

Quadro 1.1 Planejamento do Processo de Enfermagem elaborado pelas discentes. Teresina, Piauí, Brasil, 2025

Diagnóstico 1 (NANDA)	Risco de violência autodirigida (Domínio 11, Classe 3, Código: 00140)
Intervenção 1 (NIC): Autoagressão (4354)	Determinar o motivo, a razão ou a dinâmica subjacente para os comportamentos; Monitorar o paciente quanto a impulsos de autoagressão que possam progredir.
Intervenção 1.1 (NIC): Musicoterapia (4400)	Definir a mudança específica no comportamento e/ou fisiologia que é desejada (p. ex., relaxamento, estimulação, concentração, redução da dor); Determinar o interesse do indivíduo pela música; Identificar as preferências musicais do indivíduo; Informar o indivíduo sobre a finalidade da experiência musical.
Resultados esperados 1 (NOC): Adaptação psicossocial (1305)	Participa em atividades de lazer: algumas vezes demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Usa estratégias eficientes de enfrentamento: algumas vezes demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Verbaliza otimismo quanto ao futuro: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado.
Diagnóstico 2 (NANDA)	Ansiedade (Domínio 9, Classe 2, Código: 00146)
Intervenção 2 (NIC): Apoio emocional (5270)	Explorar com o paciente o que desencadeou as emoções; Auxiliar o paciente a reconhecer sentimentos; Encorajar o paciente a expressar sentimentos e a conversar ou chorar para diminuir a resposta emocional; Ficar com o paciente e proporcionar a garantia de segurança e proteção durante os períodos de ansiedade.
Intervenção 2.1 (NIC): Monitoração respiratória (3350)	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações; Observar os movimentos torácicos, notando simetria, uso dos músculos acessórios e retração da musculatura supraclavicular e intercostal; Monitorar quanto a inquietação e ansiedade; Monitorar quanto a dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar.
Resultados esperados 2 (NOC): Autocontrole da Ansiedade (1402)	Planejamento de estratégias de enfrentamento de situações estressantes: algumas vezes demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Uso de técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade: algumas vezes demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Manutenção das relações sociais: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado. Monitorização de manifestações físicas de ansiedade: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Monitorização de manifestações comportamentais de ansiedade: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado.
Diagnóstico 3 (NANDA)	Resiliência prejudicada (Domínio 9, Classe 2, Código: 00210)
Intervenção 3 (NIC): Promoção da resiliência (8340)	Facilitar a coesão familiar; Encorajar o suporte familiar; Facilitar a comunicação familiar;
Intervenção 3.1 (NIC): Fortalecimento da autoestima (5400)	Encorajar o paciente a identificar pontos fortes; Transmitir confiança na capacidade do paciente de lidar com situações; Explorar os motivos de autocrítica ou culpa; Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima; Monitorar os níveis de autoestima ao longo do tempo, conforme apropriado.

Resultados esperados 3 (NOC): Resiliência pessoal (1309)	Verbalização de uma atitude positiva: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Uso de estratégias eficientes de enfrentamento: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Expressão de emoções: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Exibição de autoestima positiva: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Busca de apoio emocional: raramente demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado; Participação em atividades de lazer: algumas vezes demonstrado, mudar para consistentemente demonstrado.
---	--

Fonte: Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, 2021-2023; NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem, 7ª edição; NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem, 4ª edição.

O DSM-5 identifica que a esquizofrenia, bem como, outros transtornos psicóticos são marcados por delírios, alucinações, pensamento e ou discurso desorganizado, desorganização motora e sintomas negativos, sendo que a sua etiologia ainda não foi totalmente elucidada (MELO & FREITAS, 2023; WHO, 2022; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), sendo que no subtipo paranoide, como o do presente trabalho, há a presença de delírios persecutórios e/ou alucinações auditivas predominantes. No paciente do estudo, as principais características do transtorno que ele possuía, eram as suas alucinações visuais e auditivas, que traziam muitos prejuízos para a sua vida em comunidade.

O paciente do estudo relatou que não possuía uma boa relação com os seus irmãos e que eles discutiam com frequência. A sua mãe adotiva era a única pessoa que conseguia ter uma relação mais amável. Pesquisas apontam que a sobrecarga familiar pode mudar a qualidade do cuidado que as famílias fornecem, tendo como base, a percepção familiar sobre o transtorno, como acontecia com ele (BUDIONO *et al.*, 2021).

Assim, a participação ativa da família é essencial no tratamento da esquizofrenia. Entretanto, as desigualdades sociais tornam-se barreiras que dificultam o elo entre o paciente, a família e o seu tratamento. Visto que problemas

relacionados ao transporte, características do espaço físico, limitação de horários, dentre outros, impactam diretamente na adesão ao tratamento, e reflete a fragilidade do sistema de saúde nesses aspectos (AMARANTE *et al.*, 2025). Foi possível notar como a participação familiar impactava diretamente a condição do paciente, pois quando ele estava ansioso para ver a mãe, demonstrava estar mais receptivo, já quando ela não foi, ele apresentou-se mais triste e retraído, além de demonstrar uma falta de esperança quanto à alta hospitalar. Ele compartilhou que já havia tentado se suicidar algumas vezes, o que demonstra o impacto do transtorno na sua saúde mental.

Outrossim, a duração da internação do paciente, era um dos motivos que o provocavam muita preocupação, pois ele não sabia quando iria retornar para casa. A hospitalização deve permanecer enquanto o paciente apresentar sintomas positivos, e no caso dele, também duraria até ele receber a sua sentença judicial, porque havia cometido uma tentativa de homicídio durante um momento de crise. “Essas hospitalizações psiquiátricas ocorrem por muitos motivos, mas muitas vezes refletem a incapacidade do ambiente e do sistema de apoio do indivíduo de atender às necessidades específicas” (BARBOSA & MARQUES, 2023).

Outro ponto relevante levantado pelo paciente durante a assistência, refere-se ao fato de que que sentia saudade de ouvir músicas, assim, a musicoterapia seria uma das terapias não farmacológicas de melhor adesão por ele, além de possuir uma maior facilidade na sua aplicação em comparação com outras terapias. Isso porque, a música possui influência no comportamento, facilita as interações sociais e trabalho em grupo, auxilia na memória humana, dentre outros (OJEA *et al.*, 2012).

Sobre os aspectos positivos do trabalho, destaca-se que durante as visitas ao paciente, as discentes perceberam que ele começou a demonstrar mais segurança para expor com maior profundidade sobre a sua vida pessoal e os desafios que a esquizofrenia trazia para as suas relações familiares e sociais. Assim, no último dia, ele relatou que iria sentir saudade de conversar com as alunas, pois se sentia muito sozinho no hospital e estava gostando de ter esses momentos para se distrair, o que permitiu que as alunas percebessem a importância da escuta ativa da enfermagem nesses momentos.

Diante disso, a assistência de enfermagem pautada na escuta terapêutica demonstra-se bastante eficaz. “Esta abordagem busca ouvir o que o sujeito tem a dizer, constituindo um dispositivo de construção de sentidos a partir do relato do paciente que viabiliza a minimização da angústia e sensação de incapacidade, proporcionando, assim, sentimento de apoio e inclusão” (NASCIMENTO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2022).

Ademais, o planejamento e execução da assistência de enfermagem foi pautada em um

plano assistencial de cuidados de enfermagem, elaborado por meio das taxonomias internacionais de enfermagem que permitem a padronização dos diagnósticos, intervenções e resultados esperados, os quais foram elencados e instituídos pelas alunas e demonstraram-se estratégias eficazes de cuidado prestado.

O estudo teve como principal limitação à dificuldade apresentada pelo paciente em recordar alguns momentos importantes da sua vida, como a infância e adolescência, o que dificultou o preenchimento adequado do instrumento de *checklist* de anamnese em saúde mental.

CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem ao paciente com esquizofrenia do tipo paranoide permitiu uma oportunidade de aprendizado, possibilitando uma compreensão aprofundada das características do transtorno, a sua terapia medicamentosa e o funcionamento do hospital psiquiátrico no qual ocorrem as práticas. Somado a isso, durante as entrevistas, foi possível notar o desenvolvimento de um elo de confiança entre o paciente e as alunas, pois conforme as essas avançavam, o paciente compartilhava mais detalhes sobre como o transtorno impactava sua vida na comunidade.

Desse modo, salienta-se que a atividade prática foi essencial para o desenvolvimento acadêmico das discentes ao permitir a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas, contribuindo para formação das futuras profissionais de Enfermagem, e a qualificação dessas sobre a assistência em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, K.P.F. *et al.* Participação dos familiares no cuidado em saúde mental de jovens e crianças acompanhados por cpsi: uma revisão integrativa de literatura. *Revista FT Ltda*, 2025. DOI: 10.69849/revistaft/ra10202501081558.

BARBOSA, J.F. & MARQUES, J.G. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 69, n. 5, 2023. DOI: 10.1177/00207640221143282.

BUDIONO, W. *et al.* Psychoeducation Improved Illness Perception and Expressed Emotion of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n.14, p.7522, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18147522.

COSTA, S.G.M.A. *et al.* Esquizofrenia: perspectivas atuais acerca do diagnóstico, tratamento e evolução clínica da doença. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 1, p. 61-7, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n1-007.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.

KAPLAN, H.I. *et al.* *Compêndio de Psiquiatria*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MELO, A.H.F. & FREITAS, F.F. Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. *Revista Saúde Debate*, v. 47, n. 136, p. 96-109, 2023. DOI: 10.1590/0103-1104202313606.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia: cercada de tabus, doença tem tratamento no SUS. Brasil: MS; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/dia-nacional-da-pessoa-com-esquizofrenia-cercada-de-tabus-doenca-tem-tratamento-no-sus>. Acesso em: 25 fev. 2025.

NASCIMENTO, J.M.F. *et al.* Therapeutic listening: a technology of mental health care. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 14:e 244257, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.244257.

OJEA, M.J.G. *et al.* Eficácia dos programas de musicoterapia: uma meta-análise qualitativa. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 29, e2976, 2021. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAR2255.

REIS, D.H.R. *et al.* Assistência de Enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, p. 1-11, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16444.

SILVA, P.F. *et al.* Esquizofrenia: aspectos etiológicos, fatores de risco associados e os impactos na educação de ensino superior. Palmas: *Revista Humanidades e Inovação*, v.9, n.08, v. 9, n. 8, p. 241-50, 2022. ISSN 2358-8322

SILVA, S.B. *Enfermagem no cuidado de pacientes com esquizofrenia paranoide [tese de graduação]*. Rio Grande do Norte: Faculdade de Enfermagem, Centro Universitário do Rio Grande do Norte, 2024.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 2

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: INDICAÇÕES, CONTROVÉRSIAS E ESTRATÉGIAS DE MANEJO

MÁRCIO CRUVINEL BARBOSA DE MACÊDO¹
LARA EDUARDA COSTA¹
MANUELA MENDEL RAMBO¹
HENRIQUE WOJCIECHOWSKI OSÓRIO¹
ISABELA MATTOS CASAGRANDA¹
LOUISE SELISTRE MORSCHBACHER GOMES¹
ANA CAROLINA BALDI PASQUALINI¹
EDUARDO MELO BRITO¹
LUISA NARDIN GÜTSCHOW¹

¹Discente – Curso de Medicina – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Palavras-Chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Internação Psiquiátrica; Manejo Clínico.

DOI: 10.59290/4297025567

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline é caracterizado por um padrão expandido de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e do afeto, estando tais fatores ancorados numa impulsividade marcante. É um transtorno que tende a aparecer no início da vida adulta, em que o indivíduo se depara com uma reorganização de responsabilidades e do seu papel perante os laços com os demais. Nesse sentido, os indivíduos que detêm tal transtorno buscam evitar o abandono, que associado ao sintoma de rejeição ocasiona modulações negativas em diversos aspectos da autoimagem e do outro, sendo esses sentimentos acompanhados de uma reatividade que é racionalmente percebida como exagerada àqueles que analisam externamente. Somando-se a isso, esses sujeitos apresentam uma tendência à idolatria que se vincula de forma tênue com a desvalorização, transitando as definições daqueles que os cercam de forma abrupta e ancorados na volatilidade.

Em detrimento da labilidade emocional que se relaciona com esse transtorno de personalidade, os seres estão propensos a apresentar a impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente destrutivas. São também recorrentes comportamentos de automutilação, e uma taxa de 8 a 10% dos diagnosticados comete o suicídio. Existe ainda um sentimento comum e crônico de vazio, além da dificuldade de controlar uma raiva intensa que surge.

De acordo com dados, a prevalência de transtornos de personalidade em internações psiquiátricas é de cerca de 20%, e a incidência populacional de cerca de 1,6%. A maioria desses sujeitos tem a maior estabilidade dos ambientes relacionais e profissionais da vida entre os 30 e 50 anos. Além disso, estudos apontam que

em seguimento de indivíduos diagnosticados em ambulatórios de saúde mental, ocorre remissão do transtorno em até 10 anos e cerca de metade dos pacientes não mais apresenta características que preencham adequadamente os critérios para transtorno de personalidade borderline. Diante desse panorama, este trabalho tem como objetivo discutir as indicações, controvérsias e estratégias de manejo relacionadas à internação psiquiátrica no transtorno de personalidade borderline, com ênfase em modelos contemporâneos como a Internação Breve Iniciada pelo Paciente (PIBA), abordagens psicoterápicas estruturadas como DBT, MBT e TFP, bem como os desafios do cuidado integrado entre os serviços de internação e ambulatório.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conduzida entre os meses de março e junho de 2025, com o objetivo de analisar as indicações, controvérsias e estratégias de manejo associadas à internação psiquiátrica no Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A busca foi realizada prioritariamente na base de dados PubMed, utilizando os seguintes descritores em inglês, combinados entre si por operadores booleanos: “*Borderline Personality Disorder*”, “*Psychiatric Hospitalization*”, “*Crisis Intervention*” e “*Mental Health Services*”.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados entre 2014 e 2025, disponíveis na íntegra, em idioma inglês, que abordassem de forma direta a internação psiquiátrica em pacientes com TPB — com foco nas indicações clínicas, impactos terapêuticos, controvérsias éticas e intervenções voltadas ao manejo da crise. Excluíram-se os estudos de baixa qualidade metodológica, que não tinham o TPB como foco principal ou que não estavam disponíveis em texto completo.

Foram inicialmente identificados e analisados 24 artigos, organizados tematicamente nos eixos: indicações, controvérsias e estratégias de manejo. Após aplicação dos critérios de elegibilidade e relevância, **11 artigos foram selecionados e utilizados diretamente na construção deste capítulo.** Os textos escolhidos foram submetidos à leitura crítica e organizados de maneira descritiva em três eixos temáticos que estruturam os Resultados e Discussão: Indicações para internação no TPB; Controvérsias relacionadas à hospitalização; e Estratégias de manejo contemporâneas. A análise foi conduzida de forma interpretativa, orientada pelo conteúdo empírico dos artigos e por referências teóricas recentes da psiquiatria clínica, como os modelos DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), PIBA (*Dialectical Behavior Therapy*), GPM (*Good Psychiatric Management*) e TFP (*Transference-Focused Psychotherapy*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Indicações clínicas para a internação psiquiátrica no Transtorno de Personalidade Borderline

A internação psiquiátrica no TPB é uma das mais debatidas no campo da saúde mental contemporânea. Historicamente utilizada como resposta a quadros agudos de desorganização psíquica, a hospitalização requer hoje uma abordagem seletiva, centrada em critérios clínicos claros e bem fundamentados. Estudos recentes, como o de Romero-Muñoz *et al.* (2022), evidenciam que pacientes com TPB frequentemente apresentam maior gravidade clínica ao darem entrada em serviços de emergência, sobretudo em contextos de impulsividade agressiva, automutilação ou risco de suicídio. Ainda assim, os dados mostram que a taxa de internação nesse grupo é menor do que em pacientes

com outros transtornos psiquiátricos, o que revela a crescente resistência da prática clínica em hospitalizar indiscriminadamente sujeitos com esse diagnóstico.

Fatores como risco agudo de suicídio, perigo para terceiros, prejuízo grave do autocuidado e não adesão a tratamentos ambulatoriais aparecem como justificativas legítimas para a internação, desde que associadas a uma avaliação padronizada do risco. Modelos como o proposto por Tran *et al.* (2023) sugerem a utilização de instrumentos clínicos validados para mensurar impulsividade, ideação suicida e funcionamento global, favorecendo a tomada de decisão baseada em evidência. A hospitalização, nesses casos, deve ser breve, orientada por objetivos terapêuticos definidos e articulada com plano de seguimento ambulatorial.

Apesar do estigma em torno da eficácia da internação em pacientes com TPB, estudos como o de Chen *et al.* (2025) demonstram que, quando bem indicada e estruturada, ela pode gerar melhorias significativas, como redução da ideação suicida, melhora do sofrimento emocional e reestruturação do funcionamento interpessoal. Essa evidência desafia a visão tradicional de que sujeitos borderline seriam refratários ao cuidado hospitalar. Pelo contrário, quando inserida em um plano terapêutico que valorize intervenções como o modelo *Good Psychiatric Management* (GPM), a internação pode representar um ponto de virada clínica.

Controvérsias e limites da hospitalização no TPB

Apesar de seu uso pontual, a internação psiquiátrica em pacientes com TPB permanece cercada de controvérsias, sobretudo quanto ao seu impacto a longo prazo. O centro dessa discussão repousa sobre o risco de que o ambiente hospitalar, ao invés de promover contenção te-

rapêutica, favoreça a cristalização de comportamentos disfuncionais e a dependência institucional. A literatura destaca que o sofrimento psíquico no TPB possui uma natureza crônica e subjetiva, ancorada em dinâmicas emocionais complexas e frequentemente resistentes à lógica de intervenções breves e objetivas. Nesse sentido, há o risco de que a hospitalização, ao aliviar momentaneamente a dor emocional, acabe sendo reforçada como solução mágica para o desamparo — gerando um ciclo de repetidas admissões que pouco contribuem para a autonomia do sujeito.

Autores como Paris (2004, 2019) sustentam que a ideação suicida, muitas vezes o principal gatilho para a hospitalização, deve ser compreendida em seu contexto simbólico, e não apenas como sinal de risco imediato. O atendimento ambulatorial intensivo, com foco em intervenções psicoterapêuticas estruturadas, apresenta maior efetividade na redução de recaídas e melhora funcional do que a hospitalização recorrente. O uso frequente da internação como resposta automática ao sofrimento pode invalidar o sujeito e enfraquecer sua capacidade de autorregulação emocional.

A farmacoterapia, por sua vez, embora frequentemente utilizada no ambiente hospitalar, carece de respaldo científico robusto quando aplicada como estratégia principal no TPB. Moeller *et al.* (2016) mostram que a polifarmácia é comum entre pacientes *borderline* internados, mas que a eficácia de tais combinações medicamentosas é limitada. O foco excessivo na estabilização medicamentosa, muitas vezes adotado por equipes hospitalares, contraria o consenso atual de que a psicoterapia — especialmente a Terapia Comportamental Dialética (DBT) — é o tratamento de primeira linha para o TPB. Assim, a hospitalização, quando necessária, deve evitar reforçar práticas centradas unicamente na

contenção farmacológica, e sim abrir espaço para modelos de cuidado ético, racional e psicologicamente significativo.

Estratégias contemporâneas de manejo e alternativas à internação prolongada

No cenário atual, há um movimento crescente de incorporação de estratégias terapêuticas que reduzam a necessidade de hospitalizações prolongadas em pacientes com TPB. A Terapia Comportamental Dialética (DBT), criada por Marsha Linehan, tornou-se referência mundial no manejo de indivíduos com comportamentos autolesivos e ideação suicida. Sua combinação de técnicas de regulação emocional, treinamento de habilidades sociais e foco na aceitação e mudança tem demonstrado eficácia na redução de crises e no aumento da autonomia do paciente.

Outras abordagens relevantes incluem a Terapia Baseada em Mentalização (MBT), que trabalha a capacidade do paciente de compreender e nomear estados mentais próprios e alheios, e a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP), que utiliza a relação terapêutica como campo privilegiado para ressignificação dos padrões relacionais desorganizados. Estas terapias, quando bem implementadas, contribuem para a redução de sintomas, melhora da funcionalidade e diminuição do número de internações psiquiátricas.

Uma inovação promissora é a Internação Breve Iniciada pelo Paciente (PIBA), modelo que permite que indivíduos com TPB solicitem hospitalizações curtas, com duração predefinida, durante episódios de desorganização aguda. A PIBA baseia-se na corresponsabilidade do cuidado e na contratualização prévia entre paciente e equipe, permitindo a antecipação de crises e reduzindo o risco de hospitalizações compulsórias. Estudos como os de Eckerström *et al.* (2020) mostram que essa estratégia aumenta a sensação de segurança do paciente e

favorece a construção de um vínculo terapêutico mais horizontal.

A efetividade das estratégias de manejo do TPB depende ainda de um cuidado articulado entre os diferentes pontos da rede de atenção. A continuidade entre hospitalização e tratamento ambulatorial é fundamental para evitar rupturas no processo terapêutico. Além disso, o envolvimento das famílias e a capacitação das equipes multiprofissionais ampliam o alcance das intervenções e reduzem a sobrecarga emocional que frequentemente acomete os cuidadores. É essencial que o cuidado seja compreendido como processo longitudinal e multidimensional, com ênfase na escuta empática, na psicoeducação e na autonomia progressiva do sujeito.

CONCLUSÃO

A internação psiquiátrica no TPB deve ser compreendida como um recurso emergencial, de uso restrito, cuidadosamente embasado em critérios objetivos e inserido dentro de um plano terapêutico contínuo e estruturado. Ao integrar avaliação padronizada (como a SPI), modelos clínicos modernos (como o proposto por Tran *et al.*, 2023), e um olhar ético e empático sobre o sofrimento psíquico, é possível oferecer uma assistência mais efetiva, humana e racional para um dos transtornos mais desafiadores da prática psiquiátrica contemporânea.

Diante do delineamento multifacetado que compõe o TPB, constata-se que a internação psiquiátrica, embora frequentemente mobilizada como recurso terapêutico imediato diante de quadros agudos, configura-se como um instrumento que demanda parcimônia e rigor na sua indicação. A complexidade da sintomatologia borderline — ancorada na instabilidade afetiva, impulsividade marcante e sensação crônica de vazio — exige intervenções que ultrapassem o modelo tradicional centrado na conten-

ção hospitalar, privilegiando, assim, abordagens que visem à reestruturação psíquica e à promoção da autonomia subjetiva.

A literatura contemporânea converge para a compreensão de que a hospitalização, quando aplicada de forma indiscriminada ou desvinculada de objetivos terapêuticos claros, pode não apenas falhar em mitigar os riscos clínicos associados ao transtorno, como também reforçar padrões disfuncionais, cristalizando uma lógica de dependência institucional e desresponsabilização subjetiva. Nesse viés, é imperativo reconhecer que a ideação suicida ou a automutilação, tão prevalentes nesses indivíduos, não devem ser automaticamente tomadas como critérios absolutos para a internação, mas compreendidas em seu valor comunicativo e simbólico no contexto da dor psíquica crônica.

Torna-se, portanto, essencial que a internação, quando inevitável, seja breve, orientada por metas objetivas, sustentada por instrumentos diagnósticos padronizados e acompanhada de um plano de continuidade do cuidado, que priorize a intervenção psicoterapêutica como eixo estruturante do tratamento. A Terapia Comportamental Dialética, nesse cenário, destaca-se enquanto abordagem de primeira linha, por possibilitar a regulação emocional, o manejo da impulsividade e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Além disso, evidências apontam que modelos alternativos, como a Internação Breve Iniciada pelo Paciente (PIBA), oferecem um caminho promissor por aliarem contenção planejada, responsabilização do paciente e foco na autonomia, sem comprometer a segurança clínica. A literatura revisada sugere ainda que o manejo adequado do TPB requer uma articulação efetiva entre os níveis hospitalar e ambulatorial, com equipes capacitadas, estratégias psicossociais bem definidas e suporte familiar es-

truturado. Tais condições favorecem não apenas a redução de recaídas e hospitalizações, mas também a melhora global do funcionamento psicossocial dos pacientes.

Em síntese, a condução terapêutica do sujeito com TPB deve operar no sentido de restaurar vínculos internos e externos a partir do fortalecimento da capacidade de simbolização e

de autorregulação emocional, deslocando o foco da contenção para a reconstrução. A hospitalização, quando necessária, deve servir como ponte e não como destino, tendo como finalidade última o retorno à ambiência relacional e ao exercício ético e autônomo da própria existência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHEN, T. *et al.* Characteristics and outcomes of individuals screening positive for borderline personality disorder on an adult inpatient psychiatry unit: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, v. 25, p. 100, 2025. DOI: 10.1186/s12888-025-06928-8

ECKERSTRÖM, J. *et al.* Effects of patient-initiated brief admissions on psychiatric care consumption in borderline personality disorder: a register-based study. *International Journal of Mental Health Nursing*, v. 33, n. 1, p. 35–47, 2024. DOI: 10.1111/inm.13371

MOELLER, F.G. *et al.* Psychotropic medication use in hospitalized patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 77, n. 3, p. 367–374, 2016. DOI: 10.9740/mhc.2016.03.68

PARIS, J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, v. 18, n. 3, p. 240–247, 2004. DOI: 10.1521/pedi.18.3.240.35443

PARIS, J. Stepped care: an alternative to routine extended hospitalization in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 27, n. 2, p. 81–85, 2019. DOI: 10.1176/appi.ps.201200451

ROMERO-MUÑOZ, J.P. *et al.* Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, v. 73, n. 10, p. 1056–1062, 2022. DOI: 10.1176/ps.2007.58.9.1199

TRAN, A.M. *et al.* A proposed clinical pathway for the patients with borderline personality disorder presenting to emergency departments. *Journal of Psychiatric Practice*, v. 29, n. 1, p. 23–31, 2023. DOI: 10.1177/10398562231167976

WARRENDER, D. *et al.* Perspectives of crisis intervention for people diagnosed with borderline personality disorder: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 28, n. 4, p. 580–595, 2021. DOI: 10.1111/jpm.12637

ZANARINI, M.C. & FRANKENBURG, F.R. Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for borderline personality disorders: changes in symptomatology. *American Journal of Psychotherapy*, v. 74, n. 2, p. 59–69, 2020. DOI: 10.4081/ripppo.2025.810

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 3

O IMPACTO DO CUIDADO: SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE PESSOAS COM AUTISMO

PERLA SILVA RODRIGUES¹
MARIA VALÉRIA CHAVES DE LIMA²
ANA RANYELE DE OLIVEIRA PEREIRA³
FERNANDA KEILA VALENTE BATISTA⁴
YSABELE YNGRYDH VALENTE SILVA¹
MARIA NILDENIA DE OLIVEIRA ROCHA⁵
CAMILA FERNANDES MAIA DE CARVALHO¹
ROQUE RIBEIRO DA SILVA JÚNIOR⁶

ANDREIA SILVA AMORIM DE QUEIROZ⁷
JOÃO PAULO GONÇALVES DE BRITO⁸
RAYANE MOREIRA DE ALENCAR⁹
GISLAIANE LOIOLA SARAIVA DE FREITAS¹⁰
JANAINA MACIEL DE QUEIROZ¹
ADALBERTO VERONESE DA COSTA¹¹
GLÊBIA ALEXA CARDOSO¹²

¹Mestrado em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

²Discente – Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

³Discente – Bacharelado em Nutrição pelo IFCE.

⁴Discente – Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁵Especialização em saúde mental com ênfase em CAPS pelo Instituto Facuminas.

⁶Discente – Doutorado em Ciências fisiológicas pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

⁷Bacharel em Nutrição pela Universidade Católica de Brasília.

⁸Doutorado em Ciências da Educação pela Universidade de Caxias do Sul.

⁹Mestrado em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri.

¹⁰MBA em Gestão de Saúde pelo Centro Universitário São Camilo.

¹¹Doutorado em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Docente do Mestrado em Saúde e Sociedade UERN.

¹²Doutorado em Educação Física pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente do Mestrado em Saúde e Sociedade UERN.

Palavras-Chave: Transtorno do Espectro Autista; Sobrecarga do Cuidador; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O autismo é uma síndrome neuropsiquiátrica manifestada por comportamentos característicos e é acompanhada por déficits na comunicação e na interação social, além de padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados e um repertório restrito de interesses e atividades. Essas características afetam de maneira geral a vida dos indivíduos acometidos. Nesse cenário, a família da criança autista tem um papel fundamental, atuando em todas as terapias aplicadas, de modo que cada progresso impacta significativamente na harmonia e na qualidade de vida de toda a família. Muitas vezes, os pais são afastados do convívio social e são os responsáveis por prestar todos os cuidados necessários a essas crianças e adolescentes (MOTTA *et al.*, 2024).

De acordo com Motta e colaboradores (2024), o nascimento de uma criança sempre traz mudanças na rotina de uma família. Quando se trata de uma criança com necessidades específicas, essas mudanças tornam-se mais complexas, pois é necessário realizar diversos tratamentos para o desenvolvimento da criança. Nesse contexto, os pais desempenham um papel essencial. Assim, devido à alta demanda de cuidados de saúde para esse público, a saúde mental dos pais pode ser comprometida.

Por essa razão, é indispensável analisar situações comuns que podem dificultar o desenvolvimento de uma criança autista. O diagnóstico já traz desafios que acabam sobrecarregando o ambiente familiar, pois o transtorno demanda recursos financeiros consideráveis para terapias especializadas, tratamentos médicos, adaptações educacionais e outras necessidades específicas da criança. Ademais, o estresse emocional e físico enfrentado pelos pais pode se agravar devido à falta de apoio e de serviços especializados. Quando se trata especificamen-

te de crianças e bebês, a vida e o estado psicológico dos pais são os mais impactados. Toda a rotina precisará se adaptar para atender às necessidades do filho, além da frustração e da sensação de desamparo, somadas ao luto pelas expectativas projetadas na criança antes mesmo de seu nascimento (NASCIMENTO & SILVA, 2024).

Dessa maneira, Nascimento & Silva (2024) apontam a importância de uma rede de apoio para os pais nesse processo. A escuta atenta e a orientação sobre o autismo são tão essenciais quanto qualquer tratamento para a criança com Transtorno do espectro autista (TEA). Afinal, se os responsáveis não conseguem gerenciar seus próprios sentimentos e emoções, como poderão ajudar um indivíduo com necessidades atípicas e particularidades singulares?

Diante do exposto, o presente estudo nos convida a adentrar no seguinte questionamento, como forma de orientar nossa reflexão: qual é o impacto do cuidado contínuo na saúde mental e na qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com autismo? Neste sentido, este estudo teve como objetivo refletir sobre como o papel de cuidador de pessoas com autismo afeta a saúde mental e a qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, pretende-se identificar fatores que podem minimizar ou agravar esses impactos, bem como discutir intervenções e estratégias de suporte que podem melhorar o bem-estar dos cuidadores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo ensaio reflexivo. O presente estudo parte, então, da abordagem da saúde mental dos cuidadores de pessoas com TEA, enfatizando a relevância de intervenções e estratégias de suporte para melhorar a qualidade de vida desses cuidadores.

Por se tratar de um artigo reflexivo, e não de uma revisão de literatura, não foram estabelecidos critérios específicos de exclusão e inclusão para a seleção do material bibliográfico. Os autores citaram as referências teóricas usadas, levando em conta a abordagem temática. As reflexões apresentadas retratam as considerações dos autores em relação ao tema.

A análise dos dados foi estruturada em eixos reflexivos que abordam: desafios psicológicos e emocionais enfrentados pelos cuidadores; consequências na saúde física e mental dos cuidadores; intervenções e programas de suporte para cuidadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desafios psicológicos e emocionais enfrentados pelos cuidadores

A Organização Mundial de saúde reconhece que os pais desempenham um papel primordial no suporte às crianças autistas. Eles são responsáveis por garantir que essas crianças tenham acesso à saúde, educação e outras oportunidades, promovendo seu desenvolvimento e autonomia. A mãe frequentemente assume a maior parte dessa responsabilidade, pois há uma expectativa social de que a mulher seja a principal cuidadora. De modo geral, é ela quem se encarrega dessa função. A imagem da mulher está frequentemente associada ao afeto, amor incondicional e maternidade. Esse cenário não é diferente quando se trata de crianças com autismo (GUTIERREZ *et al.*, 2024).

O estudo "Cuidando de quem cuida: Um panorama sobre as famílias e autismo no Brasil" indica que 86% dos cuidadores de crianças com TEA são mães. Fatores culturais e sociais atribuem às mulheres a responsabilidade predominante pelo cuidado de crianças com doenças ou transtornos (GUTIERREZ *et al.*, 2024).

Assim, as mães geralmente acabam sendo as principais responsáveis pelos cuidados da

criança, muitas vezes renunciando à sua vida social e ao emprego para se dedicar completamente ao filho. Desse modo, mães que não recebem suporte familiar enfrentam uma sobrecarga física e mental elevada ao cuidar de seus filhos autistas. Por outro lado, mulheres que têm apoio social primário, como a presença e o suporte do núcleo familiar, conseguem reduzir os potenciais estressores e maximizar os recursos saudáveis da família (DE CASTILHO *et al.*, 2024).

De acordo com Oliboni e colaboradores (2024), as características específicas das crianças com TEA muitas vezes levam as mães a se afastarem do convívio social, tentando evitar o estigma associado aos seus filhos. Esse afastamento pode ser angustiante para elas, pois se veem privadas de interações sociais. Ainda, os comportamentos agressivos manifestados por algumas crianças com TEA atuam como um obstáculo complementar, reforçando o isolamento das mães. Dessa forma, essas experiências podem ser extremamente desafiadoras tanto para as crianças quanto para toda a família. Isso ocorre devido à mudança abrupta no ambiente físico e psicológico, à separação de outros membros da família, à interrupção das rotinas diárias e a várias outras situações estressantes.

Os pais podem enfrentar uma série de emoções e desafios, como a sensação de perda da normalidade, insegurança em relação ao seu papel como pais, mudanças financeiras, o sofrimento de ver o filho nessa situação, ansiedade, culpa e medo. A capacidade de se adaptar a essas mudanças exige que a família desenvolva diversas estratégias de organização e adquira habilidades para enfrentar as pressões, ansiedades, dificuldades e incertezas que surgem durante esse período desafiador (OLIBONI *et al.*, 2024).

Diante disso, enquanto as mães ou cuidadores familiares responsáveis investem nos cuidados da criança, eles acabam negligenciando o próprio autocuidado, sendo consumidos pela sensação de que, ao dedicarem tempo para si mesmos, estariam diminuindo o tempo destinado às necessidades de seus filhos. Desse modo, é de extrema importância, especialmente no contexto da deficiência, refletir sobre o autocuidado, uma vez que os níveis de depressão e autoestima dessas mães são variáveis protetoras de saúde. Aliás, a qualidade de vida das mães impacta diretamente na criação dos filhos, o que reforça a importância de intervenções nesse contexto (TORRES *et al.*, 2024).

Uma pesquisa realizada por Motta e colaboradores (2024) na Paraíba, teve como objetivo avaliar a presença de sofrimento psíquico em 50 cuidadores de crianças e adolescentes autistas. A prevalência de sofrimento psíquico foi de 62% e os sintomas psíquicos mais prevalentes foram o nervosismo, tensão ou preocupação, dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias, sentir-se cansado o tempo todo, sentir-se triste ultimamente, dormir mal e ter dores de cabeça frequente. Destarte, a prevalência de sofrimento psíquico na população estudada foi alta, independentemente da situação considerada, é urgente dar maior atenção à saúde mental das mães, para que sintomas leves de desgaste mental e emocional não se transformem em um quadro grave de transtorno mental.

Um estudo qualitativo objetivou compreender o cotidiano de famílias que convivem com o TEA. Foram entrevistados seis familiares de crianças autistas. Os resultados evidenciaram dificuldades no processo de diagnóstico, isolamento social causado pelo preconceito das pessoas, e sobrecarga física, psíquica e emocional das mães. Os pesquisadores concluíram que é fundamental oferecer suporte técnico e emocional a essas famílias, além de fortalecer as redes

de apoio para ajudá-las a enfrentar os desafios do autismo (ZANATTA *et al.*, 2012).

Consequências na saúde física e mental dos cuidadores

Ntre e colaboradores (2022) destacam que as mães de crianças com TEA tendem a ter uma saúde física pior em comparação às mães de crianças sem TEA. Elas apresentam uma maior probabilidade de falecer devido a doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doenças cardiovasculares. Isso pode ocorrer, pois essas mães enfrentam rejeição da sociedade em geral e sentem medo da frustração, o que pode impedi-las de buscar e aceitar ajuda, aumentando assim sua sobrecarga.

Segundo Naheed *et al.* (2020), um alto nível de estresse pode prejudicar a capacidade das mães de cuidar de seus filhos. As mães atípicas relatam sentir dor física ou desconforto moderado a extremo e mencionam ter recebido tratamento para dores nas articulações ou nos músculos. Muitas também relatam dificuldades em realizar atividades diárias, além de experimentar ansiedade moderada a extrema ou depressão. Como as mães são as principais cuidadoras das crianças com TEA, sua saúde física e mental é fundamental para que possam cuidar bem de seus filhos. Em contextos desafiadores e com poucos recursos educativos, de saúde e sociais, como em países de baixa e média renda, a atenção a essas famílias é crucial.

Diante dessa perspectiva, um estudo com mães de crianças diagnosticadas com diversas deficiências revela que os principais efeitos desse contexto incluem o aumento dos níveis de ansiedade e depressão, além de uma consequente redução na qualidade de vida dessas mães. Os fatores principais para esses efeitos são o aumento da demanda por cuidados contínuos e específicos, que acompanha o diagnóstico, resultando na sobrecarga do familiar res-

ponsável pelo cuidado e impactando suas atividades ocupacionais, relações sociais e condições emocionais (YARAR *et al.*, 2021).

O estudo realizado por Sales *et al.* (2022) avaliou a prevalência da Síndrome de Burnout em relação a diferentes variáveis sociodemográficas e os fatores que levam ao esgotamento dos cuidadores de crianças ou adolescentes com TEA. A amostra consistiu em 46 cuidadores. A prevalência da Síndrome de Burnout foi de 95,7% (43 cuidadores), sem diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas. O principal fator de impacto no esgotamento foi a dificuldade em conciliar trabalho, tarefas domésticas e o cuidado dos filhos com TEA, afetando principalmente as mães. Aliás, esse fator aumenta os sentimentos de ansiedade, solidão e depressão devido à frequente renúncia à carreira profissional, ao tempo de lazer e ao autocuidado, bem como à falta de convívio social e compartilhamento de experiências com outras pessoas.

Da Silva & Pansera (2023) investigaram possíveis correlações entre os graus de autismo com os níveis de ansiedade, depressão e sobrecarga nos pais de crianças diagnosticadas. Para isso, contou-se com a participação de 33 pais, os quais responderam a um questionário online. O estudo permitiu confirmar a existência de uma correlação positiva entre as variáveis avaliadas. Observou-se que há uma correlação positiva entre a gravidade dos sintomas do TEA e a ansiedade, depressão e sobrecarga, sugerindo que quanto maior a gravidade e a necessidade de suporte dos indivíduos com TEA, maiores serão os níveis de sobrecarga, ansiedade e depressão nos cuidadores. Acredita-se que essa correlação se deve às demandas e necessidades associadas ao cuidado e apoio das crianças com desenvolvimento atípico. Ademais, a correlação positiva entre os níveis de sobrecarga e os sintomas de ansiedade e depressão indica que,

quanto mais sobrecarregados os cuidadores estiverem, mais propensos estarão a apresentar sintomas ansiosos e depressivos.

Com base nesses resultados, podemos reconhecer a importância de implementar programas de apoio aos cuidadores primários. Esses programas devem se comprometer a melhorar a qualidade de vida das crianças com autismo e de suas famílias através de diagnóstico precoce, reabilitação, educação inclusiva e integração social. O objetivo é reduzir a sobrecarga dos cuidadores, resultando em uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados (SANTOS *et al.*, 2024).

Intervenções e programas de suporte para cuidadores

É essencial estabelecer uma rede de apoio psicológico para orientação familiar, considerando o estresse, a sobrecarga e a diminuição da qualidade de vida enfrentados pelas famílias com crianças com TEA. Definir metas e objetivos claros para essas crianças é importante para incentivar o desenvolvimento de habilidades. Os programas de treinamento para pais são uma ferramenta fundamental nesse contexto, pois ensinam habilidades de modificação de comportamento baseadas na teoria da aprendizagem social. Esses programas oferecem aos pais a oportunidade de refletir sobre seu papel parental e promover mudanças significativas na dinâmica familiar, incentivando-os a se envolverem ativamente na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de comportamentos indesejados (ROSSINI *et al.*, 2024).

Moxotó & Malagris (2015) implementaram o Treinamento para Controle do Stress (TCS) de Lipp em mães de crianças com TEA para avaliar sua eficácia na diminuição do estresse nessa população. O TCS é uma terapia comportamental focada em ensinar as pessoas a gerenciarem o estresse para evitar que ele atinja ní-

veis excessivos. O treinamento para gerenciamento do estresse inclui a mudança de hábitos de vida e comportamentos prejudiciais, baseando-se em quatro componentes: atividade física, nutrição adequada e prevenção do estresse, treinamento de relaxamento físico e mental, e alteração nos padrões cognitivos e comportamentais (ROSSINI *et al.*, 2024).

Júnior *et al.* (2021) realizaram um grupo terapêutico para cuidadores de pessoas com TEA. O enfoque da intervenção do grupo teve como temática central o autocuidado para estas pessoas. Os encontros foram realizados exclusivamente online, a partir de chamadas de vídeo, e revelaram os benefícios de poder ofertar uma escuta qualificada para familiares de pessoas com TEA, tendo em vista a urgência da rede de apoio para estas pessoas e suas famílias no período pandêmico, estimulando o desenvolvimento de projetos de autocuidado e autonomia. O grupo conseguiu criar um forte laço, que possibilitou aos seus participantes desenvolver uma nova percepção de si mesmos como indivíduos. Essa nova visão considerou não apenas os papéis sociais que cada um desempenhava como cuidadores, mas também a sua subjetividade.

A pesquisa realizada por De Matos e colaboradores (2022) teve como finalidade avaliar o efeito do Método Pilates na qualidade de vida, sobrecarga emocional e estresse dos cuidadores de crianças autistas. O trabalho consistiu em um ensaio clínico controlado randomizado e foi usado para avaliação da qualidade de vida, o formulário curto de pesquisa de saúde (SF-36), para o estresse, a escala de estresse percebido e para sobrecarga emocional, o questionário de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal. Os resultados mostraram que os cuidadores de crianças com TEA que utilizam o Pilates como uma aborda-

gem não farmacológica, têm melhorias na qualidade de vida, redução da sobrecarga emocional e diminuição do estresse. Assim, o método apresenta um panorama otimista, pois não requer uma estrutura complexa para ser aplicado e é fácil de realizar. Os exercícios são de baixa intensidade, envolvendo aspectos físicos, cardiopulmonares e mentais.

CONCLUSÃO

Portanto, o cuidado de pessoas com autismo apresenta desafios para os cuidadores, afetando profundamente sua saúde mental e qualidade de vida. Os cuidadores em seus cotidianos, enfrentam uma série de dificuldades psicológicas e emocionais, incluindo estresse, ansiedade, depressão e burnout. Esses desafios são exacerbados pelas demandas contínuas e intensivas do cuidado, bem como pela falta de apoio e de recursos.

Os impactos físicos também são evidentes, muitos cuidadores sentem dores musculares, fadiga e outras condições relacionadas ao estresse físico. Esses problemas de saúde física são muitas vezes atrelados com a saúde mental, criando um ciclo de desgaste.

As consequências mentais, como burnout, depressão e ansiedade, também são prevalentes entre os cuidadores. O burnout, destaca-se como uma resposta comum ao estresse crônico e às exigências emocionais do cuidado contínuo. A depressão e a ansiedade também são frequentemente observadas, muitas vezes resultantes de sentimentos de isolamento, sobrecarga e falta de suporte.

Para minimizar esses impactos negativos, é essencial que intervenções específicas sejam implementadas. Programas de suporte psicológico, grupos de apoio e estratégias de alívio do estresse podem fornecer os recursos necessários para ajudar os cuidadores a gerenciarem melhor

suas responsabilidades e manter sua saúde mental e física. Além do mais, é necessário a implementação de políticas que promovam o bem-estar dos cuidadores, oferecendo descanso, suporte financeiro e acesso a serviços de saúde mental.

Por fim, é indispensável que a sociedade reconheça e valorize o papel dos cuidadores. O

apoio e a conscientização sobre os desafios enfrentados por esses indivíduos podem contribuir significativamente para melhorar sua qualidade de vida. Logo, este estudo ressalta a necessidade de mais pesquisas e políticas focadas no suporte aos cuidadores de pessoas com autismo, garantindo que esses indivíduos recebam o reconhecimento e a assistência que merecem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DA SILVA, G.B. & PANSERA, A.C. Sobrecarga, Ansiedade e Depressão em Cuidadores de Crianças no Transtorno do Espectro Autista: Um estudo de correlação. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 11, n. 3, 2023. DOI:10.18316/sdh.v11i3.9670
- DE CASTILHO, A.C. *et al.* Autismo e maternidade: uma revisão da literatura sobre a relação de mães e seus filhos neuro-atípicos. *Diversità: Revista Multidisciplinar do Centro Universitário Cidade Verde*, v. 10, n. 1, 2024.
- DE MATOS, C.A.A. *et al.* Pilates method in quality of life, emotional overloading and stress of caregivers of autistic children. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e4311527422, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.27422.
- GUTIERREZ, D.M.D. *et al.* Vivências atípicas: experiências de mães de crianças com autismo (Brasil). *Revista Educação e Humanidades*, v. 5, n. 01, p. 138-157, 2024.
- JÚNIOR, E.D.S. *et al.* Grupo terapêutico para mães e pais de pessoas com transtorno do espectro autista (TEA): relato de experiência na formação em psicologia. *Revista Psicologia em Foco*, v. 13, n. 19, p. 21-31, 2021.
- MOTTA, M.E.C.D. *et al.* Sofrimento psíquico dos cuidadores de crianças e adolescentes autistas. *Contribuciones a las ciencias sociales*, [S. l.], v. 17, n. 3, p. e5732, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.3-109.
- MOXOTÓ, G. & MALAGRIS, L. Avaliação de treino de controle do stress para mães de crianças com transtorno do espectro autista. *Psicologia: reflexão e crítica*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, v.28, n.4, p. 772-779, 2015. Disponível em: www-periodicoscapes-gov-br. Acesso em: 10 jul. 2024.
- NAHEED, A. *et al.* of major depressive disorder and quality of life among mothers of children with autism spectrum disorder in urban Bangladesh. *Autism Research*, v. 13, n. 2, p. 284-297, 2020. DOI: 10.1002/aur.2227.
- NASCIMENTO, R.M. & SILVA, O.A.R. Os direitos das crianças autistas e a necessidade de amparo psicológico para os pais. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 6, p. 1641-1657, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i6.14002.. 2024.
- NTRE, V. *et al.* Coping Strategies in mothers of children with autism spectrum disorder and their relation to maternal stress and depression. *Psychiatriki*, v. 33, n. 3, p. 210e8, 2022. DOI: 10.22365/jpsych.2022.068.
- OLIBONI, A.C. *et al.* Experiences of family members of children with Autism Spectrum Disorder (ASD): A literature review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 13, n. 6, p. e8013646073, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i6.46073.
- ROSSINI, G.P. *et al.* Transtorno do espectro autista (TEA): desafios e recursos para indivíduos e familiares. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. l.], v. 6, n. 6, p. 1145-1153, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n6p1145-1153.
- SALES, E. *et al.* E. Investigação sobre a síndrome de Burnout em cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista. *Concilium*, [S. l.], v. 22, n. 7, p. 333-345, 2022. DOI: 10.53660/CLM-681-736.
- SANTOS, A.F.F.E. *et al.* Depressão em pais de crianças autistas: uma revisão integrativa. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, [S. l.], v. 16, n. 4, p. e3862, 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n4-037.
- TORRES, M.E.G. *et al.* Priorizando o autocuidado: vivências essenciais para cuidadores de crianças com deficiência: relato de experiência. *Revista de Extensão e Educação em Saúde Ciências Médicas*, v. 3, n. 1, p. 58-68, 2024.
- YARAR, F. *et al.* Impact of having a disabled child on mothers' anxiety, depression and quality of life levels. *Pamukkale Medical Journal*, v. 14, n. 1, p. 223-232, 2021. DOI: 10.31362/patd.758161.
- ZANATTA, E.A. *et al.* Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 3, p. 271-282, 2012.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 4

TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL: DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL AO MANEJO CLÍNICO

GIOVANNA DE MELO DAYRELL¹
FERNANDA DAMASCENO FERREIRA¹
DÉBORA EMANUELLE CARVALHO DE MOURA¹
LUCAS MOTA ATTONI²

¹Discente do Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte, MG

²Médico Psiquiatra e Docente do Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG.

Palavras-Chave: Transtorno por Uso de Álcool; Dependência Química; Psiquiatria da Dependência.

DOI: 10.59290/5192600608

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo, com papel historicamente estabelecido em rituais sociais, celebrações culturais e comportamentos recreativos. No entanto, apesar de sua aceitação social e legalidade, o consumo de álcool representa um dos principais fatores de risco evitáveis para mortalidade e incapacidade global, estando associado a mais de 3 milhões de mortes anuais (WHO, 2023). No Brasil, dados epidemiológicos revelam um padrão crescente de consumo abusivo, especialmente entre jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os transtornos por uso de álcool (TUA) constituem um fenômeno biopsicossocial, com múltiplas causas e manifestações clínicas. Essa compreensão moderna fundamenta-se nos principais sistemas classificatórios diagnósticos, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-5-TR (APA, 2022) e a Classificação Internacional de Doenças – CID-11 (WHO, 2022).

O TUA engloba um espectro de manifestações que vai desde o uso arriscado até quadros de dependência, caracterizado por prejuízo no controle do uso, tolerância, abstinência, desejo intenso (*craving*) e impacto significativo nas esferas social, ocupacional e familiar. Esses transtornos frequentemente coexistem com comorbidades psiquiátricas, como depressão, transtornos de ansiedade e de personalidade, além de estarem associados a múltiplas doenças clínicas, como hepatopatias, neuropatias e distúrbios cardiovasculares (MELEIRO *et al.*, 2018).

A dependência do álcool resulta de uma interação complexa entre fatores genéticos, neurológicos, comportamentais e contextuais. A exposição crônica à substância induz alterações estruturais e funcionais em circuitos cerebrais,

especialmente nas vias dopaminérgicas do sistema de recompensa, levando à perda progressiva do controle sobre o uso. Ao mesmo tempo, aspectos sociais como vulnerabilidade econômica, violência familiar e exclusão social agravam e perpetuam o ciclo do uso nocivo.

Diante da magnitude desse problema de saúde pública, é fundamental que os profissionais da saúde mental estejam capacitados para reconhecer os efeitos do álcool no organismo, compreender seus mecanismos de ação e intervir precocemente, de forma ética, empática e baseada em evidências.

MÉTODO

A elaboração do capítulo baseou-se em uma revisão narrativa da literatura. Foram utilizadas fontes nacionais e internacionais, incluindo artigos científicos indexados em bases como PubMed, SciELO, LILACS e *Cochrane Library*, além de diretrizes clínicas, protocolos assistenciais, manuais técnicos e livros nas áreas de psiquiatria e dependência química.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Efeitos agudos do álcool

Os efeitos agudos do álcool decorrem de sua ação direta sobre o sistema nervoso central (SNC), variando de acordo com a quantidade ingerida, tempo de consumo, metabolismo individual e contexto de uso. Em doses baixas a moderadas, o álcool promove desinibição comportamental, sensação de euforia, relaxamento e diminuição da ansiedade. Essa ação ocorre principalmente pela modulação dos receptores GABA-A e pela inibição dos receptores NMDA do glutamato, resultando em um efeito depressor do SNC.

À medida que a concentração alcoólica aumenta, surgem prejuízos motores e cognitivos progressivos, como disartria, ataxia, lentifica-

ção do pensamento, labilidade emocional e dificuldade de julgamento. Em intoxicações mais graves, podem ocorrer confusão mental, estupor, coma e, eventualmente, morte por depressão respiratória (NIAAA, 2023).

Além disso, o álcool compromete o tempo de reação, a atenção sustentada e a percepção sensorial, o que aumenta significativamente o risco de acidentes automobilísticos, quedas e comportamentos de risco. Em serviços de emergência, quadros de intoxicação alcoólica aguda são frequentemente associados a violência interpessoal, tentativas de suicídio e comportamento desorganizado (BOTEGA, 2018).

Efeitos crônicos do álcool

O consumo crônico e excessivo de álcool está associado a múltiplas repercussões orgânicas, muitas das quais são irreversíveis. Os principais sistemas afetados incluem:

Sistema hepático: Esteatose hepática alcoólica, hepatite alcoólica e cirrose hepática. A cirrose, por sua vez, pode evoluir para insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular (O'SHEA *et al.*, 2010).

Sistema neurológico: Neuropatia periférica, degeneração cerebelar, demência alcoólica e atrofia cortical difusa. A deficiência de tiamina, frequentemente presente nesses pacientes, contribui para o desenvolvimento de encefalopatia de Wernicke e, em estágios mais avançados, da síndrome de Korsakoff (NIAAA, 2022).

Sistema cardiovascular: Miocardiopatia dilatada alcoólica, arritmias (especialmente fibrilação atrial), hipertensão arterial e maior risco de acidente vascular cerebral (PIANO, 2002).

Sistema imunológico e gastrointestinal: Maior suscetibilidade a infecções, como tuberculose e pneumonia. No trato gastrointestinal, é causa frequente de gastrite, úlceras, pancreatite

crônica e neoplasias do trato digestivo (REHM & SHIELD, 2014).

Comorbidades psiquiátricas associadas

O TUA frequentemente é acompanhado por outras doenças psiquiátricas, o que intensifica sua gravidade clínica, prejudica o prognóstico e dificulta o tratamento.

Um dos transtornos mais prevalentes é a **depressão maior**. A relação entre o TUA e os episódios depressivos é bidirecional: o uso abusivo de álcool pode desencadear sintomas depressivos, enquanto a depressão pode levar ao consumo de álcool como forma de automedicação (HASIN *et al.*, 2018). Pacientes com essa dupla condição geralmente apresentam maior risco de suicídio, menor adesão ao tratamento e piores desfechos clínicos.

Outra comorbidade relevante é o **transtorno bipolar**. Indivíduos bipolares apresentam maior propensão ao uso de substâncias, especialmente durante episódios maníacos, quando há maior impulsividade e desinibição (STAHL, 2021).

Outra associação comum é com os **transtornos de ansiedade**, particularmente o transtorno de ansiedade generalizada, fobias sociais e transtorno do pânico. O álcool pode inicialmente ser utilizado como estratégia para redução da ansiedade, mas o uso crônico tende a agravar os sintomas ansiosos, promovendo um ciclo de reforço negativo (SMITH & RANDALL, 2012).

Os **transtornos psicóticos**, como a esquizofrenia, também apresentam alta taxa de co-ocorrência com o TUA. Pacientes com esquizofrenia têm prevalência significativamente maior de abuso de substâncias em geral (DRAKE *et al.*, 2004).

Os **transtornos de personalidade**, especialmente o transtorno de personalidade antissocial,

cial e borderline, são frequentemente encontrados em indivíduos com TUA. Essas comorbidades estão associadas a maiores taxas de recaída, comportamentos de risco e comprometimento funcional (GRANT *et al.*, 2015).

Neuroadaptação, tolerância e abstinência

A exposição repetida ao álcool leva à neuroadaptação dos sistemas neurotransmissores, especialmente GABA e glutamato. Com o tempo, o cérebro reduz sua sensibilidade aos efeitos do álcool, exigindo quantidades progressivamente maiores para produzir os mesmos efeitos — fenômeno conhecido como tolerância (APA, 2022).

Dependência

A dependência química é um fenômeno complexo que ocorre em indivíduos suscetíveis expostos repetidamente a substâncias psicoativas, sendo marcada por alterações neurobiológicas persistentes. Essas mudanças afetam os circuitos cerebrais envolvidos na gratificação e no reconhecimento de recompensas, promovendo um novo equilíbrio disfuncional de difícil reversão. A ativação repetida do sistema dopaminérgico — especialmente em resposta ao estresse e à administração das substâncias — contribui para reforçar memórias prazerosas associadas ao uso, ao mesmo tempo em que enfraquece a consolidação de experiências aversivas. Esse mecanismo perpetua o ciclo da dependência, mesmo na ausência de prazer consciente, levando o indivíduo à compulsão pelo uso (MARQUES *et al.*, 2018).

Segundo o DSM-V, a dependência alcoólica é diagnosticada quando, ao longo de um período de 12 meses, o indivíduo apresenta pelo menos dois dos onze seguintes critérios estabelecidos, refletindo comprometimento no con-

trole do uso, prejuízo social, uso de risco e aspectos farmacológicos (tolerância e abstinência) (APA, 2013):

1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Desejo persistente ou esforços malsucedidos em reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado ou efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11. Abstinência alcoólica

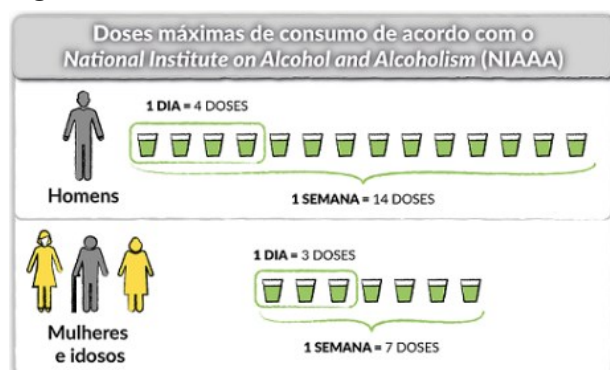
A gravidade do transtorno é determinada pelo número de critérios preenchidos (APA, 2013):

- Leve: 2-3 critérios;
- Moderada: 4-5 critérios;
- Grave: 6 ou mais critérios.

Consumo de risco

O consumo de risco precede frequentemente o TUA. Para mulheres, mais de 7 doses semanais ou mais de 3 em uma única ocasião são considerados arriscados; para homens, os limites são de 14 doses semanais e 4 doses em uma única ocasião (**Figura 4.1**) (BRASIL, 2021; APA, 2013)

Figura 4.1 Doses máximas de consumo de álcool



Legenda: Figura ilustrativa a respeito de doses máximas de álcool para seu consumo arriscado segundo o *National Institute on Alcohol and Alcoholism*.

Fonte: BRASIL, 2021. Consequências funcionais

Do ponto de vista funcional, as repercussões incluem comprometimento na condução de veículos, desempenho acadêmico/profissional, dificuldades nos relacionamentos interpessoais e aumento da exposição a riscos, como violência e acidentes. Além disso, o TUA está associado ao aumento do absenteísmo no trabalho, queda de produtividade e maior risco de suicídio (APA, 2013).

Consequências neurobiológicas

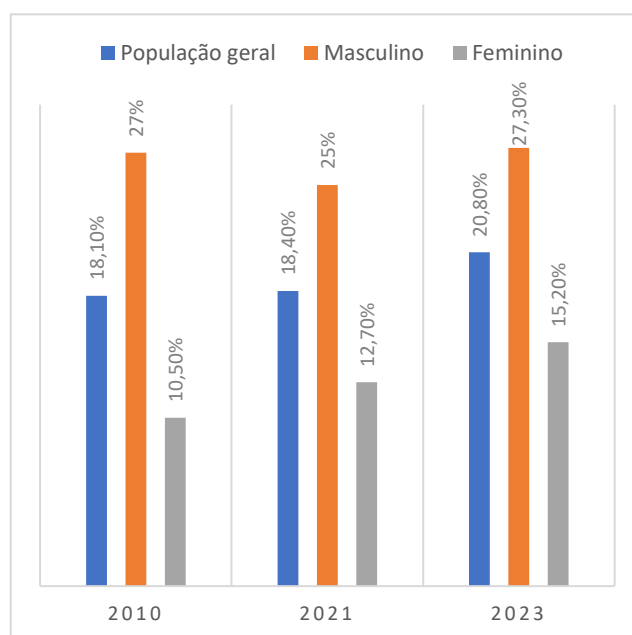
Do ponto de vista neurobiológico, o córtex pré-frontal, envolvido no controle inibitório, julgamento e planejamento, sofre alterações significativas. Estudos de neuroimagem revelam redução do metabolismo e da atividade sináptica nesta região entre indivíduos com TUA, prejudicando a capacidade de avaliar consequências futuras e favorecer escolhas impulsivas e orientadas pela recompensa imediata

(BERTAGNOLLI *et al.*, 2014; GOLDSTEIN & VOLKOW, 2011).

Prevalência de TUA

O uso abusivo de álcool está entre os transtornos mais prevalentes ao longo da vida. Em 2023, de acordo com os dados da Vigitel, 49% da população adulta brasileira habitualmente consome bebidas alcoólicas, sendo que 20,8% utilizam de forma abusiva. A ingestão nociva é mais prevalente entre os homens, com 27,3% deles consumindo álcool em comparação a 15,2% das mulheres (**Gráfico 4.1**) (BRASIL, 2023).

Gráfico 4.1 Dados epidemiológicos do consumo abusivo de álcool



Legenda: Gráficos epidemiológicos a respeito do consumo abusivo segundo o Ministério da Saúde.

Fonte: BRASIL, 2022; BRASIL, 2023.

Curso e desenvolvimento da dependência

O TUA geralmente se inicia na transição entre a adolescência e a vida adulta (18–30 anos), fase marcada por maior vulnerabilidade neuropsicológica. Apenas 10% dos pacientes apresentam início tardio. Inicialmente, o consumo é reforçado positivamente — o álcool reduz a ansiedade social e promove sensação de

prazer. No entanto, com o tempo, ocorre uma transição para o reforço negativo: o uso passa a ser motivado pela evitação dos sintomas de abstinência, como tremores, sudorese, irritabilidade, ansiedade e insônia (KOOB & LE MOAL, 2008).

A evolução natural da doença apresenta episódios cíclicos de remissão e recaída. A motivação para o abandono costuma emergir em resposta a crises, como perda de vínculos, complicações médicas ou conflitos familiares. A recaída é parte comum do curso clínico, e muitas vezes, o padrão de consumo retorna mais intensamente do que antes da interrupção.

Fatores de risco

Ambientais: Disponibilidade de álcool, normalização cultural do consumo, uso familiar, experiências pessoais, baixa classe socioeconômica, nível de escolaridade e religião (APA, 2013).

Genéticos: A dependência alcoólica apresenta um padrão familiar, com 40-60% da variação atribuída a influências genéticas. A taxa de dependência é 3 a 4 vezes maior em indivíduos com parentes próximos afetados (APA, 2013).

Quadro 4.1 Questionário CAGE

		Pergunta	O que se avalia
C	<i>Cut-down</i>	Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	Percepção subjetiva do sujeito que seu beber está inadequado.
A	<i>Anoyed</i>	As pessoas o aborrecem porque criticam (ou censuram) o seu modo de beber?	Percepção negativa de terceiros sobre o beber do entrevistado.
G	<i>Guilty</i>	Você se sente culpado pela maneira como costuma beber?	Percepção subjetiva do sujeito que seu beber está inadequado.
E	<i>Eye-opener</i>	Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	Indícios de dependência física.

Fonte: Adaptado de SOUZA *et al.*, 2007.

SADD (*Short-form Alcohol Dependence Data*): Instrumento que avalia a severidade da dependência alcoólica e permite a elaboração

Neurobiológicos: alterações no sistema dopaminérgico, GABAérgico e glutamatérgico modulam a resposta à substância à abstinência (APA, 2013).

Psicológicos: Esquemas desadaptativos, história de trauma, baixa autoestima e impulsividade (APA, 2013).

Adolescência: início precoce, influência de pares, marketing da indústria alcoólica, e imaturidade neurocognitiva (principalmente do córtex pré-frontal) (APA, 2013).

Rastreamento

Para fins de diagnóstico precoce, rastreio e intervenções adequadas da dependência alcoólica, foram desenvolvidos instrumentos que são recomendados para aplicação rotineira em contextos clínicos e comunitários.

CAGE (Quadro 4.1): Questionário composto de 4 questões de fácil aplicação e interpretação. Ele não fornece diagnóstico de alcoolismo, mas indica a possibilidade de dependência. Considera-se resultado positivo na presença de no mínimo duas respostas afirmativas (SOUZA *et al.*, 2007).

de planos de tratamento adequados. Composto por 15 questões, sendo que cada uma recebe

uma pontuação de 0-3, correspondente às seguintes opções de respostas: nunca, poucas vezes, muitas vezes, sempre. Interpretação do resultado: dependência leve (0-9), moderada (10-19); grave (20-45) (ROSA-OLIVEIRA, 2011).

AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*): Questionário desenvolvido pela OMS e que rastreia o uso inadequado de álcool. Este instrumento é amplamente utilizado para identificar padrões de consumo e comportamentos relacionados ao álcool (SANTOS, 2012.)

A implementação de instrumentos de rastreamento como CAGE, SADD e AUDIT é fundamental para a identificação precoce da dependência alcoólica. No entanto, é crucial considerar as particularidades culturais e sociais de cada população ao aplicar esses questionários, garantindo que os resultados sejam interpretados de forma adequada.

Manejo da dependência: modelo transteórico de mudança

O Modelo Transteórico (proposto por Prochaska e DiClemente) possui como objetivo descrever os estágios, pelos quais as pessoas passam, sendo um processo que os indivíduos experienciam diferentes níveis de motivação. O modelo propõe: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (Figura 4.2) (BERTAGNOLLI *et al.*, 2014; MARQUES *et al.*, 2018).

Pré-contemplação: o indivíduo não apresenta crítica sobre o abuso da substância e não mostra intenção de largá-la. Os indivíduos que chegam para tratamento neste estágio são comumente levados pelos seus familiares.

Contemplação: caracterizada pela ambivalência: o indivíduo reconhece o problema, mas se divide entre as vantagens e desvantagens da interrupção do uso da substância.

Ação: o indivíduo inicia explicitamente a modificação de seus comportamentos. É uma fase que exige muito cuidado, dedicação e energia e as mudanças nesse estágio são muito mais visíveis do que as realizadas em outros estágios.

Manutenção: é o grande desafio no processo de mudança. A estabilização do comportamento é a marca desse processo é necessário um grande esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios e de prevenir possíveis lapsos e recaídas.

Figura 4.2 Modelo Transteórico de Mudança



Fonte: MARQUES *et al.*, 2018.

Os indivíduos não seguem progressão linear — é comum oscilar entre estágios. Portanto, a intervenção motivacional deve ser adaptada ao estágio atual. A aliança terapêutica é essencial, especialmente em casos de baixa adesão inicial (BERTAGNOLLI *et al.*, 2014).

Psicoterapia

Intervenções psicoterapêuticas com foco na motivação são essenciais para alcançar bons resultados terapêuticos. Cabe ao terapeuta avaliar continuamente o estágio motivacional em que o paciente se encontra, adaptando a abordagem conforme esse nível de prontidão para a mudança. Fatores associados a uma maior probabilidade de adesão são: filhos, relação conjugal estável, presença de comorbidades psiquiátricas

e experiências anteriores de tratamento. Por outro lado, a adesão tende a ser menor em casos em que a motivação decorre apenas de pressões familiares, ou quando o indivíduo se sente satisfeito ou confortado durante a intoxicação (BERTAGNOLLI *et al.*, 2014).

Manejo farmacológico da dependência

O tratamento farmacológico inclui medicamentos de primeira linha como naltrexona, acamprosato e dissulfiram. O topiramato pode ser utilizado como medicamento de segunda linha. O tratamento está detalhado na **Tabela 4.1**.

Tabela 4.1 Tratamento farmacológico de dependência de álcool

Fármaco	Mecanismo de Ação	Indicações principais	Dose padrão
Naltrexona	Antagonista opioide (reduz reforço dopaminérgico)	Fissura intensa, história familiar de alcoolismo	50 mg/dia
Acamprosato	Modulador do glutamato (reduz fissura)	Prevenção de recaídas durante abstinência	1332–1998 mg/dia
Dissulfiram	Aversivo (bloqueia aldeído-desidrogenase)	Pacientes motivados e abstinentes	250 mg/dia
Topiramato (segunda linha)	Anticonvulsivante com efeito antiálcool	Redução da fissura e ansiedade	100–300 mg/dia

Fonte: Adaptado de Botega, 2017.

Remissão e manutenção

A remissão inicial é caracterizada por ausência de critérios por pelo menos três meses (exceto fissura); já a remissão sustentada requer um período superior a 12 meses. A manutenção exige estratégias contínuas de suporte, psicoterapia, monitoramento clínico e abordagem biopsicossocial individualizada (BOTEGA, 2017).

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

A síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) é uma condição neuropsiquiátrica grave composta pela associação de dois transtornos distintos provocados pela deficiência de tiamina (vitamina B1): a encefalopatia de Wernicke (EW), reversível se tratada rapidamente, e a psicose de Korsakoff (PK), caracterizada por déficits de memória irreversíveis. Sua prevalência é subestimada devido ao subdiagnóstico, sendo estimado que 80% dos casos não são devidamente reconhecidos e tratados (CHANDRAKUMAR *et al.*, 2018; NIAAA, 2022).

A tiamina é essencial para a atividade de enzimas fundamentais no metabolismo de carboidratos e na produção de neurotransmissores. Sua forma ativa, o pirofosfato de tiamina, atua como cofator para enzimas como a piruvato desidrogenase, alfa-cetoglutarato desidrogenase e transcetolase. A deficiência afeta principalmente o cérebro devido ao seu alto consumo energético, provocando lesões mitocondriais, estresse oxidativo, edema citotóxico e disfunções nos neurotransmissores, especialmente GABA e glutamato. O álcool contribui para a deficiência ao inibir a absorção intestinal da tiamina, comprometer sua fosforilação hepática e afetar seu transporte para o cérebro através da barreira hematoencefálica (CHANDRAKUMAR *et al.*, 2018).

O estágio inicial corresponde à EW, que tem caráter agudo e evolução súbita. As principais manifestações envolvem confusão mental, desatenção, marcha atáxica e alterações nos

movimentos oculares (nistagmo e paralisia do olhar abducente e conjugado). Se não tratada rapidamente, a EW pode progredir para a PK, uma forma crônica marcada por comprometimento formação de memória recente (amnésia anterógrada), prejuízo da recordação de memórias (amnésia retrógrada), com presença de confabulação (caracterizada pela criação inconsciente de histórias imaginárias e falsas memórias, preenchendo lacunas provocadas pela amnésia) (DAY *et al.*, 2013). Os sintomas da SWK estão ilustrados na **Figura 4.3**.

Figura 4.3 Sintomas da síndrome de Wernicke-Korsakoff

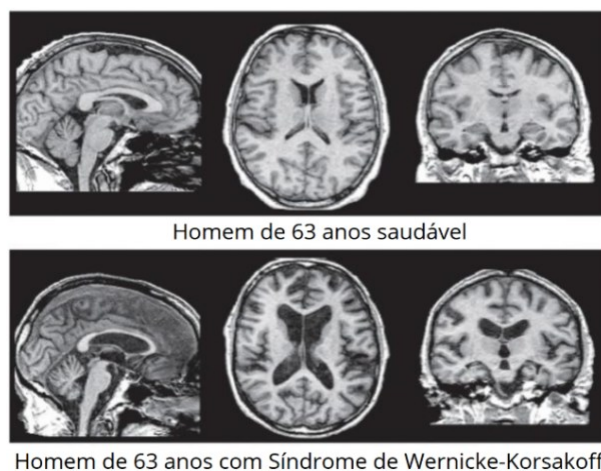


O diagnóstico de SWK é frequentemente negligenciado, em parte devido à ampla gama de manifestações clínicas e à baixa precisão de seus sinais neurológicos. O diagnóstico baseia-se principalmente na avaliação clínica, já que não existem testes laboratoriais de rotina específicos para confirmar a condição (SILVA & ENES, 2013).

Exames de imagem não são recomendados para estabelecimento de diagnóstico, mas podem auxiliar a descartar diagnósticos diferenciais. Na ressonância magnética de encéfalo (**Figura 4.4**), alterações em regiões cerebrais com

disfunção na barreira hematoencefálica costumam aparecer como áreas de sinal aumentado nas sequências T2. Entre os achados típicos estão a atrofia dos corpos mamilares e a dilatação do terceiro ventrículo, que podem surgir já na primeira semana após o início dos sintomas (CHANDRAKUMAR *et al.*, 2018).

Figura 4.4 Déficit de volume cerebral na Síndrome de Wernicke-Korsakoff evidenciado pela ressonância magnética de encéfalo



Legenda: Ressonância magnética de um homem saudável (acima) em comparação com um homem da mesma idade com SWK (abaixo). É possível observar que o cérebro do indivíduo com SWK tem menor volume cerebral e ventrículos aumentados. **Fonte:** adaptado de NIAAA, 2022.

O tratamento da SWK é considerado uma urgência médica, especialmente na fase da EW, exigindo início imediato da administração de tiamina por via parenteral. O objetivo é interromper a progressão das alterações neurológicas, que, se não tratadas rapidamente, podem causar danos irreversíveis (CHANDRAKUMAR *et al.*, 2018).

A tiamina deve ser administrada preferencialmente por via intravenosa ou intramuscular em doses elevadas, geralmente 500 mg de tiamina IV infundidos durante 30 minutos, três vezes ao dia, durante dois dias consecutivos, e 250 mg IV ou IM uma vez ao dia por mais cinco dias, em combinação com outras vitaminas do

complexo B. Quando a alimentação oral for retomada, recomenda-se iniciar suplementação oral de tiamina. A reposição oral deve ser mantida enquanto persistirem fatores de risco, como o consumo de álcool ou condições que dificultem a absorção de nutrientes (CHANDRAKUMAR *et al.*, 2018; SILVA & ENES, 2013; DAY *et al.*, 2013)

É essencial evitar a administração de glicose isolada em pacientes com suspeita de EW, pois isso pode agravar o quadro. A glicose só deve ser fornecida após ou em conjunto com tiamina. É necessário repor eletrólitos como magnésio e potássio, pois sua deficiência pode comprometer a eficácia do tratamento (CHANDRAKUMAR *et al.*, 2018).

A resposta inicial geralmente se manifesta com melhora dos sintomas oculares em horas ou dias, seguida pela recuperação da coordenação motora. Já as alterações cognitivas podem levar mais tempo para melhorar. No entanto, se a deficiência de tiamina for prolongada, a reversão dos sintomas pode ser parcial ou mesmo ineficaz, resultando na evolução para a PK (CHANDRAKUMAR *et al.*, 2018)

O suporte psicossocial é um dos pilares fundamentais do tratamento a longo prazo. Reabilitação cognitiva e motora, bem como programas de apoio psicológico, devem ser considerados no tratamento.

Síndrome de abstinência alcoólica

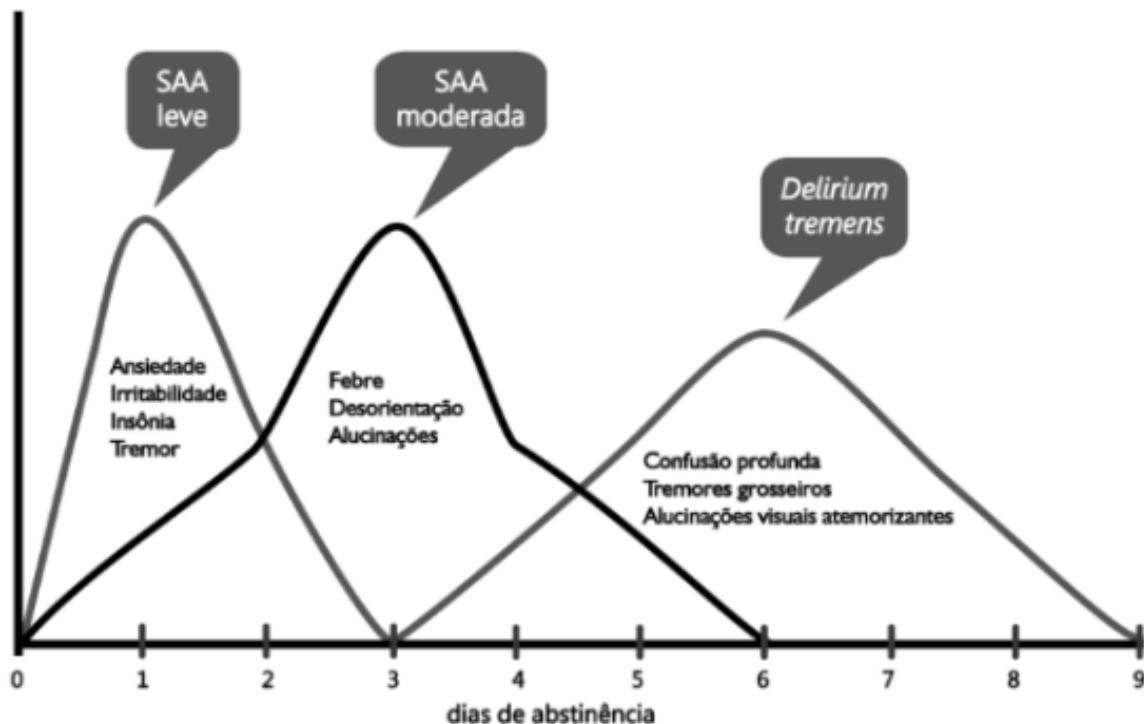
A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) representa um conjunto de manifestações clínicas que ocorrem após a interrupção ou redução abrupta do consumo crônico de álcool. Trata-se de uma condição potencialmente grave, cujo manejo adequado é fundamental para prevenir complicações neurológicas, metabólicas e cardiovasculares.

O álcool age como um depressor do SNC, exercendo seu efeito principalmente pela intensificação da ação do GABA, que é o principal neurotransmissor inibitório do cérebro. Em episódios agudos de intoxicação alcoólica, há um aumento acentuado da atividade gabaérgica, levando a manifestações como sedação. No entanto, com o uso prolongado e crônico do álcool, ocorre uma adaptação neuroquímica no SNC: para contrabalançar o excesso de GABA induzido pelo álcool, há uma elevação compensatória da atividade do glutamato, neurotransmissor com efeito excitatório. Quando o consumo de álcool é interrompido ou significativamente reduzido, a estimulação gabaérgica diminui abruptamente, enquanto os níveis de glutamato permanecem elevados, provocando hiperatividade do sistema nervoso autônomo (BAYARD *et al.*, 2004; SACHDEVA *et al.*, 2015).

A SAA se inicia tipicamente entre 6 a 24 horas após a interrupção ou significativa redução no consumo de álcool, especialmente em indivíduos com uso crônico e intenso. A gravidade e duração dos sinais e sintomas de SAA estão representados na **Figura 4.5**. Os primeiros sinais incluem ansiedade, tremores finos, sudorese leve, náuseas, irritabilidade, taquicardia e insônia (BAYARD *et al.*, 2004).

Nos casos moderados, o indivíduo pode apresentar aumento da pressão arterial, febre baixa, taquipneia e sudorese intensa. A progressão dos sintomas é variável, mas cerca de 10% dos pacientes podem desenvolver manifestações mais graves. Aproximadamente 5% dos casos não tratados evoluem com convulsões, geralmente generalizadas, que tendem a ocorrer nas primeiras 48 horas após a última ingestão de álcool. Convulsões focais ou com início tardio devem levantar suspeitas de outras causas neurológicas (BAYARD *et al.*, 2004).

Figura 4.5 Sintomas de SAA



Legenda: Ilustração esquemática representando a gravidade e duração dos sinais e sintomas de SAA.

Fonte: FHEMIG, 2019.

Em situações mais severas, pode ocorrer *delirium tremens* (DT), uma forma aguda e potencialmente letal de abstinência, que envolve confusão mental profunda, desorientação, agitação psicomotora, alucinações (visuais, auditivas ou táteis) e comprometimento do nível de consciência. Este quadro pode se instalar após 48 a 72 horas da suspensão do álcool e está associado a uma taxa de mortalidade entre 1% e 25%, especialmente na ausência de tratamento adequado (BAYARD *et al.*, 2004).

A avaliação do paciente deve envolver uma anamnese detalhada, buscando informações sobre o padrão de consumo etanólico (frequência da ingestão, quantidade, tipo de produto consumido), queixas atuais e história patológica pregressa, bem como o exame físico amplo com procura de alterações compatíveis com SAA.

A avaliação clínica é facilitada por escalas como a CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol*), utilizada para

quantificar a gravidade da SAA e orientar a conduta com base na intensidade dos sintomas. Um resultado de 0 a 8 pontos indica abstinência leve ou ausente; pontuações de 9 a 15 pontos correspondem à abstinência moderada; Já um resultado de 16 ou mais pontos indica sintomas graves de abstinência e a um risco aumentado de delirium tremens e convulsões (BAYARD *et al.*, 2004; SACHDEVA *et al.*, 2015).

Casos leves a moderados, sem risco iminente de complicações, podem ser conduzidos em regime ambulatorial, desde que haja capacidade de monitoramento clínico. Em contrapartida, casos graves, com risco de DT ou comorbidades clínicas significativas, exigem internação para manejo intensivo (AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE, 2020).

A farmacoterapia constitui a base do tratamento da SAA, sendo os benzodiazepínicos considerados a primeira linha terapêutica, devido à sua eficácia na prevenção de convulsões

e DT. Os benzodiazepínicos apresentam tolerância cruzada com o álcool e modulam a ansiedade meio da estimulação dos receptores GABA-A. As opções de escolha incluem diazepam, lorazepam e clordiazepóxido. Protocolos baseados em sintomas, com o uso do CIWA-Ar, são recomendados para ajustar o tratamento à resposta clínica do paciente, minimizando a sedação excessiva e o risco de dependência iatrogênica (AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE, 2020).

Além dos benzodiazepínicos, anticonvulsivantes como gabapentina e carbamazepina podem ser utilizados como alternativas em casos leves ou em contextos ambulatoriais, embora apresentem eficácia limitada em casos de abstinência grave. Antipsicóticos devem ser reservados para controle de sintomas psicóticos refratários, como alucinações, devendo ser utilizados com cautela devido ao risco de prolongamento do intervalo QT e limiar convulsivo reduzido (AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE, 2020).

O suporte clínico é essencial, incluindo hidratação adequada, monitoramento de eletrólitos e reposição de tiamina, vitamina B6 e ácido

fólico, com a administração de tiamina antecedendo a glicose intravenosa, a fim de prevenir a EW. Em pacientes com DT, a sedação intensiva e o suporte em unidade de terapia intensiva podem ser necessários, incluindo, em casos refratários, o uso de barbitúricos ou agentes anestésicos com ventilação assistida (AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE, 2020).

CONCLUSÃO

O TUA representa um dos mais desafiadores problemas de saúde pública da atualidade, devido à sua elevada prevalência, complexidade etiológica e graves repercussões biopsicossociais. Evidencia-se a importância de abordagem interdisciplinar que articule intervenções farmacológicas e psicossociais, sensíveis às singularidades de cada indivíduo.

Por fim, reforça-se a importância de políticas públicas efetivas, educação em saúde e redução do estigma associado ao uso de substâncias como estratégias complementares à atuação clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Texto Revisado. Porto Alegre: Artmed; 2022.

AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION Medicine. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. *Journal of Addiction Medicine*, v. 14, n. 3 Suppl 1, p. 1–72, 2020. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000668

BAYARD, M. *et al.* Alcohol withdrawal syndrome. *American Family Physician*, v. 69, n. 6, p. 1443-50, 2004. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2004/0315/p1443.html>. Acesso em: 25 abr 2025.

BERTAGNOLLI M.C. *et al.* Tratamento da dependência de substâncias. Porto Alegre: Artmed; 2014.

BOTEGA N.J. Prática psiquiátrica no hospital geral. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

BOTEGA N.J. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Definição – Transtornos por uso de álcool no adulto. Portal Linhas de Cuidado, 26 nov. 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/definicao/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/vigitel>. Acesso em: 11 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: MS; 2023. Disponível em: <https://cisa.org.br/pesquisa/artigos-cientificos/artigo/item/442-novos-dados-do-ministerio-da-saude-mostram-consumo-abusivo-e-beber-e-dirigir-no-brasil-em-2023>. Acesso em: 12 jun. 2025.

CHANDRAKUMAR, A. *et al.* Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis. *Journal of Basic and Clinical Physiology Pharmacology*, v. 30, n. 2p, 153-162, 2018 DOI: 10.1515/jbcpp-2018-0075.

DAY E. *et al.* Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2013, n. 7, p. CD004033, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD004033.pub3.

DRAKE, R.E. *et al.* A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 27, n. 4, p. 360-74, 2004. DOI: 10.2975/27.2004.360.374.

FHEMIG - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 016 Síndrome de abstinência alcoólica. Diretrizes clínicas (protocolos clínicos). 2019. Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br. Acesso em: 11 jun 2025.

GRANT, B.F. *et al.* Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. *JAMA Psychiatry*, v.72, n.8, p. 757–766, 2015. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.

HASIN, D.S. *et al.* Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, v. 75, n. 4, p. 336–346, 2018. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4602.

KOOB, G.F. & LE MOAL, M. Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, v. 59, p. 29-53, 2008. DOI: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093548.

MARQUES A.C.P.R. *et al.* Transtornos de Dependência a Substâncias Psicoativas. In: Meleiro A.M.A.S., editor. *Psiquiatria: estudos fundamentais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 326-355.

NIAAA - NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Alcohol's effects on the body. 2023. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohols-effects-body>. Acesso em: 11 jun. 2025.

NIAAA - NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Wernicke-Korsakoff Syndrome. Atualizado em jul. 2022. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/wernicke-korsakoff-syndrome>. Acesso em: 08 jun. 2024.

O'SHEA, R.S. *et al.* Alcoholic liver disease. *Hepatology*, v. 51, n. 1, p. 307-328, 2010. DOI: 10.1002/hep.23258.

PIANO, M.R. Alcoholic cardiomyopathy: incidence, clinical characteristics, and pathophysiology. *Chest*, v. 121, n. 5, p. 1638-1650, 2002. DOI: 10.1378/chest.121.5.1638.

REHM, J. & SHIELD, K.D. Alcohol and mortality: global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis, and injury in 2012. *Alcohol Research*, v. 35, n. 2, p. 174-183, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908710/>. Acesso em: 08 jun. 2024

SANTOS, W.S. *et al.* Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 61, n. 3, p. 1-8, 2012. DOI: 10.1590/S0047-20852012000300001.

SACHDEVA A. *et al.* Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, v. 9, n. 9, p. VE01-VE07, 2015. DOI: 10.7860/JCDR/2015/13407.6538.

SILVA A. & ENES A. Síndrome de Wernicke-Korsakoff: revisão literária da sua base neuroanômica. *Arquivos de Medicina*, v. 27, n. 3, pp. 121-127, 2013. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000300004. Acesso em: 08 jun. 2024.

SMITH J.P. & RANDALL C.L. Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research*, v. 34, n. 4, p. 414-31, 2012. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3860396/>. Acesso em: 08 jun. 2024

SOUZA, M.L.P. *et al.* O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 34, n. 2, p. 1-8. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000200005>.

STAHL, S.M. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (5th ed.). 2021. Cambridge University Press.

ROSA-OLIVEIRA, L.Q. *et al.* Confiabilidade e dimensões do questionário Short Alcohol Dependence Data (SADD) em uma amostra de pacientes hospitalizados: uso do questionário SADD em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 33, n. 1, p. 1-8, 2011. DOI: 10.1590/S1516-44462010005000020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2023. Geneva: WHO; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074715>. Acesso em: 11 jun. 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision) – ICD-11. 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 11 jun. 2025.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 5

DEPENDÊNCIA EMOCIONAL À LUZ DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

JÚLIA MACHADO DA FROTA¹
NATHÁLIA CAETANI CARVALHO²

¹Discente – Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental da Wainer Psicologia.

²Discente – Medicina da Universidade Luterana do Brasil.

Palavras-Chave: Dependência Emocional; Terapia Cognitivo Comportamental; Psicologia.

DOI: 10.59290/2108015006

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A Dependência Emocional (DE), é descrita na literatura como sendo um padrão crônico de demandas afetivas insatisfeitas, às quais o indivíduo buscará satisfação em suas relações interpessoais demonstrando um apego disfuncional (MORAL & SIRVENT, 2008). A partir disso, aponta para uma relevante questão e um objeto de estudo importante quando pensamos no impacto que tal forma de relacionar-se pode ter na saúde e no bem-estar psíquico e físico dos sujeitos. Da mesma maneira como as relações em um campo geral, a especificidade do amor e das relações conjugais possuem um cunho de relevância no desenvolvimento dos indivíduos, bem como, sobre sua saúde emocional.

Ao encontro do que propõe a literatura, o amor auxilia os parceiros a se apoiarem mutuamente, se fazerem felizes e ainda, a construir uma família (BECK, 1995 como citado em MOTA, 2018), assim, o amor quando associado a uma relação saudável e adaptativa, colabora para a promoção de benefícios na vida dos sujeitos. Todavia, ao passo que relações adaptativas corroboram para o bem-estar, relações de cunho desadaptativo e com prejuízos sobre as necessidades emocionais de cada um, impactam significativamente no aparato psíquico dos envolvidos na relação. Para além, em caráter de definição e compreensão da DE, quanto à etiologia, ao encontro do proposto na literatura especializada, os autores (HOOGSTAD, 2008; IZQUIERDO M e GOMES-ACOSTA, 2013; SUSSMAN, 2010) apontam para a significativa influência que o desenvolvimento afetivo do indivíduo durante a infância possui em seus padrões relacionais futuros (BUTION & WECHSLER, 2016). Com isso, em consonância com a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), tem-se que o ambiente inicial de desenvolvimento desempenha um papel fundamental para

o estabelecimento de crenças, perfis psicológicos e formas de compreender e agir no mundo posteriormente.

Também, comumente a DE apresenta comorbidade com outras patologias, como depressão, transtornos alimentares e transtornos ansiosos (BUTION & WECHSLER, 2016). Dessa forma, o estudo sobre a Dependência Emocional, se faz relevante ao passo que, o desenvolvimento e a realização pessoal de quem enfrenta a DE ficam seriamente comprometidos, uma vez que toda a sua energia é voltada à vida do outro (MOTA, 2018). Com isso, cabe à Psicologia atentar-se para essa condição, ao passo que o bem-estar dos indivíduos está relacionado com a manutenção de uma dependência efetiva, sendo alvo terapêutico manejar esse funcionamento dependente quando acarretar prejuízos clínicos significativos e sofrimento ao paciente.

A análise sobre como a compreensão de que forma com a qual nos relacionamos é derivada de nossas estruturas cognitivas, relaciona-se com o viés da TCC sobre os relacionamentos, ao passo que a maneira como cada pessoa se desenvolveu no ambiente, foi ensinada e criou suas ideias de si, dos outros e do mundo aponta também para seus pensamentos, emoções e comportamentos em relações posteriores. Quando se trata da DE, é importante analisar o quadro do paciente contemplando o padrão das relações familiares vividas em sua infância (MOTA, 2018), pois, ao encontro do que considera a TCC, esses padrões que foram internalizados relacionam-se com as crenças e estratégias de enfrentamento do sujeito.

Com isso, é pela via de um olhar apurado sobre os padrões relacionais e crenças que será possível entender como a dependência foi internalizada e até que ponto essa falta nas necessidades emocionais básicas precisará ser suprida (SILVA, 2013 como citado em MOTA, 2018), bem como meios adaptativos para tal. Ademais, a TCC tem sido citada por autores co-

mo tendo potencial benéfico no tratamento da DE, características psicopatológicas envolvidas no quadro apontam para o papel de pensamentos automáticos e distorções cognitivas, como generalização, catastrofização e inferência arbitrária na perpetuação da Dependência Emocional (SANCHES & JOHN, 2019).

Assim, o estudo e observação do tema proposto nesta pesquisa torna-se especialmente relevante em função do que proporciona para os possíveis quadros clínicos de DE, posto que reúne informações coletadas na literatura especializada sobre a compreensão e a efetividade dos tratamentos cognitivos comportamentais para a DE. Ainda, a presente revisão investiga se é possível estabelecer relação entre a TCC e a DE, com isso, identifica como a literatura específica da área descreve as Distorções Cognitivas mais associadas à DE. Por fim, este artigo contém uma checagem na literatura sobre a efetividade da Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento da Dependência Emocional.

MÉTODO

A utilização da Revisão Narrativa como metodologia neste estudo, se deu ao encontro do que propõe Botelho (2011), como uma revisão alicerçada no uso de métodos específicos que visam a busca de um assunto específico em acervos da literatura. Ainda, conforme sugere a literatura especializada, foi realizada em algumas etapas, sendo estas: seleção de um tema de revisão; pesquisa na literatura; seleção, leitura e análise de materiais encontrados; escrita do presente trabalho e a referência dos autores utilizados (MOTA, 2018). Portanto, este trabalho é baseado em uma revisão narrativa delimitada acerca do tema, utilizando, principalmente, fontes da literatura que abordem as temáticas com o referencial teórico escolhido para estudo. Contudo, sendo uma forma de revisão que apresenta uma temática mais aberta, não se limitou

a um protocolo rígido para sua confecção, tendo a busca em fontes não pré-determinadas e específicas como possibilidade (CORDEIRO *et al.*, 2007).

Ainda, na obtenção de materiais para a revisão, estes sendo artigos acadêmicos com pesquisas experimentais, revisões e teses, se utilizou de diferentes bases de dados, sendo elas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico, Portal BVS e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Com uma vasta pesquisa prévia ao desenvolvimento do presente trabalho, foram selecionados materiais bibliográficos para serem utilizados como base, sendo priorizados, majoritariamente, materiais recentes, publicados nos últimos cinco anos. Ainda, nas buscas em banco de dados, foram utilizadas as palavras-chave: dependência afetiva, dependência emocional, terapia cognitiva e dependência emocional, tratamento da dependência afetiva. Por fim, foram excluídos de uso na construção do presente trabalho, artigos e materiais bibliográficos que utilizassem teorias distintas das Terapias Cognitivo Comportamentais, bem como aqueles publicados com fraco referencial teórico e científico. Após os critérios de seleção restaram 30 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: a relação entre a terapia cognitivo comportamental e a dependência emocional; as distorções cognitivas mais associadas à dependência emocional e a efetividade da terapia cognitivo comportamental no tratamento da dependência emocional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A relação entre a Terapia Cognitivo Comportamental e a Dependência Emocional

Quando considerado o quadro de Dependência Emocional (DE), é cabível uma relação

dos aspectos clínicos apresentados, com pontos trabalhados pela Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Sendo esse tipo de dependência, um padrão que envolve fatores cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais, a TCC se faz coerente na análise das distorções cognitivas implicadas nesses contextos, essas distorções por sua vez, relacionadas à orientação do sujeito para o outro como fonte de satisfação e segurança pessoal (LE MOS *et al.*, 2012). Crenças sobre o amor, as relações e sobre si mesmo, quando formuladas e mantidas erroneamente, levam o indivíduo a compreender a possibilidade de uma vida plena apenas quando estiver em um relacionamento, mesmo em situações nas quais ele envolve sofrimento. Tal padrão, se dá, em parte, pela insuficiente satisfação das necessidades emocionais de quem apresenta a DE no período em que o indivíduo construiu e consolidou muitas de suas crenças sobre si, os outros e o mundo, o que culmina também, em sentimentos de insegurança quanto à disponibilidade do parceiro na relação (CASTELLÓ, 2005; HIRSCHFELD *et al.*, 1977; LEMOS & LONDONO, 2006; NORWOOD, 1985; SCHAEFFER, 1998 como citado por LEMOS *et al.*, 2012).

Conforme já abordado no presente estudo, o modelo cognitivo de Aaron Beck (BECK *et al.*, 2007), entende que cada indivíduo possui suas crenças e estratégias de enfrentamento, as quais formam seu perfil e funcionamento perante às situações do contexto que lhe são apresentadas. Ainda, o significado atribuído às informações processadas orienta também as emoções e comportamentos de cada um, desde a infância até à vida adulta. Em especial, Aaron Beck alude às Crenças Centrais em sua teoria (BECK *et al.*, 2007), sendo elas de suma importância quando analisados sintomas da Dependência Emocional, visto que por relacionarem-se com ideias fundamentais sobre si mesmo, sobre os

outros e o mundo, auxiliam na compreensão dos sentimentos, comportamentos e ideias distorcidas da dependência, bem como, proporcionam uma compreensão mais profunda sobre o funcionamento cognitivo do sujeito e suas estratégias de enfrentamento. Ademais, ainda no arcabouço de conceitos propostos pela TCC de Beck, é importante lembrar a existência dessas estratégias de enfrentamento, sendo elas, esforços que o indivíduo faz, sendo eles cognitivos ou comportamentais, para lidar com situações ativadoras internas ou externas e, consequentemente, por vezes acabam por atender e confirmar suas Crenças e necessidades (LAZARUS & FOLKMAN, 1987 como citado por LEMOS *et al.*, 2012). Nesse sentido, o olhar para as estratégias de enfrentamento dos indivíduos com Dependência Emocional permite ao clínico uma compreensão sobre os esquemas mentais arraigados como plano de fundo dos comportamentos (LE MOS & LONDOÑO, 2006).

Ao analisar o perfil cognitivo dos indivíduos que apresentam um quadro de Dependência Emocional, características relacionadas a crenças, distorções cognitivas e como já referido anteriormente no presente estudo, estratégias de enfrentamento, fica evidente um reforço de esquemas mentais desadaptativos que, ao longo dos anos, se tornam mais inflexíveis e perpetuados (HOYOS, 2012). Nesse sentido, os aspectos comportamentais, muito trabalhados e estudados pela TCC também são influenciados pela cognição, sendo a expressão de limites e a busca por atenção condutas que corroboram nesses casos para a conservação do esquema mental, ao passo que evidenciam o medo da solidão e a ansiedade de separação que ocorre nesses contextos. Quando referidas a ansiedade de separação e a demanda de expressão efetiva do casal, cabe o entendimento de uma relação dessas características com crenças e esquemas mentais de desconfiança e abuso (LE MOS & LONDOÑO,

2006), nesse cenário, comportamentos ocorrem também em uma busca pela estabilidade da relação.

Ao encontro do propõe a literatura e nos achados da análise fatorial nos estudos de Hoyos (2024), a ansiedade de separação pode culminar em comportamentos para manter seu par perto, em buscas para evitar o distanciamento pelo medo do abandono, de uma traição ou da separação. Também, as crenças e necessidades relacionadas à expressão de afeto podem gerar pedidos constantes por manifestações e provas do amor de seu par, para que assim, se tenha o alívio da angústia e da dúvida sobre ainda ser amado ou suficiente (IZQUIERDO & GÓMEZ-ACOSTA, 2013; MARKEZ, 2015 como citado por MOMENÉ, 2021). Ainda, com os pensamentos sobre a obrigatoriedade de satisfazer seu cônjuge ou apenas na tentativa de se manter pelo maior tempo na sua companhia, ações como as mudanças de planos podem vir a acontecer, nesse caso, o indivíduo com a DE prioriza acima de todos seus interesses e individualidades a vontade do outro, moldando suas atividades diárias com base na rotina de quem ama. Seguindo os pontos encontrados por Helena Hoyos (2024), geralmente associado às crenças de necessidade do outro, crenças de auto derrotismo e pensamentos desse cunho sobre o mundo ou os outros, surge também a expressão de limite pela via da autoagressão. Nesses episódios, o sujeito tem comportamentos de automutilação diante do medo da perda do outro, essas estratégias estão a serviço da tentativa de manutenção da relação a todo custo, refletem assim o grau de dependência (CASTELLÓ, 2005; BORNSTEIN *et al*, 2002 como citado por HOYOS, 2024). Com isso, entende-se que a TCC permite uma compreensão sobre os padrões persistentes e comportamentos compensatórios da DE.

Distorções cognitivas mais associadas à dependência emocional

Em análise à esfera cognitiva da DE, é interessante que pela TCC, seja direcionado o olhar para as distorções cognitivas presentes nesse contexto e como elas podem se manifestar. Em um estudo realizado acerca da DE em uma perspectiva cognitivo comportamental, mostra que em 15 distorções cognitivas avaliadas, 12 apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos de comparação e apontaram escores médios mais elevados em pessoas com DE. Nessas 12 distorções, temos: “Filtragem, Pensamento polarizado, Supergeneralização, Interpretação do pensamento, Visão catastrófica, Falácia do controle, Falácia da justiça, Raciocínio emocional, Falácia da Mudança, Você Deveria, Falácia da Razão e Falácia da Recompensa Divina” (DIAS, 2022).

Ainda, o estudo de Mota (2018) outras distorções são apontadas para uma compreensão sobre a forma com que estas se manifestam na DE, por exemplo, a catastrofização, a qual ocorre como uma visão sobre o pior a acontecer em relação ao término, este que, caso ocorra, é visto como fator a arruinar a vida do sujeito, uma determinação de que ninguém mais irá lhe amar. A polarização, ou “pensamento tudo ou nada”, refere-se na DE ao sucesso na vida e a felicidade diretamente dependentes da presença da relação e do parceiro na vida do indivíduo, caso contrário, a autopercepção de fracasso vem a surgir (MOTA, 2018). Por sua vez, a abstração seletiva aparece na atenção direcionada apenas a alguns elementos da relação, os pontos negativos do parceiro são ignorados, abstraídos, ou então, quando percebidos, ocorre a falácia do pensamento de que ele irá mudar e melhorar (BU-TION, 2016).

Sobre a minimização, Mota (2018) descreve que no funcionamento dessa distorção características e aspectos positivos de si mesmo são

minimizados pelo sujeito, enquanto os pontos negativos são maximizados, o indivíduo percebe seu parceiro como alguém caridoso, que está lhe fazendo um favor por amá-la, pois a mesma acredita ser indesejável e insuficiente. Nesse viés também, a distorção de Imperativo, descrita por Knapp (2009) como a interpretação de eventos em termos de como as coisas deveriam ser, não necessariamente sobre como as coisas de fato são, aparece na DE por um pensamento rígido, bem como pela ação de ditar como o parceiro e o relacionamento devem ser por via de ideias rígidas e inflexíveis (DIAS, 2022).

Além disso, nos estudos de Momeñe (2021), as análises de correlação destacaram a relação positiva entre os fatores DE com sofrimento emocional e estilos de enfrentamento desadaptativos, como a autocrítica. Ainda, nesse estudo, foram apontadas relações positivas com esquemas mentais de abandono e subjugação, bem como, associação com sintomas psicopatológicos de ansiedade, depressão e ideação paranóide. Nesse sentido, a literatura aponta para abandono e subjugação como fortes esquemas ativados na avaliação cognitiva e nas estratégias de enfrentamento desempenhadas pelos indivíduos com um quadro de DE. Esses estilos cognitivos, são apontados como oriundos, em grande parte, da relação com as figuras representativas durante a infância, sendo então essas relações facilitadores ou complicadores para um estabelecimento de relações saudáveis no futuro (HERRENKOHL & JUNG, 2016; HERRERO, *et al.*, 2018 como citado em MOMEÑE, 2021).

Por fim, outro ponto importante a ser avaliado proposto nos estudos de Momeñe (2021) é a dificuldade dos indivíduos com DE em quebrar com ciclos de relações violentas, dificuldade essa relacionada diretamente com as crenças de não merecimento, incompetência e culpa presentes. Ainda, distorções cognitivas relacionadas a pensamentos negativos e autocríticos,

faz com que essas pessoas encontrem dificuldades em colocar limites nas relações, bem como, em uma necessidade do outro para uma falsa sensação de completude (MARKEZ, 2015 como citado por MOMEÑE, 2021). Nesse sentido, é imprescindível que distorções cognitivas que acarretem prejuízo significativo na vida do sujeito possam ser abordadas no processo terapêutico, bem como, manejadas para a construção de estratégias e interpretações mais assertivas.

Efetividade da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da dependência emocional

Ao analisar que, a DE, pode ser definida e descrita como “um padrão crônico de demandas afetivas insatisfeitas, que buscam ser atendidas através de relacionamentos interpessoais caracterizados por um apego patológico” (MORAL & SIRVENT, 2008 como citado por BUTION & WECHSLER, 2016), é cabível a compreensão sobre a importância que um tratamento psicoterápico pode ter no auxílio ao indivíduo para uma maior promoção de saúde em diferentes aspectos de sua vida. Todavia, é imprescindível o entendimento de que nem todas as relações amorosas ou vínculos com caráter afetivo irão culminar em sintomas de dependência, para uma avaliação correta do caso é importante que sejam considerados aspectos de prejuízo em diferentes contextos do sujeito, bem como, comportamentos que apontam para as adições relacionais.

Conforme abordado por Moral e Sirvent (RISO, 2004 como citado por MORAL & SIRVENT, 2008), alguns pontos principais devem ser considerados em uma avaliação clínica do quadro abordado no presente estudo. Os critérios abordados pelos autores referem-se à: Apesar do desconforto, os sintomas de dependência persistem e/ou aumentam com o tempo; O indivíduo manifesta síndrome de abstinência na au-

sência do outro; Não existem ou foram infrutíferas tentativas passadas de suspensão do relacionamento; Tempo e esforço são demasiadamente investidos objetivando estar com o outro; Manter o vínculo ou relação mesmo ciente de prejuízos e repercussões que ele esteja causando em sua vida.

Ainda, Sirvent e Moral (2007) avaliam outros indicadores, passíveis de investigação também em uma avaliação clínica para a DE. Os autores apontam para fatores como a necessidade de aprovação de outros e uma preocupação demasiada em agradar, uma troca assimétrica e falta de reciprocidade de afeto associada a um vazio emocional persistente nas relações. Também, referem critérios relacionados à euforia e idealização excessivas sobre o parceiro com o qual o indivíduo se relaciona, posições subordinadas nos relacionamentos em conjunto com autoestima e autoconceito rebaixados. Em relação ao histórico de vida, necessidades emocionais não supridas suficientemente na infância, apego ansioso e sentimentos de desamparo emocional frequentes são percebidos também nos quadros de DE.

Sendo assim, a literatura sugere a compreensão de que o quadro entrelaça diferentes estágios do desenvolvimento, contextos e vínculos estabelecidos pelo sujeito. Da mesma forma, tão abrangente quanto os campos que manifestam sintomas relacionados à DE, são os impactos e possíveis prejuízos funcionais. Outro fator importante apontado pela literatura, está nas comuns comorbidades apresentadas com a DE, como depressão, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, entre outros (ARNTZ, 2005; BORNSTEIN, 2012 como citado por BUTION & WECHSLER, 2016). Dessa forma, a maioria dos pacientes não busca auxílio por conta das condições relacionais, mas sim, por demais sintomas que se apresentam pelas outras psicopatologias, ou mesmo, não chegam a procurar ajuda.

Também, Norwood (NORWOOD, 2005 como citado em MOREIRA & MADALENA, 2022) refere que uma das dificuldades no tratamento para a DE está na falta de consciência e conhecimento acerca desse quadro por parte, tanto da população, como dos profissionais de saúde.

Tendo esses pontos em vista, após uma avaliação inicial, é importante a decisão sobre as melhores abordagens e manejos a serem postos em prática em cada caso. Nos estudos de Santo *et al.* (2022), foi realizada a compreensão dos efeitos de um grupo de apoio no modelo MADA - Mulheres que Amam Demais Anônimas, grupos este direcionada para aquelas que apresentavam Dependência Emocional em seus relacionamentos amorosos. O espaço do grupo, foi estruturado e realizado a partir de bases da Psicologia, proporcionando então um espaço de acolhimento psicológico e trocas entre as participantes. Conforme mostra a pesquisa, o processo grupal nesse caso permitiu reflexões sobre as configurações de relacionamentos e padrões de comportamentos, partilha de estratégias de enfrentamento, questionamentos sobre fatores de manutenção das relações e discussões sobre as consequências que o funcionamento dependente acarretava em suas vidas. Com isso, o estudo ainda relata que as participantes deram *feedbacks* positivos por fazerem parte do processo de grupo, “por poderem falar sem julgamentos (...) trocando experiências e se identificando umas com as outras, mostrando a importância de um espaço de fala” (SANTO *et. al*, 2022).

No entanto, ao passo que o grupo terapêutico é relatado pelas participantes como forte fator de melhora, as pesquisas de Mota (2018) propõem que os profissionais apontam como principal forma de tratamento para a DE a psicoterapia, visto que ela não trabalha apenas com os sintomas atuais, mas também em sua origem. Nesse sentido, a autora, ao encontro também do que sugere a TCC, aponta que através do trata-

mento e de uma reestruturação cognitiva, torna-se possível quebrar com padrões de cognição e comportamentos, bem como, por consequência modificar a valência de emoções em determinadas situações, intervindo na forma como são processadas as informações pelos pacientes (SERRA, 2006 como citado em MOTA, 2018).

No que diz respeito ao aspecto comportamental, sendo ele um dos núcleos de trabalho em terapia pelos terapeutas cognitivos comportamentais, a literatura retrata a exposição como potencial estratégia terapêutica, na qual, frente ao estímulo aversivo e ao suportar esses afetos negativos, é possível desenvolver novas habilidades de enfrentamento mais assertivas que proporcionem maior autoconfiança (FRIEDBERG & MCCLURE, 2004 como citado em MOTA, 2018). Dessa forma, um dos benefícios do tratamento pela TCC está também concentrado no aprimoramento de novos modos de enfrentamento adaptativos, bem como em habilidades comportamentais que não reforcem as distorções cognitivas e crenças desadaptativas presentes na DE. Ainda, sobre as intervenções clínicas, Zanin e Valerio (ZANIN & VALERIO, 2004 como citado em MOREIRA & MADALENA, 2022) expõem a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental em casos de Dependência Emocional, também, a psicoterapia pode ser realizada de forma individual, em grupos, em casal ou famílias, sendo o formato individual mais indicado pelos autores, mesmo aqueles que não concordam quanto a abordagem a ser utilizada (BUTION & WECHSLER, 2016).

Apesar dos fatores que corroboram para um horizonte favorável no que diz respeito ao tratamento da DE pela TCC, ainda carecem os estudos amplamente validados que abordem especificamente estratégias e planos de tratamento sólidos para esse quadro pela TCC, bem como, pesquisas que indiquem a abordagem como padrão ouro para a psicoterapia destes casos.

CONCLUSÃO

Neste estudo objetivou-se revisar, a partir da literatura específica da área, os materiais científicos acerca da leitura da Terapia Cognitivo Comportamental sobre a Dependência Emocional. Com a realização dessa busca, foram encontrados resultados que apontam para a DE como sendo um padrão crônico de demandas afetivas insatisfeitas, que buscam ser atendidas através de relacionamentos interpessoais caracterizados por um apego patológico. Nesse sentido, sendo amparado pela bibliografia científica referente ao tema, o estudo sugere que a DE implica em prejuízos para os indivíduos que apresentam este quadro clínico, seja em suas relações interpessoais ou na própria visão que o sujeito tem de si mesmo, fatores que acarretam demandas importantes a serem trabalhadas na clínica psicológica. Sobre os resultados de pesquisas sobre a DE à luz da TCC, o presente artigo retrata os achados de trabalhos científicos ao identificar a contribuição dessa abordagem acerca do quadro de DE, pondo que são retratadas na literatura relações entre os dois pontos temáticos no que se refere à compreensão da patologia, distorções cognitivas mais frequentes, crenças disfuncionais características do quadro, intervenções e determinados tópicos sobre tratamento.

Todavia, é importante salientar que o estudo apresenta algumas limitações, por ser referente a uma temática com recorte específico de abordagem e quadro clínico relacionados, não foi possível encontrar uma vasta literatura sobre evidências de tratamento da DE pela TCC. Ademais, é imprescindível que sejam realizadas maiores pesquisas científicas acerca da delimitação da DE, bem como, sobre os principais manejos a serem realizados, de forma a permitir melhorias na condição de saúde dos indivíduos que apresentam essa sintomatologia. Com isso, apesar de já existir suficiente quantidade de estudos

científicos para a realização desta revisão de literatura, a mesma torna-se limitada na possibilidade de apontar uma grande quantidade de autores com pesquisas experimentais relacionando a TCC com a DE, mesmo que sugira bons resultados embasados na literatura já existente.

Portanto, sugere-se que mais produções científicas sejam realizadas na busca de compreender e investigar a eficácia da TCC para a

conceitualização, o entendimento e o tratamento da DE. Também, é importante salientar que as produções necessitam estar amparadas cientificamente e com suficiente rigor metodológico, dessa forma, o desenvolvimento dos estudos permitirá uma prática mais assertiva, ética e consolidada por evidências previamente investigadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECK, J. S. *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.
- BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013.
- BOTELHO, L. L. R.; ALMEIDA CUNHA, C. C. de; MACEDO, M. O. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121–136, 2011.
- BUTION, D. C.; WECHSLER, A. M. Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 7, n. 1, p. 77–101, 2016. DOI: 10.5433/2236-6407.2016v7n1p77
- CASTELLÓ, J. *Dependência emocional*. Barcelona: Editorial Paidós, 2005.
- CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 34, n. 6, p. 428–431, 2007. DOI: 10.1590/S0100-69912007000600008
- DIAS, A. C. Distúrbios emocionais e distorções cognitivas: análise comparativa em dependência emocional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 18, n. 1, p. 22–32, 2022. DOI: 10.5935/1678-2834.20220003
- FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M. *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. New York: Guilford Press, 2004.
- HERRENKOHL, T. I.; JUNG, H. Early risk factors for dependence in adult relationships. *Development and Psychopathology*, v. 28, p. 137–153, 2016. DOI: 10.1017/S0954579415000395
- HERRERO, J. *et al.* Patterns of emotional dependency and child maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 33, p. 1487–1505, 2018. DOI: 10.1177/0886260515614566
- HIRSCHFELD, R. M. A. *et al.* Psychological and social characteristics of dysthymic patients. *Archives of General Psychiatry*, v. 34, n. 8, p. 1021–1027, 1977. DOI: 10.1001/archpsyc.1977.01770200059006
- HOOGSTAD, J. Choice theory and emotional dependency. *International Journal of Reality Therapy*, v. 28, n. 1, p. 63–68, 2008.
- IZQUIERDO, M.; GOMES-ACOSTA, J. Padrões relacionais e dependência afetiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, v. 45, n. 3, p. 267–278, 2013.
- KNAPP, P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.
- KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, supl. 2, p. s54–s64, 2008. DOI: 10.1590/S1516-44462008000600003
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1987.
- LEMOs HOYOS, M. *et al.* Perfil cognitivo da dependência emocional em estudantes universitários de Medellín, Colômbia. *Universitas Psychologica*, v. 2, p. 395–404, 2012.
- LEMOs HOYOS, M.; LONDOÑO ARREDONDO, N. H. Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, v. 9, n. 2, p. 127–140, 2006.
- MARKEZ, J. *Autoestima y dependencia emocional*. Madrid: Editorial Pirámide, 2015.

MOMENE, J. Dependência emocional e esquemas cognitivos: análise correlacional. *Revista Española de Psicología Clínica*, v. 26, n. 3, p. 133–146, 2021. DOI: 10.5944/repc.vol26.num3.2021.30514

MORAL JIMÉNEZ, M. V.; SIRVENT RUIZ, C. Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, v. 33, n. 2, 2008.

MOREIRA, M.; MADALENA, T. A dependência emocional na manutenção de relacionamentos amorosos abusivos: uma perspectiva da terapia cognitivo comportamental. *Cadernos de Psicologia*, v. 4, n. 7, 2022.

MOTA, G. Dependência afetiva: quando amar é uma patologia — levantamento, intervenção e prevenção. Tese (Doutorado em Psicologia) — Universidade Paulista, 2018.

NORWOOD, R. *Women who love too much*. New York: Pocket Books, 1985.

SANCHES, D.; JOHN, L. A. Distorções cognitivas e padrões de dependência emocional. *Revista de Psicoterapia Cognitiva*, v. 10, n. 1, p. 34–45, 2019. DOI: 10.5935/1678-2834.20190006

SANTOS, R. *et al.* Grupos de apoio e dependência emocional: estudo sobre o MADA. *Revista Brasileira de Psicologia da Saúde*, v. 14, n. 1, p. 12–19, 2022. DOI: 10.5935/2177-093X.20220003

SIRVENT, C.; MORAL, M. V. La dependencia sentimental. *Anales de Psiquiatria*, v. 23, n. 3, p. 93–94, 2007.

SUSSMAN, S. Love and addiction: a review. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 42, n. 1, p. 1–13, 2010. DOI: 10.1080/02791072.2010.10399776

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 6

A CRISE DA MENTE: DESVENDANDO A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO PRONTO- SOCORRO

MARIANA VANON MOREIRA¹
ALINE BATISTA BRIGHENTI DOS SANTOS²
VINÍCIUS VANON MOREIRA³

¹Médica (Autora Principal) graduada pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA.

²Médica, graduada pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA.

³Discente da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Palavras-Chave: Emergência Psiquiátrica; Manejo de Crise; Saúde Mental.

DOI: 10.59290/6090120005

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A emergência psiquiátrica representa um ponto de inflexão crítico na interseção da saúde mental com a medicina de urgência, exigindo reconhecimento e intervenção imediatos para mitigar riscos inerentes à segurança do paciente e de terceiros (NAMI, 2023). Sua definição reside na descompensação aguda do pensamento, humor, percepção ou comportamento. É crucial que o clínico reconheça a intrínseca interface entre o comprometimento psíquico primário e as condições médicas subjacentes, visto que estas podem mimetizar ou exacerbar quadros psiquiátricos, demandando avaliação diagnóstica diferencial abrangente (REICH *et al.*, 2023).

Tais quadros clínicos são diversos, incluindo agitação psicomotora, comportamento suicida, psicose aguda e síndromes de abstinência, cada qual exigindo um manejo específico e a garantia da segurança do paciente e da equipe (RICHMOND *et al.*, 2022). A abordagem se fundamenta na avaliação inicial, manejo farmacológico e não farmacológico, e na decisão da internação psiquiátrica, conforme a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), sempre com o apoio de uma equipe multiprofissional (WHO, 2022). O estigma e a limitação de recursos são desafios persistentes (CORRIGAN *et al.*, 2023), mas os avanços na pesquisa (BOUSMAN *et al.*, 2023) e o fortalecimento da saúde mental comunitária (SARACENO, 2023) trazem perspectivas futuras.

O objetivo deste capítulo é, portanto, fornecer um panorama conciso das emergências psiquiátricas, abordando sua definição, principais apresentações, manejo e os desafios contemporâneos para aprimorar a atuação clínica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de maio a junho de

2025, com o objetivo de compilar e sintetizar o conhecimento atual sobre emergências psiquiátricas. A pesquisa foi conduzida predominantemente nas bases de dados eletrônicas PubMed e Medline, reconhecidas por sua abrangência e relevância na literatura médica.

Para a delimitação da busca, foram empregados os seguintes descritores controlados (*Medical Subject Headings - MeSH*) e seus termos livres correspondentes, combinados com operadores booleanos: "*Emergency Psychiatry*" OR "*Psychiatric Emergencies*" AND "*Acute Mental Health Crisis*" OR "*Psychiatric Agitation*" OR "*Suicidal Behavior*" OR "*Psychosis*" OR "*Substance-Related Disorders*".

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados entre 2022 e 2025, nos idiomas inglês, português e espanhol, que abordassem diretamente as temáticas propostas para este capítulo – definição, causas e fatores de risco, principais apresentações clínicas, abordagens de manejo, aspectos éticos/legais e desafios/perspectivas futuras em emergência psiquiátrica. Priorizou-se a inclusão de estudos do tipo revisão sistemática, metanálise, ensaios clínicos randomizados e artigos de revisão narrativa de alta relevância, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão abrangeram artigos duplicados, aqueles apresentados apenas na forma de resumo, estudos que não se alinhavam diretamente à proposta temática do capítulo, e aqueles que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção, um total de 85 artigos foram considerados elegíveis e submetidos à leitura minuciosa. Os dados relevantes foram extraídos e sintetizados de forma descritiva, organizados em categorias temáticas que espelham a estrutura do capítulo, abordando: introdução à emergência psiquiátrica; causas e fatores de risco; principais apre-

sentações clínicas; abordagem e manejo; aspectos éticos e legais; e desafios e perspectivas futuras. A análise dos dados buscou identificar consensos, lacunas no conhecimento e as melhores práticas baseadas nas evidências mais recentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A emergência psiquiátrica transcende a mera definição, adentrando as complexas interações etiológicas e as diversas apresentações clínicas que caracterizam este campo (NAMI, 2023). A descompensação aguda do estado mental, embora primariamente psiquiátrica, exige uma vigilância constante para comorbidades médicas, as quais podem mimetizar, precipitar ou exacerbar o quadro, tornando a avaliação diferencial um pilar do manejo (REICH *et al.*, 2023).

Causas e fatores de risco

A etiologia das emergências psiquiátricas é multifacetada, envolvendo a descompensação de transtornos psiquiátricos agudos e a influência de fatores precipitantes e comorbidades médicas. A psicose aguda, presente em condições como esquizofrenia e transtorno bipolar em fase maníaca, frequentemente culmina em emergência devido ao risco de auto ou heteroagressão e ao profundo comprometimento do juízo crítico. Nesses casos, o paciente pode apresentar delírios persecutórios ou comandos alucinatórios que induzem a comportamentos perigosos (OWEN *et al.*, 2023). A mania grave, em sua plenitude sintomatológica, caracteriza-se por impulsividade acentuada, grandiosidade, julgamento prejudicado, e hiperatividade psicomotora, elevando o risco de exaustão física, desidratação e envolvimento em situações de alto risco social e financeiro (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). A depressão maior com ideação suicida, por sua vez, re-

presenta uma das urgências de maior letalidade. Pacientes com ideação persistente, planos estruturados, acesso a meios e histórico prévio de tentativas demandam intervenção imediata, sendo a desesperança e a anedonia severa fatores de risco adicionais significativos (TURECKI & BRENT, 2023). Além disso, transtornos de ansiedade severos, como o transtorno de pânico com agorafobia incapacitante, podem levar o indivíduo a buscar o pronto-socorro devido à intensidade dos sintomas somáticos.

Os fatores precipitantes frequentemente atuam como catalisadores para a crise. Estressores agudos, como perdas significativas (luto, divórcio), eventos traumáticos (acidentes, violência) ou crises interpessoais e financeiras, podem descompensar um indivíduo vulnerável. O uso agudo ou crônico de substâncias psicoativas é uma das causas mais comuns de emergências psiquiátricas. Intoxicações por álcool, estimulantes (cocaína, anfetaminas), alucinógenos ou novas substâncias psicoativas (NPS) podem induzir agitação, paranoia, psicose ou agressividade. Inversamente, as síndromes de abstinência, especialmente de álcool e benzodiazepínicos, podem ser quadros potencialmente letais, manifestando-se com *delirium tremens*, convulsões e quadros psicóticos, exigindo manejo em ambiente hospitalar com suporte intensivo (SCHUCKIT *et al.*, 2022). A descompensação de transtornos psiquiátricos crônicos, muitas vezes relacionada à má adesão ao tratamento farmacológico ou psicoterápico, também é um fator precipitante relevante.

A interface com comorbidades médicas é um domínio crítico. Condições clínicas não psiquiátricas podem mimetizar ou agravar quadros psiquiátricos, tornando a avaliação diferencial imperativa. Infecções sistêmicas (ex: sepse, infecções do trato urinário em idosos) e aquelas que afetam o sistema nervoso central (ex: meningite, encefalite) podem cursar com delirium,

agitação, psicose ou alterações do nível de consciência, que podem ser erroneamente atribuídas a um transtorno psiquiátrico primário (TRZEPACZ *et al.*, 2022). Distúrbios metabólicos e endócrinos, como hipoglicemia, cetoacidose diabética, disfunções tireoidianas (hipo ou hipertireoidismo), e alterações eletrolíticas (hiponatremia, hipercalcemia), são frequentemente responsáveis por sintomas neuropsiquiátricos. Adicionalmente, intoxicações exógenas por medicamentos prescritos (ex: anticolinérgicos, corticosteroides), venenos, ou reações adversas a fármacos podem induzir quadros agudos que se assemelham a emergências psiquiátricas genuínas. Condições neurológicas estruturais ou funcionais, como acidentes vasculares cerebrais, tumores cerebrais, epilepsia (especialmente estados pós-ictais ou crises não-convulsivas) e demências, também podem se apresentar com alterações comportamentais agudas, psicose ou agitação (BOUSMAN *et al.*, 2023).

Principais apresentações clínicas e abordagens de manejo

O manejo em emergência psiquiátrica exige uma abordagem sistemática, que prioriza a segurança do paciente, da equipe e do ambiente. A avaliação inicial é o ponto de partida, compreendendo uma anamnese detalhada do episódio atual e do histórico psiquiátrico, um exame minucioso do estado mental e um exame físico completo para descartar causas orgânicas. A triagem inicial é crucial para hierarquizar a atenção, priorizando pacientes com risco iminente.

A agitação psicomotora é uma das síndromes mais frequentes e desafiadoras. Seu manejo inicia-se com a desescalada verbal, uma técnica que emprega comunicação calma, empática e direta para tentar conter a agitação verbalmente. Se essa abordagem falhar e o risco persistir, o manejo farmacológico torna-se necessário. Benzodiazepínicos (e.g., lorazepam)

e/ou antipsicóticos (e.g., haloperidol, olanzapina) são frequentemente utilizados, com a via oral sendo preferencial, mas a via intramuscular disponível para situações de maior gravidade (OSTACHER *et al.*, 2023). A contenção física ou química é um último recurso, aplicada apenas quando há risco iminente de dano e sob estrita observação e protocolos para evitar complicações (RICHMOND *et al.*, 2022).

O comportamento suicida impõe a mais alta prioridade. A avaliação de risco é multifatorial, investigando a presença e intensidade de ideação suicida, existência de planos detalhados, acesso a meios, histórico de tentativas prévias e a presença de desesperança profunda (TURECKI & BRENT, 2023). Com base nessa avaliação, um plano de segurança deve ser elaborado, que pode incluir a remoção de objetos letais, o envolvimento de suportes sociais e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de crises. A hospitalização psiquiátrica é frequentemente indicada para pacientes com alto risco.

A psicose aguda caracteriza-se por uma ruptura com a realidade, manifesta por delírios, alucinações e pensamento desorganizado. O reconhecimento dos sintomas psicóticos é fundamental, mas a diferenciação de outras causas orgânicas é primordial, exigindo a realização de exames complementares como exames laboratoriais e neuroimagem (REICH *et al.*, 2023; OWEN *et al.*, 2023). O manejo envolve a estabilização sintomática com antipsicóticos.

Crises de pânico e ansiedade severa são queixas comuns na emergência, com sintomas somáticos intensos que podem mimetizar condições cardiovasculares ou respiratórias. A diferenciação de causas orgânicas é, portanto, o primeiro passo, seguida pelo manejo imediato com benzodiazepínicos e técnicas de respiração.

As intoxicações e síndromes de abstinência representam um desafio complexo, exigindo reconhecimento dos padrões de uso de substâncias. A intoxicação aguda pode causar agitação, psicose ou depressão, enquanto a síndrome de abstinência pode cursar com delirium, convulsões e instabilidade autonômica, demandando manejo em ambiente monitorado e suporte vital específico (SCHUCKIT *et al.*, 2022).

Transtornos de humor graves em sua fase aguda, como a depressão maior com características psicóticas ou a mania grave, exigem manejo farmacológico intensivo com antipsicóticos e estabilizadores de humor, além de medidas de segurança para controlar a agitação ou o risco de autoagressão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

A catatonia, embora rara, é uma síndrome neuropsiquiátrica que pode ser fatal se não reconhecida. Caracterizada por um conjunto de sintomas motores (estupor, catalepsia, negativismo), exige um diagnóstico diferencial cuidadoso para excluir condições neurológicas ou médicas. O tratamento com benzodiazepínicos intravenosos é frequentemente eficaz, e a eletroconvulsoterapia (ECT) pode ser necessária em casos refratários (TRZEPACZ *et al.*, 2022).

A internação psiquiátrica é um passo crucial, e sua modalidade – voluntária, involuntária ou compulsória – é definida pela capacidade de consentimento do paciente e pelo grau de risco. No Brasil, a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) normatiza esses procedimentos, priorizando a manutenção dos direitos do paciente e a sua reinserção social. A solicitação de exames complementares, como análises laboratoriais e de imagem, é essencial para elucidar ou descartar etiologias orgânicas que possam estar subjacentes ao quadro psiquiátrico (REICH *et al.*, 2023).

Finalmente, o sucesso do manejo na emergência psiquiátrica é intrinsecamente ligado à

equipe multiprofissional. Médicos (psiquiatras e emergencistas), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais colaboram em uma abordagem holística, que vai desde o acolhimento e a estabilização aguda até o planejamento da alta e a articulação com a rede de suporte social (WHO, 2022).

Aspectos éticos e legais

A condução da emergência psiquiátrica é indissociável de rigorosos aspectos éticos e legais, que visam proteger os direitos e a dignidade do paciente. O respeito à autonomia e à confidencialidade são princípios fundamentais, embora em situações de risco iminente, a quebra de confidencialidade possa ser justificada sob estritas condições e sempre com o mínimo de informação necessária (CORRIGAN *et al.*, 2023). O consentimento informado é a base de qualquer intervenção médica; contudo, em crises agudas com capacidade de decisão comprometida, a intervenção pode ser presumida para preservar a vida ou a integridade física, exigindo documentação detalhada e busca do consentimento assim que o paciente recuperar a autonomia. A Legislação Específica, como a Lei nº 10.216/2001 no Brasil, é o arcabouço legal que dita as normas para as diferentes modalidades de internação e o manejo de pacientes em crise, enfatizando a prioridade do tratamento em ambientes menos restritivos e o respeito aos direitos humanos (SARACENO, 2023).

CONCLUSÃO

Este capítulo ressalta a complexidade intrínseca da emergência psiquiátrica, um campo que exige dos profissionais de saúde uma capacidade ímpar de integrar conhecimentos de psicopatologia, semiologia médica e manejo de crise. A análise dos dados demonstra que a eficácia no atendimento depende não apenas da acurácia diagnóstica das diversas apresentações clínicas

– desde a agitação psicomotora ao comportamento suicida, passando pelas psicoses agudas e síndromes de abstinência – mas também da aplicação de uma abordagem terapêutica que combine intervenções farmacológicas e não farmacológicas, sempre sob a égide dos preceitos éticos e legais vigentes, como a Lei nº 10.216/2001. A atuação coordenada de uma equipe multiprofissional é fundamental, otimizando o acolhimento, a estabilização e o encaminhamento do paciente.

Apesar dos avanços observados, o estudo reitera que o estigma social e a limitação de recursos continuam a ser barreiras substanciais para a oferta de um cuidado equitativo e de alta qualidade em emergências psiquiátricas. A escassez de leitos dedicados, a insuficiência de profissionais especializados e a infraestrutura inadequada nos serviços de urgência e emergência impõem desafios diários. Contudo, as perspectivas futuras apontam para a necessidade de um investimento contínuo em educação

e treinamento dos profissionais de saúde, visando aprimorar suas habilidades no manejo de crises e na redução do estigma.

Este panorama, portanto, evidencia que o fortalecimento da saúde mental comunitária, com a expansão e a integração efetiva da atenção primária e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é uma estratégia crucial para a prevenção de descompensações e a redução da demanda por serviços de emergência. Por conseguinte, a desospitalização e a reinserção social devem ser focos de políticas de saúde, indicando que um sistema de cuidado robusto fora do ambiente hospitalar pode atuar como um amortecedor de crises. Novos estudos devem ser conduzidos para avaliar o impacto da implementação de protocolos de manejo integrados entre a atenção primária e os serviços de emergência na redução das internações psiquiátricas e na melhoria dos desfechos clínicos a longo prazo, além de pesquisas focadas na efetividade de intervenções que visem combater o estigma em diversos níveis do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2022.

BOUSMAN, C.A. *et al.* Neuroinflammation and psychiatric disorders: current state and future directions. *Molecular Psychiatry*, n. 28, v. 5, p. 1800-1815, 2023. DOI:10.1038/s41380-022-01504-0.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF); 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 25 jun 2025.

CORRIGAN, P.W. *et al.* Stigma and mental illness: a guide for healthcare professionals. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2023.

NAMI - NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS. Mental health by the numbers. Arlington (VA): National Alliance on Mental Illness; 2023. Disponível em: <https://www.nami.org/mhstats>. Acesso em: 25 jun 2025.

OSTACHER, M.J. *et al.* Management of acute agitation in the emergency department setting: a narrative review. *Journal of Clinical Psychiatry*, n. 84, v. 1, p. e1-e9, 2023. DOI:10.4088/JCP.22r14766

OWEN, M.J. *et al.* Schizophrenia. *The Lancet*, n. 401, v. 10383, p. 1184-1194, 2023. DOI:10.1016/S0140-6736(22)02251-0.

REICH, C. *et al.* The role of medical workup in psychiatric emergencies: a systematic review. *Current Psychiatry Reports*, n. 25, v. 8, p. 441-450, 2023. DOI:10.1007/s11920-023-01395-w.

RICHMOND, J.S. *et al.* De-escalation of agitation and aggression in psychiatric emergency settings: a best practice algorithm. *Psychiatric Services*, v. 73, n. 6, p. 666-673, 2022. DOI:10.1176/appi.ps.202100259.

SARACENO B. Mental health in developing countries: an approach to global mental health. Cham (Switzerland): Palgrave Macmillan; 2023.

SCHUCKIT, M.A. *et al.* Alcohol and drug abuse. *The New England Journal of Medicine*, n. 387, v. 19, p: 1782-1793, 2022. DOI:10.1056/NEJMra2200417.

TRZEPACZ, P.T. *et al.* Delirium: a global mental health challenge. *JAMA Psychiatry*, v. 79, n. 4, p: 382-393, 2022. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2021.3735.

TURECKI, G. & BRENT, D.A. Suicide prevention. *The New England Journal of Medicine*, v. 388, n. 4, p: 362-371, 2023. DOI:10.1056/NEJMra2207105.

WHO - World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 7

COMPREENDENDO O TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: DIAGNÓSTICO E MANEJO MULTIDISCIPLINAR

KAMILA ALCÂNTARA SILVA¹
GUILHERME ALCANTARA CARVALHO¹
JOSÉ ANÍSIO SANTOS JUNIOR²
GUILHERME GUIMARÃES ALMICO³
ANA BEATRIZ PALMEIRA SARMENTO SILVA⁴
KERCIA ALCANTARA SILVA⁵
KERLIN ALCANTARA SILVA⁶
KARINA ALCANTARA SILVA⁶
ALEX DOS SANTOS BINA⁷

¹Discente de Medicina na Universidade Tiradentes (UNIT), Estância - Sergipe

²Docente de Medicina na Universidade Tiradentes (UNIT), Estância - Sergipe

³Bacharel em Nutrição pela Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju- Sergipe.

⁴Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Porto - Portugal.

⁵Médica pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju- Sergipe.

⁶Médica pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa - Paraíba.

⁷Médico pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão - Santa Catarina

Palavras-Chave: Transtorno de Compulsão Alimentar; Tratamento Multidisciplinar; DSM-5.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) possui uma etiologia multifatorial e complexa, com interação de diversos fatores genéticos, ambientais e neurobiológicos. Alguns estudos sugerem que a presença de outras comorbidades psiquiátricas, alterações da microbiota intestinal, abuso de substâncias, famílias disfuncionais, e abusos físicos ou sexuais, predispõe o paciente a desenvolver a TCA (GIEHL *et al.*, 2022; MARS *et al.*, 2025).

A TCA se caracteriza pela perda de controle sobre o comportamento alimentar, levando ao consumo de grande quantidade de alimento, podendo ser em pouco tempo, de forma rápida, sozinha por vergonha e culpa ou na ausência de fome, cessando apenas quando vir a se sentir desconfortavelmente cheio e sem comportamento compensatório. Este episódio pode levar a desconforto abdominal, indigestão, intoxicação alimentar entre outros (FAVARIN *et al.* 2024; GIEHL *et al.*, 2022).

Epidemiologicamente a TCA se encontra em ascensão, estudos mostraram que as populações mais atingidas seriam as mulheres jovens entre os 10 aos 24 anos, nas quais as adolescentes possuíam a maior taxa em 2021, e obesos obtendo uma prevalência de cerca de 30%. (FAVARIN *et al.*, 2024; GIEHL *et al.*, 2022).

Antes descrito apenas como sintoma no DSM-III dentro dos aspectos da Bulimia Nervosa (BN), a partir de 2013 se torna um dos principais diagnósticos diferenciais da BN e da Anorexia Nervosa (AN) por seu impacto social direto e sua correlação à doenças crônicas tais quais obesidade e hipertensão, doenças autoimunes como diabetes tipo 1 entre outras, além do aumento de marcadores inflamatórios associados com o crescimento da mortalidade e

morbidade, foi observado também ideação suicida em cerca de 25% dos pacientes (GIEL *et al.*, 2022; ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2013).

Diante da ascensão epidemiológica e do impacto grave na vida dos portadores do Transtorno de Compulsão Alimentar, este trabalho tem como objetivo debater a importância do diagnóstico e manejo multidisciplinar no tratamento eficaz do TCA e sistematizar o conhecimento científico, oferecendo uma visão abrangente e crítica para estudantes e profissionais da saúde.

MÉTODO

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura, construída a partir de bases científicas referenciadas na comunidade científica acerca do conceito, diagnóstico e tratamento do Transtorno de Compulsão Alimentar. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine (PubMed)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Nature Reviews Disease Primers*, *LILACS* e *Google Scholar* no período entre 21 de março de 2025 à 27 de maio de 2025.

A fim de guiar o estudo, formulou-se as seguintes perguntas norteadoras: “Quais as teorias fisiopatológicas e diagnóstico da TAC nos dias atuais?” “Quais tratamentos, medicamentos ou não, obtêm relevância na comunidade científica?”

Para embasar esta discussão, foram utilizados descritores cadastrados na base *Medical Subject Heading*, com objetivo de buscar e selecionar os principais termos relacionados com o Transtorno de Compulsão Alimentar. O descritor central foi “*Binge-eating Disorder*”, classificado entre os transtornos alimentares, Além dele, termos como “*Epidemiology*”,

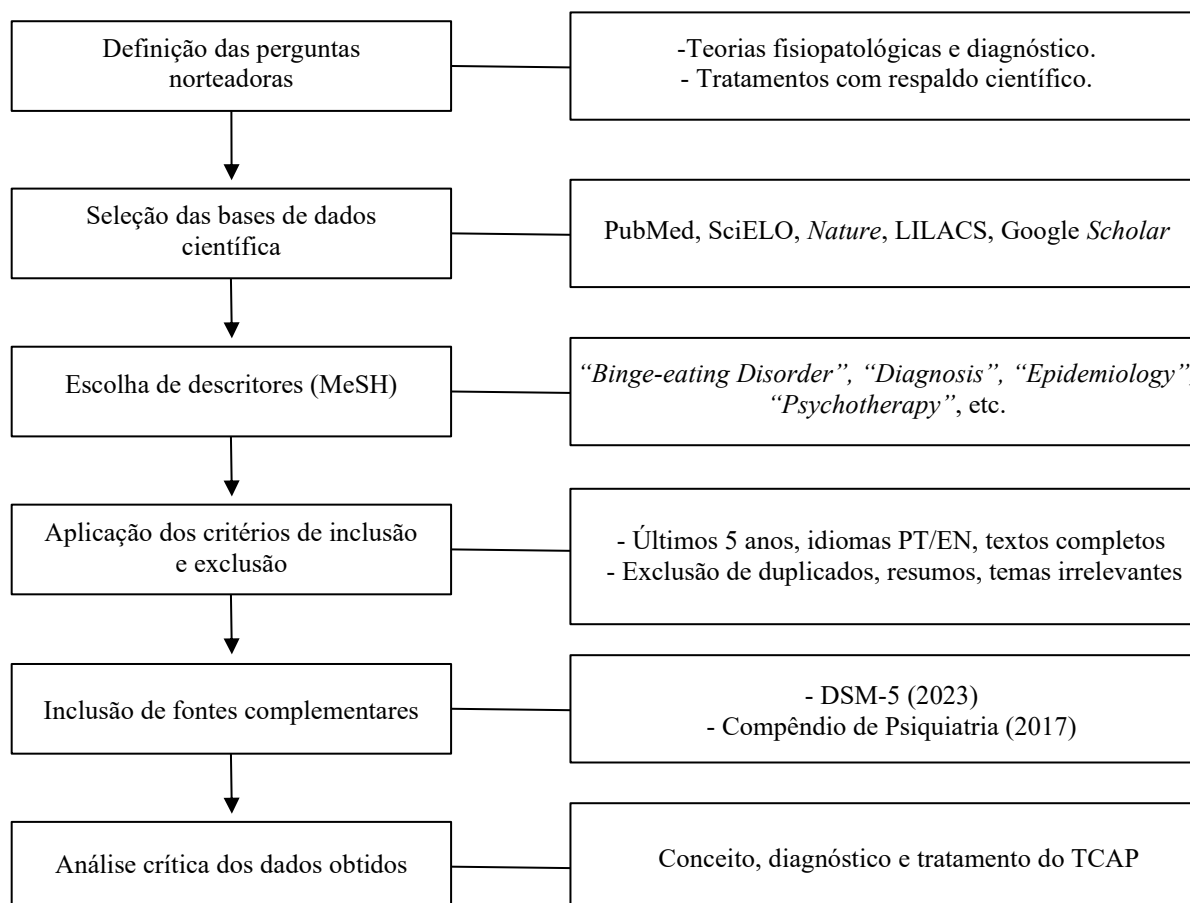
“Multidisciplinary Care Team”, “Psychotherapy”, “Diagnosis” e “Cognitive Behavioral Therapy”. A escolha destes descritores teve como propósito obter informações abrangentes sobre o tema, abordando desde os critérios diagnósticos até os tratamentos de maior respaldo científico. Foram excluídos artigos que não se correlacionam de forma pertinente ao tema abordado, artigos duplicados, disponibilizados apenas na forma de resumo, que não se encontravam disponíveis em língua portuguesa ou inglesa e que não foram publicados nos últimos cinco anos.

Durante a pesquisa, foi necessária a inclusão de informações coletadas a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2013) e do Compêndio de Psiquiatria (KAPLAN & SADOCK, 2017), devido a sua relevância na comunidade científica e informações imprescindíveis para o enriquecimento do presente estudo.

Essa seleção permitiu realizar uma análise rigorosa sobre as atualizações acerca do diagnóstico e evidências científicas dos tratamentos realizados e múltiplos aspectos do Transtorno de Compulsão Alimentar, sendo possível assim aprofundar o conhecimento quanto ao tema a ser debatido (**Fluxograma 7.1**).

Figura 7.1 Fluxograma da metodologia utilizada para o estudo



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após pesquisa realizada em base de dados e sendo realizado os filtros, foram encontrados artigos pertinentes à discussão, disponíveis, em idiomas aceitos pela metodologia e que se enquadram de forma qualitativa ao tema. Ao todo, 9 estudos, entre artigos e literaturas, foram utilizados para redigir este trabalho.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2013) para se obter o diagnóstico de TCA é necessário episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ingestão de uma quantidade de alimento maior que a maioria da população consumiria dentro de um período de cerca de 2 horas e sensação de perda de controle da ingestão do alimento associado a três ou mais dos seguintes aspectos: (1) comer mais rapidamente que o normal; (2) só parar de comer ao se sentir desconfortável cheio; (3) comer na ausência da sensação física de fome; (4) comer a sós por vergonha da quantidade; (5) Se sentir deprimido, culpado e com desgosto de si. Além disso, entre os critérios se encontra o sofrimento marcante pelos episódios de compulsão, a ocorrência, em média, de um episódio semanal por ao menos 3 meses, não estar associado a comportamentos compensatórios, e não ocorrer exclusivamente durante quadros de BN e NA (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2013)

Assim, como em toda patologia, avalia-se o quadro como um todo, sendo realizado diagnósticos diferenciais para ser certificado que se está no caminho correto. No caso da TAC, os principais diagnósticos diferenciais são a BN e a AN, se diferenciando destas por não ter comportamento compensatório após um quadro de

compulsão alimentar e por não possuir obsessão pela magreza e perda de peso, respectivamente (KAPLAN *et al.*, 2017)

Após ter sido confirmado o diagnóstico através dos critérios, é necessário especificar a gravidade atual, o quadro é leve quando possui de 1 a 3 episódios por semana, moderado se há de 4 a 7 episódios, grave de 8 a 13 episódios e extrema se 14 ou mais, deve ser ponderado além da frequência, o impacto dos sintomas na vida do paciente. Por fim, ainda se faz necessário especificar se está em remissão parcial, onde a hiperfagia ocorre em frequência menor que um episódio por semana, ou se está em remissão completa, quando nenhum critério é mais satisfeito, ambos durante um período de tempo sustentado (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2013).

Tais episódios podem levar o paciente a consumir por volta de 3.500 a 4.000 kcal, levando, a longo prazo, a um quadro de obesidade, corroborando para a prevalência entre os mesmos, esta associação de patologias pode levar a dores músculo esqueléticas, síndrome metabólica, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, desregulações menstruais como oligomenorreia ou amenorreia, aumento do cortisol, apneia do sono, entre outros (GIEL *et al.*, 2022; MARS *et al.*, 2025).

Embora ainda não haja consenso entre os pesquisadores quanto ao papel da função executiva no comportamento alimentar, os pacientes com TCA revelam tendências cognitivas prejudiciais em relação aos alimentos como alterações na atividade cerebral relacionada à impulsividade e compulsividade e déficits na atenção (FAVARIN *et al.*, 2024)

Recentemente, estudos vêm enfatizando os papéis da regulação afetiva negativa, alteração do processo de recompensa e do controle inibitório nos pacientes da TAC.

O modelo de regulação de afeto propõe que os episódios de compulsão precedem ou sucedem episódios de afeto negativo como tristeza, ansiedade, frustração e etc. (MARS *et al.*, 2025). Sendo assim, ele sugere que funciona como um mecanismo de autorregulação emocional, ainda que ineficaz e disfuncional ao longo prazo.

Outra hipótese levantada seria do vício alimentar devido às similaridades entre o TAC e o abuso de substância, uma vez que ambos se caracterizam por um sistema de recompensa, no entanto esta hipótese não tem embasamento e dados suficientes para a comunidade científica (MARS *et al.*, 2025)

Schaumburg e colaboradores (2020), realizaram um estudo com objetivo de explorar a associação prospectiva entre o funcionamento neuropsicológico na infância e os Transtornos Alimentares (TAs) (FAVARIN *et al.*, 2024). A partir de uma avaliação da atenção, memória de trabalho inibição em relação aos sintomas de TAs, foram encontrados resultados que corroboram com a teoria de que um melhor controle inibitório pode ser associado a uma menor taxa de TAs aos 14 anos, inferindo que um reforço quanto a capacidade de controle inibitório durante a adolescência pode conter a ingestão compulsiva. Diante disso, concluíram que o neuropsicológico pode interferir de maneira direta nos riscos de comportamento alimentares desordenados.

Assim como outro estudo realizado por Farias (2022), demonstra que o comportamento de petiscar continuamente, seja de forma compulsiva ou não, também pode vir originário do déficit no controle inibitório. Tal estudo revelou que os pacientes que possuem tal comportamento têm menor probabilidade de resistir aos impulsos de comer compulsivamente (FAVARIN *et al.*, 2024)

Em seu tratamento, é bastante clara a necessidade de acompanhamento multidisciplinar. A Terapia cognitivo comportamental (TCC) é o tratamento psicológico mais efetivo, e o indicado pela Associação Americana de Psiquiatria como porta de entrada ao tratamento. O TCC demonstrou uma redução nos episódios de compulsão alimentar e patologias associadas, como a ansiedade e depressão, através da identificação e remodelação de padrões e comportamentos nocivos (KAPLAN *et al.*, 2017; MARS *et al.*, 2025).

A psicoterapia interpessoal se mostrou benéfica, porém, ela auxilia mais nos problemas que levam ao episódio compulsivo do que no quadro em si. Além disso, não foi demonstrado o início do processo de perda de peso a partir da realização das psicoterapias (KAPLAN *et al.*, 2017). Sendo assim, a associação delas ao exercício físico é essencial e promove melhores resultados no tratamento por TCC.

Grupos de ajuda mútua, como no caso dos Vigilantes do Peso para o tratamento de obesidade moderada, se mostraram extremamente úteis e sem correlação a comportamentos prejudiciais ao indivíduo (KAPLAN *et al.*, 2017)

A farmacoterapia deve ser utilizada como primeiro tratamento apenas em pacientes que não possuem acesso à psicoterapias (MARS *et al.*, 2025). Houveram respostas positivas da sintomatologia a partir do uso de Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), como a fluvoxamina, fluoxetina, citalopram e sertralina além de outras medicações como a desipramina, sibutramina e imipramina, anticonvulsivantes como o topiramato, estimulantes a exemplo da lisdexamfetamina (KAPLAN *et al.*, 2017; MARS *et al.*, 2025; GIEL *et al.*, 2022).

Alguns estudos mostram que o tratamento com altas doses de ISRSs geram frequentemente uma perda de peso, por uma curta duração, e que acontecia um reganho do mesmo

quando o medicamento era descontinuado (KAPLAN *et al.*, 2017).

O tratamento se mostra mais eficaz na perda de peso e nos episódios compulsivos, justamente na associação com o TCC do que isoladamente, e por vezes, o TCC obtém melhores resultados do que a monoterapia com desipramina e fluvoxamina, por exemplo (KAPLAN *et al.*, 2017).

Perda de peso comportamental é uma estratégia baseada em evidências que reduz os episódios compulsivos por diminuir a ingestão calórica, aumentar a atividade física e foca em melhorar o valor nutricional da alimentação. Acompanhamento nutricional é de extremo valor no tratamento e de implementação dessa estratégia (MARS *et al.*, 2025)

O objetivo do tratamento vai além do cessamento da compulsão alimentar, o paciente dentro da TAC sofre de diversas formas que impactam sua qualidade de vida, a baixa autoestima, depressão, bullying, negligência, abusos, alterações metabólicas, alterações de humor e mais. Sendo assim, para uma doença multifatorial e que gera um indivíduo poliqueixoso, se faz necessário um tratamento multiprofissional incluindo endocrinologistas, psiquiatras, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. Estudos também ressaltam a importância da comunicação entre os profissionais ligados ao paciente, a necessidade de uma visão ampla e multidisciplinar do paciente pode garantir uma abordagem mais coesa, uma maior adesão ao tratamento e promover uma mudança efetiva no comportamento do paciente (MARS *et al.*, 2025; GIEL *et al.*, 2022; TARANTO *et al.*, 2025).

CONCLUSÃO

Conclui-se, diante do que foi discutido anteriormente, que o TCA é uma patologia de grande impacto na saúde e na vida do paciente, gerando consequências, por vezes, irreversíveis. O Diagnóstico, seguindo os estudos atuais e critérios do DSM-5, podem prevenir complicações, diminuir a necessidade de tratamentos severos e patologias crônicas.

Portanto, se faz necessário a conscientização e entendimento acerca dessa doença que segue crescente em meio aos dias atuais, para que se possa ser identificado e reparado antes que o paciente não tenha mais meios para restabelecer o direito à qualidade de vida.

Pensando nisso, implementação de cartilhas em unidades básicas, palestras em escolas e propagandas governamentais informativas sobre o TCA podem ajudar adultos e jovens a identificar sinais de alerta e comportamentos de risco ao seu redor e em si próprio, a fim de aumentar a busca por tratamento e diagnóstico. Ademais, é fundamental intensificar a atuação de profissionais como educadores físicos, médicos, psicólogos e nutricionistas em organizações públicas, garantindo o acesso da população geral ao cuidado multiprofissional tão imprescindível para a remissão desta doença. Dito isso, através de uma abordagem abrangente e coesa, reduzir a incidência, estabelecer melhor adesão e sucesso do tratamento, para que seja possível obter uma geração futura que não se torne refém do alimento, da pressão social e mantenha a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtorno de compulsão alimentar. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. p. 596–601.

GIEL, K.E. *et al.* Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 8, art. 17, 2022. DOI: 10.1038/s41572-022-0044-y

MARS, J.A. *et al.* Binge eating disorder. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551700/>. Acesso em: 26 maio 2025.

SADOCK, B.J. & SADOCK, V.A. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

SADOCK, B.J. & SADOCK, V.A. Transtorno de compulsão alimentar. In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 519–52

TARANTO, M.C. *et al.* Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP): a integração entre nutrição e psicologia como estratégia terapêutica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE*, v. 11, n. 5, p. 343–350, 2025. DOI:10.51891/rease.v11i5.19045.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 8

SAÚDE MENTAL E ABORDAGENS INTEGRATIVAS, COM ÊNFASE NA ATIVIDADE FÍSICA COMO PRÁTICA TERAPÊUTICA

JULIA SOARES FONTANA GUIMARÃES¹
EDUARDA COSTA LOPES SILVA¹
WALESCA PIRES DA SILVA¹
THAIS LAURIEN BARKOCZY RODRIGUES SANT'ANNA¹
CARLOS HENRIQUE DE OLIVEIRA ALVES¹
DAYANNE MYKAELLY DE SOUSA MARQUES¹
IWAN BRAHA MORAIS GUEDES¹
LETYCIA MANTA TOMÉ¹
YASMIM DUTRA QUICOLLI¹
JULIA MARQUES GONGORRA CASTILHO¹
MATHEUS ALBUQUERQUE PAGNOTTA¹
VICTORIA TRASATTI ROMAO¹
GUSTAVO DOURADO MELO¹
LAURA DONADIO DE MOURA GOMES¹
MARINA VIEIRA NUNES ASSIS¹

¹Discente- Universidade de Medicina Anhembí Morumbi

Palavras-Chave: Saúde Mental; Atividade Física; Abordagens Integrativas.

DOI:

10.59290/0305000251

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um aspecto fundamental do bem-estar geral e tem recebido atenção crescente nas últimas décadas. No entanto, apesar dos avanços na compreensão e no tratamento das doenças mentais, ainda existem muitos desafios a serem superados, como o estigma social, o acesso limitado a serviços de saúde mental e a falta de políticas públicas eficazes (WHO, 2006; WHO, 2020; GBD 2019; MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022).

As doenças mentais afetam milhões de pessoas em todo o mundo e podem ter um impacto significativo na qualidade de vida, no desempenho profissional e nos relacionamentos interpessoais. A depressão, por exemplo, é uma das principais causas de incapacidade no mundo (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022; PARKS *et al.*, 2006). Além disso, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar e outros distúrbios mentais são comuns e frequentemente debilitantes (FIRTH *et al.*, 2020; VANCAMPFORT *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente na relação entre saúde mental e atividade física. Estudos indicam que o exercício regular pode ter efeitos positivos na saúde mental, ajudando a reduzir os sintomas de depressão e ansiedade, melhorar o humor e aumentar a autoestima (SILVA & OLIVEIRA, 2021). Esses benefícios são atribuídos a uma combinação de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais (FERREIRA, 2022).

Do ponto de vista fisiológico, a atividade física estimula a liberação de neurotransmissores como serotonina, dopamina e endorfinas, que estão associados à sensação de bem-estar e à redução do estresse (PEREIRA *et al.*, 2020;

WOLF *et al.*, 2001; MIKKELSEN *et al.*, 2017). Psicologicamente, o exercício pode funcionar como uma forma de distração dos problemas diários, proporcionando uma sensação de controle e conquista (DUNN & JEWELL, 2010; GOODWIN, 2003; JEITLER *et al.*, 2023). Socialmente, participar de atividades físicas em grupo pode promover a interação social e reduzir o isolamento, contribuindo para a melhora da saúde mental (CALLAGHAN, 2004; STUBBS *et al.*, 2018).

Portanto, este trabalho tem como objetivo investigar a relação entre saúde mental e atividade física, analisando os mecanismos envolvidos, os benefícios observados em diferentes populações e as implicações para a promoção da saúde pública (COSTA *et al.*, 2023).

MÉTODO

Este estudo é de natureza bibliográfica e exploratória, baseado na revisão de literatura científica nacional e internacional publicada entre 2019 e 2024. As fontes de dados incluem bases como SciELO, PubMed, *Google Scholar* e periódicos especializados em saúde mental e educação física (LIMA, 2024).

Foram utilizados os seguintes descritores: “saúde mental”, “atividade física”, “exercício físico”, “*mental health*”, “*physical activity*”, entre outros, em português e inglês. A seleção dos artigos considerou a relevância do tema, a atualidade das publicações e a qualidade metodológica dos estudos (CARVALHO *et al.*, 2022).

Foram incluídos artigos que abordam a relação entre atividade física e saúde mental em diferentes faixas etárias e contextos sociais. Estudos que não apresentavam metodologia clara ou que não estavam disponíveis na íntegra foram excluídos da análise (BARROS & TEIXEIRA, 2023).

O processo de busca seguiu três etapas principais: identificação, triagem e elegibilidade. Na primeira etapa, foram reunidas todas as publicações encontradas a partir dos descritores selecionados. Na segunda, realizou-se a leitura dos títulos e resumos para descartar estudos que não atendiam aos critérios de inclusão. Por fim, na etapa de elegibilidade, os textos completos foram avaliados, permitindo a seleção final das pesquisas que compuseram o corpus de análise.

Para assegurar a qualidade das informações coletadas, foi empregada a estratégia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) como guia para a organização e transparência do processo de revisão. Essa abordagem possibilitou documentar cada fase de seleção e garantir que apenas estudos relevantes fossem considerados, reduzindo vieses na coleta de dados.

A análise dos estudos selecionados foi de caráter qualitativo, com foco na identificação de padrões, tendências e divergências nos resultados apresentados pelas diferentes pesquisas. Para isso, foram criadas categorias temáticas, como tipos de atividade física, impactos psicológicos positivos e negativos, e variações conforme idade, gênero e contexto socioeconômico. Essas categorias facilitaram a síntese crítica das informações e a construção de interpretações fundamentadas.

Além da análise qualitativa, quando possível, foram extraídos dados quantitativos dos estudos, como porcentagem de melhora nos sintomas de ansiedade ou depressão, frequência semanal de prática de atividade física e duração média das intervenções. Esses dados numéricos foram organizados em quadros e tabelas para apoiar visualmente as discussões e facilitar a compreensão dos achados.

O processo de interpretação buscou integrar os resultados empíricos aos referenciais teóricos sobre a relação entre saúde mental e ati-

vidade física. Foram priorizados estudos que apresentavam metodologias robustas, amostras representativas e instrumentos validados de avaliação psicológica, de modo a garantir maior confiabilidade nas conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da revisão indicam que a atividade física regular está associada à melhora de diversos indicadores de saúde mental, como redução dos sintomas de depressão e ansiedade, melhora do humor e da qualidade do sono, além de aumento da autoestima (SILVA & OLIVEIRA, 2021).

Adolescentes que praticam exercícios físicos regularmente apresentam menores níveis de estresse e maior satisfação com a vida escolar e social. Em adultos, o exercício é frequentemente utilizado como estratégia complementar no tratamento de transtornos mentais (FERREIRA, 2022). Em idosos, a prática de atividades físicas está associada à redução do risco de demência e à melhora da cognição (ALMEIDA, 2021).

Os mecanismos que explicam esses efeitos são diversos. Do ponto de vista biológico, destaca-se a liberação de neurotransmissores, o aumento do fluxo sanguíneo cerebral e a regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (PEREIRA *et al.*, 2020; WOLF *et al.*, 2001; MIKKELSEN *et al.*, 2017), influenciando respostas ao estresse e funções cognitivas (WOLF, 2012; ROEDER, 2003).

Do ponto de vista psicológico, a atividade física pode promover o enfrentamento do estresse, a sensação de autoeficácia e a distração de pensamentos negativos (ROCHA & MOURA, 2019; DUNN & JEWELL, 2010; GOODWIN, 2003; JEITLER *et al.*, 2023). Em relação à ansiedade, há evidências de que o exercício

físico possui efeito ansiolítico significativo (WIPFLI *et al.*, 2011).

Socialmente, participar de atividades físicas em grupo pode promover a interação social e reduzir o isolamento, contribuindo para a melhora da saúde mental (CALLAGHAN, 2004; STUBBS *et al.*, 2018). Adicionalmente, o baixo nível de aptidão cardiorrespiratória em pacientes com transtornos mentais graves tem sido apontado como um fator de risco para morbimortalidade precoce (VANCAMPFORT *et al.*, 2017; MEYER & BROOCKS, 2000).

Os efeitos positivos da atividade física na saúde mental, no entanto, dependem de fatores como frequência, intensidade e tipo de exercício, além das características individuais de cada pessoa (BARROS & TEIXEIRA, 2023). É importante considerar também o contexto sociocultural e os fatores motivacionais envolvidos na prática do exercício (LIMA, 2024).

Apesar dos benefícios comprovados, ainda há barreiras que dificultam a adesão à atividade física, como a falta de tempo, recursos financeiros, infraestrutura e apoio social (COSTA *et al.*, 2023). Intervenções que promovam o acesso e a motivação para a prática de atividades

físicas são essenciais para ampliar os efeitos positivos na saúde mental da população (CARVALHO *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

A relação entre saúde mental e atividade física é amplamente reconhecida na literatura científica. A prática regular de exercícios físicos pode contribuir significativamente para a prevenção e o tratamento de transtornos mentais, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (SILVA & OLIVEIRA, 2021).

Políticas públicas que incentivem a prática de atividade física, aliadas a ações educativas e ao fortalecimento dos serviços de saúde mental, são fundamentais para enfrentar os desafios relacionados ao aumento das doenças mentais na sociedade contemporânea (OMS, 2022).

Neste sentido, profissionais de saúde, educadores físicos e formuladores de políticas públicas devem trabalhar em conjunto para criar ambientes que favoreçam a prática de atividades físicas e promovam a saúde mental em todas as fases da vida (ALMEIDA, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN, C.O.S.M.A. 's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- AMERSFOORT, A.V.T.E.O.P.E.O.T.T.O.D. [dissertation]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2004.
- CALLAGHAN, P.E. : a neglected intervention in care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 11, n. 4, p. 476-83, 2004. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x.
- CLASSIFICAÇÃO, E.I.D.D.E.P.R. à Saúde: CID-10. 10. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.
- DUNN, A. & JEWELL, J.S. The effect of exercise on . *Current Sports Medicine Reports*, v. 9, n. 4, p. 202-7, 2010. doi:10.1249/JSR.0b013e3181e7d9af.
- FIRTH, J. *et al.* A meta-review of: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, v. 19, n. 3, p. 360–80, 2020. doi:10.1002/wps.20773.lifestyle psychiatry.
- GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, v. 9, n. 2, p. 137–50, 2022. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
- GOODWIN, R. D. Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, v. 36, n. 6, p. 698-703, 2003. doi:10.1016/s0091-7435(03)00042-2.
- JEITLER, M. *et al.* Self-care and lifestyle interventions of complementary and integrative medicine during the pandemic: a cross-sectional study. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, v. 9, p. 1033181, 2023. Doi:10.3389/fmed.2022.1033181.
- JEITLER, M. *et al.* Integration of lifestyle medicine into the medical curriculum—A call to action. *Frontiers in Public Health*, v. 11, p. 1186269, 2023. doi:10.3389/fpubh.2023.1186269.
- MEYER, T. & BROOCKS, A. Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: guidelines for exercise testing and prescription. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, v. 30, n. 4, p. 269-79, 2000. doi:10.2165/00007256-200030040-00003.
- MIKKELSEN, K. *et al.* Exercise and mental health. *Maturitas*, v. 106, p. 48–56, 2017. doi:10.1016/j.maturitas.2017.09.003.
- PARKS, J. *et al.* Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors; 2006.
- ROEDER, K.A.F.C.P.T.N.S.M.: uma revisão de literatura [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
- STUBBS, B. *et al.* EPA guidance on as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, v. 54, p. 124–44, 2018. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.07.004.physical activity.
- VANCAMPFORT, D. *et al.* Cardiorespiratory fitness in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, v. 47, n. 2, p. 343–52, 2017. doi:10.1007/s40279-016-0574-1.
- WHO. Global strategy on diet, and health. Geneva:2006.physical activityWorld Health Organization
- WHO. Guidelines on and sedentary behaviour. Geneva; 2020.physical activityWorld Health Organization
- WIPFLI, B., RETHORST, CD, LANDERS, DM. The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, v. 33, n. 6, p. 892–918, 2011.
- WOLF, O. *et al.* Effects of a cortisol increase on memory function: a review. *Psychoneuroendocrinology*, v. 26, n. 7, p. 711–21, 2001.
- WOLF, O.T. Stress and memory in humans: twelve years of progress?. *Brain Research*, v. 1293, p. 142-54, 2009. doi:10.1016/j.brainres.2009.04.013.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 9

ANOREXIA NA ERA DIGITAL: A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NA IMAGEM CORPORAL DAS MULHERES

ANA CAROLINA SIMON¹
ANITA ORTIZ GONÇALVES CARDOSO¹
FERNANDA SILVA CUNHA¹
ISADORA ZORTÉA¹
JÚLIA PINHEIRO MACHADO¹
LUÍSA VELHO NORONHA¹
NICOLLE DUTRA¹
VERIDIANA POWARCZUK¹

¹Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Palavras-Chave: Anorexia; Redes Sociais; Internet.

DOI:

10.59290/1025165271

Edição XXV

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno psiquiátrico grave, marcado por elevada morbimortalidade, caracterizando-se por restrição calórica severa, distorção da imagem corporal e medo intenso de ganhar peso. Embora possa acometer diferentes perfis, esse transtorno alimentar afeta predominantemente mulheres jovens, especialmente na faixa etária entre 15 e 25 anos, período crítico para desenvolvimento da autoimagem e identidade pessoal (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Na atual era digital, observa-se um papel crescente das redes sociais como fator de risco para o surgimento e a manutenção da AN. Plataformas visuais como *Instagram*, *TikTok* e *Pinterest* promovem padrões estéticos idealizados e frequentemente inatingíveis, levando à comparação social e à busca incessante por validação externa. Dito isso, um estudo publicado pela *International Journal of Eating Disorders*, com mais de 1500 adolescentes, identificou que 80% das meninas relataram que as redes sociais impactam negativamente a forma como percebem seu corpo. Essas usuárias apresentaram níveis significativamente maiores de sintomas relacionados a transtornos alimentares e internalização do ideal de magreza (DAHLGREN *et al.*, 2024).

Essa exposição contínua a conteúdos centrados na aparência e o uso de algoritmos que reforçam tais estímulos contribuem para uma insatisfação corporal crescente e para a adoção de comportamentos alimentares disfuncionais. A internalização desses ideais estéticos, somada à pressão midiática, configura um ambiente psicossocial propício ao desenvolvimento da anorexia nervosa em mulheres jovens, tornando fundamental a compreensão do impacto das redes sociais nos quadros contemporâneos deste transtorno (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada no período de maio a junho de 2025, por meio de buscas nas bases de dados PubMed, SciELO, BioMed Central e periódicos especializados. Foram utilizados os descritores: Anorexia nervosa; transtornos alimentares; saúde mental; imagem corporal; redes sociais; comportamento alimentar.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2000 e 2024, que abordavam diretamente os temas propostos para esta pesquisa; estudos do tipo revisão bibliográfica, estudo transversal e artigos de atualização, com acesso ao texto completo. Ao todo, foram selecionados oito artigos científicos que atenderam aos critérios estabelecidos e embasaram a análise desenvolvida (SGARBI *et al.*, 2023).

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, organizados em categorias temáticas que abordam, entre outros aspectos, a influência de fatores contemporâneos, como o uso de redes sociais, na manutenção e agravamento da condição. As fontes utilizadas incluem periódicos como: *The Lancet Psychiatry*, *Journal of Eating Disorders*, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *Revista Acervo Médico*, *Fractal: Revista de Psicologia* e *Revista UniLS Acadêmica* (ZIPFEL *et al.*, 2015).

OBJETIVOS

O presente artigo tem como objetivo investigar a relação entre o uso de redes sociais e o desenvolvimento ou agravamento da anorexia nervosa (AN) entre mulheres jovens, com foco nos fatores que motivam a comparação corporal excessiva e suas repercussões na saúde mental e física. A anorexia nervosa, reconhecida como um dos transtornos psiquiátricos mais graves e com maior taxa de mortalidade, apresenta um

perfil epidemiológico que atinge majoritariamente mulheres na faixa etária entre 15 e 25 anos — um período de alta vulnerabilidade psicológica, intensas transformações identitárias e construção da autoimagem. Paralelamente, essa faixa etária corresponde a um dos grupos com maior engajamento nas redes sociais, cenário que levanta preocupações quanto ao impacto dessas plataformas no bem-estar psíquico e na percepção corporal das usuárias (HEBE BRAND *et al.*, 2023).

Com base na crescente evidência científica que aponta as mídias digitais como importantes influenciadoras do comportamento alimentar, o estudo busca compreender como os ambientes virtuais, especialmente os centrados em conteúdo visual, favorecem a disseminação de ideais estéticos irreais e inatingíveis. Através de algoritmos personalizados, essas plataformas reforçam padrões corporais específicos, promovendo um ciclo contínuo de exposição a corpos magros, rotinas alimentares restritivas e práticas voltadas ao “auto aperfeiçoamento” físico. Nesse contexto, a comparação social torna-se um mecanismo frequente e muitas vezes automático, desencadeando sentimentos de inadequação, baixa autoestima e insatisfação com a própria imagem (GOMES, 2008).

Partindo da hipótese de que a internalização desses padrões, associada à constante busca por validação externa, representa um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtornos alimentares, o objetivo deste artigo também inclui analisar os principais gatilhos psicossociais envolvidos nesse processo. A revisão da literatura visa, assim, identificar de que forma as redes sociais contribuem não apenas para a gênese, mas também para a manutenção da anorexia nervosa, além de discutir como o consumo não crítico de tais conteúdos pode perpetuar comportamentos alimentares disfuncionais (NEALE & HUDSON, 2020).

Além disso, o artigo propõe a reflexão sobre o papel da cultura digital na construção das percepções corporais atualmente, destacando como influenciadores, tendências visuais e comunidades podem funcionar como espaços de reforço para práticas nocivas à saúde. Considerando a relevância clínica e social do tema, espera-se que os achados desta pesquisa contribuam para a ampliação do debate sobre os impactos da internet na saúde mental, especialmente entre populações vulneráveis como adolescentes e jovens adultas (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000).

Por fim, o estudo objetiva oferecer subsídios teóricos que possam fundamentar futuras estratégias de prevenção e intervenção, tanto no âmbito da saúde pública quanto na prática clínica, promovendo um uso mais crítico, seguro e consciente das redes sociais. Compreender essa intersecção entre tecnologia, cultura da imagem e transtornos alimentares é essencial para o enfrentamento eficaz da anorexia nervosa na atualidade (HEBE BRAND *et al.*, 2023).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa revisão evidencia como o desenvolvimento de transtornos alimentares é, embora multifatorial - envolvendo processos de desenvolvimento, sociais e biológicos -, também muito influenciado pelo uso desenfreado de redes sociais. Esse cenário está relacionado à disseminação do ideal de “corpo perfeito” e padrões de estética inatingíveis. Em um estudo que analisou adolescentes noruegueses, observou-se uma correlação significativa entre o uso intensivo dessas plataformas, a internalização de ideais de magreza e a percepção de pressão estética, com impacto mais acentuado entre meninas (DAHLGREN *et al.*, 2024). Esses transtornos, como a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), afetam majoritariamente mulheres jovens, especialmente entre 15 e 25

anos, sendo que a idade média de início da AN é de 15,5 anos (ZIPFEL *et al.*, 2015). Importante destacar que a AN é o transtorno psiquiátrico com maior taxa de mortalidade no mundo, e durante a pandemia de COVID-19, a frequência de internações por anorexia nervosa aumentou em 40%, evidenciando o peso dos fatores ambientais (HEBE BRAND *et al.*, 2023). Os padrões de beleza promovidos pelas redes sociais podem distorcer a autoimagem, induzir práticas alimentares inadequadas e aumentar o risco para esses transtornos. O conteúdo consumido, o tempo dedicado às mídias e a participação em comunidades virtuais são aspectos centrais dessa associação. Em pessoas com anorexia nervosa, 75% relataram aumento da insatisfação e da comparação corporal após o uso das redes, enquanto a redução do uso dessas plataformas em 76% esteve associada a uma diminuição significativa dos sintomas. Estudos mostram que não apenas o tempo de exposição, mas o tipo de conteúdo tem grande impacto: visualizações de postagens fitness aumentaram a insatisfação corporal, enquanto conteúdos de positividade corporal promoveram maior aceitação (OLIVEIRA *et al.*, 2024). Além disso, informações alimentares sem embasamento científico, como dietas restritivas da moda, têm alta adesão com metade dos participantes de um estudo que implementou tais recomendações ao entrar em contato com elas (SGARBI *et al.*, 2023).

Outro ponto relevante é que, embora comunidades online possam oferecer apoio, a ausência de moderação adequada frequentemente mistura informações úteis e prejudiciais, podendo dificultar a recuperação. Assim, destaca-se a importância da atuação de profissionais, como nutricionistas, na divulgação de informações confiáveis e na prevenção de transtornos como a anorexia nervosa. No plano clínico, a AN está associada a complicações médicas

graves — como bradicardia, hipotermia, osteopenia, desequilíbrios eletrolíticos, disfunção hepática e risco aumentado de morte súbita — enquanto a bulimia nervosa, embora menos letal, tende à maior cronicidade e a comorbidades psiquiátricas como depressão e transtornos obsessivo-compulsivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados obtidos por esse estudo, podemos observar que o uso intenso de redes sociais, especialmente plataformas focadas em distribuição de imagens e vídeos como *Instagram* e *TikTok*, está fortemente associado à maior internalização de ideais de magreza e ao aumento de sintomas de anorexia nervosa entre adolescentes do sexo feminino. Esses resultados demonstram que a exposição constante a conteúdos que reforçam padrões de corpo magro e esteticamente “perfeito” contribui para o aumento da insatisfação corporal, da comparação social e do sofrimento psíquico, criando um ciclo de vulnerabilidade que potencializa o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (DAHLGREN *et al.*, 2024).

Foi possível observar também que transtornos como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa afetam majoritariamente mulheres jovens, com início predominante na adolescência, fase em que há maior suscetibilidade a influências externas na construção da autoimagem e identidade. Foi observado em estudos que a AN possui a maior taxa de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos, devido a complicações clínicas graves como bradicardia, hipotermia, osteopenia, desequilíbrios eletrolíticos e risco de morte súbita, além de elevado risco de suicídio. Ademais, durante a pandemia de COVID-19, observou-se aumento significativo de internações por anorexia nervosa, evidenciando como mudanças ambientais e sociais im-

pactam diretamente na sua incidência e gravidade (HEBE BRAND *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, torna-se imprescindível que políticas públicas de saúde mental, programas de prevenção de transtornos alimentares e estratégias de educação midiática sejam fortalecidas, com foco especial em adolescentes e mulheres jovens. A inclusão de iniciativas que estimulem o uso consciente e crítico das redes sociais, além da promoção de conteúdos que valorizem a diversidade corporal e questionem padrões estéticos inatingíveis, pode atuar como

fator protetivo contra a internalização de ideais de magreza (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000).

Além disso, é fundamental que profissionais de saúde, educadores e famílias estejam atentos aos sinais precoces desses transtornos, promovendo intervenções interdisciplinares que abordem não apenas os aspectos nutricionais e médicos, mas também as dimensões emocionais, cognitivas e sociais envolvidas. Ainda, novas pesquisas longitudinais e interculturais devem ser realizadas para aprofundar

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Cap. 12: Transtornos alimentares e da ingestão de alimentos, p. 338–345, 2014.
- APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 28–31, jan. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600008>
- DAHLGREN, C. L. *et al.* Further evidence of the association between social media use, eating disorder pathology and appearance ideals and pressure: a cross-sectional study in Norwegian adolescents. *Journal of Eating Disorders*, London, v. 12, n. 34, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00992-3>
- GOMES, W. B. A subjetividade como categoria epistemológica da psicologia histórico-cultural. *Estudos de Psicologia* (Campinas), Campinas, v. 25, n. 2, p. 179–188, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200006>.
- HEBE BRAND, J. *et al.* The diagnosis and treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, [S. l.], v. 121, n. 5, p. 164–174, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0248>
- NEALE, J.; HUDSON, L. D. Anorexia nervosa em adolescentes. *British Journal of Hospital Medicine* (London), [S. l.], v. 81, n. 6, p. 1–8, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
- OLIVEIRA, R. S. A.; CRUCIOL, G. K. A. G.; SOUZA, Á. C.R. Análise do impacto das redes sociais no desenvolvimento e manutenção de anorexia nervosa em mulheres adultas. *Revista UniLS Acadêmica*, Taguatinga Sul-DF, v. 1, n. 2, p. 1–12, 2024.
- SGARBI, M. T. *et al.* Uma análise dos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, Vassouras-RJ, v. 23, n. 2, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e12172.2023>.
- ZIPFEL, S. *et al.* Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, [S. l.], v. 2, n. 12, p. 1099–1111, dez. 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9).

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXV

Capítulo 10

HIPOMANIA REVISÃO E RELATO DE CASO

LUIZA PASSINI VAZ-TOSTES¹
MARIANA GONÇALVES TEIXEIRA²
MARIA CLARA MIRANDA LINO³

¹Médica – Formada pela UFMG

²Médica- Formada pela Universidade Federal de Ouro Preto

³Médica- Formada pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

Palavras Chave: Hipomania; Transtornos Afetivos Bipolares; Saúde Mental.

DOI: 10.59290/1102023120

Edição XXV

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A hipomania é um estado psíquico caracterizado pelo aumento dos níveis de energia, atividade ou humor percebido por outras pessoas.

Considera-se que a hipomania é uma forma menos severa de mania, sendo ambas vistas habitualmente nos transtornos afetivos bipolares.

Deve-se considerar que os estados de hipomania podem ocorrer em outras situações como: uso de medicamentos, privação de sono, abuso de álcool e drogas, hipertireoidismo, Doença de Cushing e doenças cerebrovasculares.

Para fins de diagnóstico e classificação dos transtornos afetivos bipolares é importante distinguir hipomania de mania.

A distinção pode ser feita pela duração dos sintomas, gravidade do episódio e necessidade de hospitalização. Na hipomania os episódios são menos duradouros, habitualmente duram até quatro dias, enquanto as crises maníacas duram pelo menos uma semana. Os episódios de mania causam impactos sociais e laborais significativos enquanto os de hipomania podem passar despercebidos. A hospitalização é condição comum em crises maníacas.

Embora os episódios de hipomania, em sua maioria, tem duração de alguns dias existem relatos de hipomania prolongada, com meses de duração.

A história natural da hipomania é a evolução para humor próximo do normal ou para episódios depressivos de intensidade e duração variáveis.

Quando a hipomania está associada aos transtornos bipolares convém atentar para algumas comorbidades psiquiátricas frequentes nesta situação: transtorno de ansiedade, transtornos alimentares, déficit de atenção e abuso de drogas (MATANZAS, 2019).

A seguir apresentamos caso clínico ilustrativo da condição:

Paciente atendida no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HC UFMG.

HMA: Paciente, do sexo feminino, 45 anos, casada, desempregada, moradora do município de Belo Horizonte, comparece a consulta de Ginecologia. Relata não ter confiança no uso de DIU e gostaria de associar um anticoncepcional oral ou conseguir o processo de vasectomia para o marido. Além disso, apresenta múltiplas queixas de cefaleia, dores posturais, dores nas pernas e dificuldade de dormir pelos choros do bebê. Ao final da consulta ela reforçou o desejo inicial e principal de realizar um método contraceptivo que garanta que não engravide mais.

-História ginecológica pregressa: G2P2A0. Dois filhos do sexo masculino, um de 10 anos e outro bebe com 2 meses de vida.

*Miomectomia há 2 anos

*Em uso de DIU de cobre desde o último parto

*Ciclos menstruais regulares

Medicamentos suspensos desde a gravidez:

*Lítio 200 mg TID

*Quetiapina 50 mg BID

*Não faz/fez uso de outros medicamentos diários

HPP:

-Diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo I desde os 27 anos

-Obesa

-Nega uso de álcool, tabaco e drogas

Anamnese especial:

-COONG: Cefaleia tensional

-Osteomuscular: Dores em músculos cervicais e em articulações do joelho.

-SCV: Nega alteração

-SR: Nega alterações

-SN: Nega fadiga, nega episódios de tonteira e perda de consciência.

Exame psíquico

1. Consciência: Está alerta.

2. Orientação: sabe quem é, onde está e localiza-se no tempo.
3. Aparência: paciente com aparência adequada, sem extravagâncias e descuidos aparentes.
4. Atitude: Não cooperativa, interrompendo a fala do médico e solicitando que a consulta não demore.
5. Atenção: Durante a consulta não consegue fixar a atenção quando necessário e tem deslocamento rápido do foco. Inicia um assunto e muda rapidamente, independente da pergunta do médico.
6. Memória: consegue se lembrar das perguntas e de fatos recentes e remotos.
7. Pensamento: a velocidade é acelerada, o discurso da paciente é inteligível, as ideias se conectam de maneira adequada, temas voltados para as queixas.
8. Linguagem: fala muito e em tom elevado.
9. Sensopercepção: não relata alterações e não foi observado algum comportamento que pudesse indicar que esteja havendo alteração.
10. Consciência do eu: sabe quem é, consegue falar acerca de si, suas ações e da sua história de maneira lógica.
11. Afetividade: humor exaltado, relatando certa irritabilidade.
12. Volição: Descreve impulsos em comprar objetos para o bebê e para realizar procedimentos médicos, além de apresentar ato impulsivo de suspender medicação sem aconselhamento psiquiátrico.
13. Psicomotricidade: Paciente está inquieto.
14. Inteligência: o discurso do paciente tem conteúdo adequado para a idade, mostra capacidade de refletir.
15. Juízo de realidade: relato com ausência de incoerências de juízos e ausência de convicções extraordinárias.

16. Consciência de morbidade: paciente com anosognosia acerca de seu estado psíquico.

Súmula Psicopatológica

Boa apresentação. Não cooperativo. Lúcida. Orientado auto e alopsiquicamente. Hipervigil e hipotenaz, com labilidade da atenção. Memória preservada. Inteligência preservada. Hiperfonia e taquialalia. Pensamento com curso acelerado. Sem alterações de sensopercepção, consciência do eu ou juízo de realidade. Hiperbulia com presença de atos impulsivos. Humor exaltado com irritabilidade. Presença de inquietação de inquietação psicomotora.

DISCUSSÃO

A paciente veio à consulta desejando se informar e escolher um método contraceptivo. Durante a consulta, observamos que ela mudava de queixa, relatando inúmeros problemas físicos, como cefaleia, insônia e dores musculares. Falava em tom elevado e estava irritada pela demora da consulta. Quando perguntada acerca dos medicamentos para seu Transtorno Bipolar, ela refere que preferiu parar por conta própria durante a gravidez e que não deseja voltar a tomá-los pelo medo de interferência com a lactação. As alterações psíquicas apresentadas por ela durante a consulta nos levaram a pensar na possibilidade de crise hipomaníaca pela má medicação. Seguem os critérios de crise hipomaníaca:

Episódio Hipomaníaco (DSM V)

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex. abusos de drogas, medicamento ou outro tratamento).

A paciente preenche os critérios de hipomania e já apresenta o diagnóstico de TAB tipo I, em que o indivíduo apresentou, no mínimo, um episódio de mania, mas pode também apresentar episódios de hipomania e de depressão. A possível explicação para o desenvolvimento do quadro foi a retirada abrupta dos medicamentos por conta própria e sem acompanhamento médico.

Reforçamos durante a consulta a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e uso correto dos medicamentos de acordo com a fase da lactação. Além disso, nos preocupou o cuidado dado ao filho durante esse episódio, encaminhando-a e o filho para uma consulta com a pediatria.

Tratamento adequado

O aparecimento de episódios depressivos ou maníacos durante a gravidez traz riscos para a mãe e o bebê. Devem sempre ser evitadas as crises da doença durante a gravidez. O primeiro trimestre é o mais complicado em termos de medicação. Durante este período a medicação é reduzida, ou em certos casos descontinuada, dependendo da gravidade da doença. O risco para o bebê depende do medicamento e os efeitos na gravidez não são completamente conhecidos. Portanto, deve-se planejar a gravidez em conjunto com o médico assistente. A gestante medicada com estabilizadores de humor deve ser seguida regularmente em consulta de obstetria. Devem ser feitas ecografias ao feto regularmente, se medicada com lítio, deve fazer ecografia fetal com visualização do coração, principalmente depois da 16ª semana. Não se deve descontinuar a medicação sem contactar o psiquiatra responsável.

Os estabilizadores do humor são os medicamentos de referência no controle da doença. Entre os clássicos encontram-se o lítio, o Valproato

de sódio e a Carbamazepina. Ainda são utilizados outros como: os antipsicóticos atípicos Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol, Ziprasidona, Risperidona, Paliperidona; e os novos anticonvulsivantes como a Lamotrigina, a Oxcarbazepina, o Topiramato e a Gabapentina. Eles reduzem muito o risco de sofrer novo episódio depressivo ou maníaco. É útil a monitorização destes medicamentos através de análises de sangue.

Medicações como o Valproato de sódio e a Carbamazepina podem trazer o risco de 1 a 2% de espinha bífida. A Lamotrigina é um fármaco mais seguro.

Em princípio não são necessários outros medicamentos a não ser que existam sintomas de ansiedade marcada, depressão ou sintomas psicóticos. Nestes casos utilizam-se ansiolíticos, antidepressivos ou antipsicóticos, de acordo com os sintomas que estiverem presentes (SciELO Brasil, 2005).

A electroconvulsivoterapia só é necessária em situações muito graves, como depressão maior ou quando existem crises de mania acompanhadas de sintomas psicóticos. Contudo, é uma terapêutica eficaz e muito segura durante a gravidez, não existindo grandes riscos, nem para a mãe, nem para o bebê.

A mulher com a transtorno afetivo bipolar tem um risco acrescido de sofrer de um episódio depressivo ou maníaco, principalmente nos primeiros 3 meses após o parto. É fundamental o apoio por parte da parceria e da família. Neste período, se a medicação foi interrompida, deve ser novamente instituída.

Não existem grandes contraindicações para o uso de estabilizadores do humor como o Valproato de sódio, a Carbamazepina e a Lamotrigina durante o período do aleitamento materno. Em relação ao lítio, sua utilização deve ser mais

controlada. Sempre deve haver um aconselhamento com o psiquiatra e o pediatra afim de se evitar riscos para o bebê.

Crise Mania: Relato de caso e revisão da literatura

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 26 anos, professora de 1º grau, com história de episódio depressivo isolado na adolescência, aparentemente leve e episódio grave há cerca de um ano, chegando a passar alguns dias em seguimento na Unidade de Saúde Mental. Em uso de fluoxetina 40 mg, MID. Relato negativo de uso de drogas ilícitas e álcool.

Procura assistência médica em Pronto Atendimento, acompanhada pela mãe, com relato de irritabilidade excessiva e agitação há cerca de 10 dias. Segundo a mãe, a paciente vinha se recusando a usar a medicação, passou as últimas noites sem dormir e dizia repetidamente que havia sido “indicada por Deus para salvar as pessoas”.

Ao exame físico dos sistemas orgânicos, observa-se agitação psicomotora e frequência cardíaca de 108 bpm. Não foram percebidos déficits neurológicos, a tireoide não estava palpável e não havia sinais de lesões oculares. Estava excessivamente maquiada e usava vestido curto e decotado e sapatos de salto alto. À avaliação psiquiátrica, constatou-se humor expansivo, fuga de ideias, taquilalia, agitação psicomotora e orientação tempo espacial preservada, sem crítica sob seu estado psíquico.

Foram formuladas as hipóteses diagnósticas de Crise Maníaca e Transtorno Afetivo Bipolar e a paciente foi encaminhada a um Serviço de Psiquiatria de Urgência.

Aspectos Diagnósticos

Transtorno Afetivo Bipolar geralmente é diagnosticado no final da adolescência e início da vida adulta com idade média de 25 anos (BELLIVIER, ETAIN, MALAFOSSE, *at al.*, 2014).

Pacientes com diagnóstico firmado em idade mais precoces tendem a ter quadros de controle mais difícil, sintomas depressivos mais graves e maiores probabilidades de ansiedade e abuso de drogas como comorbidades (JOSLYN *et al.*, 2016). Episódios de mania após os 50 anos requerem investigações de causas orgânicas (SAMI, KHAN, NILFOROOSHAN, 2015).

Alguns autores consideram que há subgrupos diagnósticos de Transtorno Afetivo Bipolar de acordo com a gravidade da elevação de humor no episódio agudo (DSM-5. 5th, 2013). O DSM-5 divide o Transtorno em categorias não especificadas. Ele separa quadros bipolares específicos e transtornos relatados de quadros bipolares inespecíficos, além de transtornos recorrentes. Do ponto de vista prático, o DSM-5 inclui os Transtornos Bipolares induzidos por medicação ou drogas e os induzidos por outras condições clínicas (MALHI, BASSETT, BOYCE, *et al.*, 2015). Ademais, gradua sintomas como mania, hipomania e mistos.

Triagem e diagnósticos dos Transtornos Bipolares

Muitas vezes, o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar é difícil pela apresentação inicial de sintomas depressivos, subvalorização dos sintomas hipomaniacos, instabilidade dos sintomas e alto grau de comorbidades. Há relatos de até 10 anos de intervalo entre as manifestações iniciais e o diagnóstico (HIRSCHFELD, LEWIS, VORNIK, 2003) (SCOTT, LEBOYER, 2011).

Alguns elementos que aumentam a suspeita de Transtorno Afetivo Bipolar são pacientes jovens, grande recorrência de episódios depressivos, sintomas depressivos atípicos (hipersônia, hiperfagia, catatonia, depressão e psicose pós-parto, tentativa de autoextermínio e sintomas maniacos induzidos por antidepressivos) (MITCHELL, 2008; SCHAFFER, CAIRNEY, VELDHUIZEN, *et al.*, 2011).

Além de depressão, a esquizofrenia e outros casos psicóticos são os principais diagnósticos diferenciais, ocorrendo em 30% dos casos suspeitos (MERIKANGAS *et al.*, 2011).

A principal causa de morte nos portadores de Transtorno Afetivo Bipolar é o suicídio, sendo que 43% dos pacientes apresentam ideação, 21% plano e 16% tentativa no último ano (MERIKANGAS *et al.*, 2011). São considerados fatores de risco para suicídio: sexo feminino, juventude, polaridade para depressão no primeiro episódio, ansiedade como comorbidade, transtorno de personalidade borderline, tentativa prévia e história familiar positiva (SCHAFER *et al.*, 2015; MARANGELL *et al.*, 2006).

Manejo da crise

O DSM-5 faz uma mudança do “critério A” para mania que agora requer um período isolado de humor expansivo e persistentemente elevado ou humor irritado e atividade anormal e persistentemente elevada a maior parte do dia, quase todos os dias por uma semana (ou menos tempo se houve necessidade de hospitalização) (DSM-5. 5th, 2013). Agora o diagnóstico do episódio de mania requer pelo menos três (ou quatro, se humor apenas irritado) dos seguintes sintomas: elevada autoestima, ideação de grandeza, redução da necessidade de sono, fala excessiva, fuga de ideias, distração alto nível de agitação psicomotora ou envolvimento elevado com situações de risco de consequências deletérias.

O DSM-5, ao contrário do DSM-4, enquadra no diagnóstico pessoas com Depressão Grave que desenvolvem mania durante tratamento medicamentoso ou eletroconvulsoterapia (DSM-5. 5th, 2013).

Manejo da agitação

A agitação constitui urgência médica pelos comportamentos com consequências potencialmente graves.

Caso o paciente aceite medicação de uso oral, agentes antimaníacos de ação rápida devem ser considerados como primeira escolha. Quando a agitação persiste a despeito do uso de substâncias antimaníacas, farmacoterapia adicional em doses seguras e adequadas é necessária. Há que se avaliar a disponibilidade do arsenal terapêutico do Serviço de Urgência.

Não havendo resposta a drogas orais, a via intramuscular pode ser usada. Em nosso meio, antipsicóticos convencionais, como haloperidol, são drogas de escolha.

Tratamento farmacológico de episódios maníacos (REINARES *et al.*, 2005; SHELDON, BOBO, 2024).

O exame preliminar deve contemplar risco de comportamento agressivo, risco de suicídio, possibilidade de adesão de tratamento crônico, comorbidades e disponibilidade de suporte psicossocial.

Outra questão importante é a exclusão de sintomas de abuso de drogas, medicações e outras condições clínicas ou neurológicas.

Qualquer paciente em episódio maníaco usando drogas antidepressivas deve ter a medicação suspensa.

A primeira linha são as drogas antimania, cerca de 50% dos pacientes que respondem à monoterapia melhoram significativamente entre três a quatro semanas. São drogas disponíveis para monoterapia em nossos serviços lítio, quetiapina e risperidona.

A resposta ruim à monoterapia requer combinação de drogas: quetiapina + lítio, aripiprazol + lítio/risperidona + lítio.

A segunda linha compreende olanzapina, carbamazepina e haloperidol. Pode-se usar a combinação de olanzapina + lítio.

Alguns aspectos clínicos podem ajudar na escolha do tratamento. O lítio é droga de escolha em pacientes que apresentam episódios de mania caracterizados por grandeza (na ausência de

sintomas depressivos, poucos episódios prévios e história familiar de resposta a lítio) (KUSUMAKAR, YATHAM, HASLAM, 1997; SWANN *et al.*, 1997; SWANN, 2001; SWANN, BOWDEN, CALABRESE, *et al.*, 2002; KECK, MCELROY, STRAKOWSKI, 1998; MCINTYRE, YOON, 2012).

A ansiedade geralmente acompanha episódios maníacos e é preditor de pior prognóstico (GONZALEZ-PINTO, GALAN, 2012; FESKE *et al.*, 2000). Quetiapina e carbamazepina são boas exclusivamente nesse contexto (RAKOFSKY, DUNLOP, 2011).

Quando há sintomas de depressão associados o que se observa em 10 a 30 % dos pacientes (VIETA, MORRALLA, 2010; REINARES, BONNIN, HIDALGO-MAZZEI *et al.*, 2005), com risco aumentado de suicídio, antipsicóticos atípicos como aripiprazol, olanzapina e ziprasidona, são drogas de escolha (MURALIDHARAN *et al.*, 2013; CUOMO *et al.*, 2001).

Quase metade dos pacientes apresenta psicose (CORYELL *et al.*, 2001). Neste contexto, a revisão da literatura não mostra superioridade de monoterapia ou combinação de drogas (YATHAM *et al.*, 2003; SWANN *et al.*, 2002; SMULEVICH *et al.*, 2005; HIRSCHFELD *et al.*, 2004), sendo que os antipsicóticos atípicos ou a combinação de antipsicóticos atípicos com estabilizadores de humor constituem boas opções.

Considera-se que os Transtornos Afetivos Bipolares de ciclo curto compreendem quatro ou mais episódios por ano e afetam em até um terço dos pacientes (VALENTI *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2014). Não há evidências de superioridade de qualquer droga de primeira linha nesses casos (Fountoulakis *et al.*, 2013). Convém optar-se por droga que vá beneficiar o paciente na manutenção da estabilidade da doença (CALABRESE *et al.*, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BELLIVIER, F.; ETAIN, B.; MALAFOSSE, A. *et al.* Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe. *World Journal of Biological Psychiatry*, v. 15, p. 369-376, 2014. DOI: 10.3109/15622975.2013.849663.
- CALABRESE, J. R.; SHELTON, M. D.; RAPPORT, D. J. *et al.* A 20-month, double-blind, maintenance trial of lithium versus divalproex in rapid-cycling bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 162, p. 2152-2161, 2005. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.11.2152.
- CARVALHO, A. F.; DIMELLIS, D.; GONDA, X. *et al.* Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 75, p. E578-E586, 2014. DOI: 10.4088/JCP.13r08629.
- CUOMO, A.; NIKOLOVA, V. L.; YALIN, N. *et al.* Pharmacological treatment of mixed states. *CNS Spectrums*, v. 22, p. 186-195, 2017. DOI: 10.1017/S1092852916000497.
- CORYELL, W.; LEON, A. C.; TURVEY, C. *et al.* The significance of psychotic features in manic episodes: a report from the NIMH collaborative study. *Journal of Affective Disorders*, v. 67, p. 79-88, 2001. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00342-6.
- FESKE, U.; FRANK, E.; MALLINGER, A. G. *et al.* Anxiety as correlate of response to the acute treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 157, p. 956-962, 1999. DOI: 10.1176/ps.157.7.956.
- FOUNTOULAKIS, K. N.; KONTIS, D.; GONDA, X. *et al.* A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, v. 15, p. 115-137, 2013. DOI: 10.1111/bdi.12022.
- GONZALEZ-PINTO, A.; GALAN, I.; MARTIN-CARRASCO, M. *et al.* Anxiety as a marker of severity in acute mania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 126, p. 351-355, 2012. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01873.x.
- HIRSCHFELD, R. M. A.; LEWIS, L.; VORNIK, L. A. Perceptions and impact of bipolar disorder: results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 64, p. 161-174, 2003.
- HIRSCHFELD, R. M. A.; KECK, P. E.; KRAMER, M. *et al.* Rapid antimanic effect of risperidone monotherapy: 3-week multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 1057-1065, 2004. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.6.1057.
- JOSLYN, C.; HAWES, D. J.; HUNT, C. B. Is age onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? Meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, v. 18, p. 389-403, 2016. DOI: 10.1111/bdi.12382.
- KUSUMAKAR, V.; YATHAM, L. N.; HASLAM, D. R. S. *et al.* Treatment of mania, mixed state, and rapid cycling. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 42, p. 579-586, 1997.
- MALHI, G. S.; BASSETT, D.; BOYCE, P. *et al.* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 49, p. 1087-1206, 2015. DOI: 10.1177/0004867415600593.
- MARANGELL, L. B.; BAUER, M. S.; DENNEHY, E. B. *et al.* Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disorders*, v. 8, p. 566-575, 2006. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2006.00336.x.
- MITCHELL, P. B. A probabilistic approach. *Bipolar Disorders*, v. 10, p. 144-152, 2008. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00529.x.
- MURALIDHARAN, K.; ALI, M.; SILVEIRA, L. E. *et al.* Efficacy of second generation antipsychotics in treating acute mixed episodes in bipolar disorder: meta-analysis of placebo-controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, v. 150, p. 408-414, 2013. DOI: 10.1016/j.jad.2013.04.029.

- RAKOFISKY, J.; DUNLOP, B. W. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in 199 patients with bipolar disorder: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 72, p. 81-90, 2011. DOI: 10.4088/JCP.10r06188.
- REINARES, M.; BONNIN, C. D. M.; HIDALGO-MAZZEI, D. *et al.* Depressive features. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 49, p. 540-549, 2015. DOI: 10.1177/0004867415576514.
- YATHAM, L. N.; KENNEDY, S. H.; O'DONOVAN, C. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disorders*, v. 7, p. 5-69, 2005. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2005.00152.x.
- SAMI, M.; KHAN, H.; NILFOROOSHAN, R. Late onset mania as an organic syndrome: a review of case reports in the literature. *Comprehensive Psychiatry*, v. 58, p. 226-231, 2015. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.11.006.
- SCHAFER, A.; ISOMETSA, E. T.; AZORIN, J. M. *et al.* A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 49, p. 1006-1020, 2015. DOI: 10.1177/0004867415594428.
- SCOTT, J.; LEBOYER, M. Consequences of delayed diagnosis of bipolar disorders. *Encephale*, v. 37, p. 517-555, 2011. DOI: 10.1016/j.encep.2011.03.002.
- SMULEVICH, A. B.; KHANNA, S. S.; EERDEKENS, M. *et al.* Acute and continuation risperidone monotherapy in bipolar mania: a 3-week placebo-controlled trial followed by a 9-week double-blind trial of risperidone and haloperidol. *European Neuropsychopharmacology*, v. 15, p. 75-84, 2005. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2004.09.009.
- SWANN, A. C.; BOWDEN, C. L.; MORRIS, D. *et al.* Depression during mania treatment response to lithium or divalproex. *Archives of General Psychiatry*, v. 54, p. 37-42, 1997. DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830120031005.
- SWANN, A. C. Predicting therapeutic response in acute manic episodes: data from controlled studies with divalproex. *Encephale*, v. 27, p. 277-279, 2001.
- SWANN, A. C.; BOWDEN, C. L.; CALABRESE, J. R. *et al.* Pattern of response to divalproex, lithium, or placebo in four naturalistic subtypes of mania. *Neuropsychopharmacology*, v. 26, p. 530-536, 2002. DOI: 10.1016/S0893-133X(01)00371-7.
- KECK, P. E.; MCELROY, S. L.; STRAKOWSKI, S. M. Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 59, p. 74-81, 1998.
- MCINTYRE, R. S.; YOON, J. Efficacy of antimanic treatments in mixed states. *Bipolar Disorders*, v. 14, p. 22-36, 2012. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2012.01024.x.
- VALENTI, M.; PACCHIAROTTI, I.; UNDURRAGA, J. *et al.* Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, v. 17, p. 549-559, 2015. DOI: 10.1111/bdi.12294.
- VIETA, E.; MORRALLA, C. Prevalence of mixed mania using 3 definitions. *Journal of Affective Disorders*, v. 125, p. 61-73, 2010. DOI: 10.1016/j.jad.2010.02.109.
- YATHAM, L. N.; GROSSMAN, F.; AUGUSTYNS, I. *et al.* Mood stabilizers plus long-acting risperidone or placebo in the treatment of acute mania: international, double-blind, randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 182, p. 141-147, 2003. DOI: 10.1192/bjp.182.2.141.

SAÚDE MENTAL

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

ÍNDICE REMISSIVO

<i>Anorexia.....</i>	<i>67</i>	<i>Psicologia.....</i>	<i>37</i>
<i>Atividade Física.....</i>	<i>62</i>	<i>Psiquiatria da Dependência.....</i>	<i>23</i>
<i>Dependência Emocional.....</i>	<i>37</i>	<i>Redes Sociais.....</i>	<i>67</i>
<i>Dependência Química.....</i>	<i>23</i>	<i>Saúde Mental.....</i>	<i>1, 15, 48, 62, 73</i>
<i>DSM-5.....</i>	<i>55</i>	<i>Sobrecarga do Cuidador.....</i>	<i>15</i>
<i>Emergência Psiquiátrica.....</i>	<i>48</i>	<i>Terapia Cognitivo Comportamental.....</i>	<i>37</i>
<i>Enfermagem.....</i>	<i>1</i>	<i>Transtorno de Compulsão Alimentar.....</i>	<i>55</i>
<i>Esquizofrenia Paranoide.....</i>	<i>1</i>	<i>Transtorno de Personalidade Borderline.....</i>	<i>8</i>
<i>Hipomania.....</i>	<i>73</i>	<i>Transtorno do Espectro Autista.....</i>	<i>15</i>
<i>Internação Psiquiátrica.....</i>	<i>8</i>	<i>Transtorno por Uso de Álcool.....</i>	<i>23</i>
<i>Internet.....</i>	<i>67</i>	<i>Transtornos Afetivos Bipolares.....</i>	<i>73</i>
<i>Manejo Clínico.....</i>	<i>8</i>	<i>Tratamento Multidisciplinar.....</i>	<i>55</i>
<i>Manejo de Crise.....</i>	<i>48</i>		