

Edição XXVI

SAÚDE MENTAL

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

ORGANIZADORES
Guilherme Barroso L. De Freitas
Márcia Astrês Fernandes
Grace Tomal

EP 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 XXVI

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
(Universidade Estácio de Sá, Cruzeiro do Sul, Instituto Líbano)

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)

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, 29-09-2025.
1 livro digital; p. 272; ed. XXVI; il.

Modo de acesso: Internet
ISBN: 978-65-6029-286-4
<https://doi.org/10.59290/978-65-6029-286-4>
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

Edição XXVI

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

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Sumário

Capítulo 1

TRAUMAS PRECOCES E SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DA EPIGENÉTICA 1

Capítulo 2

O CÉREBRO DO PSICOPATA: DEFINIÇÕES E NEUROBIOLOGIA 7

Capítulo 3

CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS E OS DESAFIOS DA IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL 16

Capítulo 4

BURNOUT E DEPRESSÃO: DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS 26

Capítulo 5

TRANSTORNOS MENTAIS EM MULHERES NO PÓS-PARTO E O PAPEL DA REDE DE APOIO: DEPRESSÃO E PSICOSE 32

Capítulo 6

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA 40

Capítulo 7

CANÇÕES DE UM CORAÇÃO EM RUINAS: O LUTO PÓS-TÉRMINO E A DEPENDÊNCIA EMOCIONAL EM ANTI-HERÓI DE JÃO 53

Capítulo 8

PREVENÇÃO DE SÍNDROMES E TRANSTORNOS RELACIONADOS A ESTRESSE OCUPACIONAL COM SERVIDORAS 62

Capítulo 9

CURTIDAS, FILTROS E CRISES: O IMPACTO DAS REDES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL 72

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Sumário

Capítulo 10

IMPACTOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA COMPREENSÃO GESTÁLTICA 81

Capítulo 11

BURNOUT E EXAUSTÃO EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE 97

Capítulo 12

NEUROARQUITETURA EM AMBIENTES INFANTIS 105

Capítulo 13

O EXERCÍCIO FÍSICO NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE 118

Capítulo 14

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: UMA REVISÃO 123

Capítulo 15

OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL CAUSADOS PELA SOBRECARGA DE CUIDADORES
FAMILIARES DE IDOSOS 132

Capítulo 16

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DO
SEGMENTO DE TELEMARKETING 140

Capítulo 17

DEPRESSÃO: PANORAMA ATUAL, DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA DIAGNÓSTICO
E TRATAMENTO 152

Capítulo 18

DROGAS-Z: O USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA EM PACIENTES COM INSÔNIA 162

Capítulo 19

OS EFEITOS DOS PROBIÓTICOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE
..... 169

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Sumário

Capítulo 20

A INTERFACE ENTRE CUIDADOS PALIATIVOS E SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS INTEGRATIVAS 180

Capítulo 21

A SÍNDROME DE BURNOUT E SUA IMPORTÂNCIA PARA ESTUDANTES DE MEDICINA 189

Capítulo 22

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: UMA REVISÃO 195

Capítulo 23

USO TERAPÊUTICO DE CANABINOIDES NA PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL E DAS SÍNDROMES NEUROLÓGICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 211

Capítulo 24

O TEATRO SUICIDA: A RELAÇÃO INTRÍNSECA DO SUICÍDIO E ARTE 226

Capítulo 25

DOSAGENS DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS LÍCITOS E ILÍCITOS: PRINCÍPIOS E APLICAÇÕES CLÍNICAS 236

Capítulo 26

TRANSTORNOS BIPOLARES: DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS 257

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 1

TRAUMAS PRECOCES E SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DA EPIGENÉTICA

ANA LAURA AVILA CAUMO¹
GABRIELA UCHÔA DA SILVEIRA¹
ISABELLE BANDIERA ZALESKI¹
MARIANA ZANDER FALKENBERG¹
NATÁLIA FERRÃO GUIMARÃES¹
RENATO ASSMANN MACCARI¹
SOFIA DE BARROS QUIJANO¹
TOMÁS MATTER WECHSLER¹

¹Discente – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Palavras-Chave: Trauma Precoce; Experiências Adversas na Infância; Epigenética.

INTRODUÇÃO

Atualmente, é estimado que cerca de 1 bilhão de crianças e adolescentes no mundo são expostos a experiências adversas, como abuso físico, sexual e emocional. O trauma na infância surge com a presença de um componente estressor extremo na vida da criança, o que acaba causando um impacto negativo no desenvolvimento. Essas experiências podem abranger eventos muito diversos, desde a negligência e a violência doméstica até situações de abuso e perdas significativas, representando uma ameaça real ou percebida que afeta profundamente o indivíduo em formação. História de abuso na infância está associada a 45% dos transtornos psiquiátricos manifestados na infância e a 25-32% dos manifestados na vida adulta, sendo considerado um fator de risco para diversas condições adversas, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno bipolar, ansiedade, psicose, abuso de substâncias, comportamento suicida, obesidade e dor crônica. Esses desfechos psiquiátricos se desenvolvem porque o trauma é capaz de alterar a estrutura e o funcionamento do cérebro, pois ele modifica as conexões entre o córtex pré-frontal, o hipocampo e a amígdala, áreas que são sensíveis ao estresse e à ação de hormônios como os glicocorticoides. Consequentemente, essas modificações no funcionamento cerebral resultam em alterações epigenéticas e disfunções neuroendócrinas e imunológicas.

A epigenética, um campo que tem recebido crescente atenção na atualidade, pode ser definida como um mecanismo de regulação da expressão gênica, que ocorre através da modificação hereditária do DNA, sem que haja alteração na sequência do DNA em si. Essa regulação determina alterações nos fenótipos celulares, explicando como as células podem adquirir funções diferentes a partir do mesmo código

genético. Além disso, a epigenética é um processo dinâmico e suscetível a exposições ambientais, consequentemente contribuindo para a incorporação biológica das experiências vividas na infância, como os traumas. O mecanismo epigenético mais investigado e relevante neste contexto é a metilação do DNA, um processo bioquímico que pode silenciar ou ativar genes e tem sido amplamente estudado em relação ao estresse precoce e suas consequências na saúde mental.

Com o avanço significativo das pesquisas em neurociência e biologia molecular, cresce o interesse em compreender de que maneira essas experiências traumáticas vivenciadas na infância podem produzir impactos longitudinais na saúde mental, influenciando mecanismos de regulação da expressão gênica que afetam profundamente o funcionamento neurobiológico do indivíduo. Assim, o foco é explorar como essas alterações epigenéticas estão envolvidas na trajetória do sofrimento psíquico e na manifestação de transtornos psiquiátricos, buscando entender sua persistência ao longo do desenvolvimento humano. Considerando a infância como um período de alta plasticidade neurobiológica e vulnerabilidade psicossocial, e em muitos casos, marcado por negligência, abuso físico ou emocional, abandono, separações ou violência, procuramos entender como estes fatores influenciam os mecanismos de regulação da expressão gênica, que impactam profundamente o funcionamento neurobiológico do indivíduo ao longo da vida, ainda que não promovam alterações diretas na sequência do DNA.

Objetiva-se, portanto, contribuir para a elucidação de como essas alterações epigenéticas participam da cronologia do sofrimento psíquico e sua relação com sintomas de transtornos psiquiátricos, bem como de sua persistência ao longo do desenvolvimento humano, destacando, ainda, os caminhos possíveis para a preven-

ção e o diagnóstico precoce de condições psiquiátricas associadas. Propomos, com isso, uma análise que considere tanto os aspectos individuais quanto os contextuais, compreendendo a complexidade das interações entre o campo biológico e ambiental, e seu atravessamento direto na construção da subjetividade e do sofrimento psíquico.

MÉTODO

Esse capítulo foi elaborado por meio de uma revisão de literatura. Em junho de 2025, utilizamos as bases de dados PubMed/Medline, a *Journal of American Medical Association* (JAMA), a revista científica RECIMA21 e a plataforma *ResearchGate* para reunir as publicações sobre o tema relação de traumas na infância, epigenética e transtornos psiquiátricos. Nessa revisão sistemática de literatura, realizamos a pesquisa usando as seguintes palavras-chave: "*Epigenetics*", "*childhood trauma*", "*childhood adversity*", "*epigenetic patterns*", "*early life stress*", "Epigenética" e "Traumas de infância". A partir desses resultados, tivemos acesso a diversos artigos e foram selecionados 7 artigos que agregam a essa temática e serão mencionados ao longo deste texto, segundo a sua relevância para o tema proposto. Para a seleção dos artigos escolhemos textos publicados tanto em inglês quanto em português e entre os anos de 2012 até 2024, sendo a maioria dos artigos mais atuais dos últimos 5 anos. Por fim, com a leitura de todos esses artigos, apresentamos uma análise dos principais achados e uma discussão sobre a literatura da relação entre os traumas na infância, epigenética e transtornos psiquiátricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de artigos científicos selecionados, foi possível identificar uma sólida

correlação entre traumas na infância, alterações epigenéticas e maior susceptibilidade ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Os estudos analisados afirmam o trauma precoce como um fator de risco importante para alterações duradouras na fisiologia cerebral, especialmente por meio de mecanismos epigenéticos como a metilação do DNA, modificações de histonas e alterações em microRNAs (miRNAs).

Um dos achados centrais dos estudos refere-se ao eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), frequentemente identificado como sobrecarregado em indivíduos expostos a traumas na infância. A hipermetilação do gene NR3C1, responsável pelo receptor de glicocorticoides, foi observada em diversos desses artigos, inclusive em tecido cerebral humano *post-mortem*, confirmando sua redução de expressão em vítimas de abuso infantil com comportamento suicida. Essa alteração está associada à menor capacidade de modulação da resposta ao estresse e à maior propensão a transtornos como depressão e ansiedade. No entanto, a relação causal direta entre a hipermetilação de NR3C1 e o surgimento de transtornos ainda é debatida, uma vez que fatores ambientais e genéticos concomitantes podem influenciar esse desfecho.

Outros genes recorrentes nos estudos foram FKBP5, BDNF, SLC6A4, OXT e NPY, relacionados a funções como neuroplasticidade, apego social, regulação emocional e resposta imunológica. A metilação anormal nesses genes foi associada a sintomas psiquiátricos, como depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno bipolar, comportamento suicida e uso de substâncias. Ainda assim, muitos desses achados carecem de replicação em amostras maiores e mais diversas, o que limita a generalização dos resultados para diferentes populações.

Modelos experimentais em animais reforçam esses achados, mostrando que experiências como a separação materna alteram a expressão de genes reguladores do estresse e da comunicação neuronal, com efeitos comportamentais de longo prazo. Contudo, é importante reconhecer as limitações dos modelos animais, que nem sempre replicam com precisão a complexidade das experiências traumáticas humanas e suas implicações psicossociais. Em humanos, estudos longitudinais demonstraram que as marcas epigenéticas podem ser detectadas desde o nascimento até a adolescência, sendo o período entre 3 e 5 anos especialmente sensível. Essas alterações epigenéticas, além de persistirem ao longo do tempo, podem aparecer tardiamente e até mesmo serem transmitidas para gerações futuras, sugerindo um potencial de transmissão do trauma para as próximas gerações.

Foi identificada ainda uma variabilidade individual nos desfechos epigenéticos, modulada por fatores como sexo, etnia, idade de exposição ao trauma e contexto social, o que reforça a importância de estudos mais amplos e diversos. Um dos artigos analisados propôs um modelo de trajetórias epigenéticas (emergentes, latentes, estáveis, entre outras), indicando que nem todas as alterações se manifestam de forma imediata ou uniforme. Também se destacou a relevância dos microRNAs, especialmente miR-124, miR-16, miR-504 e miR-135a, como moduladores da resposta ao estresse e da regulação dopaminérgica e serotoninérgica. Alterações nesses miRNAs foram relacionadas à expressão de sintomas depressivos e comportamentos suicidas, principalmente em adolescentes com histórico de adversidade precoce.

A maioria dos artigos revisados enfatiza o papel da epigenética não apenas como explicação dos mecanismos biológicos envolvidos, mas também como potencial ferramenta diagnóstica e terapêutica. Isso abre caminhos para o

uso de biomarcadores epigenéticos no rastreamento precoce de indivíduos em risco e para o desenvolvimento de estratégias personalizadas de prevenção e tratamento em saúde mental. Novas evidências indicam que os efeitos epigenéticos do trauma infantil envolvem alterações transcricionais amplas em regiões cerebrais como o córtex cingulado anterior e o córtex orbitofrontal, áreas chave na regulação emocional. Tecnologias recentes de sequenciamento revelam assinaturas epigenômicas específicas relacionadas à vulnerabilidade psiquiátrica, ampliando o entendimento dos mecanismos envolvidos. Além disso, fatores ambientais crônicos, como pobreza e exclusão social, têm se mostrado moduladores epigenéticos relevantes, interagindo com traumas agudos e contribuindo para uma sensibilização progressiva do eixo neuroimunoendócrino.

Outro ponto emergente é a plasticidade epigenética: intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas demonstraram potencial de modular parcialmente padrões de metilação, sugerindo que marcadores epigenéticos podem também atuar como indicadores de resposta ao tratamento. Por fim, estudos integrando epigenética, dados clínicos e neuroimagem funcional estão permitindo correlações mais refinadas entre alterações moleculares e manifestações comportamentais, apontando para o futuro da medicina de precisão em saúde mental.

CONCLUSÃO

Em síntese, esta revisão da literatura atual acerca dos dados sobre traumas na infância, epigenética e transtornos psiquiátricos alavanca a pauta da saúde mental para um patamar de discussão acadêmica. Os resultados revelaram uma sólida relação entre eventos estressores precoces e maior susceptibilidade ao desenvolvimento de transtornos de humor, de ansiedade, comportamento suicida, transtorno do

estresse pós-traumático e até mesmo transtorno do uso de substâncias. Destaca-se o papel da metilação do DNA, das modificações de histonas e das alterações que envolvem microRNAs.

É evidenciado um cenário no qual a epigenética pode influenciar a vida de um indivíduo desde a primeira infância, até a transmissão das alterações para futuras gerações, contudo, existem limitações dentro desse contexto, uma vez que algumas fontes foram baseadas em modelos animais, além da nítida variabilidade dos desfechos levando em consideração a individualidade de fatores biológicos e sociais, como sexo e etnia. Destaca-se também o potencial da

epigenética na abordagem terapêutica de tais condições, uma vez que, ao considerar a plasticidade epigenética e a influência de fatores ambientais contínuos, como pobreza e exclusão social, adotamos intervenções mais eficazes e integradas, com potencial de transformar o cuidado em saúde mental por meio de abordagens mais sensíveis, precoces e individualizadas. Os achados deste trabalho podem impulsionar novas pesquisas, especialmente no que diz respeito aos potenciais terapêuticos e de diagnóstico da epigenética, em busca de um cuidado mais assertivo na área da psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GLADISH, N. *et al.* Childhood trauma and epigenetics: state of the science and future. *Current Environmental Health Reports*, v. 9, n. 4, p. 661–672, dez. 2022. Doi: 10.1007/s40572-022-00381-5.

JACOB, L.M.S. & JACOB, I.M.A. Traumas na infância e na adolescência: impactos profundos no desenvolvimento ao longo da vida – uma revisão da literatura sobre o TEPT na perspectiva epigenética. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, [S. l.], v. 5, n. 1, p. e515593, 2024. Doi: 10.47820/recima21.v5i1.5593.

LABONTÉ, B. *et al.* Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Archives of General Psychiatry*, v. 69, n. 7, p. 722–731, jul. 2012. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287.

LUSSIER, A.A. *et al.* Association between the timing of childhood adversity and epigenetic patterns across childhood and adolescence: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) prospective cohort. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 7, n. 8, p. 532–543, ago. 2023. Doi: 10.1016/S2352-4642(23)00127-X.

OCHI, S. & DWIVEDI, Y. Dissecting early life stress-induced adolescent depression through epigenomic approach. *Molecular Psychiatry*, v. 28, n. 1, p. 141–153, jan. 2023. Doi: 10.1038/s41380-022-01907-x.

THUMFART, K.M. *et al.* Epigenetics of childhood trauma: long-term sequelae and potential for treatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v. 132, p. 1049–1066, jan. 2022. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.10.042.

ZHOU, A. & RYAN, J. Biological embedding of early-life adversity and a scoping review of the evidence for intergenerational epigenetic transmission of stress and trauma in humans. *Genes*, v. 14, n. 8, p. 1639, ago. 2023. Doi: 10.3390/genes14081639.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 2

O CÉREBRO DO PSICOPATA: DEFINIÇÕES E NEUROBIOLOGIA

CAMILY POLLETTI AREND¹
FELIPE RAHMAN MÜHL¹
GABRIELA SANTIN PEREIRA¹
GUILHERME WHILHEMS MENEGON¹
HENRIQUE OSMARINI ZANELLA¹
JOÃO GUILHERME GREGÓRIO DE SOUZA¹
JÚLIA RIVAROLA LEÃO SARAIVA¹
KAYLE FERRAZ CAMPARA¹
LAURA DICKOW BOERE¹
MILENA MORAES¹
NADINE WPLSCHIK DEMBOGURSKI¹
NATHAN ROMANINI¹
PEDRO BILHAR¹
WESLEY EMANUEL NUGLISCH¹

¹Discente – Escola de Medicina da Universidade de Passo Fundo

Palavras-Chave: Neurobiologia; Transtornos Mentais; Psicopatia.

DOI: 10.59290/0200610752

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A psicopatia é um transtorno de personalidade caracterizado por um conjunto de traços afetivos, interpessoais, comportamentais e antissociais, incluindo ausência de empatia, remorso ou culpa, manipulação, impulsividade e tendência à violação de normas sociais (DE BRITO *et al.*, 2021; HARE & NEUMANN, 2009). Do ponto de vista neurobiológico, a psicopatia está associada a anomalias estruturais e funcionais em diversas regiões cerebrais, especialmente no córtex pré-frontal, amígdala, ínsula, cíngulo, hipocampo e corpo estriado (DE BRITO *et al.*, 2021; NUMMENMAA *et al.*, 2021). Reduções no volume de substância cinzenta nessas áreas, particularmente no córtex orbitofrontal e na amígdala, são frequentemente observadas em indivíduos com traços psicopáticos, tanto em populações forenses quanto na comunidade (NUMMENMAA *et al.*, 2021). Alterações funcionais incluem disfunção das redes de processamento emocional, julgamento moral e integração afetivo-cognitiva, além de mudanças na organização dos circuitos neurais, como maior eficiência da rede de atenção dorsal e menor centralidade de estruturas subcorticais no fluxo global de informação (JOHANSON *et al.*, 2020; TILLEM *et al.*, 2019). Também se observam evidências de redução da integridade da substância branca, especialmente no fascículo uncinado, que conecta o lobo temporal ao frontal, indicando prejuízo na comunicação entre regiões envolvidas no processamento emocional e controle comportamental (JOHANSON *et al.*, 2020).

A diferenciação entre psicopatia, sociopatia e transtorno de personalidade antissocial (TPAS) é relevante tanto para a prática clínica quanto para o contexto forense. Psicopatia, conforme operacionalizada pela Escala de Avaliação de Psicopatia de Hare (PCL-R), abrange

tanto traços de personalidade (afetivos e interpessoais) quanto comportamentais (estilo de vida e antissociais) (OGLOFF, 2006). O TPAS, segundo o DSM, enfatiza critérios predominantemente comportamentais, o que resulta em uma superposição parcial, mas não total, entre os diagnósticos: muitos indivíduos com TPAS não preenchem critérios para psicopatia, e vice-versa (OGLOFF, 2006). Já a sociopatia, embora não reconhecida como diagnóstico formal nos sistemas classificatórios atuais, é usada de forma coloquial para descrever padrões antissociais com maior influência ambiental (OGLOFF, 2006).

A PCL-R, desenvolvida por Hare, é o instrumento padrão-ouro para avaliação da psicopatia em contextos forenses. Ela avalia 20 itens organizados em dois fatores: um relacionado a traços interpessoais e afetivos (como charme superficial e ausência de remorso), e outro a aspectos do estilo de vida e comportamentos antissociais (como impulsividade e irresponsabilidade) (HARE & NEUMANN, 2009). A pontuação total permite estimar o grau de psicopatia, com implicações prognósticas e de manejo, como risco de violência e reincidência criminal (HARE & NEUMANN, 2009).

MÉTODO

O seguinte capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo de revisão de literatura, o qual analisou o cérebro do psicopata por meio das bases de dados como PubMed, UpToDate e Scielo. Foram utilizados descritores relacionados a essa condição para uma pesquisa mais seletiva tais como “psicopatia”, “neuroanatomia”, “neuroimagem”, “diagnóstico”, “saúde mental”, “medicina forense”, “tratamento”. Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados de 2018 até o mês de junho de 2025, artigos publicados em português, espanhol e inglês. Foram selecionados artigos que abordassem de forma

clara este tema, que tivessem o texto na íntegra por acesso gratuito e que atendessem à proposta do capítulo. Ao total, foram selecionados 30 artigos principais que foram citados ao decorrer deste trabalho, conforme critérios de inclusão e exclusão abordados previamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neuroanatomia da psicopatia

A neuroanatomia da psicopatia tem sido objeto de extensa investigação, revelando alterações significativas em estruturas cerebrais cruciais para o processamento emocional e a tomada de decisões. A amígdala, por exemplo, frequentemente exibe redução no volume de massa cinzenta em indivíduos psicopatas, além de apresentar morfologia anormal, particularmente nos núcleos basolaterais (JOHANSON *et al.*, 2020). Essa disfunção se estende à sua atividade, com estudos demonstrando atividade amigdalar reduzida durante tarefas relacionadas à avaliação de justiça e reconhecimento de emoções faciais (JOHANSON *et al.*, 2020). Além disso, o volume reduzido da amígdala está associado à gravidade dos traços psicopáticos (PHILIPPI *et al.*, 2018).

Outras regiões corticais também desempenham papel relevante. O córtex pré-frontal ventromedial (CPF_{vm}), embora anteriormente considerado um correlato importante da psicopatia, tem mostrado resultados inconsistentes, com revisões sistemáticas recentes apontando ausência de achados significativos (WALLER *et al.*, 2024). Já o córtex orbitofrontal (COF) apresenta alterações estruturais, como assimetrias no volume de massa cinzenta em adolescentes com traços psicopáticos, sugerindo seu envolvimento na impulsividade e nos comportamentos disfuncionais (YANG *et al.*, 2020).

Por fim, alterações no sistema de recompensa também são observadas. O estriado ven-

tral, incluindo o núcleo accumbens, pode apresentar morfologia atípica, e indivíduos psicopatas demonstram atividade aumentada nessa região durante a antecipação de recompensas, especialmente em associação a traços impulsivo-antissociais (GLENN *et al.*, 2020).

Neuroimagem na psicopatia

Estudos de ressonância magnética estrutural (MRI) revelam reduções de volume em regiões frontotemporais — como córtex orbitofrontal, pré-frontal dorsolateral, amígdala, hipocampo, cíngulo e ínsula — bem como anomalias no núcleo accumbens e cerebelo, especialmente em indivíduos com traços psicopáticos mais elevados (NUMMENMAA *et al.*, 2021; PIEPERHOFF *et al.*, 2025).

Do ponto de vista funcional (fMRI), observa-se hipoatividade da amígdala laterobasal direita e dos córtices pré-frontais dorsomedial e dorsolateral durante o processamento emocional e a tomada de decisão moral, enquanto a hiperatividade no córtex fronto-insular é detectada em tarefas de recompensa e cognição social (DEMING & KOENIGS, 2020; PUJOL *et al.*, 2019). Há ainda disfunção da rede de modo padrão, com aumento de atividade em regiões corticais de linha média (PUJOL *et al.*, 2019; NUMMENMAA *et al.*, 2021), e redução da integridade da substância branca em tratos como o fascículo uncinado e o cíngulo dorsal, conforme revelado por estudos de DTI (JOHANSON *et al.*, 2020).

Essas alterações apresentam maior associação com o Fator 2 da PCL-R, ligado à impulsividade e aos comportamentos antissociais (PIEPERHOFF *et al.*, 2025). Em síntese, os achados convergem para anomalias em circuitos frontolímbicos e paralímbicos — como o órbito-frontal, amígdala, cíngulo e ínsula — sustentando disfunções neurobiológicas na inte-

gração entre emoção, cognição e controle (PUJOL *et al.*, 2019; DEMING & KOENIGS, 2020).

Psicopatia na infância e adolescência

A compreensão da psicopatia na infância e adolescência é um campo complexo e de suma importância, tanto para a pesquisa neurobiológica quanto para a prática clínica e forense. Embora o diagnóstico formal de psicopatia, estabelecido pela PCL-R, seja tipicamente aplicado a adultos, a manifestação de traços precursores durante o desenvolvimento é um tópico de intensa investigação (WALLER *et al.*, 2024). A ideia de que a psicopatia "começa cedo" tem levado à busca por marcadores comportamentais e neurobiológicos em idades mais precoces.

Em crianças e adolescentes, os traços que podem predispor à psicopatia adulta são frequentemente agrupados sob a designação de Transtorno de Conduta (TC). No entanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), introduziu uma importante especificação para o TC: o subtipo com "emoções pró-sociais limitadas" (TC+EPL). Esse subtipo é caracterizado pela presença persistente de, no mínimo, dois dos seguintes traços interpessoais e afetivos: falta de remorso ou culpa, insensibilidade/ausência de empatia, desinteresse pelo desempenho e afeto superficial ou deficiente (FRICK *et al.*, 2014).

Crianças e adolescentes com TC+EPL exibem um padrão de comportamento agressivo e antissocial, mas com uma qualidade distintiva de frieza, crueldade e falta de preocupação com os outros, que se assemelha aos traços afetivos da psicopatia adulta (FRICK *et al.*, 2014; HAAR *et al.*, 2020). Diferentemente de jovens com TC sem essa especificação, que podem demonstrar remorso ou ansiedade, aqueles com EPL parecem ter uma menor reatividade ao so-

frimento alheio e maior dificuldade em aprender com a punição, sugerindo déficits no processamento emocional e na modulação do comportamento por consequências aversivas (HAAR *et al.*, 2020).

A investigação neurobiológica em jovens diagnosticados com TC+EPL tem revelado padrões de disfunção cerebral que, em muitos aspectos, se assemelham aos observados em adultos psicopatas. Isso sugere uma trajetória de desenvolvimento para essas alterações. A amígdala, por exemplo, em jovens com TC+EPL, frequentemente exibe hipoatividade durante o processamento de estímulos emocionais, como faces que expressam medo ou em situações que envolvem moralidade (HAAR *et al.*, 2020; WALLER *et al.*, 2024). Essa redução na atividade está diretamente ligada a uma menor resposta ao medo e à dificuldade em reconhecer emoções em outras pessoas, o que contribui significativamente para a falta de empatia (HAAR *et al.*, 2020). Além disso, estudos recentes indicam que adolescentes com altos traços psicopáticos podem apresentar reduções no volume de substância cinzenta da amígdala, um achado consistente com o que se observa em adultos (WALLER *et al.*, 2024).

O córtex pré-frontal (CPF) também mostra anomalias consistentes, especialmente nas regiões do córtex pré-frontal ventromedial (CPFvm) e do córtex orbitofrontal (COF). O COF, que desempenha um papel crucial na tomada de decisões baseadas em recompensas e punições, bem como na regulação emocional, pode apresentar assimetrias no volume de massa cinzenta em adolescentes com traços psicopáticos. Notavelmente, a impulsividade pode estar associada a um menor volume do COF medial esquerdo (YANG *et al.*, 2020). A conectividade entre o CPFvm e a amígdala, vital para a regulação emocional e o comportamento social, também se mostra atípica nesses jovens,

prejudicando a integração entre aspectos afetivos e cognitivos (HAAR *et al.*, 2020).

No que diz respeito ao sistema de recompensa, há evidências de disfunção, particularmente no estriado ventral, em adolescentes que exibem traços psicopáticos (GLENN *et al.*, 2020; HAAR *et al.*, 2020). Esses jovens podem demonstrar uma sensibilidade aumentada à recompensa e uma menor sensibilidade à punição. Esse padrão pode explicar a impulsividade e a busca incessante por gratificação imediata, características frequentemente observadas nesses indivíduos (GLENN *et al.*, 2020).

Por fim, estudos de neuroimagem funcional e de tensor de difusão (DTI) em jovens revelam padrões de conectividade funcional atípica e redução da integridade da substância branca. Isso é particularmente visível em feixes como o fascículo uncinado, que conecta regiões límbicas (emocionais) e frontais (cognitivas). Tais alterações sugerem um prejuízo na comunicação entre áreas cerebrais envolvidas no processamento emocional, no controle dos impulsos e na cognição social (JOHANSON *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a identificação de traços psicopáticos na infância e adolescência levanta questões éticas e clínicas complexas. É crucial diferenciar comportamentos normativos da idade, como a rebeldia adolescente, de padrões persistentes e abrangentes de insensibilidade e manipulação. O estigma associado ao termo "psicopatia" exige cautela ao aplicá-lo a jovens em desenvolvimento, preferindo-se termos como "traços psicopáticos" ou a especificação de TC+EPL (FRICK *et al.*, 2014).

No entanto, a compreensão das bases neurológicas desses traços precoces é fundamental para o desenvolvimento de intervenções preventivas e terapêuticas mais eficazes. O reconhecimento da TC+EPL como um subtipo com características neurológicas distintas pode guiar abordagens que visem aprimorar a

regulação emocional, a empatia e o controle dos impulsos desde cedo, com o objetivo de mitigar a trajetória para a psicopatia adulta e reduzir os riscos de comportamentos antissociais graves no futuro (DUGGAN *et al.*, 2014).

Implicações forenses e éticas

O avanço das neurociências no estudo do cérebro de um psicopata tem transformado a forma como o sistema judicial encara o comportamento criminoso nos casos em que o indivíduo possui traços psicopáticos. As descobertas que associam a psicopatia a disfunções em áreas como a amígdala, o córtex pré-frontal ventromedial e o sistema paralímbico levantam debates relevantes sobre culpabilidade, periculosidade e a possibilidade de reabilitação.

Estudos como o de Espinoza *et al.* (2018) apontam para uma diminuição relevante na conectividade funcional entre regiões cerebrais envolvidas na empatia, no controle inibitório e no processamento emocional em populações forenses. Tais achados têm sido progressivamente incorporados a pareceres periciais e, em alguns casos, apresentados como elementos de prova em julgamentos criminais. Dependendo do enquadramento argumentativo, os dados neurológicos podem ser usados para sustentar uma redução da culpabilidade — por evidenciar limitações neurofuncionais — ou, ao contrário, justificar medidas penais mais severas com base em uma suposta predisposição à reincidência.

Embora o impacto visual das neuroimagens exerça influência sobre julgadores, o uso dessas ferramentas enfrenta críticas quanto à sua real confiabilidade. Conforme destaca Dolan (2018), a interpretação das imagens cerebrais exige conhecimento técnico apurado e precisa ser contextualizada com os demais elementos do caso, o que limita sua aplicação como prova definitiva. Ainda assim, seu uso tem crescido,

revelando uma tendência à biologização do discurso penal.

O emprego de dados neurocientíficos no contexto penal levanta questionamentos éticos profundos, sobretudo no que se refere à responsabilidade individual, à autonomia e aos direitos fundamentais. Um dos principais dilemas é o conflito entre determinismo biológico e livre-arbítrio. Se o comportamento criminoso pode ser parcialmente atribuído a alterações neurofuncionais, até que ponto é moral e juridicamente aceitável punir o indivíduo da mesma forma que se puniria alguém sem tais alterações? Decety (2020) argumenta que indivíduos com traços psicopáticos apresentam déficits reais nas capacidades empáticas e morais, o que, sob determinada ótica, comprometeria sua plena imputabilidade. No entanto, aceitar um modelo totalmente determinista poderia esvaziar o conceito de responsabilidade pessoal, que é pilar central do direito penal. Outra preocupação reside na possível rotulagem precoce. A ideia de identificar traços psicopáticos por meio de marcadores cerebrais ainda é controversa, sobretudo quando aplicada a adolescentes ou jovens adultos. A antecipação de condutas com base em padrões cerebrais pode gerar estigmatização indevida e decisões judiciais baseadas em riscos futuros ainda não materializados (DECETY, 2020).

Paralelamente, torna-se cada vez mais urgente discutir os chamados *neurorights*. Em artigo recente, Díaz Soto & Borbón (2022) propõem limites claros ao uso de neurotecnologias no sistema penal, especialmente no que diz respeito à previsão de comportamento futuro e à detecção de mentiras. Os autores defendem que tais práticas, ainda pouco reguladas, ameaçam diretamente a privacidade mental e a integridade psicológica dos indivíduos.

Diante desse cenário, é fundamental que os avanços das neurociências não sejam utilizados

de forma acrítica ou reducionista. Como salienta Dolan (2018), as evidências neurobiológicas devem atuar como suporte, e não como substituto, dos critérios éticos, jurídicos e clínicos que norteiam a justiça penal.

Tratamento

No momento, ainda não existe uma “cura” estabelecida para a psicopatia, existindo apenas intervenções que busquem a adaptação ao meio social, com o objetivo de reduzir comportamentos prejudiciais, tais como agressividade, impulsividade e falta de empatia. De acordo com Duggan *et al.* (2015), o tratamento da psicopatia deve focar nos sintomas cognitivos, emocionais ou comportamentais problemáticos específicos, e não em um único defeito que determine a patologia. Dessa forma, existem algumas intervenções possíveis, incluindo o uso de medicamentos e terapias. Drogas como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (fluoxetina) e certos anticonvulsivantes (fenitoína) têm demonstrado certo controle sobre a agressividade impulsiva (BLAIR, 2003).

Quanto às intervenções não farmacológicas, há uma divisão entre crianças/jovens e adultos. Para crianças e jovens, o foco está em tratamentos precoces e preventivos, como a Terapia Multissistêmica (TSM), um modelo de tratamento baseado na família e na rede social para adolescentes com dificuldades comportamentais (HENGELER, 1999). O TSM foi desenvolvido com base em pesquisas que demonstraram que os fatores “mutáveis” (de risco dinâmico) mais relevantes estão ligados às práticas parentais e às interações sociais (família, escola, etc.) (HENGELER, 1999). Já para adultos, o tratamento é direcionado para a redução dos riscos por meio de técnicas terapêuticas como a terapia cognitivo-comportamental (TIMMERMAN & EMMELKAMP, 2005), a terapia do esquema (CHAKHSSI *et al.*, 2014) e

a terapia comportamental dialética (WETTER-BORG *et al.*, 2019).

Assim, sabe-se que não há uma abordagem única capaz de reduzir todas as manifestações da psicopatia (DUGGAN *et al.*, 2015); por isso, é fundamental analisar e individualizar o tratamento da forma mais adequada para cada pessoa com traços psicopáticos.

CONCLUSÃO

A psicopatia, enquanto transtorno complexo e multifacetado, representa um desafio significativo para a neurociência, para o sistema judicial e para a prática clínica. As investigações neuroanatômicas e neurofuncionais têm revelado alterações estruturais e disfunções em circuitos cerebrais frontolímbicos e paralímbicos, particularmente envolvendo a amígdala, o córtex pré-frontal e sistemas relacionados ao processamento emocional e à regulação comportamental. Essas descobertas têm fornecido uma base científica crucial para compreender as manifestações clínicas e comportamentais associadas aos traços psicopáticos.

No contexto jurídico, a incorporação dos dados neurobiológicos levanta importantes questões éticas e legais, incluindo a avaliação

da culpabilidade, a previsão de risco e o equilíbrio entre determinismo biológico e responsabilidade pessoal. A crescente utilização das neuroimagens e da neurociência no tribunal impõe a necessidade de uma interpretação crítica e contextualizada, para evitar reducionismos e garantir o respeito aos direitos fundamentais dos indivíduos.

Em termos terapêuticos, embora ainda não exista uma cura definitiva para a psicopatia, os avanços indicam que intervenções específicas, que considerem as particularidades cognitivas, emocionais e comportamentais de cada paciente, podem promover melhorias significativas. O tratamento envolve uma combinação de abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas, adaptadas às diferentes faixas etárias e perfis clínicos, com destaque para a terapia multissistêmica em jovens e para as terapias cognitivas e dialéticas em adultos.

Assim, a integração do conhecimento neurocientífico com os parâmetros éticos, clínicos e jurídicos é fundamental para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e humanizadas de manejo da psicopatia, que considerem não apenas a complexidade do transtorno, mas também a dignidade e os direitos dos indivíduos afetados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLAIR, R.J.R. Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, v. 182, n. 1, p. 5–7, 2003. Doi: 10.1192/bjp.182.1.5.
- CHAKHSSI, F. *et al.* Treating the untreatable: A single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 82, n. 4, p. 732–742, 2014. Doi: 10.1037/a0035773.
- DE BRITO, A.M. *et al.* Neurobiology of psychopathy: A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, v. 317, 111326, 2021.
- DE BRITO, S.A. *et al.* Psychopathy. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 7, n. 1, p. 49, 2021. Doi: 10.1038/s41572-021-00282-1.
- DECETY, J. Neuroscience and the moral implications of psychopathy. *Nature Human Behaviour*, v. 4, p. 10–11, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-019-0780-y>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- DEMING, P. & KOENIGS, M. Functional neural correlates of psychopathy: a meta-analysis of MRI data. *Translational Psychiatry*, v. 10, n. 1, p. 133, 2020. Doi: 10.1038/s41398-020-0816-8.
- DÍAZ SOTO, J.M. & BORBÓN, D. Neurorights vs. neuroprediction and lie detection: The imperative limits to criminal law. *Frontiers in Psychology*, v. 13, p. 1030439, 2022. Doi: 10.3389/fpsyg.2022.1030439.
- DOLAN, M. Advances in the neurobiology of psychopathy: Implications for forensic practice. *BJPsych Advances*, v. 24, n. 3, p. 177–185, 2018. Doi: 10.1192/bja.2017.27.
- DUGGAN, C. *et al.* The appropriateness of treating psychopathic disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 41, p. 50–56, 2015. Doi: 10.1016/j.ijlp.2015.03.005.
- DUGGAN, C. *et al.* The treatment of psychopathy. *Lancet Psychiatry*, v. 1, n. 1, p. 64–70, 2014.
- ESPINOZA, F.A. *et al.* Aberrant functional network connectivity in psychopathy from a large (N = 985) forensic sample. *Human Brain Mapping*, v. 39, n. 6, p. 2624–2632, 2018. Doi: 10.1002/hbm.24032.
- FRICK, P.J. *et al.* The importance of callous-unemotional traits for the diagnosis, assessment, and treatment of antisocial youth. *Clinical Psychology Review*, v. 34, n. 4, p. 320–336, 2014.
- GLENN, A.L. *et al.* Psychopathy and reward/loss processing: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 111, p. 154–169, 2020.
- GLENN, A.L. *et al.* Distinct patterns of reward and loss processing in psychopathy: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Oxford, v. 116, p. 28–39, 2020.
- HAAR, S.J. *et al.* Callous-unemotional traits in youth: Neural correlates and etiological factors. *Current Opinion in Psychology*, v. 36, p. 61–66, 2020.
- HARE, R.D. & NEUMANN, C.S. Psychopathy: assessment and forensic implications. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 12, p. 791–802, 2009. Doi: 10.1177/070674370905401202.
- HENGGELE, S.W. Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*, v. 4, n. 1, p. 2–10, 1999.
- JOHANSON, M. *et al.* A systematic literature review of neuroimaging of psychopathic traits. *Frontiers in Psychiatry*, v. 10, p. 1027, 2020. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01027.

JOHANSON, M.M. *et al.* Neuroimaging of psychopathy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 574343, 2020.

NUMMENMAA, L. *et al.* Brain basis of psychopathy in criminal offenders and general population. *Cerebral Cortex*, v. 31, n. 9, p. 4104–4114, 2021. Doi: 10.1093/cercor/bhab072.

OGLOFF, J.R. Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 40, n. 6–7, p. 519–528, 2006. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x.

PHILIPPI, C.L. *et al.* Associations between psychopathy facets and gray matter volume in insula and amygdala. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, Amsterdam, v. 280, p. 1–7, 2018.

PIEPERHOFF, P. *et al.* Associations of brain structure with psychopathy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2025. Doi: 10.1007/s00406-025-02028-6.

PUJOL, J. *et al.* The contribution of brain imaging to the understanding of psychopathy. *Psychological Medicine*, v. 49, n. 1, p. 20–31, 2019. Doi: 10.1017/S0033291718002507.

TIMMERMAN, I.G.H. & EMMELKAMP, P.M.G. The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, v. 49, n. 5, p. 590–606, 2005. Doi: 10.1177/0306624X05277661.

WALLER, R. *et al.* A review of the neurobiology of psychopathy in children and adolescents. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, v. 9, n. 1, p. 13–23, 2024.

WALLER, R. *et al.* Psychopathy and medial frontal cortex: A systematic review reveals predominantly null relationships. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Oxford, v. 159, p. 105652, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39343080/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

WETTERBORG, D. *et al.* Dialectical behavior therapy for men with borderline personality disorder and antisocial behavior: A clinical trial. *Personality Disorders*, v. 10, n. 4, p. 379–391, 2019. Doi: 10.1521/pedi_2018_32_379.

YANG, Y. *et al.* Aberrant orbitofrontal cortex structure in adolescent psychopathy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 48, n. 1, p. 129–140, 2020.

YANG, Y. *et al.* Gray Matter Asymmetry in the orbitofrontal cortex in relation to psychopathic traits in adolescents. *The Journal of Neuroscience*, Washington, v. 40, n. 49, p. 9496–9504, 2020.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 3

CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS E OS DESAFIOS DA IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

MONICA FIGUEIREDO DA SILVA BORGES¹

¹*Discente - Psicologia da Faculdade Inspirar*

Palavras-Chave: Adolescência; Construção da Identidade; Redes Sociais.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcante na trajetória humana, caracterizado por transformações intensas no plano físico, psicológico e social. Trata-se de uma fase em que o indivíduo se distancia da infância e começa a construir uma identidade própria, experimentando novos papéis sociais, questionando normas estabelecidas e buscando sentido e pertencimento. Mais do que uma etapa de desenvolvimento biológico, a adolescência é um fenômeno histórico e culturalmente situado, influenciado por múltiplos fatores que moldam o modo como o sujeito se vê e é visto no mundo.

Nas últimas décadas, o cenário sociocultural em que os adolescentes estão inseridos passou por mudanças significativas, impulsionadas principalmente pelo avanço das tecnologias de informação e comunicação. As redes sociais digitais, que se tornaram parte central da vida cotidiana, especialmente entre os jovens, vêm reconfigurando as formas de sociabilidade, expressão, visibilidade e reconhecimento. Plataformas como *Instagram*, *TikTok*, *YouTube* e outras deixaram de ser apenas espaços de entretenimento para se tornarem ambientes onde a identidade é construída, performada, negociada e validada publicamente.

Paralelamente, questões relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual vêm ganhando maior visibilidade e debate social. A emergência de movimentos sociais ligados à diversidade sexual e de gênero, a ampliação de direitos e a desconstrução de modelos normativos vêm permitindo que adolescentes expressem suas subjetividades de formas cada vez mais plurais. No entanto, esse processo também é marcado por tensões, resistências e conflitos, sobretudo quando essas identidades não se enquadram nos padrões sociais tradicionais.

Diante desse contexto, a construção da identidade na adolescência tornou-se um fenômeno ainda mais complexo e desafiador. O que antes se dava predominantemente nas interações presenciais e nos espaços físicos, como família, escola e grupos de pares, agora se estende aos ambientes virtuais, que operam com lógicas próprias de visibilidade, validação e exclusão. Ao mesmo tempo, adolescentes que vivenciam experiências de gênero e sexualidade diferentes das normas tradicionais enfrentam o desafio de se afirmar em uma sociedade que ainda lida com preconceito, estigmas e discursos normativos sobre o que é considerado “aceitável”.

Nesse cenário, compreender como os adolescentes constroem sua identidade frente às novas configurações digitais e às questões de gênero e sexualidade é uma tarefa urgente e relevante, tanto para o campo da psicologia quanto para as áreas da educação, saúde e políticas públicas. Essa investigação se justifica pela necessidade de aprofundar o entendimento sobre os processos subjetivos envolvidos na adolescência contemporânea, bem como por seu potencial de contribuir para práticas mais inclusivas, acolhedoras e comprometidas com a diversidade.

O presente artigo tem como objetivo analisar, à luz de uma revisão integrativa de literatura, de que forma as redes sociais e as questões relativas à identidade de gênero e orientação sexual influenciam a construção da identidade na adolescência. Para isso, serão considerados os aspectos positivos e negativos dessas influências, os desafios enfrentados pelos adolescentes, bem como os potenciais emancipatórios presentes nos ambientes digitais e nos discursos de diversidade que circulam na sociedade atual.

REFERENCIAL TEÓRICO

A construção da identidade na adolescência é uma das temáticas mais discutidas na psicologia do desenvolvimento, sociologia, educação e

nos estudos de gênero e comunicação. Trata-se de um processo contínuo, intersubjetivo e relacional, que se intensifica entre os 12 e os 18 anos de idade, quando o indivíduo passa a buscar sentido para sua existência, diferenciar-se dos outros e construir um projeto de si. Nesse sentido, identidade não é uma essência, mas uma produção discursiva, situada historicamente e influenciada pelas relações sociais, pela cultura e pelas tecnologias disponíveis.

Autores clássicos como Erik Erikson (1968) identificaram a adolescência como o estágio de crise psicossocial denominado identidade versus confusão de papéis, momento crucial em que o sujeito busca consolidar sua identidade pessoal. Nessa fase, o indivíduo integra experiências passadas com aspirações futuras, construindo um senso de continuidade e coerência do self. Embora desenvolvida em outro contexto histórico, essa visão permanece relevante para compreender a complexidade da adolescência. Papalia e Feldman (2013) reforçam essa compreensão ao destacar que os adolescentes exploram valores, crenças e papéis sociais que irão orientar sua trajetória na vida adulta. Esse processo pode ser facilitado ou dificultado por fatores como o suporte familiar, as relações interpessoais e os modelos culturais disponíveis.

Com o avanço das teorias pós-modernas e construcionistas, essa noção de identidade passou a ser revisada. Segundo Kenneth Gergen (1996), o self não é um núcleo interior estável, mas uma construção narrativa produzida no diálogo com os outros. A identidade é, portanto, algo que se narra, que se conta e que se negocia, sobretudo em contextos de pluralidade cultural e interações mediadas tecnologicamente.

A partir dessa concepção, a identidade dos adolescentes contemporâneos é profundamente impactada pelas novas formas de comunicação e exposição, especialmente pelas redes sociais

digitais. Essas plataformas operam como arenas de performance, onde os sujeitos apresentam versões de si que desejam destacar, mas que também são submetidas ao julgamento e à validação dos outros. Esse processo é potencializado pela lógica algorítmica das plataformas, que filtra visibilidade com base em curtidas, engajamento e padrões estéticos (FREITAS *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2022; PAZER, 2024).

Outro eixo relevante na construção identitária é o da identidade de gênero e orientação sexual. Teóricas como Judith Butler (2003) argumentam que o gênero não é uma essência biológica, mas uma repetição performativa de normas sociais. Assim, adolescentes que desafiam as normas heterocisnormativas precisam não apenas descobrir quem são, mas resistir às expectativas impostas pelo discurso dominante. Essa tensão entre autenticidade e aceitação está no centro dos conflitos identitários enfrentados por muitos jovens LGBTQIA+.

Ao mesmo tempo, autores como Stuart Hall (2006) propõem pensar a identidade como algo “em trânsito”, como uma construção nunca concluída, atravessada por rupturas, deslocamentos e reconfigurações. Essa ideia se aproxima do conceito de “modernidade líquida” de Zygmunt Bauman (2001), que destaca a fluidez das relações e das referências sociais como característica do mundo contemporâneo. O adolescente atual está, portanto, imerso em um universo mutável, onde as certezas são escassas e a identidade torna-se um exercício constante de reinvenção.

Além das contribuições vindas das teorias sociológicas e filosóficas, é fundamental recorrer à perspectiva crítica-cultural, que entende a subjetividade como historicamente situada e moldada pelas condições concretas de vida. Nessa visão, a adolescência não é uma etapa vivida de forma uniforme, mas assume contornos diversos conforme classe social, gênero, raça,

território e acesso a recursos simbólicos e materiais. Como enfatiza Bock (2007), a adolescência deve ser compreendida como uma construção social que varia segundo o contexto histórico, os valores culturais e as condições econômicas, sendo vivida de formas múltiplas e desiguais.

Dessa forma, é possível apoiar-se em abordagens teóricas que compreendem a identidade como múltipla, fluida, relacional e situada. A adolescência se apresenta como uma fase de abertura e, simultaneamente, de vulnerabilidade, em que a exposição aos discursos midiáticos, aos julgamentos sociais e à constante busca por pertencimento molda intensamente a experiência subjetiva. A articulação entre os conceitos de identidade, gênero, sexualidade e redes sociais oferece uma base sólida para refletir criticamente sobre os desafios e possibilidades que atravessam a formação do self no mundo contemporâneo.

MÉTODO

Este estudo foi conduzido como uma revisão integrativa de literatura, com o objetivo de consolidar e analisar sistematicamente as evidências científicas sobre os impactos das redes sociais e das questões de gênero e orientação sexual na construção da identidade na adolescência. Esse tipo de abordagem permite integrar resultados de diferentes estudos, proporcionando uma visão ampla e crítica sobre o tema.

A partir da pergunta norteadora, “Como as redes sociais e os aspectos relacionados à identidade de gênero e orientação sexual influenciam a construção da identidade de adolescentes?”, fez-se uma busca por artigos em diversas bases científicas durante os primeiros meses de 2025, incluindo SciELO, LILACS, PePSIC, BVSPsi, PubMed e *Google Scholar*, além da

plataforma Academia.edu como fonte complementar relevante para identificar estudos preprint ou em acesso aberto.

As buscas utilizaram descritores e palavras-chave combinadas por operadores booleanos (*AND* e *OR*), tais como: “adolescência”, “identidade”, “formação da identidade”, “redes sociais”, “internet”, “gênero”, “orientação sexual”, “identidade de gênero”, “adolescentes LGBTQIA+”, bem como suas versões em inglês quando aplicável (“*adolescence*”, “*identity development*”, “*social media*”, “*gender identity*”, “*sexual orientation*”).

Foram considerados artigos com as seguintes características: publicados entre 2013 e 2024, disponíveis em português ou inglês, e que abordassem de forma direta a relação entre redes sociais, identidade, gênero ou sexualidade na adolescência, publicados em periódicos científicos revisados por pares ou divulgados com acesso aberto em plataformas acadêmicas confiáveis. Excluíram-se teses, dissertações, monografias, capítulos de livros, editoriais, resenhas, e estudos que tratassem exclusivamente de crianças, adultos, ou cujos objetos não envolvessem integralmente os elementos de identidade, adolescência e redes sociais ou gênero.

Ao aplicar esses critérios, os artigos encontrados passaram por triagem inicial por títulos e resumos, seguidos de leitura integral daqueles considerados relevantes. Os resultados do rastreamento foram documentados em uma tabela de fichamento contendo autor, ano, título, tipo de estudo, metodologia utilizada (empírica ou teórica) e principais conclusões. A análise qualitativa dos dados permitiu a formação de categorias temáticas emergentes que orientaram a apresentação e discussão dos resultados no artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidencia que a construção da identidade na adolescência é um processo dinâmico e multifacetado, atravessado por fatores sociais, culturais, emocionais e, cada vez mais, tecnológicos. Os resultados da revisão apontam para três grandes eixos que se entrelaçam na contemporaneidade: o impacto das redes sociais digitais, os desafios enfrentados por adolescentes na afirmação de sua identidade de gênero e orientação sexual, e a influência da mídia na construção da autoimagem e dos discursos sobre si.

As redes sociais têm se consolidado como um dos principais cenários de formação identitária dos adolescentes. Plataformas como Instagram, TikTok e Facebook funcionam como arenas simbólicas onde os jovens constroem, performam e negociam suas identidades. Essas plataformas operam como “espelhos digitais” nos quais os adolescentes se observam e, ao mesmo tempo, são observados. A lógica da visibilidade e da validação social, mediada por curtidas, comentários e seguidores, pode favorecer o sentimento de pertencimento, mas também gerar insegurança, angústia e crises de identidade diante da comparação constante com padrões idealizados.

Essa ambivalência é evidenciada por Souza *et al.* (2024), que apontam como os padrões de beleza disseminados pela mídia são rapidamente absorvidos pelos adolescentes, muitas vezes em função de uma imaturidade emocional que os torna mais vulneráveis à influência externa. Essa internalização impacta especialmente meninas, gerando insatisfação corporal e dificultando a construção de um self autêntico. Conforme destacam Souza *et al.* (2022), a lógica de validação presente nas redes sociais favorece a comparação constante com padrões estéticos idealizados, contribuindo para uma percepção

distorcida de si. Essa exposição recorrente, segundo Freitas *et al.* (2020), pode provocar sentimentos de inadequação e comprometer o bem-estar emocional dos adolescentes. Nesse sentido, Pazer (2024) complementa que o uso frequente das mídias sociais leva os jovens a moldarem suas identidades com base em *feedbacks* digitais, o que fragiliza a formação de uma autoimagem coesa em fases críticas do desenvolvimento.

Entretanto, não se pode ignorar que esses mesmos espaços digitais também se apresentam como ambientes de descoberta, reconhecimento e afirmação para adolescentes cujas experiências de gênero e sexualidade desafiam os modelos normativos. As redes sociais, ao possibilitarem a autoexpressão e a criação de perfis personalizados, oferecem aos adolescentes um espaço fértil para manifestar pensamentos, sentimentos e construir narrativas sobre si. Como destaca Neto *et al.* (2019), esses ambientes favorecem o desenvolvimento da identidade juvenil ao permitirem trocas simbólicas, visibilidade e pertencimento, funcionando como espaços de construção subjetiva especialmente importantes para aqueles que, muitas vezes, não encontram acolhimento nos contextos familiares ou escolares.

No entanto, essa liberdade de expressão nas redes não está isenta de riscos. A visibilidade digital pode ser acompanhada de exposição a discursos de ódio, *cyberbullying* e violência simbólica. Barros & Fulgencio (2023), ao discutir os impactos das mídias digitais sobre crianças e adolescentes, destacam que o ambiente virtual pode expor os jovens a conteúdos prejudiciais, como discriminação, racismo, incentivo à automutilação e apologia ao uso de drogas. Essa vulnerabilidade é ainda mais crítica quando se trata de meninas adolescentes, frequentemente alvo de hipersexualização e práticas de violência simbólica, como mostram Melo *et al.*

(2023), ao analisarem os impactos da exposição sexual de meninas nas mídias digitais e seus efeitos psicológicos, sociais e institucionais. Além disso, estudos apontam que a internet tem se tornado um espaço onde adolescentes exploram e constroem suas percepções sobre sexualidade, muitas vezes baseadas em informações descontextualizadas e representações simplificadas, o que pode contribuir para visões distorcidas sobre o próprio corpo, relações e práticas sexuais, conforme Santos *et al.* (2021). Nesse cenário, a internet revela-se um espaço paradoxal: ao mesmo tempo em que oferece liberdade e possibilidades de expressão, exige dos adolescentes resiliência para lidar com hostilidades e pressões sociais que afetam diretamente sua saúde emocional e autoestima.

No campo da identidade de gênero, os estudos analisados revelam que o processo de reconhecimento é influenciado por discursos diversos, provenientes da família, da escola, da mídia e das próprias experiências pessoais. Como aponta Oliveira *et al.* (2017), as representações de gênero veiculadas pela mídia impactam diretamente a forma como crianças e adolescentes constroem seu próprio senso de identidade, podendo tanto reforçar estereótipos quanto abrir espaço para novas possibilidades de ser. Quando esses discursos são contraditórios ou opressores, podem gerar sentimentos de inadequação e sofrimento psíquico. A mídia digital, nesse contexto, atua como mais uma camada de influência, capaz de repetir normas sociais limitantes ou, em contrapartida, promover narrativas inclusivas que ampliam a diversidade de expressões de gênero e sexualidade. Segundo Silva *et al.* (2021), o estigma e a discriminação voltados à diversidade sexual atuam como barreiras invisíveis que comprometem não apenas a saúde mental dos adolescentes, mas também sua liberdade de expressão e pertencimento nos

espaços sociais, escolares e familiares, provocando efeitos duradouros em sua constituição subjetiva.

Além disso, é fundamental reconhecer que a construção da sexualidade na adolescência é atravessada por múltiplas camadas de influência, incluindo gênero, vínculos sociais, cultura e padrões normativos transmitidos historicamente. Como ressaltam Amaral *et al.* (2017), essa construção é processual e se inicia desde o nascimento, sendo na adolescência intensamente influenciada pela escola, família e ambientes coletivos. Os adolescentes refletem, em suas percepções e comportamentos, os padrões e normas socialmente instituídos, o que pode limitar a expressão de suas subjetividades quando não há espaço para diálogo e desconstrução. Isso reforça a importância de ampliar os debates sobre gênero e sexualidade de forma crítica e sem preconceitos, criando ambientes seguros para que os jovens desenvolvam sua identidade de forma saudável e autêntica. Além disso, estudos como o de Gräf, Mesenburg e Fassa (2020) evidenciam que a falta de acesso a informações adequadas e a contextos de vulnerabilidade social estão associados a comportamentos sexuais de risco entre jovens, o que torna ainda mais urgente o desenvolvimento de ações educativas e preventivas baseadas em evidências e voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Autores como Pinto *et al.* (2021) também demonstram que o uso das redes é atravessado por padrões de gênero, enquanto meninos tendem a usá-las de forma mais instrumental, meninas se utilizam desses espaços como meios de autoexpressão, sociabilidade e validação. Essa diferenciação revela como as redes, mesmo em sua aparente neutralidade, reproduzem papéis sociais tradicionalmente atribuídos aos gêneros.

Sob uma perspectiva construcionista e sistêmica, Barros & Fulgencio (2023) afirmam

que a identidade é construída nas relações e está em constante transformação, sendo atravessada pelas interações que os sujeitos estabelecem ao longo da vida. Nessa linha, as redes sociais não apenas refletem identidades prontas, mas atuam como espaços ativos na elaboração subjetiva, oferecendo linguagens, repertórios e sentidos que os adolescentes utilizam para construir e narrar suas histórias.

Além do ambiente virtual, é fundamental destacar que a rede social de convivência cotidiana exerce papel decisivo na construção da identidade e bem-estar emocional de crianças e adolescentes, especialmente quando há apoio consistente por parte dos responsáveis. No caso de adolescentes trans, por exemplo, a figura materna frequentemente se apresenta como o principal suporte, assumindo protagonismo nas decisões, no acolhimento e na mediação com os demais membros da rede familiar e comunitária. Como mostram Abreu *et al.* (2024), os vínculos fortes geralmente se manifestam por meio de posicionamentos afirmativos dos responsáveis, refletindo diretamente no fortalecimento das relações sociais e na segurança subjetiva dos filhos. Nessa perspectiva, é imprescindível compreender que o contexto social em que o adolescente está inserido exerce forte influência sobre sua saúde mental e seu desenvolvimento integral, sendo os vínculos afetivos e o suporte das redes próximas fatores de proteção fundamentais (Melo *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, torna-se evidente que os processos identitários da adolescência contemporânea não podem ser compreendidos isoladamente. Eles são moldados por um ecossistema de interações sociais, tecnológicas e afetivas que exigem atenção crítica e sensibilidade ética. É urgente que família, escola e profissionais da saúde mental atuem não como censores

ou controladores, mas como mediadores atentos e empáticos, capazes de acolher as múltiplas expressões identitárias dos adolescentes.

A psicologia, nesse contexto, tem papel fundamental ao oferecer espaços de escuta e fortalecimento subjetivo. É preciso reconhecer que a identidade não é um ponto de chegada, mas um percurso em constante movimento. Permitir que os adolescentes vivenciem esse percurso com liberdade, segurança e pertencimento é um dos maiores desafios, e também uma das mais importantes tarefas de nossa sociedade.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa de literatura permitiu compreender que a construção da identidade na adolescência, em sua complexidade e singularidade, está profundamente atravessada por fatores contemporâneos como o uso intenso das redes sociais digitais e os processos de afirmação de gênero e sexualidade em um contexto de crescentes disputas simbólicas. A adolescência deixou de ser apenas uma fase de transição entre infância e vida adulta, para se tornar um espaço de múltiplas possibilidades identitárias, mas também de desafios subjetivos e sociais cada vez mais intensos.

Os estudos analisados mostram que as redes sociais ocupam lugar central na experiência juvenil atual, funcionando como palco e espelho. Elas são espaços de performance do self, mas também de julgamento e comparação, de pertencimento e exclusão. Nesse ambiente, os adolescentes não apenas se comunicam, mas constroem narrativas sobre si, elaboram desejos, estabelecem vínculos e, muitas vezes, enfrentam sofrimentos ligados à busca por aceitação, à pressão estética e à validação constante.

Essas plataformas digitais também se revelaram fundamentais para a emergência de expe-

riências identitárias que desafiam padrões tradicionais, como ocorre com adolescentes que expressam diferentes vivências de gênero e sexualidade. Para muitos, as redes foram o primeiro espaço onde puderam se reconhecer, se nomear e se conectar com outros sujeitos que compartilham histórias semelhantes. Isso revela o potencial emancipatório da internet como ferramenta de visibilidade, acolhimento e construção de comunidade, sobretudo para quem carece de apoio em seus contextos familiares ou escolares.

No entanto, esse mesmo ambiente que oferece liberdade e pluralidade também carrega riscos consideráveis. Os discursos de ódio, o *cyberbullying* e a reprodução de estigmas podem gerar impactos emocionais profundos, especialmente quando não há suporte afetivo. A exposição excessiva, a dependência de validação externa e o contato precoce com conteúdos violentos ou normativos impõem novos dilemas à saúde mental e à formação do self.

Compreender a identidade na adolescência exige uma abordagem que ultrapasse os modelos tradicionais de desenvolvimento. É necessário adotar uma perspectiva relacional, histórica

e cultural, que considere as interações entre sujeito, discurso e tecnologia. Os adolescentes de hoje estão imersos em uma realidade complexa, onde o eu é construído em rede, influenciado por múltiplas vozes, narrativas e imagens.

Diante disso, destaca-se o papel da psicologia, da educação e das políticas públicas na criação de espaços seguros, de escuta ativa e de acolhimento à diversidade. Famílias, escolas e profissionais precisam estar atentos não apenas aos comportamentos dos adolescentes, mas às subjetividades que estão sendo formadas e aos contextos em que se desenvolvem.

A identidade, longe de ser algo estático ou previsível, é uma jornada contínua, marcada por rupturas, recomeços e reconstruções. Garantir que os adolescentes possam trilhar esse caminho com respeito, autonomia e cuidado deve ser uma prioridade de qualquer sociedade comprometida com o bem-estar das novas gerações. A partir dos achados desta revisão, torna-se evidente que o desafio é coletivo, compreender e sustentar a pluralidade dos modos de ser adolescente no mundo contemporâneo, em todas as suas potências, contradições e possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P.D. *et al.* Rede social das pessoas responsáveis por crianças e adolescentes transgêneros. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 33, esp1, p. e2024290, 2024. doi: 10.1590/S2237-96222024v33e2024290.especial.pt.
- AMARAL, A.M.S. *et al.* Adolescência, gênero e sexualidade: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 6, n. 1, p.62-67, 2017. doi: 10.17267/2317-3378rec.v6i1.1114.
- BARROS, C. F., & FULGENCIO, L. Visão sistêmica construcionista social e os usos de mídias digitais por crianças e jovens. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 32, n. 76, p. 19–31, 2023. <https://doi.org/10.38034/nps.v32i76.716>
- BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: ed: J. Zahar. 2001.
- BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, v. 2, n. 1, p. 63–76), 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100007>.
- BUTLER, J. P. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- FREITAS, A.B.A. *et al.* Impactos das redes sociais na autoestima dos adolescentes. *Revista Científica Eletrônica De Ciências Aplicadas Da Fait*, v. 9, n. 2, outubro 2020.
- GERGEN, K. J. Technology and the Self: From the Essential to the Sublime. In D. Grodin, & T. R. Lindlof (Eds.), *Constructing the Self in a Mediated World* (p. 127–140), 1996. Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781483327488.n8>.
- GRÄF, D.D, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Revista Saúde Pública*, v. 54, p. 41, 2020. doi: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001709>.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro, 11. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- MELO, A.P.D. *et al.* A questão das meninas adolescentes vítimas de exposição sexual nas mídias digitais. *Revista Foco*, v. 16, n. 10, p. 01-12, 2023. doi: 10.54751/revistafoco.v16n10-118
- MELO, A.P.D. *et al.* Saúde mental do adolescente e a interferência do Contexto social em seu desenvolvimento. *Revista Foco*, v. 16, n. 7, p. 01-12, 2023. doi: 10.54751/revistafoco.v16n7-093
- NETO, A.P.S. *et al.* Identidade dos adolescentes e as redes sociais virtuais. *Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências*. Icó-Ceará, v. 2, n. 3, p. 883 – 911, Set-Dez 2019.
- OLIVEIRA, T.M. *et al.* Gênero, mídia e educação: diálogos na infância e na pré-adolescência. *Revista Interinstitucional Artes de Educar*. Rio de Janeiro, V. 3 N. 1 – p. 119-139, 2017.
- PAPALIA, D. E. *Desenvolvimento humano*. Tradução Carla Filomena Marques Pinto Vercesi... [*et al.*]. 12. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- PAZER, S. The impact of social media use on identity formation among adolescents. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*, v.10, Issue 5 – v.1015-1307, 2024.
- PINTO, N.M.A. *et al.* O uso das redes sociais de uma perspectiva de gênero. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, v. 32, n. 2, p.01-17, 2021. <https://doi.org/10.31423/oikos.v32i2.11233>
- SANTOS, G.S. *et.al.* Representações sociais de adolescentes sobre sexualidade na internet. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. e20200488, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/REEUSP-2020-0488>

SILVA, J.C.P. *et.al.* Sexual diversity: a perspective on the impact of stigma and discrimination on adolescence. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2643-2652, 2021. doi: 10.1590/1413-81232021267.08332021

SOUZA, E.R. *et.al.* Mídias sociais: A influência das redes sociais na percepção da autoimagem de adolescentes do sexo feminino. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, p. e13311830459, 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30459>.

SOUZA, R.F. *et.al.* Redes sociais e os impactos na formação da identidade dos adolescentes. *Revista Sociedade Científica*, v. 7, n. 1, 2024. doi: 10.61411/rsc31879.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 4

BURNOUT E DEPRESSÃO: DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS

CAMILY POLLETTI AREND¹
FELIPE RAHMAN MÜHL¹
GABRIELA SANTIN PEREIRA¹
GUILHERME WHILHEMS MENEGON¹
HENRIQUE OSMARINI ZANELLA¹
JOÃO GUILHERME GREGÓRIO DE SOUZA¹
JÚLIA RIVAROLA LEÃO SARAIVA¹
KAYLE FERRAZ CAMPARA¹
LAURA DICKOW BOERE¹
MILENA MORAES¹
NADINE WPLSCHIK DEMBOGURSKI¹
NATHAN ROMANINI¹
PEDRO BILHAR¹
WESLEY EMANUEL NUGLISCH¹

¹Discente – Escola de Medicina da Universidade de Passo Fundo

Palavras-Chave: Burnout; Depressão; Desafios.

DOI: 10.59290/6389700104

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O cenário da saúde mental contemporânea é marcado por desafios diagnósticos complexos, especialmente no que tange à diferenciação entre condições com sintomatologia sobreposta. Entre elas, a síndrome de burnout e a depressão emergem como quadros clínicos de crescente prevalência, cujas manifestações podem, à primeira vista, apresentar similaridades que dificultam uma identificação precisa. Enquanto o burnout é intrinsecamente ligado ao estresse ocupacional crônico, a depressão abrange um espectro mais amplo de fatores etiológicos, impactando diversas esferas da vida do indivíduo. A acurácia diagnóstica é crucial para a implementação de intervenções terapêuticas eficazes e direcionadas, evitando abordagens genéricas que podem comprometer a recuperação do paciente. Este capítulo propõe explorar as nuances clínicas, os desafios diagnósticos e as implicações terapêuticas da distinção entre burnout e depressão, fornecendo uma análise aprofundada baseada nas evidências científicas mais recentes.

MÉTODO

O seguinte capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo de revisão de literatura, o qual analisou o burnout e a depressão por meio das bases de dados como PubMed, UpToDate e SciELO. Foram utilizados descritores relacionados a essa condição para uma pesquisa mais seletiva tais como “burnout”, “depressão”, “avaliação”, “diagnóstico”, “saúde mental”, “manifestações clínicas”, “tratamento”. Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados de 2018 até o mês de junho de 2025, artigos publicados em português, espanhol e inglês. Foram selecionados artigos que abordassem de forma clara este tema, que tivessem o texto na íntegra por acesso

gratuito e que atendessem à proposta do capítulo. Ao total, foram selecionados 30 artigos principais que foram citados ao decorrer deste trabalho, conforme critérios de inclusão e exclusão abordados previamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição de Burnout

O termo burnout foi descrito pela primeira vez em 1974, referindo-se ao desgaste característico de profissões voltadas ao cuidado. A síndrome do desgaste ou exaustão física e mental, também conhecida como síndrome psicológica associada ao estresse ocupacional crônico, foi definida por Maslach & Jackson como uma condição tridimensional, na qual o trabalhador manifesta cansaço emocional, despersonalização ou uma postura cínica e negativa em relação aos clientes e uma baixa sensação de realização pessoal. Nesse sentido, a exaustão se caracteriza pela sensação de que os recursos emocionais se esgotaram e o sentimento de não poder agregar nada à vida da outra pessoa. A despersonalização, ou cinismo, é uma forma de lidar com a situação adotando uma postura de indiferença. Já a diminuição da realização pessoal, ocorre quando a eficácia individual é afetada (VIEIRA & RUSSO, 2019).

Essa síndrome pode se apresentar por meio de sintomas físicos e psicológicos, como distúrbios do sono, dor muscular ou musculoesquelética, cefaleia, além de alterações cardiovasculares e gastrointestinais, entre outros. No campo emocional, é comum o surgimento de irritabilidade, tristeza, apatia e uma sensação constante de sobrecarga. Ademais, entre os principais fatores de risco no ambiente de trabalho estão o aumento das demandas, a baixa participação nas decisões, a reduzida autonomia, as injustiças e as desigualdades (GONÇALVES *et al.*, 2023).

Definindo a depressão

A depressão é um transtorno mental comum e debilitante, caracterizado por sintomas que afetam significativamente a vida do indivíduo, incluindo humor deprimido, perda de interesse, alterações no sono e apetite, fadiga, sentimento de culpa e, em casos graves, pensamentos suicidas (PEREIRA & BITENCOURT, 2021). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), trata-se de uma das principais causas de incapacidade no mundo, com impacto significativo na saúde pública.

Do ponto de vista etiológico, a depressão envolve múltiplos fatores — genéticos, neuroquímicos, ambientais e psicossociais. Alterações nos sistemas de neurotransmissores, como serotonina e dopamina, e disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), responsável pela resposta ao estresse, estão fortemente associadas ao transtorno (AZEVEDO *et al.*, 2020).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que 10,2% da população adulta declarou ter diagnóstico médico de depressão, sendo mais comum entre mulheres e pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica (SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2022). No ambiente universitário, os sintomas depressivos também são prevalentes, interferindo negativamente no rendimento acadêmico e no bem-estar geral dos estudantes (ZYLBERSTEJN *et al.*, 2020).

O tratamento eficaz exige uma abordagem combinada, que pode incluir psicoterapia, uso de antidepressivos e mudanças no estilo de vida. O diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo são fundamentais para a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes.

Diferenças clínicas

A sobreposição sintomática entre burnout e depressão impõe limitações importantes à utilização isolada desses instrumentos. Estudos apontam que a exaustão emocional, núcleo do

burnout, é altamente correlacionada a sintomas depressivos, como fadiga persistente e anedonia, o que pode gerar diagnósticos imprecisos quando não há uma avaliação clínica contextualizada (BIANCHI *et al.*, 2015). Além disso, a ausência de critérios diagnósticos uniformes para o burnout nos principais manuais psiquiátricos, como o DSM-5 e a CID-11, dificulta a padronização dos instrumentos de triagem e a definição de *cut-offs* diagnósticos consensuais (WHO, 2019).

Diante disso, recomenda-se a integração de múltiplos métodos de avaliação — entrevistas clínicas estruturadas, observação contextual e análise de indicadores organizacionais — para mitigar as limitações das escalas psicométricas isoladas (BIANCHI *et al.*, 2015). Portanto, embora os instrumentos disponíveis constituam ferramentas relevantes para rastreamento e monitoramento, seu uso deve ser complementado por uma abordagem diagnóstica multidimensional, considerando aspectos individuais, organizacionais e culturais, a fim de garantir maior acurácia na diferenciação entre burnout e depressão.

Instrumentos de avaliação

A adequada diferenciação entre burnout e depressão exige o uso de instrumentos psicométricos validados, capazes de captar as especificidades sintomatológicas de cada condição. Entre os mais utilizados para a avaliação do burnout destaca-se o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido por MASLACH e JACKSON (1981), que avalia exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Instrumentos como o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) também têm ganhado destaque por considerar aspectos ocupacionais e culturais distintos (KRISTENSEN *et al.*, 2005).

Para a avaliação da depressão, são amplamente empregados o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), reconhecidos por sua confiabilidade em diferentes populações clínicas (BECK *et al.*, 1961; KROENKE *et al.*, 2001).

Apesar da utilidade desses instrumentos, a sobreposição sintomática entre burnout e depressão impõe limitações ao diagnóstico preciso. A exaustão emocional, núcleo do burnout, pode se confundir com sintomas depressivos, como fadiga e anedonia, dificultando a distinção entre os quadros, especialmente sem avaliação clínica contextualizada (BIANCHI *et al.*, 2015). Além disso, a ausência de critérios diagnósticos consolidados para o burnout nos manuais psiquiátricos como o DSM-5 e a CID-11 reforça a necessidade de abordagens diagnósticas mais amplas (WHO, 2019).

Portanto, embora os instrumentos psicométricos sejam fundamentais no rastreo e monitoramento, sua aplicação deve ser acompanhada de uma avaliação multidimensional que leve em conta aspectos individuais, organizacionais e socioculturais.

Tratamento

Nesta seção, descrevem-se as intervenções terapêuticas comumente utilizadas no tratamento do esgotamento clínico grave. Muitos protocolos têm como objetivo restaurar o equilíbrio entre esforço e descanso, promover a recuperação do estresse crônico e desenvolver habilidades de enfrentamento mais eficazes (VAN DAM, 2021).

Atualmente, a combinação entre psicoterapia e acompanhamento médico tem demonstrado bons resultados. O tratamento da síndrome de burnout exige uma abordagem multidisciplinar que integre intervenções farmacológicas, apoio psicoterapêutico e acompanhamento clínico (LIMA & DOLABELA, 2021).

O tratamento pode ser dividido em três fases: (1) crise, (2) recuperação e (3) prevenção. Cada etapa demanda estratégias específicas e há intervenções contraindicadas dependendo do estágio do quadro (LIMA & DOLABELA, 2021). Na fase inicial, é fundamental acolher os sentimentos do paciente e esclarecer que a recuperação é um processo gradual, exigindo mudanças no padrão de estresse e criação de tempo para reflexão e reorganização pessoal (VAN DAM, 2021).

Na segunda fase, o foco está na recuperação do sistema de estresse, promovendo alternância entre repouso e atividade. Um estilo de vida saudável, incluindo alimentação equilibrada, sono regular e atividade física moderada, é incentivado como parte essencial do processo (VAN DAM, 2021).

A fase de prevenção envolve a análise de fatores que contribuíram para o burnout, como condições laborais, estratégias de enfrentamento e padrões cognitivos disfuncionais. Estudos indicam alta taxa de recaída entre indivíduos que não modificam esses fatores (JUNQUEIRA *et al.*, 2022).

Além das medidas psicossociais, o uso de antidepressivos, especialmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), pode ser indicado. Esses fármacos atuam em sistemas neurais relacionados ao humor e bem-estar. A psicoterapia favorece a expressão emocional e a reconstrução da confiança no ambiente de trabalho (CAMELO *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

A diferenciação entre burnout e depressão representa um dos principais desafios da prática clínica contemporânea, exigindo uma abordagem diagnóstica refinada e contextualizada. Embora ambas as condições compartilhem sintomas como fadiga, desmotivação e alterações

do humor, suas diferenças etiológicas, de escopo e de evolução clínica são fundamentais para o direcionamento terapêutico adequado.

O burnout, caracterizado pela tríade de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, emerge como resposta específica ao estresse ocupacional crônico, mantendo sua circunscrição ao ambiente de trabalho. Em contrapartida, a depressão constitui um transtorno psiquiátrico de maior amplitude, com critérios diagnósticos estabelecidos e impacto generalizado em múltiplos domínios da vida do indivíduo.

A sobreposição sintomática observada entre essas condições, particularmente evidenciada pelos estudos de Bianchi *et al.* (2013), não deve ser interpretada como equivalência diagnóstica. As diferenças qualitativas na percepção de causalidade — externa no burnout versus interna ou difusa na depressão — e os padrões distintos de resposta ao afastamento das condições estressoras reforçam a necessidade de uma avaliação clínica criteriosa.

Os instrumentos psicométricos disponíveis, embora valiosos para rastreamento, apresentam limitações inerentes à ausência de critérios diagnósticos uniformes para o burnout e à sobreposição sintomática entre as condições. A integração de múltiplos métodos avaliativos — incluindo entrevistas clínicas estruturadas, análise contextual e observação de indicadores organizacionais — emerge como estratégia essencial para superar essas limitações.

Dessa forma, a acurácia diagnóstica na distinção entre burnout e depressão demanda uma abordagem multidimensional que considere não apenas a sintomatologia apresentada, mas também o contexto ocupacional, a história clínica individual e os fatores psicossociais envolvidos. Somente através dessa perspectiva integrativa será possível implementar intervenções terapêuticas direcionadas e eficazes, evitando tanto o subdiagnóstico da depressão quanto a medicalização inadequada de reações ocupacionais legítimas, promovendo assim melhores desfechos clínicos e a preservação da saúde mental dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNOLD, M. *et al.* Distinguishing burnout from depression: an exploratory qualitative study. *Australasian Psychiatry*, v. 28, n. 3, p. 260–263, 2020. Doi:10.1177/1039856219896691.
- AZEVEDO, J.P. *et al.* Depressão: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 10–18, 2020.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 4, n. 6, p. 561–571, 1961.
- BIANCHI, R. *et al.* Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clinical Psychological Science*, v. 9, n. 4, p. 579–597, 2021. Doi: 10.1177/2167702620979597.
- BIANCHI, R. *et al.* Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, v. 36, p. 28–41, 2015. Doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
- BIANCHI, R. *et al.* Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management*, v. 20, n. 4, p. 336–354, 2013. Doi:10.1037/a0033582.
- CAMELO, L.D. *et al.* Intervenções terapêuticas na síndrome de burnout: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 19, n. 1, p. 55–63, 2023. Doi: 10.5935/1678-2834.20230008.
- GONÇALVES, M.B. *et al.* Estresse, esgotamento e envolvimento no trabalho entre os médicos do estado do Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 21, n. 2, p. e2022842, 2023. Doi: 10.47626/1679-4435-2022-842.
- JUNQUEIRA, L.L. *et al.* Estratégias de prevenção de recaída na síndrome de burnout: análise crítica de estudos longitudinais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 12, p. e00214521, 2022. Doi: 10.1590/0102-311xpt0214521.
- KRISTENSEN, T.S. *et al.* The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, v. 19, n. 3, p. 192–207, 2005. Doi: 10.1080/02678370500297720.
- KROENKE, K. *et al.* The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- LIMA, C.S. & DOLABELA, M.F. Síndrome de burnout: proposta de abordagem terapêutica multidisciplinar. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 31, p. e-31116, 2021. Doi: 10.5935/2238-3182.20210092.
- MASLACH, C. & JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, v. 2, n. 2, p. 99–113, 1981.
- PEREIRA, F.S. & BITENCOURT, L. Depressão maior: diagnóstico e manejo clínico. *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 92–97, 2021.
- SOUZA-JÚNIOR, P.R.B. *et al.* Depressão autorreferida no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 25, supl. 1, p. e220005.supl.1, 2022. Doi: 10.1590/1980-549720220005.supl.1.
- TAVELLA, G. *et al.* Burnout and depression: points of convergence and divergence. *Journal of Affective Disorders*, v. 339, p. 561–570, 19 jul. 2023. Doi: 10.1016/j.jad.2023.07.095.
- VAN DAM, A. Burnout clinical subtype discriminates among treatment responses: an intervention study. *Journal of Clinical Psychology*, v. 77, n. 3, p. 679–695, 2021. Doi: 10.1002/jclp.23101.
- VIEIRA, I.; RUSSO, J. A. Burnout and stress: between medicalization and psychologization. *Physis*, v. 29, n. 2, 2019. Doi: 10.1590/s0103-73312019290206.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Genebra, 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/. Acesso em: 1 jul. 2025.
- ZYLBERSTEJN, D.A. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em universitários brasileiros e seus impactos acadêmicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 44, n. 4, p. e059, 2020.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 5

TRANSTORNOS MENTAIS EM MULHERES NO PÓS-PARTO E O PAPEL DA REDE DE APOIO: DEPRESSÃO E PSICOSE

ISADORA FILGUEIRAS SANTOS MORATO¹
FERNANDA HERMETO BUENO GUILHERME¹
LAYZA LOPES DA SILVA²
JULIA MATA DA COSTA³

¹Discente – Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves.

²Discente – Medicina do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

³Orientadora – Médica pelo Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves.

Palavras-Chave: Depressão Pós-Parto; Baby Blues; Psicose Puerperal.

INTRODUÇÃO

Inseridos no período puerperal, encontram-se intensas transformações físicas, hormonais e psicossociais que sucedem o parto, colaborando ativamente para o desenvolvimento de uma fase vulnerável para a saúde mental da mulher. Diversos fatores são contribuintes para o desencadeamento ou agravamento de quadros psiquiátricos no pós-parto, incluindo alterações hormonais abruptas, especialmente nos níveis de estrogênio, progesterona, ocitocina e prolactina; a privação de sono, a adaptação ao novo papel materno e às responsabilidades no cuidado com o recém-nascido. Além disso, a dor física no período pós-parto, mudanças na imagem corporal, alterações no relacionamento conjugal e na dinâmica familiar contribuem para uma maior suscetibilidade a transtornos mentais nesse período, principalmente quando associados. Referem-se a condições constantemente negligenciadas e, conseqüentemente, contribuintes para o comprometimento significativo da qualidade de vida da puérpera e do vínculo mãe-bebê (BRITO *et al.*, 2022).

Epidemiologicamente, estima-se que cerca de 20% das mulheres no período puerperal desenvolvem alguma modalidade de transtorno mental, sendo a depressão pós-parto o diagnóstico mais prevalente. Diversos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento dessas psicopatologias, incluindo histórico pessoal ou familiar de transtornos psiquiátricos, gestação não planejada, complicações obstétricas, suporte social ausente ou ineficiente, baixa escolaridade, violência doméstica e dificuldades econômicas. Portanto, o risco de desfechos negativos para a mãe e para o bebê é maior conforme a presença cumulativa desses fatores. Outros grupos de maior vulnerabilidade englobam mulheres com experiências anteriores de trauma psicológico, abuso sexual ou perdas gestacionais. Logo, para

medidas voltadas à prevenção e ao manejo das condições psíquicas no puerpério, torna-se fundamental a identificação precoce dos fatores de risco (GRILLO *et al.*, 2024).

Considera-se o *baby blues* como um estado de humor depressivo temporário e bastante comum entre puérperas, afetando cerca de 80% dessas mulheres nos primeiros dias sucedentes ao parto, sendo caracterizado por labilidade emocional, irritabilidade, ansiedade, sensações de insegurança e tristeza. Entretanto, ainda que seja uma condição autolimitada, a evolução para quadros mais graves, como a depressão pós-parto, é possível e comum entre algumas pacientes, especialmente diante da presença de fatores de risco. Por outro lado, a depressão pós-parto é um transtorno psiquiátrico de duração variável, normalmente iniciando nas primeiras semanas após o nascimento e persistindo por meses, interferindo nas atividades diárias da puérpera e na interação com o bebê. Entre os sintomas mais comuns, são observados tristeza persistente, anedonia, insônia e ideação suicida, necessitando de avaliação e intervenção especializada (SANTOS *et al.*, 2022).

A psicose puerperal, embora seja uma condição com menor incidência, é considerada como uma emergência psiquiátrica grave que acomete aproximadamente 0,5% das mulheres no pós-parto. Inicialmente, observa-se desenvolvimento dos sintomas nos primeiros 14 dias após o parto, incluindo manifestações como delírios, alucinações, comportamento desorganizado e agitação psicomotora. Entre os grupos de maior risco, são destacadas pacientes com diagnóstico prévio de transtorno bipolar ou esquizofrenia. Trata-se de uma condição que oferece perigos consideráveis à puérpera e ao recém-nascido, necessitando de intervenção médica imediata, hospitalizações frequentes e uso de psicofármacos. Além disso, a progressão rápida do quadro, frequentemente associada a elevada intensidade

dos sintomas, são fatores que demandam da realização de um diagnóstico diferencial cuidadoso em relação à depressão grave com sintomas psicóticos, necessitando de vigilância clínica e suporte contínuo (DA SILVA *et al.*, 2023).

Ao almejar um fator protetor para a saúde mental da puérpera, destaca-se a presença de uma rede de apoio eficaz como medida essencial. Evidencia-se que o suporte emocional, social e prático possa reduzir de maneira significativa o impacto de fatores estressores no puerpério, seja oferecido por familiares, parceiros e/ou profissionais da saúde, promovendo assim o bem-estar psicológico e favorecendo o vínculo materno-infantil. Determinadas intervenções psicossociais têm demonstrado efetividade na prevenção e no manejo de transtornos mentais no pós-parto, como a participação em grupos de apoio, visitas domiciliares e orientações em saúde mental no pré-natal e no puerpério. Portanto, a atuação multidisciplinar é fundamental para o estabelecimento de um cuidado contínuo e humanizado, respeitando as individualidades de cada paciente (DA SILVA *et al.*, 2023).

Diante da relevância e complexidade dos transtornos mentais no período pós-parto, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca das principais manifestações psiquiátricas que acometem mulheres no puerpério, assim como discutir o papel da rede de apoio na prevenção e manejo dessas condições. Logo, pretende-se contribuir para a compressão das vulnerabilidades psíquicas no pós-parto, além de reforçar a importância de medidas de acolhimento na saúde materna.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que apresenta cunho qualitativo e descritivo, sendo desenvolvida entre os meses de julho e agosto do ano de 2025. Como meio de busca de dados, foram realizadas pesquisas nos inde-

xadores eletrônicos Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), intermediações pela utilização dos descritores em saúde (DeCS) “saúde mental”, “pós-parto”, “transtornos mentais”, “puerpério”, “psicose puerperal”, “depressão pós-parto”, “*baby blues*” e “rede de apoio”, dispostos de maneira isolada e associada com os operadores booleanos “AND” e “OR” para refinar os resultados.

Incluíram-se na pesquisa os estudos publicados nos últimos cinco anos (2020-2025), nos idiomas inglês, português e espanhol, com texto completo, de acesso gratuito e alinhados ao eixo temático proposto. Em contrapartida, foram excluídos artigos com metodologia incoerente, duplicados entre as bases de dados, cartas ao editor e de acesso restrito. Durante a busca inicial foram identificados 142 estudos entre os indexadores selecionados, os quais foram triados entre as etapas de análise de título e resumo e, por fim, leitura na íntegra, resultando na seleção final de 13 referências.

Quanto aos aspectos éticos, ao considerar a natureza de revisão de literatura e, consequentemente, a utilização de informações presentes em bases de dados secundárias, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) está dispensada conforme a Resolução nº 510/206 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, todos os direitos autorais foram respeitados durante a elaboração do trabalho, como evidenciado pela citação coerente entre os mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Baby blues: aspectos gerais

Trata-se de uma condição emocional transitória comumente presente no período imediato após o parto, sendo caracterizada pela presença de relevantes alterações de humor. Dessa maneira, embora não seja classificado como um

transtorno mental, refere-se a uma fase de instabilidade emocional significativa, tendo como manifestações principais a irritabilidade, choro frequente, ansiedade, fadiga, insônia e sensação de sobrecarga diante das responsabilidades da maternidade. Geralmente o início da condição é observado entre o segundo e o quinto dia pós-parto, sendo um episódio autolimitado com resolução em até duas semanas na maioria dos casos. Entretanto, o sofrimento psíquico considerável é evidenciado apesar de sua curta duração e, na ausência de suporte adequado, pode atuar como fator predisponente para a depressão pós-parto (CAMPOS & CARNEIRO, 2021).

O *baby blues* apresenta etiologia multifatorial, englobando fatores hormonais, psicológicos e sociais. Entre os componentes hormonais, destaca-se a redução abrupta dos níveis séricos de estrogênio e progesterona após o parto, sendo adicionada às alterações na secreção de prolactina e cortisol, contribuindo assim para a ocorrência da instabilidade emocional. Ademais, a privação de sono, medo em falhar como figura materna, sobrecarga de demandas, expectativas idealizadas sobre a maternidade e as mudanças na rotina familiar são aspectos psicossociais que desempenham um papel relevante na manifestação dos sintomas. Portanto, a associação do período de adaptação com variados desafios emocionais e físicos tornam a puérpera mais vulnerável às alterações do humor (SANTOS *et al.*, 2022).

Cerca de 80% das puérperas são acometidas pelo *baby blues*, sendo considerado como uma manifestação comum no processo de transição para a maternidade. Contudo, refere-se a uma condição frequentemente subestimada pela paciente e pelos profissionais da saúde, apesar de sua alta prevalência. Para o estabelecimento do diagnóstico, uma análise clínica detalhada é necessária, sendo dispensado exames complementares. Dessa maneira, a escuta atenta e a obser-

vação dos sintomas relatados são suficientes para o diagnóstico, mas a diferenciação da depressão pós-parto é essencial, em que essa apresenta sintomas de maior intensidade e com impacto significativo no funcionamento diário e no vínculo materno-infantil (CAMPOS & CARNEIRO, 2021).

O manejo adequado do *baby blues* engloba o suporte emocional e o acolhimento da mulher nesse período de vulnerabilidade. É fundamental a atuação de uma equipe multidisciplinar para promover uma escuta empática, fornecer informações sobre a normalidade dos sentimentos vivenciados e para conscientizar acerca da importância da rede de apoio social. Logo, torna-se necessário a presença do parceiro, familiares e pessoas do vínculo social para oferecer amparo físico e psicológico, promovendo um ambiente colaborativo para a fase adaptativa da maternidade. Além disso, demais medidas contribuem para a redução do estresse materno e para o fortalecimento da saúde mental nesse período, como orientações sobre autocuidado, momentos de descanso e divisão de tarefas (DA SILVA *et al.*, 2023).

Depressão pós-parto

Evolução e manifestações clínicas

A depressão pós-parto é considerada como um transtorno psiquiátrico relevante, em que pode ser manifestada nas primeiras semanas até o primeiro ano após o parto. Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a condição é classificada como um subtipo de transtorno depressivo maior, apresentando evolução clínica insidiosa ou abrupta. Nesse contexto, o início da doença costuma cursar com sintomas inespecíficos, como irritabilidade, fadiga persistente, distúrbios do sono e ansiedade, que, em muitas vezes, são atribuídos às demandas do puerpério e negligenciados. Em condições de diagnóstico e manejo

inadequados, a depressão pós-parto apresenta potencial em evoluir para casos de maior gravidade, apresentando prejuízos no funcionamento social, no vínculo familiar e, até mesmo, aumentando a ideação suicida (SOARES *et al.*, 2023).

Entre as manifestações clínicas gerais desse transtorno psíquico, são incluídos o humor deprimido, anedonia, sentimentos de culpa ou inutilidade, alterações no apetite e dificuldade de concentração. Ao contrário do “*baby blues*”, considerado como doença autolimitada, a depressão pós-parto é mais duradoura e incapacitante. Além disso, também podem estar presentes sentimentos ambivalentes ao recém-nascido, retraimento social e desinteresse pelas atividades diárias, sendo essencial a implementação de estratégias terapêuticas com maior eficácia (ARAÚJO *et al.*, 2024).

Para a ocorrência da depressão pós-parto, alguns fatores são considerados como predisponentes, como o histórico familiar ou pessoal de transtornos psiquiátricos, suporte social inadequado, eventos estressores durante a gestação, gravidez não planejada, complicações obstétricas e alterações hormonais abruptas presentes no período do puerpério. Outrossim, determinados fatores psicossociais também contribuem para a vulnerabilidade da paciente no período pós-natal, como violência doméstica, baixa escolaridade e dificuldades financeiras. Portanto, o reconhecimento precoce desses fatores é considerado como medida essencial para uma prevenção e intervenção eficazes (CALDEIRA *et al.*, 2024).

Diagnóstico e tratamento

O estabelecimento do diagnóstico é baseado exclusivamente em critérios clínicos, os quais são pré-determinados pelo DSM-5. Nesse contexto, torna-se necessário a presença de pelo menos cinco sintomas, ocorrendo em um período mínimo de duas semanas, devendo um deles

ser humor deprimido ou perda de interesse e, consequentemente, com início no período perinatal. Instrumentos de triagem também podem auxiliar na detecção precoce da doença, especialmente em contextos de atenção primária ou pré-natal, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Inseridos na avaliação clínica, encontram-se uma anamnese psiquiátrica detalhada, história obstétrica, investigação de fatores de risco psicossociais e exclusão de causas orgânicas que podem mimetizar ou agravar a desordem psíquica (LAGUNA *et al.*, 2024).

Por sua vez, uma abordagem individualizada e multidisciplinar está inserida no tratamento da depressão pós-parto, de modo a considerar a gravidade dos sintomas, presença de comorbidades psiquiátricas e vivências da amamentação. Para casos leves a moderados, a psicoterapia é um componente fundamental no manejo, principalmente nas abordagens de terapia cognitivo-comportamental e interpessoal. Em contrapartida, para quadros moderados a grave, o uso de antidepressivos pode ser necessário, como exemplo os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), destinando uma maior atenção às opções mais seguras durante a lactação. Além disso, demais medidas são essenciais para a prevenção de recaídas e manejo efetivo, como apoio psicossocial, educação sobre a doença, envolvimento familiar e acompanhamento contínuo (MARSURA *et al.*, 2025).

Psicose puerperal

Evolução e manifestações clínicas

Embora seja uma patologia com menor incidência, a psicose puerperal é considerada como uma emergência psiquiátrica grave que ocorre em mulheres no período pós-parto, apresentando início abrupto nos primeiros dias após o parto. Desse modo, apresenta evolução rápida e intensa, podendo ocorrer em mulheres sem histórico psiquiátrico, mas sendo mais comum em

pacientes com transtornos mentais prévios, enquadrando a coexistência de transtorno bipolar ou esquizofrenia como fatores de risco relevantes. Trata-se de uma ruptura abrupta e significativa com a realidade, com potencial em evoluir para comportamentos desorganizados, risco de autoagressão e infanticídio (SCHORN & LEVANDOWSKI, 2020).

Entre as manifestações clínicas mais frequentes, encontram-se delírios, alucinações (principalmente auditivas), alterações bruscas de humor, insônia, agitação psicomotora, confusão mental e comportamento imprevisível. O conteúdo dos delírios geralmente envolve o bebê, ideias persecutórias ou místicas e, além disso, podem coexistir com sintomas afetivos. Refere-se a uma condição complexa, podendo apresentar períodos de lucidez alternados com episódios psicóticos, dificultando o diagnóstico precoce. Em suma, devido ao potencial em acarretar desfechos trágicos, a psicose puerperal necessita de vigilância clínica rigorosa e de diferenciação de outros transtornos presentes no pós-parto (DE SOUZA *et al.*, 2024).

Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico da psicose puerperal é principalmente clínico, devendo ser realizado de maneira criteriosa devido o seu início agudo e o potencial risco à vida. Embora não exista marcadores laboratoriais específicos, a avaliação deve incluir exames complementares objetivando a exclusão de causas orgânicas e neurológicas, como exemplo a encefalite. Outras informações devem ser investigadas, como a história psiquiátrica prévia, especialmente se houver indícios de transtorno bipolar ou esquizofrenia. Ademais, a avaliação da gravidade do quadro pode ser auxiliada pela utilização de escalas psiquiátricas, mas o diagnóstico depende principalmente da identificação de sintomas psicóticos em contex-

to puerperal (SCHORN & LEVANDOWSKI, 2020).

Por se tratar de uma emergência psiquiátrica, a hospitalização imediata pode ser necessária, de preferência em unidades com alas psiquiátricas especializadas. O tratamento farmacológico inclui a utilização de antipsicóticos atípicos, estabilizadores do humor e benzodiazepínicos em casos selecionados, principalmente para o controle da agitação. Em casos graves ou refratários, a eletroconvulsoterapia pode ser indicada, apresentando uma boa resposta clínica na maioria dos quadros. Demais medidas podem ser necessárias, como a suspensão temporária da amamentação, envolvimento familiar e suporte psicossocial (SCHORN & LEVANDOWSKI, 2020).

Rede de apoio como medida de prevenção e manejo

A rede de apoio é um dos pilares na prevenção e no manejo dos transtornos mentais no pós-parto, exercendo um papel fundamental e insubstituível. Nesse contexto, o suporte emocional e prático fornecido por familiares, amigos, profissionais da saúde e instituições pode auxiliar na redução do estresse associado às mudanças biopsicossociais vivenciadas pela mulher no puerpério. Constata-se que mulheres inseridas em contextos de rede de apoio sólidas têm menor incidência de sintomas depressivos e adaptam-se melhor à maternidade, visto que a ausência de suporte social está associada a uma maior morbidade psiquiátrica no puerpério (SARISOY & YAGMUR, 2025).

Ao considerar a atenção à saúde, a atuação de equipes multidisciplinares é essencial para a identificação de fatores de risco e sinais de sofrimento psíquico, devendo estar presente nas distintas fases do ciclo gravídico-puerperal, como o pré-natal, parto e puerpério. As estratégias devem promover o empoderamento materno e fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a pa-

ciente, englobando um acolhimento humanizado, escuta ativa e educação em saúde. Como outra medida preventiva, encontra-se a inserção da família nos cuidados, principalmente quando associada a orientações sobre possíveis alterações emocionais nesse período (DA SILVA *et al.*, 2023).

Além do suporte social e da atuação dos serviços de saúde, a implementação de políticas públicas direcionadas à saúde mental materna também atuam como redes comunitárias de proteção, englobando grupos de apoio psicológico, visitas domiciliares e programas de atenção psicossocial. Logo, essas iniciativas devem envolver ações que considerem a realidade socioeconômica das pacientes, além de serem integradas à atenção primária. Portanto, uma rede de apoio estruturada atua como ferramenta de prevenção e como um componente terapêutico eficaz, reduzindo o sofrimento psíquico e promovendo o bem-estar dos envolvidos (SARISOY & YAGMUR, 2025).

CONCLUSÃO

Em síntese, evidencia-se a complexidade e a gravidade dos transtornos mentais no pós-parto, com ênfase na depressão e na psicose puerperal, condições que podem comprometer a saúde fí-

sica, emocional e social da mulher de forma significativa, além dos impactos negativos acarretados no desenvolvimento do recém-nascido. Embora seja uma patologia de alta prevalência, a depressão pós-parto ainda é constantemente negligenciada, enquanto a psicose puerperal apresenta risco elevado de desfechos negativos, como o infanticídio. Portanto, são condições que necessitam de atenção clínica imediata e contínua, diagnóstico precoce e manejo multidisciplinar. Os resultados obtidos neste trabalho ressaltam a importância de uma abordagem ampla, de modo a considerar os aspectos biológicos e os determinantes psicossociais presentes nesse período de vulnerabilidade.

Destaca-se a importância do papel da rede de apoio, geralmente constituída por familiares, profissionais e, idealmente, por políticas públicas, atuando como meio de prevenção, detecção precoce e suporte contínuo no manejo dessas condições. Dessarte, esse suporte psicossocial deve ser fortalecido por estratégias de educação em saúde e capacitação profissional. Ao permitir a reunião e discussão de evidências científicas atualizadas, esse trabalho contribui para o desenvolvimento de práticas assistenciais humanizadas, permitindo um avanço no conhecimento na área da saúde mental e ampliando impactos negativos nos campos científicos e de saúde coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, A.C.C. *et al.* O impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento cognitivo infantil. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 12, p. 1-15, 2024. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v12i1.5135.p1-15.2024.
- BRITO, A.P.A. *et al.* Sofrimento mental puerperal: conhecimento da equipe de enfermagem. *Cogitare enfermagem*, v. 27, p. e81118, 2022. DOI: 10.5380/ce.v27i0.81118.
- CALDEIRA, D.M.R. *et al.* Incidência e fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto: uma revisão de literatura. *Revista de Pesquisa UFRJ*, v.1, p. 13014-13014, 2024. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13014.
- CAMPOS, P.A. & CARNEIRO, T.F. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. *Psicologia USP*, v. 32, p. e200211, 2021. DOI: 10.1590/0103-6564e200211.
- DA SILVA, J. M. *et al.* Assistência à saúde nos transtornos mentais no período de puerpério: revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, v. 9, p. 1-21, 2023. DOI: 10.21680/2446-7286.2023v9n2ID31781.
- DE SOUZA, P.M. *et al.* Problemas psicológicos e sociais no puerpério e políticas públicas. *Revista Ciência Plural*, v. 10, p. 1-23, 2024. DOI: 10.21680/2446-7286.2024v10n3ID37077.
- GRILLO, M.F.R. *et al.* Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: Uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 73, p. e20230098, 2024. DOI: 10.1590/0047-2085-2023-0098.
- LAGUNA, G.G.C. *et al.* Impacto de fatores ocupacionais na depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 73, p. e20230094, 2024. DOI: 10.1590/0047-2085-2023-0094.
- MARSURA, A.M. *et al.* Tratamento da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão da literatura. *Journal of Health & Biological Sciences*, p. e5504-e5504, 2025. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v13i1.5504.pe5504.2025.
- SANTOS, M.L.C. *et al.* Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery*, v. 26, p. e20210265, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2021-0265.
- SARISOY, S. & YAGMUR, Y. O efeito do apoio social percebido no conforto pós-parto. *Revista de Pesquisa UFRJ*, p. e13616-e13616, 2025. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13616.
- SCHORN, M.C.G. & LEVANDOWSKI, D.C. Psicose na maternidade: um olhar psicanalítico a partir do filme “o estranho em mim”. *Vínculo-Revista do NESME*, v. 17, p. 1-19, 2020. DOI: 10.32467/issn.19982-1492v17n2p1-19.
- SOARES, L.B. *et al.* Triage positiva para transtorno depressivo maior em gestante de alto risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 72, p. 12-18, 2023. DOI: 10.1590/0047-2085000000401.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 6

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

NANIELLE SILVA BARBOSA¹
ANA BEATRIZ BARBOSA DA SILVA²
JOÃO VICTOR BARROS ALENCAR²
JOICYELY DOS SANTOS OSÓRIO LIMA²
JORDÂNIA DA SILVA²
MARIA JUCIELLEN MACEDO DE SOUSA²
RAISA SOUZA SILVA²
RAMYLLES DE SÁ FERREIRA²
SEIRA GABRIELLE DE FREITAS ROCHA DAMAS²
YASMIN SILVA PERREIRA²
ALLAMY DANILO MOURA E SILVA¹
GEORGIA SILVA SOARES MENOR³
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES⁴

¹Docente – Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí Campus Professora Doutora Josefina Demes.

²Discente – Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí Campus Professora Doutora Josefina Demes.

³Discente – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

⁴Docente – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Palavras-Chave: Gravidez; Puerpério; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal se caracteriza por um período intenso na vida da mulher, marcado por diversas alterações físicas, hormonais, sociais, e, sobretudo, psicoemocionais, que acabam impactando o bem-estar materno e, consequentemente, o fetal (OLIVEIRA & SANTOS, 2022).

Durante a gestação e no período pós-parto observa-se considerado aumento dos níveis de ansiedade e estresse, em consonância, evidencia-se grande risco para o desenvolvimento de psicopatologias puerperais (STEN & FRANCISCO, 2019). Essas alterações interferem diretamente na saúde mental das mulheres, acarretando em diversos transtornos aos familiares, ao binômio mãe-filho, e às funções e cuidados maternos necessários ao bebê, promovendo intenso comprometimento do desenvolvimento cognitivo, social e emocional dos filhos (PAULA *et al.*, 2019).

Os transtornos mais comuns nesse período são a disforia puerperal, depressão pós-parto (DPP) e psicose puerperal. A disforia puerperal, popularmente conhecida por *baby blues*, é caracterizada por uma alteração emocional transitória e comum, e ocorre em 50% a 85% das mulheres, sendo um quadro leve e que não requer tratamento. A DPP é descrita como um transtorno mental que ocorre dentro das primeiras quatro semanas a até um ano após o parto, varia entre 10 a 15% das mulheres, sendo responsável pela diminuição da autoestima, da autoconfiança e da capacidade de tomar decisões, ocasionando prejuízo no vínculo afetivo mãe-bebê (SILVA *et al.*, 2024; ALVES, 2011).

A psicose puerperal é compreendida pela fase mais complexa do transtorno mental no puerpério, caracterizada por alucinações, delírios e comportamento desorganizado (RAZA & RAZA, 2023). Embora seja classificada como um

transtorno de baixa incidência, ela é responsável por causar consequências clínicas e sociais graves, como risco de suicídio e infanticídio, episódios psicóticos recorrentes, estigma, isolamento social e prejuízo nos vínculos familiares e conjugais (ALFORD *et al.*, 2025).

O esforço, para lidar com a depressão e outros transtornos mentais, bem como com os fatores de risco no período gestacional, ainda é pouco explorado e considerado. Ademais, o sofrimento mental durante a gestação e puerpério são fatores de risco consistente para a DPP, aumentando a probabilidade do risco de suicídio (CALDEIRA *et al.*, 2024).

Em virtude do período gravídico-puerperal ser repleto de alterações e, por decorrência disso, medo, ansiedade e insegurança serem despertados, é imprescindível uma assistência qualificada, na qual a mulher seja protagonista das ações sobre a sua saúde, mediante o respeito de sua individualidade e ativa participação na tomada de decisão quanto aos seus cuidados (GRILLO *et al.*, 2024).

Nessa assistência deve-se incluir a escuta qualificada e orientações permitindo que a mulher compreenda as mudanças que irão ocorrer em seu corpo. Por isso, o profissional de Enfermagem possui um papel essencial nesse processo, pois ele é capaz de prestar um cuidado cooperativo, educativo e acolhedor (LIMA, 2024).

Profissionais de enfermagem são os primeiros a entrar em contato com os pais durante o período pré e pós-natal. Assim, é importante o reconhecimento do papel desses profissionais no gerenciamento do sofrimento e adoecimento mental, visto que, dado a proximidade com a família, são capazes de realizar a identificação e intervenção precoces, necessários para prevenção dos impactos negativos no bem-estar da família e da criança. O conhecimento acerca da te-

mática impacta diretamente no repasse de informações por parte do profissional à gestante ou puérpera e à família.

O objetivo deste estudo foi identificar e discutir os cuidados de enfermagem na promoção da saúde mental materna.

MÉTODO

O estudo se caracteriza como uma Revisão Narrativa da Literatura. O levantamento das evidências foi realizado em maio de 2025, por meio da consulta às bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo elas Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Li-

teratura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Index Psicologia e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via PubMed. Em cada base foram utilizadas estratégias de busca, a partir dos descritores selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes em inglês no *Medical Subject Headings* (MeSH).

As estratégias de busca utilizadas nas bases de dados foram elaboradas por meio da combinação dos descritores: “Saúde Mental”, “Mulheres”, “Gestantes”, “Puerpério” e “Enfermagem”, e seus correspondentes em inglês, com os operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme representado no **Quadro 6.1**.

Quadro 6.1 Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca	Quantitativo identificado
LILACS BDENF Index Psicologia	((Mulheres) OR (Gestantes) OR (Puérperas)) AND ((Saúde Mental)) AND ((Enfermagem))	230
MEDLINE	((("women"[All Fields]) OR ("pregnant people"[All Fields]) OR ("postpartum period"[All Fields])) AND ("mental health"[All Fields])) AND ("nursing"[All Fields])	264

Os critérios de inclusão adotados foram estudos primários disponíveis na íntegra e relacionados ao tema, publicados nos últimos cinco anos, sem restrição de idioma. Estudos duplicados e que não atendiam aos demais critérios de inclusão foram excluídos. Portanto, dos 494 estudos identificados nas bases de dados, em 36 artigos foi realizada leitura na íntegra para extração das variáveis de interesse (autoria, ano de publicação, país de origem, métodos e principais resultados).

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, quanti e qualitativamente e os resultados apresentados em quadros e discutidos em categorias temáticas: identificação e manejo de sinais e sintomas de sofrimento e adoecimento mental entre gestantes e puérperas e estratégias

de promoção da saúde mental de gestantes e puérperas. Adicionalmente, foram consultados documentos de órgãos autoridade em saúde, como Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde do Brasil para aprofundar as discussões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos incluídos como amostra da revisão foram publicados entre 2025 e 2020, com destaque para o ano de 2024 com nove artigos. Quanto ao país de publicação, destacaram-se os do continente americano, dentre eles, Brasil, Canadá, Colômbia e Estados Unidos da América. Em relação ao tipo de estudo, prevaleceram os observacionais.

Os principais resultados destacaram as ações de Enfermagem quanto a identificação e manejo do sofrimento/adoecimento mental e dos transtornos mentais entre gestantes e puérperas, como ansiedade, depressão, estresse, risco de suicídio e uso de álcool e outras drogas,

bem como intervenções direcionadas à prevenção ou redução dos sintomas desses transtornos e promoção da saúde mental materna, com destaque para o uso das Práticas Integrativas e Complementares. A síntese dos estudos é apresentada no **Quadro 6.2**.

Quadro 6.2 Síntese dos estudos incluídos na revisão

Autoria/ Ano de publicação	País de origem	Tipo de estudo	Principais resultados
ABDELAZIZ <i>et al.</i> , 2025	Egito	Ensaio clínico randomizado controlado	O grupo de intervenção demonstrou uma redução significativa nos escores de medo do parto e um aumento na auto eficácia materna.
HAMLBAR <i>et al.</i> , 2025	Irã	Ensaio clínico randomizado controlado	Após a intervenção houve redução significativa da ansiedade e depressão.
JÍMENEZ- BARRAGAN <i>et al.</i> , 2025	Espanha	Ensaio clínico randomizado controlado	O grupo intervenção demonstrou reduções significativas nos escores de ansiedade e depressão.
LILLIESKOLD <i>et al.</i> , 2025	Noruega	Ensaio clínico randomizado controlado	O contato pele a pele imediato reduziu, significativamente, os sintomas de depressão nas mães e os sintomas de ansiedade nos pais, uma semana após o parto.
MARTÍNEZ- GALIANO <i>et al.</i> , 2025	Espanha	Observacional	Mulheres que perceberam que vivenciaram uma situação de tratamento inadequado durante o parto apresentaram maior risco de depressão pós-parto e risco de suicídio.
BHAMANI <i>et al.</i> , 2024	Paquistão	Ensaio clínico randomizado controlado	A intervenção aumentou os escores de resiliência e diminuiu os sintomas depressivos.
GENNARO <i>et al.</i> , 2024	Estados Unidos da América	Ensaio clínico randomizado controlado	Houve diminuições significativas na ansiedade, depressão e estresse desde o início até o fim da intervenção, enquanto crenças e comportamentos saudáveis aumentaram.
JÍMENEZ- BARRAGAN <i>et al.</i> , 2024	Espanha	Descritivo, transversal e prospectivo	Foram identificados como fatores de risco relacionados à ansiedade e depressão: histórico de depressão, ansiedade e tratamento psiquiátrico, abuso, problemas conjugais, idade, tabagismo, nível educacional, situação profissional, suicídio no ambiente familiar, interrupção voluntária da gravidez e gravidez planejada, viver com um parceiro e renda do parceiro.
LAWRENCE <i>et al.</i> , 2024	Canadá	Ensaio clínico randomizado controlado	Os sintomas de depressão e ansiedade pós-parto foram, significativamente, reduzidos no grupo de intervenção somente após quatro semanas.
RODRÍGUEZ- GALLEGO <i>et al.</i> , 2024	Multicêntrico	Ensaio clínico randomizado controlado	Grupos de apoio à amamentação aumentaram a autoeficácia, prolongaram a amamentação e reduziram a depressão pós-parto quatro meses após o parto.
CALDEIRA <i>et al.</i> , 2024	Brasil	Epidemiológico transversal e analítico	Identificou-se a prevalência de sintomas depressivos em gestantes, pelo baixo apoio social, estresse elevado e baixo desempenho sexual.

ALDRIGHI <i>et al.</i> , 2024	Brasil	Qualitativo descritivo	Destacou desafios emocionais, sociais e físicos na maternidade tardia não planejada e a importância de apoio especializado.
STOCHERO <i>et al.</i> , 2024	Brasil	Pesquisa Convergente Assistencial	O cuidado de enfermagem técnica e impessoal às gestantes em unidades psiquiátricas tem necessidade de qualificação profissional.
BEZERRA <i>et al.</i> , 2024	Brasil	Qualitativo descritivo	Gestantes relataram medo, ansiedade e ausência de apoio à saúde mental no pré-natal durante a pandemia.
SILVA <i>et al.</i> , 2023	Brasil	Transversal, descritivo e correlacional	Alta prevalência de risco de depressão em gestantes de risco habitual, associada à ausência de emprego.
BANDEIRA <i>et al.</i> , 2023	Brasil	Qualitativo, descritivo e exploratório	O isolamento social impactou a saúde mental de gestantes e puérperas, ampliando quadros de ansiedade e depressão.
PAN <i>et al.</i> , 2023	Taiwan	Ensaio clínico randomizado controlado	O grupo que recebeu a intervenção de <i>mindfulness</i> pré-natal apresentou redução do estresse, ansiedade e depressão pré-natal e pós-natal.
ZHANG <i>et al.</i> , 2023	China	Ensaio clínico randomizado controlado	As mulheres no grupo de intervenção tiveram uma pontuação significativamente maior de autoeficácia e apoio social e uma pontuação menor de depressão pós-parto.
GUAÑABÉNS, 2023	Brasil	Qualitativo	Evidencia a importância da utilização de Práticas Integrativas e Complementares durante a gestação, com ênfase no fortalecimento da autonomia e bem-estar, promovendo um cuidado holístico e humanizado.
MARQUESINI <i>et al.</i> , 2023	Brasil	Qualitativo	A intervenção musical reduziu o estresse e tristeza, proporcionando distração, alegria, resgate de lembranças, momentos de gratidão e tranquilidade para as gestantes, puérperas e seus bebês.
HOU <i>et al.</i> , 2022	China	Transversal	Mulheres após cesárea apresentaram medo moderado do parto, e o número de cesáreas, a experiência com cesáreas anteriores, a autoeficácia no parto e o apoio social foram preditores do medo do parto.
MONTAZERI <i>et al.</i> , 2022	Irã	Ensaio clínico randomizado controlado	Após a intervenção, a pontuação média de ansiedade pós parto foi significativamente menor.
BACKES <i>et al.</i> , 2022	Brasil	Qualitativo	Constatou-se que a dimensão espiritual do cuidado em saúde na gestação e no parto é essencial para despertar autonomia, segurança e conforto, além de possibilitar desfechos favoráveis no parto pelo fortalecimento do vínculo materno-fetal.
POURYOUSEF <i>et al.</i> , 2022	Irã	Quase-experimental	A intervenção educativa reduziu significativamente a ansiedade relacionada à gravidez nas gestantes participantes.
NASROLLAHI <i>et al.</i> , 2022	Irã	Ensaio clínico randomizado controlado	Houve redução nos sintomas de ansiedade, depressão e estresse após a intervenção.
BANTE <i>et al.</i> , 2021	Etiópia	Transversal	A prevalência de ansiedade e depressão entre as participantes foi de 10%.
LIMA <i>et al.</i> , 2021	Brasil	Qualitativo, descritivo e exploratório	A assistência é baseada na redução de danos, mas é fragmentada e falha na integralidade do cuidado.

LONDOÑO-RESTREPO <i>et al.</i> , 2021	Colômbia	Descritivo, retrospectivo e transversal	Os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente formulados foram: deteriorização da regulação do estado de ânimo; risco de suicídio; desesperança; dor aguda e insônia.
LOPES <i>et al.</i> , 2021	Brasil	Transversal descritivo	A prevalência de uso de substâncias psicoativas entre as gestantes foi de 28,7 % e 1,1% entre as puérperas, com destaque para o álcool e tabaco.
NEJAD <i>et al.</i> , 2021	Irã	Ensaio clínico randomizado controlado	Os participantes do grupo de intervenção relataram uma redução significativa nas pontuações médias de estresse, ansiedade e depressão.
RIBEIRO <i>et al.</i> , 2021	Brasil	Transversal e correlacional	Partos normais feitos por enfermeiros mostraram melhores resultados em dor, vitalidade e saúde mental, com impacto positivo na experiência das mulheres.
SUN <i>et al.</i> , 2021	China	Ensaio clínico randomizado controlado	As participantes do grupo de <i>mindfulness</i> relataram melhora significativa da depressão perinatal.
SANTOS <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Qualitativo	O estudo relacionou necessidades com os diagnósticos da CIPESC®, destacando lacunas na classificação e reforçando a necessidade de abordagem psicossocial na assistência às gestantes de alto risco.
SILVA <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Descritivo exploratório	Das 71 gestantes analisadas, 32,3% relataram violência psicológica, 49,3% tinham alto risco de ansiedade e 29,5% risco moderado para depressão.
SILVA <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Descritivo transversal	Gestantes de alto risco com baixa escolaridade, sem ocupação e que passaram por cesárea tendem a apresentar menor autoestima.
MONTIGNY <i>et al.</i> , 2020	Canadá	Quantitativo transversal	Mulheres que vivenciaram aborto espontâneo apresentaram sintomas significativos de depressão, ansiedade e luto perinatal.

Os resultados foram discutidos à luz da literatura científica, com base em duas categorias temáticas estabelecidas. Tal organização visa aprofundar a compreensão das evidências disponíveis sobre a identificação e os fatores associados ao sofrimento psíquico e às intervenções voltadas à saúde mental de gestantes e puérperas.

Identificação e manejo de sinais e sintomas de sofrimento e adoecimento mental entre gestantes e puérperas

Dados da OMS apontam que 20% das mulheres terão doença mental grave durante a gravidez ou no pós-parto (ONU, 2022). Portanto, a literatura estudada evidenciou a identificação de sinais e sintomas de transtornos mentais em gestantes e puérperas pelos profissionais de Enfermagem, destacando os transtornos de ansie-

dade e depressão (SILVA *et al.*, 2023; BANTE *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2020). Ademais, torna-se importante identificar que tais sinais e sintomas sofrem influência de aspectos socioeconômicos, ambientais, emocionais, clínicos e do próprio contexto de saúde, como por exemplo a pandemia da COVID-19 que agravou o adoecimento mental da população, impactando negativamente no bem-estar materno (BEZERRA *et al.*, 2024; CALDEIRA *et al.*, 2024; SANTOS *et al.*, 2020; JÍMENEZ-BARRAGAN *et al.*, 2024).

Esses estudos demonstraram ainda que o sofrimento psíquico relacionado à gestação e puerpério não se restringe às alterações esperadas do ciclo gravídico-puerperal habitual, visto que episódios como o abortamento espontâneo, exposição à violência obstétrica, parto cesáreo

traumático e uso de Substâncias Psicoativas colaboram para o aumento da ansiedade, estresse e medo, contribuindo como fatores de risco para o adoecimento psíquico (MONTIGNY *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; HOU *et al.*, 2022; MARTÍNEZ-GALIANO *et al.*, 2025; LOPES *et al.*, 2021).

A gestação é um período marcado por incertezas, inseguranças, medo e diversas mudanças na vida da mulher. Essas transformações, muitas vezes intensas e difíceis de lidar, podem impactar significativamente na saúde mental, levando ao desenvolvimento de quadros de disfunções psicológicas, dentre as quais destacam-se a ansiedade, a depressão e o estresse (STOCHERO *et al.*, 2024; SILVA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, é indispensável o apoio fornecido pela equipe de saúde. Um ambiente acolhedor e seguro contribui para a construção do vínculo entre o profissional, a gestante/puérpera e a família, de forma que estes podem expressar suas emoções, dúvidas e preocupações sem julgamentos. Destaca-se a importância da atuação de uma equipe multi e interdisciplinar, que inclua, além de profissionais como enfermeiros, psicólogos, médicos e assistentes sociais, o que garante uma abordagem integral e a identificação precoce de sinais e sintomas de transtornos mentais e outras dificuldades emocionais (ALDRIGHI *et al.*, 2024; RODRÍGUEZ-GALLEGO *et al.*, 2024; CALDEIRA *et al.*, 2024).

Com base nas evidências, destaca-se a importância do enfermeiro na aplicação do processo de Enfermagem no cuidado assistencial com foco na saúde mental, destacando um olhar sensível às manifestações psíquicas das gestantes e puérperas, o que possibilita uma avaliação ampliada considerando suas singularidades (LIMA *et al.*, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2021). Em um dos estudos analisados, por exemplo, os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes incluíram a deterioração do estado de ânimo, risco

de suicídio, desesperança, dor aguda e insônia. Já as necessidades de cuidado mais comuns foram as alterações no humor, conduta suicida, visão negativa de si e do futuro, e insônia, o que reforçando a necessidade do cuidado integral, que vai além dos aspectos físicos (LONDOÑO-RESTREPO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020).

Entretanto, apesar de notória contribuição para a promoção da saúde mental materna, algumas limitações podem influenciar de forma negativa os cuidados de enfermagem, como: a assistência fragmentada e a necessidade de melhor qualificação profissional. O Sistema Único de Saúde brasileiro ainda enfrenta a presença de serviços e equipes de saúde não integrados, o que reflete em dificuldades na continuidade do cuidado (ACYLINO *et al.*, 2021). Este fato pode levar à negligência na identificação precoce de ansiedade, depressão e/ou outras condições emocionais durante o período gestacional e pós-parto. Além disso, a falta de profissionais devidamente qualificados ou atualizados sobre as particularidades da saúde mental materna pode comprometer a oferta de intervenções adequadas. Essas limitações podem resultar em um cuidado de Enfermagem insuficiente e insatisfatório, agravando o sofrimento emocional e prejudicando o bem-estar dos pais e da família (LIMA *et al.*, 2021; STOCHERO *et al.*, 2024).

Estratégias de promoção da saúde mental de gestantes e puérperas

As estratégias de promoção da saúde mental de gestantes e puérperas pela Enfermagem envolvem intervenções com a utilização de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), ações educativas, apoio emocional e acompanhamento contínuo, visando fortalecer o bem-estar emocional dessas mulheres e seus familiares (MONTAZERI *et al.*, 2022; NASROLLAHI *et al.*, 2022; NEJAD *et al.*, 2021). A Enfermagem pode realizar intervenções que promo-

vam a redução de sinais e sintomas de transtornos mentais, aumento da resiliência autoeficácia, autoestima e autocuidado, gerenciamento do estresse, além de incentivar a participação em grupos de apoio e rodas de conversa, que promovem o compartilhamento de experiências e o fortalecimento do vínculo (BHAMANI *et al.*, 2024; LAWRENCE *et al.*, 2024; ABDEL-AZIZ *et al.*, 2025; HALMBAR *et al.*, 2025; JÍMENEZ-BARRAGAN *et al.*, 2025).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) visa atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em um modelo humanizado e centrado no indivíduo (BRASIL, 2015). Seguindo esse contexto, os estudos versam que a utilização desses recursos não farmacológicos gera impactos positivos no estado de saúde física e mental do binômio mãe-bebê. Assim, a utilização da PICS demonstra sua significativa contribuição para a redução da ansiedade, depressão e estresse, promovendo o bem-estar das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e oportunizando um cuidado ao preparo para vivência do parto e fortalecimento emocional e afetivo (PAN *et al.*, 2023; SUN *et al.*, 2021; MARQUESINI *et al.*, 2023; GUAÑABÉNS, 2023; POURYOUSEF *et al.*, 2022).

Considerando os evidentes desafios relacionados à fragilidade da saúde mental da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, decorrentes de diversos fatores que podem comprometer seu estado emocional, torna-se imprescindível a implementação das PICS no plano assistencial de Enfermagem (FERNANDES *et al.*, 2021). Aliadas a essas práticas, as rodas de conversa e o uso de recursos digitais de cunho educativo oferecem espaços de informação e acolhimento que ajudam a identificar sinais que extrapolam o esperado fisiológico (GENNARO *et al.*, 2024; ZHANG *et al.*, 2023).

Estudo que envolveu 91 recém-nascidos prematuros e 73 mães e 73 pais evidenciou que o contato pele a pele imediato reduziu significativamente os sintomas de depressão nas mães e os sintomas de ansiedade nos pais uma semana após o parto. A Enfermagem tem participação ativa na promoção do contato pele a pele entre o recém-nascido e a mãe, pois essa prática é essencial para fortalecer o vínculo afetivo, promover o desenvolvimento emocional e melhorar a estabilidade fisiológica do bebê. Ao incentivar e orientar o contato pele a pele logo após o nascimento, os profissionais ajudam a regular a temperatura corporal, a frequência cardíaca e a respiração do recém-nascido, além de estimular a amamentação precoce e facilitar o reconhecimento do bebê pela mãe. Essa interação também contribui para a redução do estresse e da ansiedade tanto da mãe quanto do bebê, promovendo um ambiente de cuidado mais humanizado e acolhedor (LILLIESKOLD *et al.*, 2025).

Um ponto-chave no debate sobre saúde mental, ainda pouco explorado, é a dimensão da espiritualidade do indivíduo. Esse campo constitui um arcabouço fundamental para o equilíbrio mental, integrando-se de forma positiva ao processo do cuidar de Enfermagem. É essencial reconhecer, respeitar e utilizá-lo como um recurso agregador e potencializador no plano assistencial materno-fetal. Essa abordagem permite que o nascimento seja vivenciado como uma experiência profunda e transcendente, que vai além das percepções clínicas e unidimensionais do modelo biomédico tradicional, abrindo espaço para uma visão mais humanizada e holística (BACKES *et al.*, 2022).

Além disso, os estudos analisados evidenciaram que os impactos emocionais durante o período gestacional foram significativamente intensificados pela pandemia de COVID-19, reforçando a importância de abordagens assis-

ciais que integrem saúde mental, apoio psicossocial e vínculo familiar. Medo, ansiedade, incertezas sobre o futuro do bebê e ausência de suporte emocional adequado no pré-natal foram sentimentos recorrentes entre as gestantes, revelando fragilidades na integralidade do cuidado. Tais achados indicam que estratégias pautadas na escuta qualificada, na empatia e na construção de planos terapêuticos compartilhados devem ser fortalecidas, com o intuito de reduzir riscos psicossociais e ampliar a adaptação positiva da mulher durante a gestação (BANDEIRA *et al.*, 2023; BEZERRA *et al.*, 2024).

Outrossim, durante a pandemia da COVID-19, identificou-se uma ferramenta eficaz para lidar com o contexto psicológico fragilizado das lactantes: a consultoria em amamentação realizada por meio de encontros *online*, com o objetivo de evitar a interrupção da amamentação. Nesse sentido, o estudo evidenciou a associação entre altos níveis de auto eficácia na amamentação e baixos níveis de ansiedade (LOPES *et al.*, 2021).

Outro aspecto relevante diz respeito à fragmentação da assistência nos serviços de saúde, especialmente entre os níveis de atenção básica e especializada. Os estudos destacaram a ausência de uma rede articulada no cuidado a gestantes em situação de vulnerabilidade, como aquelas que fazem uso de álcool e outras drogas, o que compromete o atendimento integral preconizado pelo sistema de saúde (LIMA *et al.*, 2021; LOPES *et al.*, 2021). Diante disso, é urgente fomentar a corresponsabilização entre os profissionais e os serviços, promovendo uma assistência que considere a mulher em sua totalidade – física, emocional, social e espiritual. Esse movimento de integração fortalece o protagonismo da gestante e contribui para a construção de experiências gestacionais mais seguras, saudáveis e humanizadas.

CONCLUSÃO

A saúde mental materna se configura como um componente essencial para o bem-estar de mães, recém-nascidos e núcleos familiares. Os estudos evidenciaram que a Enfermagem é essencial na identificação e manejo de sinais e sintomas de sofrimento e adoecimento mental, bem como se destaca na promoção da saúde mental e do bem-estar por meio de intervenções que envolvem PICS, apoio e aconselhamento. Isto é um pilar para a garantia da autonomia da mulher e fortalecimento da saúde integral pois envolve um cuidado humanizado e centrado na pessoa.

O suporte emocional, orientações sobre cuidados, informações sobre o parto e a maternidade e o incentivo à participação em grupos de apoio fortalecem a autoestima e promovem uma experiência mais positiva durante o período gestacional e pós-parto. Dessa forma, a equipe de saúde contribui significativamente para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, a redução do estresse e a construção de uma maternidade mais saudável e equilibrada.

A enfermagem exerce um cuidado essencial e insubstituível, atuando de maneira estratégica no acolhimento, na escuta qualificada e no encaminhamento eficiente das mulheres em sofrimento psíquico, demonstrando competências técnicas e habilidades relacionais que contribuem significativamente para um cuidado integral, baseado em evidências científicas e alinhado aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Em suma, uma maior qualificação profissional é fundamental para garantir um cuidado eficaz à saúde mental materna. Com conhecimentos atualizados e habilidades específicas, os profissionais de Enfermagem podem identificar precocemente dificuldades emocionais que podem surgir de forma adequada, promovendo in-

tervenções e os encaminhamentos necessários para os serviços especializados.

A formação contínua e a capacitação em saúde mental fortalecem a atuação da Enfermagem, contribuindo para o bem-estar emocional das mulheres, a prevenção de complicações e a

promoção de uma experiência de maternidade mais segura e positiva. Assim, investir na qualificação desses profissionais é essencial para ampliar a qualidade do cuidado e garantir uma atenção integral à saúde da mulher em todas as suas dimensões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDELAZIZ, E.M. *et al.* Digital intervention for tokophobia: a randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioral therapy on fear of childbirth and self-efficacy among Egyptian pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 25, n. 1, 2025.
- ACYLINO, E.M. *et al.* Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. *Physis*, v. 31, n. 01, 2021.
- ALDRIGHI, J.D. *et al.* Unplanned pregnancy at advanced maternal age: analysis in light of Transition Theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 58, 2024.
- ALFORD, A.Y., *et al.* A systematic review of postpartum psychosis resulting in infanticide: missed opportunities in screening, diagnosis, and treatment. *Archives of Women's Mental Health*, v. 28, n. 2, p. 297-308, 2025.
- ALVES, P.A., *et al.* Conhecimento dos enfermeiros da Saúde da Família sobre os Transtornos Psíquicos no Período Puerperal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 3, 2011.
- BACKES, D.S. *et al.* Meaning of the spiritual aspects of health care in pregnancy and childbirth. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 30, 2022.
- BANDEIRA, T.P.M. *et al.* Saúde mental das mulheres internadas por abortamento no agreste pernambucano na pandemia da covid-19. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 37, 2023.
- BANTE, A. *et al.* Comorbid anxiety and depression: Prevalence and associated factors among pregnant women in Arba Minch zuria district, Gamo zone, southern Ethiopia. *PLOS ONE*, v. 16, n. 3, p. e0248331, 2021.
- BHAMANI, S.S. *et al.* Promoting mental wellbeing in pregnant women living in Pakistan with the Safe Motherhood—Accessible Resilience Training (SM-ART) intervention: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 24, n. 452, 2024.
- BEZERRA, T.B. *et al.* Percepção de gestantes sobre os impactos emocionais da pandemia de COVID-19 à luz do modo autoconceito da Teoria da Adaptação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 26, p. 77695–77695, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.
- CALDEIRA, D.M.R. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas na atenção primária a saúde. *Texto & contexto enfermagem*, v. 33, p. e20230137, 2024.
- FERNANDES, K.S. *et al.* Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pelos profissionais em gestantes com dores lombares: revisão integrativa. *BrJP*, v. 4, n. 2, p. 161, 2021.
- GENNARO, S. *et al.* Effects of Two Group Prenatal Care Interventions on Mental Health: An RCT. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 66, n. 5, p. 797–808, 2025.
- GRILLO, M.F.R. *et al.* Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: Uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 73, n. 2, 2024.
- GUANABENS, C.D.O. Práticas Integrativas e complementares durante o período gestacional: o cuidado baseado em forças. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.
- HALMBAR, E.P. *et al.* The effect of curcumin on postpartum depression and anxiety in primiparous women: a double-blind randomized placebo-controlled clinical trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, v. 25, n. 1, p.157, 2025.

HOU, Y. *et al.* Fear of childbirth and its predictors in re-pregnant women after cesarean section: a cross-sectional multicenter study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 22, n. 1, 7 maio 2022.

JIMENEZ-BARRAGAN, M. *et al.* Immersive Virtual Reality eHealth Intervention to Reduce Anxiety and Depression in Pregnant Women: Randomized Controlled Trial. *JMIR Human Factors*, v. 30, n. 12, p. e71708, 2025.

JIMENEZ-BARRAGAN, M. *et al.* Prevalence of anxiety and depression and their associated risk factors throughout pregnancy and postpartum: a prospective cross-sectional descriptive multicentred study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 24, n. 1, p. 500, 2024.

LAWRENCE, C.G. *et al.* Effectiveness of a web-enabled psychoeducational resource for postpartum depression and anxiety among women in British Columbia. *Archives of Women's Mental Health*, v. 27, n. 6, p. 995-1010, 2024.

LILLIESKOLD, S. *et al.* Skin-to-skin contact at birth for very preterm infants and symptoms of depression and anxiety in parents during the first year – A secondary outcome of a randomized clinical trial. *Journal Of Affective Disorders*, v. 383, p. 323–332, 2025.

LIMA, M.G.T. *et al.* Qualified assistance to pregnant women in use of alcohol and drugs. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 15, n. 1, 2021.

LIMA, O.K.S. *et al.* O papel do Enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal: percepção de puérperas á luz da teoria de Peplau. *Cogitare Enfermagem*, 2024.

LONDOÑO-RESTREPO, J. *et al.* Necesidades de cuidado y diagnósticos de enfermería en gestantes con depresión: estudio descriptivo. *Revista Ciencia y Cuidado*, v. 18, n. 2, p. 33–42, 2021.

LOPES, K.B. *et al.* Prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 11, p. e45–e45, 2021.

MARQUESINI, T.M. *et al.* Promovendo saúde por meio da música na maternidade: percepções de gestantes e puérperas. *Revista de enfermagem da UERJ*, v. 30, n. 1, e72172, 2022.

MARTÍNEZ-GALIANO, J.M. *et al.* Risk of suicide and postpartum depression in women who feel they were treated inadequately during childbirth. *Women and Birth*, v. 38, n. 1, p. 101858–101858, 2025.

MELO, L. C. O. Ansiedade e sua influência na autoeficácia materna para amamentação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 29, 2021.

MONTAZERI, R. *et al.* The effect of behavioral therapy based counseling with anxious mothers on their infants' colic: a randomized controlled clinical trial. *BMC Pediatrics*, v. 22, n. 1, 2022.

MONTIGNY, F. *et al.* Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, 2020.

NASROLLAHI, M. *et al.* Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress of women with the early loss of pregnancy in southeast Iran: a randomized control trial. *Reproductive Health*, v. 19, n. 1, 2022.

NEJAD, F. K. *et al.* The influence of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on stress, anxiety and depression due to unwanted pregnancy: a randomized clinical trial. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, v. 62, n. 1, p. E82–E88, 2021.

OLIVEIRA, D.B.G & SANTOS, A.C. Saúde mental das gestantes: a importância dos cuidados de enfermagem. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 5 n. 11, 2022.

ONU. Organização das Nações Unidas. ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas. OMS: 20% das mulheres terão doença mental durante gravidez ou pós-parto. ONU; 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501>. Acesso em 10 Jul 2025.

PAN, W.L. *et al.* Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother-infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 23, n. 1, p. 547, 2023.

PAULA, G.M. *et al.* Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. *RESU-Revista Educação em Saúde*, v. 7, suplemento 1, 2019.

POURYOUSEF, S. *et al.* The Effect of an educational Intervention on Anxiety of Pregnant Women: A Quasi-Experimental Study. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 40, n. 2, p. e05, 2022.

RAZA, S.K. & RAZA, K. *Postpartum Psychosis*. Flórida: StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/#_article-27548_s4_. Acesso em 7 jun. 2025.

RIBEIRO, S.G. *et al.* Factors that interfere in the quality of life related to the health of women in the postpartum period in northeastern Brazil. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 30, 2021.

RODRÍGUEZ-GALLEGO, I. *et al.* Evaluation of the Impact of a Midwife-Led Breastfeeding Group Intervention on Prevention of Postpartum Depression: A Multicentre Randomised Clinical Trial. *Nutrients*, v. 16, n. 2, p. 227, 2024.

SANTOS, C.A.B. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem em Gestantes de Alto Risco: As Necessidades Psicossociais em Foco. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 4, p. 31–38, 2020.

SILVA, G.F.P. *et al.* Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 271, p. 4961–4970, 2020.

SILVA, L.S.R. *et al.* Autoestima em Gestantes de Risco: Fatores Sociais e Obstétricos Correlacionados. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 14, e241981, 2020.

LIMA, A.C.M.A.C.C. *et al.* Asesoría en lactancia materna durante la pandemia de COVID-19: informe de experiencia, Escola Anna. Nery, v. 24, 2020.

SILVA, M.M.J. *et al.* Risco de depressão durante a gravidez nos cuidados pré-natais de risco habitual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31, 2023.

SILVA, M.M.J. & CLAPIS, M.J. Percepção das gestantes acerca dos fatores de risco para depressão na gravidez. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, 2020.

STOCHERO, H.M. *et al.* Nursing team's perceptions about care for pregnant women in a psychiatric unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 6, 2024.

SUN, Y. *et al.* Effectiveness of Smartphone-Based Mindfulness Training on Maternal Perinatal Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, v. 23, n. 1, p. e23410, 2021.

ZHANG, Y. *et al.* The effectiveness of an internet-based support program on maternal self-efficacy, postpartum depression and social support for primiparous women during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. *Frontiers in Public Health*, v. 11, 2023.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 7

CANÇÕES DE UM CORAÇÃO EM RUINAS: O LUTO PÓS-TÉRMINO E A DEPENDÊNCIA EMOCIONAL EM ANTI- HERÓI DE JÃO

GIOVANE SAMPAIO DOS SANTOS¹
DAYANE SAMPAIO DOS SANTOS²

¹Discente - Psicologia da Universidade Estadual do Piauí - UESPI.

²Mestra - História do Brasil pela Universidade Federal do Piauí - UFPI

Palavras-Chave: Término de Relacionamento, Música, Luto.

DOI: 10.59290/5280510209

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A música é um fenômeno presente na vida cotidiana das pessoas. Está em diversos espaços como ruas, televisão, filmes, novelas, propagandas, shows e eventos culturais. Por meio de suas letras e ritmos, ela expressa sentimentos, valores, ideias e decisões que representam tanto a individualidade quanto os significados coletivos construídos socialmente (SCHLOSSER *et al.*, 2016). Entre os temas mais recorrentes nas canções está o amor, abordado em suas diversas formas: na paixão intensa, na dor do amor não correspondido, na dificuldade de seguir em frente e nos conflitos emocionais que acompanham o fim de um relacionamento (SCHLOSSER *et al.*, 2016). Nesse contexto, o álbum *Anti-Herói*, do cantor Jão, se destaca como uma obra profundamente emocional, construída a partir da vivência de um relacionamento recente e conturbado. O próprio artista afirmou, na época do lançamento, que se sentia “pequeno e esquisito”, revelando que criar e apresentar esse disco foi uma experiência catártica marcada por forte exposição emocional (TORRES, 2019). Durante seus shows, emocionou-se diversas vezes, deixando o público cantar em seu lugar em alguns momentos, evidenciando a intensidade do conteúdo presente nas músicas. Jão, natural do interior de São Paulo, tornou-se uma figura relevante entre adolescentes e jovens ao tratar, de forma sensível e autêntica, temas como identidade, afeto, frustração e superação. Sua conexão com o público se dá justamente por traduzir em palavras e melodias experiências emocionais comuns, mas muitas vezes difíceis de verbalizar. Estudar obras como “*Anti-Herói*” contribui para refletir sobre os impactos afetivos do término de relacionamentos e sua elaboração subjetiva, sendo também uma forma de compreender a importância dessas narrativas para a saúde mental dos indivíduos.

O objetivo deste estudo foi analisar, a partir de uma perspectiva bibliográfica, como as letras do álbum *Anti-herói* do cantor Jão, representam vivências relacionadas ao luto pós-término amoroso e à dependência emocional

MÉTODO

A metodologia empregada foi delineada de forma sistêmica e estruturada, visando assegurar reprodutibilidade e rigor acadêmico. Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica no Google Acadêmico, priorizando os artigos mais baixados que abordassem os tópicos de término de relacionamento, luto e dependência emocional, os quais embasaram a construção da base teórica. Em seguida, procedeu-se à pesquisa documental: foram coletadas e transcritas integralmente as letras das músicas do álbum “*Anti-Herói*” do cantor Jão, selecionando apenas canções incluídas nessa obra. Após a transcrição, realizou-se uma leitura cuidadosa das letras, com destaque de citações que dialogassem com os conceitos identificados na base teórica. Esses registros foram organizados em quadros temáticos. A etapa de análise foi conduzida à luz do referencial teórico. Segundo Grazziotin, Klaus e Pereira (2022) apresentam a pesquisa bibliográfica surge como uma opção válida para a metodologia de pesquisas. No final, compôs-se uma articulação entre a literatura e os dados extraídos das letras, configurando um estudo qualitativo em que o corpus textual permite inferências sobre processos de término afetivo e luto emocional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O amor, apresentado desde as citações de tempos bíblicos como um dom supremo e mágico — tão intenso que escapa à compreensão daqueles que o observam — é retratado, na sociedade contemporânea, sobretudo pelas mídias,

como um bem altamente desejável e objeto de consumo. Há uma busca constante, muitas vezes inconsciente, por um ser ideal que supra todas as carências humanas e cure as dores emocionais acumuladas ao longo da vida. Bielski e Zordan (2014) apontam que essa procura por um parceiro ideal é intensamente influenciada pelas mídias, sendo especialmente marcante na fase da juventude adulta, momento em que há uma significativa reconfiguração das relações interpessoais. Nesse período, observa-se um processo de consolidação, negociação e dissociação de vínculos formados na adolescência — especialmente no campo do amor, da sexualidade e das amizades.

Desse modo, os relacionamentos amorosos tornam-se pilares centrais na construção da identidade dos sujeitos, exercendo papel fundamental no amadurecimento e desenvolvimento humano (NASCIMENTO *et al.*, 2021). Entretanto, nota-se uma mudança significativa nas formas de amar na contemporaneidade em comparação a tempos históricos anteriores. O amor atual parece viver uma fase de transição entre o modelo tradicional e novas formas de vinculação afetiva. Adolescentes e jovens adultos constroem sua identidade afetiva entre as tensões do amor romântico e do amor confluyente: enquanto o primeiro valoriza a durabilidade e a confiança, o segundo, mais fluido, privilegia a autonomia e a satisfação imediata (JUSTO, 2005 *apud* FREITAS & SOUZA, 2022).

O que deveria ser uma das maiores fontes de prazer e sentido na vida humana pode, paradoxalmente, se transformar em uma profunda fonte de sofrimento quando o amor não corresponde ao idealizado. Freud (2011) já apontava que o sofrimento advindo de decepções amorosas pode gerar mágoas intensas e angústias profundas. Embora o rompimento de relações seja uma experiência comum (ROBAZ & WEIZMAN, 1998, *apud* NOGUEIRA *et al.*, 2021), ele é tam-

bém um processo doloroso. Segundo Mason *et al.* (2012, *apud* NOGUEIRA *et al.*, 2021), o término amoroso é uma das vivências mais estressantes e perturbadoras da vida humana. O período pós-término tende a ser permeado por intensos desafios emocionais, frequentemente associados a efeitos psicológicos como tristeza, raiva, luto, baixa autoestima, ansiedade e até depressão (NASCIMENTO *et al.*, 2021), os quais, em muitos casos, se manifestam fisicamente: dores no peito, sensação de sufocamento, disfunção sexual, alterações no peso, insônia e outros distúrbios do sono (PEREIRA *et al.*, 2012, *apud* BIELSKI & ZORDAN, 2014).

Pesquisas sobre o término de relacionamentos revelam dados expressivos: em uma amostra de 100 participantes, foram identificados pensamentos intrusivos, experiências emocionais intensas, sentimento de vazio e solidão, distúrbios do sono e anedonia (BRONFMAN *et al.*, 2016, *apud* NASCIMENTO, 2021). Em outro estudo, De Smet, Loeys e Buysse (2012, *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021) identificaram comportamentos recorrentes como monitoramento do ex-parceiro, tentativas de reconexão (mensagens, chamadas, desculpas) e expressões exacerbadas de afeto (DELECCE & WEISFELD, 2016 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Marcondes, Trierweiler e Cruz (2006, *apud* FILHO *et al.*, 2022) reforçam que, quando o amor se desfaz, a dor se torna visível: o término acarreta um desequilíbrio emocional que exige um gasto significativo de energia psíquica para ser superado, podendo desencadear sintomas típicos de luto intenso, como deterioração física e nervosa.

Nesse contexto, é comum que indivíduos em processo de rompimento apresentem tristeza, angústia, ansiedade e baixa autoestima — manifestações que evidenciam o encerramento de um ciclo e a consequente desorganização emocional e comportamental. Em alguns casos,

a intensidade dos sintomas sugere um sofrimento psíquico severo (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Bauman (2004, *apud* BRUNO *et al.*, 2022), ao refletir sobre a fluidez das relações nas sociedades líquidas, reforça a lógica do prazer imediato e da fragilidade dos vínculos afetivos. Essa ideia dialoga com a analogia proposta por Borges (2015, *apud* BRUNO *et al.*, 2022), que compara o amor às drogas: o apaixonado experimenta aumento de energia, consciência aguçada, insônia e perda de apetite — sintomas semelhantes aos provocados por substâncias psicoativas como as anfetaminas. Assim, o término amoroso se assemelha à abstinência, sendo o humor deprimido seu sintoma mais marcante.

Caruso (1986, *apud* FREITAS & SOUZA, 2022) ressalta que a dor da separação amorosa se deve, em parte, à sua semelhança simbólica com a morte. Ainda que ambos estejam vivos, os ex-parceiros precisam “morrer” um para o outro, juntamente com os sonhos e planos que compartilhavam. Dessa forma, o processo de luto envolve não apenas a ausência do outro, mas também o reconhecimento de que as lembranças da relação não serão suficientes para aliviar sua ausência na vida psíquica do sujeito.

Adicionalmente, faz-se necessário debater o conceito de luto nas relações amorosas. Assim como a literatura de Kovács (2002) e Ríos-González (2005), *apud* Bielski e Zordan (2014), define o luto como uma resposta ao rompimento de vínculos significativos para os indivíduos, e, quanto mais intenso o vínculo e a dependência do(a) parceiro(a), mais difícil poderá ser esse processo, Varela (2006), *apud* Bielski e Zordan (2014), apresenta as cinco etapas do luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.

Essas etapas são exemplificadas por Coca *et al.* (2017), *apud* Bruno *et al.* (2022): a negação é a fase em que o indivíduo nega a si e ao outro a existência de um conflito entre ele e seu objeto

de afeto, a fim de evitar o sofrimento. A segunda fase é a raiva, na qual o indivíduo expressa, por meio do discurso e do comportamento, seu rancor pela degradação da relação. A terceira fase, a negociação, é quando se busca a restauração da relação por meio de métodos, por vezes, insolúveis. A fase da depressão é evocada quando a pessoa questiona a sua vida sem o objeto de amor, acarretando sentimento de culpa pelo término da relação. Por fim, surge a fase da aceitação, quando o ciclo de finalização ocorre e o indivíduo consegue elaborar a frustração e o sofrimento, dando seguimento à sua vida.

O luto vivenciado após uma separação amorosa, processo este apontado como causa de inúmeros sofrimentos, apresenta-se, em muitos casos, como um luto comparável, ou até de maior sofrimento, do que o luto pela morte. Pode causar também um forte sentimento de amargura em relação à vida (BASTOS *et al.*, 2019, *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021). No entendimento de Neves (2015), *apud* Bruno *et al.* (2022), o luto não surge apenas com a perda de um ente querido por uma doença ou um acidente, mas também com a separação de relacionamentos amorosos. Nesses casos, o sentimento de vazio, associado à falta do companheiro, pode manifestar-se de forma intensa ou branda, conduzindo a um sofrimento psíquico.

Freud (1914-1916), *apud* Bruno *et al.* (2022), apresenta o luto como um estado patológico que desvincula o sujeito de sua conduta normal de vida. Nesse processo patológico, existe um objeto amado para o qual há um grande direcionamento de energia psíquica e, ao ocorrer a quebra dessa relação, essa energia libidinal é retirada abruptamente do indivíduo, levando-o a dificuldades no processamento dessa ruptura, resultando, assim, em uma dificuldade na elaboração da perda.

Isso condiz com o que Bromberg (1995), citado por Neves (2015), *apud* Bruno *et al.*

(2022), apresenta ao relatar algumas situações de separação amorosa em que o sujeito tem grande dificuldade de se desvincular emocional e fisicamente do outro. Assim, os enlutados, em seu sofrimento, revivem os momentos que passaram com a pessoa, seu sorriso, seu cheiro e comportamentos, e relacionam tudo isso com a perda da própria vida. O que, muitas vezes, se torna ainda mais complexo ao se lidar com uma relação abusiva ou em que há dependência emocional.

Segundo Bution e Wechsler (2016), a dependência emocional se caracteriza como um transtorno aditivo, no qual o equilíbrio emocional do indivíduo depende do outro, chegando ao ponto de tornar-se cada vez mais dependente do apoio e do cuidado do(a) parceiro(a), transformando a relação, ou o(a) parceiro(a), em um vício. Desse modo, podemos observar alguns comportamentos recorrentes em pessoas com dependência emocional, como comportamento submisso, abstinência na ausência do ser amado, falta de proatividade na tomada de decisões, insatisfação, vazio emocional, medo de abandono, baixa tolerância à frustração, autodestruição, sentimentos negativos, sensação de não conseguir sair do relacionamento, conflitos de identidade, autonegligência e cuidados excessivos com o outro.

Segundo Boscardin e Kristensen, *apud* Moreira e Madalena (2022), nesse tipo de relacionamento, faz-se de tudo para não perder o parceiro: prestando cuidados e atenção de maneira repetitiva, impulsiva e sem controle, com o objetivo de evitar o abandono. Nessa perspectiva, é necessária uma atenção especial a esse tipo de dependência, haja vista que esse mal vem disfarçado como algo bonito, com trejeitos de amores narrados como avassaladores (MOREIRA & MADALENA, 2022).

Sophia e Cordás (2018), *apud* Moreira e Madalena (2022), também citam fatores mani-

puladores em pessoas com dependência emocional, como o uso de técnicas para controlar o parceiro, o que, por sua vez, causa um abandono de interesses e atividades próprias. Além disso, também é exposto o fato de que dependentes emocionais, apesar de se sentirem presos ao parceiro, não conseguem sair ou melhorar o relacionamento amoroso, visto que idealizam o parceiro de forma excessiva e tentam manter obsessivamente a relação.

O principal aspecto da personalidade dessas pessoas é a baixa valorização de si mesmas, a supervalorização dos parceiros e a impulsividade, o que, por vezes, acarreta a escolha precipitada dos parceiros. Além disso, vinculam-se de forma insegura e instável, mantendo ou retomando relacionamentos insatisfatórios a fim de não ficarem sozinhas, desconsiderando, dessa forma, como apresentado por Sophia e Cordás (2018), *apud* Moreira e Madalena (2022), a intensidade do amor.

Logo, se faz cada vez mais necessário a análise dessas situações em literaturas, representações midiáticas e em letras musicais, como a do álbum “Anti-herói”, do cantor Jão, onde será debatido as situações apresentadas e comparado com a literatura encontrada. Ao analisar letra por letra do álbum agrupou-se trechos e parágrafos que conversassem entre si para que dessa forma enriquecesse a discussão. Chegando a 4 categorias temáticas: 1- Comportamentos prejudiciais acompanhados da tristeza; 2- Arrependimento, dependência emocional e saudade; 3- Comportamento depressivo ligado ao término; 4- Superando o término e o entendendo. A música de onde a letra se origina é colocado entre parênteses após a citação.

Comportamentos prejudiciais acompanhados da Tristeza

Nesta primeira categoria destacam-se frases e parágrafos que narram comportamentos de risco do eu-lírico após o término do relacionamen-

to como uma forma de apaziguar tamanha dor e sofrimento.

Assim é narrado a insônia nos trechos “Uma noite acordados” (A última noite) e “A noite acordado com medo” (Triste para sempre); hipersonia no trecho “Passo o dia dormindo” (Triste para Sempre); a vontade de fazer atos ilícitos no trecho “Uma noite pra roubar um banco” (A última noite) e o comportamento de se aproximar do ex-parceiro, mesmo que seja com um ato de brigar e fazer ciúmes, nos trechos: “Dessas brigas o meu corpo até que sente falta” (VSF) e “Se eu me perdi em outros lábios foi pra te prender me odiando” (Nota de voz 8).

Isso condiz com a literatura anteriormente retratada onde temos a insônia e a hipersonia como distúrbios presentes nos sintomas pós-términos (BRONFMAN *et al.*, 2016, *apud* NASCIMENTO, 2021).; De mesmo modo, Moreira e Madalena (2022) ao citar Sophia e Cordás (2018) apresenta o comportamento manipulatório existente em algumas pessoas para que não haja a perda do ser amado e para mantê-lo por perto, em “Nota de Voz 8” e “VSF”, observa-se, como dito anteriormente, a utilização de ciúmes e brigas como uma forma manipulatória de resgatar a presença perdida do ex. Assim, Marcondes *et al* (2006) *apud* Maldonado (1995), já citava que as atitudes de pessoas em término de relacionamento, como o Eu-lírico de Jão, são irracionais, ilógicas e impulsivas.

Ademais Bustos (2003) *apud* Freitas e Emidio (2024) demonstra que é frequente o uso de álcool e tabaco para atenuar o sofrimento. Durante alguns clipes do álbum anti-herói, para além das letras, se nota o protagonista, vivenciado pelo próprio cantor, tendo o comportamento de beber, brigar, dirigir bêbado e fumar. Sempre com os olhos de desesperança, sem emoção e recorrendo ao limiar da autodestruição

Arrependimento, Dependência emocional e Saudade

O arrependimento aparece aqui como uma revivência das ações que o indivíduo acredita terem causado o afastamento do outro, frequentemente resultando em culpa por o amor não ter dado certo (BUTION & WECHSLER, 2016) O eu-lírico narra em “Eu te chamei de amor / Cê me chamou de Jão” (Enquanto me Beija) a complicada situação de ter declarado seu amor de forma impulsiva e, ao ser rejeitado, passa quase toda a letra se culpando por ter agido com tanta profundidade. De acordo com Braga (2022) é normal em casos de relacionamentos rompidos, quando a decisão é unilateral, o que não queria terminar se culpar, e achar que não fez as coisas certas na relação, começando a apontar os próprios erros e se culpar por algo que não necessariamente foi ocasionado por alguém.

O narrador das canções, em vários momentos, supervaloriza o outro e as situações vividas com ele de forma hiperbólica e apaixonada: “Nosso pacto, a última noite / E a melhor das nossas vidas” (A última Noite); “Uma noite pra ver Deus / No seu olho, no joelho / No seu cabelo embaraçado ao meu” (A última noite). Sophia e Cordás (2018) *apud* Moreira e Madalena (2022) apontam que uma das principais características da personalidade de pessoas com dependência emocional é a baixa autoestima e a supervalorização dos parceiros.

Na letra, a noite é considerada a melhor da vida apenas por estar ao lado de quem se ama, chegando ao ponto de visualizar o próprio Deus no parceiro. Isso também se observa na frase “Quem te adora assim até doer?” (Enquanto me beija). O que poderia ser interpretado como amor intenso e paixão avassaladora, na literatura é revelado como uma doença ou vício do qual o indivíduo não consegue se libertar ou se imaginar sem o outro (MOREIRA & MADALENA, 2022).

Em “Fim de Festa”, a canção retrata alguém que, mesmo exausto de amar e se entregar, deixa de lado seus próprios desejos para cuidar de quem o ignorou a noite inteira e só se lembra de sua existência no final, quando todos já foram embora. O cuidado excessivo com o parceiro é uma resposta ao medo intenso da solidão e do abandono. Boscardin e Kristensen (2011) *apud* Moreira e Madalena (2022) afirmam: “Nesse tipo de relacionamento, faz-se de tudo para não perder o parceiro: prestação de cuidados e atenção de maneira repetitiva, impulsiva e sem controle, com o objetivo de evitar o abandono.” Isso se reflete em versos como: “Eu só queria ir pra casa / Mas to cuidando de você / O que eu fiz pra merecer / O teu amor de fim de festa?”; “Sei, é sempre assim / Eu só sirvo pro fim da tua glória” e “Só eu sei / O tanto que me dói / Me entregar tão fácil / E mesmo assim / Vou enxugar teu olho / Me deixar de lado / E te guardar em mim”.

“Amor-próprio é bom, mas o seu é mais”, frase de um futuro álbum de Jão, já possui raízes em Anti-herói, onde o protagonista se coloca no mais baixo patamar apenas para receber uma mínima demonstração de carinho. Em “Teu beijo é tão forte com os olhos fechados / Não que eu me importe em ser meio enganado / Não me conta, não me mostra / Não deixe que eu perceba / Em quem você pensa enquanto me beija” (Enquanto me Beija), o eu-lírico reconhece que o amado pensa em outra pessoa enquanto o beija, mas ainda assim prefere ser enganado pelo afeto que deseja receber. Isso se relaciona ao que Sophia e Cordás (2018) *apud* Moreira e Madalena (2022) afirmam sobre vínculos inseguros e instáveis, em que o indivíduo mantém ou retoma relações insatisfatórias para não ficar sozinho.

Bromberg (1995), citado por Neves (2015) *apud* Bruno *et al.* (2022), descreve que os enlutados por terminos amorosos revivem memórias do relacionamento — o sorriso, o cheiro, os

comportamentos — associando essas lembranças à perda da própria vida. A canção “Essa eu fiz pro nosso amor” apresenta um grande mosaico de memórias construídas em torno da relação, revelando saudades de todos os momentos vividos: os dois bêbados em uma festa, a letra do Cazuzza, a mãe, a Alameda São João. O eu-lírico chega a associar elementos de si mesmo ao outro, como a jaqueta jeans, a blusa do Taz e todas as roupas tiradas. Essa fusão entre o eu e o outro evidencia uma dissociação, onde a identidade própria se mistura e se perde no amado. Logo, perder o ser amado é perder uma parte dele mesmo.

Comportamento Depressivo ligado ao Término

Em “Triste para Sempre”, Jão canta uma porção de sintomas associados à depressão em um pós-término: como a falta de disposição e de energia em relação à vida, a estagnação e o engessamento em meio a um forte desejo de mudança que não consegue concretizar, uma visão valorizada do passado comparada ao presente melancólico, o medo da tristeza eterna e o desejo de ser salvo por um amor que o tire da situação deplorável. Retornamos, assim, novamente ao livro *O mal-estar na civilização*, de Sigmund Freud (2011), no qual o pai da psicanálise demonstra o amor como uma das formas mais concretas de felicidade, onde o ser humano se sente feliz, satisfeito e completo durante o enamoramento. Contudo, os humanos nunca estão mais suscetíveis à tristeza do que quando ocorre a perda do objeto amado. Dessa forma, o personagem da canção está em um processo de fragilização e melancolia após uma fase de felicidade, tendo sido facilitado a tamanhas dores ao dar uma chance à felicidade por meio do amor.

Ademais, percebemos um amarguramento em relação ao depois do término, já que boa parte do que é dito revela uma certa aversão e/ou medo do novo, como nos seguintes versos: “De

quem conheceu o sublime e voltou à chatice de ser humano” (Barcelona); “Eu tento, mas nunca me lembro/ Do que eu era antes de você/ E se antes de dezembro/ Eu sabia me reconhecer? (Nota de voz 8)”; “E você foi tão mais alto/ E eu fiquei com o que dói” (Nota de voz 8). De acordo com Dotor (2023), os rompimentos sentimentais envolvem a reestruturação de vários aspectos da vida, desde novos projetos, rotinas e dinâmicas até a perda de relacionamentos e pertences. Assim, inicia-se um processo no qual precisam redefinir sua individualidade fora da relação, implicando um processo de reconstrução da identidade pessoal. Sendo assim, parece aceitável o estranhamento frente à nova realidade.

Por fim, o eu-lírico se subjugava novamente, dessa vez com uma nova função/razão. Por ter perdido seu relacionamento e estar em processo de nova identificação, ele não se acha capaz ou digno do ex-parceiro, o achando superior após a perda, tentando agir no término da mesma forma que o outro agiu, por se sentir preso e não saber como sair. Isso pode ser identificado nos trechos: “Mas eu sou ele/ Eu sou daqueles/ Que se desfaz/ Com todos os finais” (Eu quero ser como você); “Eu podia ser como você/ Com todo o seu carisma que cativa/ Eu podia ser igual você/ Mas a minha latência é tão nociva” (Eu quero ser como você); “Você é uma pessoa boa/ Essa é só minha defesa” (Eu quero ser como você). Scacabarrozzi (2025) possui ideias complementares às de Seiter (2023). Enquanto o primeiro reexplica um dos fortes fatores da dependência emocional, que é a perda gradual de identidade, onde a pessoa vai aos poucos deixando de ser ela mesma para se tornar o parceiro da outra pessoa, o segundo narra o efeito camaleônico, onde o indivíduo se modifica em busca de validação do outro. Assim, o que notamos na canção, para além da baixa valorização de si mesmo, é um desejo de se tornar como o ser amado, ocorren-

do tanto pela perda de identidade na dependência emocional quanto pelo efeito camaleônico.

Superando o término e o entendendo

A fase final do luto pelo término do relacionamento é a superação, quando a pessoa finalmente atravessa todas as dores e etapas, passando a compreender que aquela relação não era perfeita, que a vida continua apesar da perda, e que seus sentimentos também são válidos — como no trecho: “Você tem prioridades, mas eu tenho sentimentos” (VSF).

De acordo com Grupta (2024), nessa nova fase a pessoa é capaz de aceitar o fim e abraçar o “novo normal”. As emoções tornam-se mais estáveis, há menos presença de tristeza, raiva ou arrependimento, e ocorre o perdão a si mesmo e ao outro. Além disso, há a ressignificação das razões e lembranças, bem como uma abertura para novas experiências de vida. A autoestima é recuperada, há uma reconexão com a vida social e a descoberta de novos prazeres, como ler, viajar e praticar atividades físicas. Isso pode ser observado nos trechos: “De perto, vejo que éramos distantes” (VSF); e “Eu me esforcei bastante pra desapegar / E fiquei muito tempo onde você tá / Mas agora eu já não sinto mais a dor” (VSF)

CONCLUSÃO

Conclui-se que as músicas funcionam como espelhos das realidades sociais, sendo espaços nos quais artistas, como Jão, expressam afetos e emoções de forma sublimada. O álbum “Anti-Herói” revela-se como uma obra intensa e carregada de sentimentos, especialmente ao abordar temas como o amor e a perda. Através de suas canções, o cantor traduz desejos profundos e experiências pessoais, mostrando que o término de um relacionamento é um processo emocionalmente denso, muitas vezes comparável ao luto, exigindo tempo e elaboração afetiva para ser compreendido

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIELSK, D.C; ZORDAN, E.P. Sentimentos predominantes, após o término do relacionamento amoroso, no início da adultez jovem. *Perspectiva*, v. 38, n. 144, p. 17-24, 2014.

BRUNO, J.N. *et al.* As estratégias de enfrentamento do luto após o término de uma relação amorosa. *Research, Society And Development*, v. 11, n. 14, p. 1-12, 26 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36144> .

BUTION, D.C; WECHSLER, A.M. Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 7, n. 1, p. 77, 7 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n1p77>.

DOTOR, T.G. DUELO POR RUPTURA: ¿REALMENTE DEL AMOR AL ODIO SOLO HAY UN PASO? 2023. Disponível em: <https://www.psicologiadana.com/blog/duelo-por-ruptura-realmente-del-amor-al-odio-solo-hay-un-paso/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

FILHO, E.S.A. *et al.* Como superar um término de relacionamento: uma revisão narrativa. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 3, p. 1-22, 2022.

FREITAS, L.R; EMIDIO, T.S. “E quando o namoro chega ao fim?”: um estudo exploratório sobre a experiência do término do namoro entre jovens universitários. *Revista do Nesme*, v. 19, n. 2, p. 1-17, maio 2022. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v19n2a2> .

FREUD, S. O mal-estar na civilização. 1. ed. São Paulo: Grandes ideias, 2011.

GRAZZIOTIN, L.S; KLAUS, V; PEREIRA, A.P.M. Pesquisa documental histórica e pesquisa bibliográfica: focos de estudo e percursos metodológicos. *Pro-Posições*, v. 33, p. 1-21, 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0141>

GUPTA, S. From Heartbreak to Healing: navigating the 7 stages of a breakup. *Navigating the 7 Stages of a Breakup*. 2024. Disponível em: <https://www.verywellmind.com/from-heartbreak-to-healing-navigating-the-7-stages-of-a-breakup-8552187>. Acesso em: 20 ago. 2025.

MARCONDES, M.V *et al.* Sentimentos predominantes após o término de um relacionamento amoroso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 26, n. 1, p. 94-105, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100009>.

MOREIRA, M.F.F; MADALENA, T.S. A dependência emocional na manutenção de relacionamentos amorosos abusivos: uma perspectiva da teoria cognitivo comportamental. *Caderno de Psicologia*, v. 4, n. 7, p. 26-51, 2022. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13386477>.

NASCIMENTO, R.B. *et al.* Após o fim de um relacionamento amoroso: uma revisão narrativa. *Pubsaúde*, v. 7, p. 1-17, 2021. <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude7.a233> .

SCACABARROZZI, M.C.O. Dependência emocional: o que é e como identificar e tratar? o que é e como identificar e tratar? 2025. Disponível em: <https://www.conexasaude.com.br/blog/dependencia-emocional/>. Acesso em: 20 ago. 2025

SCHLÖSSER, A. *et al.* Representações sociais de término de relacionamentos em músicas do sertanejo universitário. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 22, p. 407-427, 2016. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P407>

SEITER, C. How Do Codependents Act After A Breakup? 2023. Disponível Em: <https://www.exboyfriendrecovery.com/how-do-codependents-act-after-a-breakup> Acesso em: 20 ago. 2025

TORRES, L. Entrevista: Jão estreia turnê “Anti-Herói”, quebra o silêncio e dá a primeira entrevista de sua nova fase com exclusividade ao POPline.2019. Disponível em: <https://portalpopline.com.br/entrevista-jao-estreia-turne-anti-heroi-quebra-o-silencio-e-da-a-primeira-entrevista-de-sua-nova-fase-com-exclusividade-ao-popline/>. Acesso em: 4 ago. 2025

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 8

PREVENÇÃO DE SÍNDROMES E TRANSTORNOS RELACIONADOS A ESTRESSE OCUPACIONAL COM SERVIDORAS

KAMILLY SOUSA SANTOS¹
KAMILLA DE SOUSA SILVA¹
IZABEL CRISTINA DO VALE CARVALHO²
ISMAEL MENDES DA SILVA³
PEDRO WILSON RAMOS DA CONCEIÇÃO⁴

¹Discente - Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau e Pós-graduanda em Psicologia Organizacional e do Trabalho em Instituto Facuminas EaD.

²Discente - Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau e Pós-graduanda em Psicologia Hospitalar e da Saúde.

³Docente – Mestre em Ciência Comportamental- Análise do Comportamento pela Universidade de Brasília e Professora do Centro Universitário Maurício de Nassau.

⁴Docente – Doutora em Psicologia pela Pontifícia Católica de Minas Gerais (PUC) e Professor do Curso de Psicologia da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA.

⁵Docente - Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB) e Professor do Centro Universitário UNI-CET.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Prevenção; Mulheres.

DOI: 10.59290/23212522

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

Este projeto foi desenvolvido como parte da disciplina de Estágio Supervisionado II, componente obrigatório do nono período de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau Aliança. O objetivo da disciplina é capacitar os estudantes na produção, elaboração e realização de intervenções psicossociais, visando promover o bem-estar de indivíduos, grupos e comunidades, buscando transformação, mudança, pesquisa e ação, conforme descrito por Lopes e Nascimento (2016). A proposta do estágio é preparar os futuros profissionais para atuar em diversos contextos, para além da clínica tradicional, incluindo Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS); hospitais; escolas; penitenciárias e empresas.

O campo de estágio foi a Penitenciária José Ribamar Leite, conhecida como Casa de Custódia, localizada em Teresina, Piauí. A unidade opera 24 horas por dia e conta com uma estrutura complexa, incluindo equipes Administrativa, Serviço Social, Psicologia e Saúde. A infraestrutura da penitenciária é composta por nove pavilhões, com 20 celas cada, consultório odontológico, recepção, estacionamento, quadra esportiva, refeitório, duas cozinhas, salas para serviço social, administração, disciplina e audiência, além de uma horta, banheiros, sala da defensoria pública, quartos para plantonistas, sala da direção, sala da saúde e um parlatório para advogados.

Trabalhar em uma unidade penitenciária pode gerar adoecimento significativo e altos níveis de estresse ocupacional, devido ao contato constante com o sofrimento humano e à pressão inerente ao ambiente. Silva e Rocha (2017) destacam que a ausência de sentido no trabalho, o desrespeito às normas de segurança e a falta de assistência psicológica e médica contribuem

para elevados índices de estresse ocupacional e adoecimento entre agentes penitenciários. Esse cenário pode ser ainda mais severo para as mulheres, que frequentemente enfrentam jornadas de trabalho duplas e outros fatores de risco relacionados ao adoecimento físico e psicológico, como a maior prevalência de ansiedade e síndromes específicas, a exemplo do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (DSM-5-TR, 2022).

Pesquisas recentes corroboram essa preocupação: um estudo de 2023, nos Estados Unidos e no Canadá, envolvendo mais de 60 mil mulheres, revelou que 42% delas apresentavam sintomas de burnout (ROSENTHAL, 2023). Esses dados, que refletem em parte o impacto da pandemia, ampliam o que a *American Psychology Association* (APA) já havia divulgado no DSM-V, em 2015, quando os índices de prevalência de transtornos relacionados à ansiedade já indicavam as mulheres como o grupo mais afetado. O ambiente de trabalho é um gerador potencial de estresse. Por isso, é fundamental a construção de equipes saudáveis e a oferta de atividades que proporcionem satisfação aos funcionários, a fim de que o estresse ocupacional não evolua de um cansaço normal para níveis adoecedores, como o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

O estresse é uma resposta do corpo a situações externas de perigo e ameaça, elevando os níveis de adrenalina e gerando sintomas físicos como dores de cabeça, formigamento, insônia, tiques nervosos, diminuição da libido e sensações de desgaste e exaustão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O estresse ocupacional é um diagnóstico clínico que resulta de circunstâncias de trabalho que prejudicam as funções cognitivas do indivíduo, decorrentes de condições precárias, má organização do trabalho e os riscos inerentes à atividade (PRADO, 2016).

A prevenção de síndromes ou transtornos relacionados ao estresse ocupacional em trabalhadores, especialmente mulheres no sistema carcerário, deve ser conduzida por um profissional de saúde mental. Esse profissional pode atuar com atividades de psicoeducação, aliadas à promoção de uma interação saudável com a equipe, trabalhando as relações interpessoais, a inteligência emocional e o autocuidado, que se mostram recursos úteis para a compreensão individual dos próprios limites. Tais atividades incluem o reconhecimento de sinais de estresse, a mudança de hábitos e a promoção de uma melhor qualidade de vida e um ambiente de trabalho mais saudável. Com isso, o objetivo deste estudo foi reduzir os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de síndromes e transtornos associados ao estresse ocupacional e promover a melhoria da qualidade de vida dessas servidoras.

MÉTODO

Este artigo é um estudo de campo qualitativo, desenvolvido a partir de um projeto de estágio, sendo o foco da intervenção e coleta de dados com mulheres acima de 18 anos que trabalham na Penitenciária José Ribamar Leite. O projeto não exigiu submissão a comitê de ética por estar inserido em disciplina acadêmica de estágio e por não utilizar testes psicológicos, e contou com a participação de 21 servidoras, as quais terão suas identidades preservadas. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato da pesquisa. Para a coleta de dados, foram aplicadas a Escala de Estresse no Trabalho (EET) e a Escala de Percepção de Estresse (EPE), frisando que, para analisar os resultados, a Análise de Conteúdo de Bardin (2016) foi utilizada para codificação das respostas e melhor compreensão dos resultados.

As intervenções consistiram em orientações psicoeducativas (individuais e em grupo) e distribuição de folders e panfletos psicoeducativos, visando promover autoconhecimento, habilidades sociais e fatores de proteção contra o estresse. Cada intervenção durou cerca de 30 minutos, totalizando 40 dias de projeto, com encontros semanais que ocorreram na sala de psicologia e no pátio da penitenciária, ressaltando que nem todas as servidoras da unidade participaram devido os horários de trabalho.

O cronograma de atividades foi dividido em cinco encontros: 1) Convite às servidoras para participação; 2) Coleta de dados com aplicação das escalas EET e EPE, após assinatura do TCLE; 3) Psicoeducação individual, focada em técnicas de relaxamento e resolução de problemas; 4) Psicoeducação em grupo, com apresentação sobre estresse e estratégias de manejo, utilizando folders e tablet; 5) Devolutiva dos resultados das escalas e encerramento das atividades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção detalha os achados da pesquisa, organizados em três subseções para clareza: primeiro, o perfil sociodemográfico das participantes; em seguida, os níveis de estresse, conforme mensurados pelas escalas aplicadas; e por fim, as percepções qualitativas sobre os fatores de estresse e as estratégias de enfrentamento adotadas. A análise dos dados, tanto dos questionários quanto das escalas, foi realizada utilizando estatística descritiva e análise de conteúdo, o que nos permitiu identificar padrões e temas relevantes.

As escalas usadas têm como principal propósito trazer diferenciação com base no discurso dos tipos de estresse das servidoras, se está realmente ligada às atividades ocupacionais ou se é um estresse de forma geral. Os autores Pas-

choal e Tamayo (2004) ressaltam que a existência de um evento potencialmente estressor na organização não quer dizer que ele será percebido desta forma pelo indivíduo. Exemplificando, um trabalhador que relata a existência de excesso de trabalho pode não percebê-lo como prejudicial, mas, sim, como positivo e estimulante.

É importante notar que, embora a maioria das participantes tenha apresentado um grau de

estresse elevado de modo geral, elas não indicaram um nível elevado de estresse ocupacional. Essa distinção pode estar relacionada a fatores da abordagem organizacional do ambiente de trabalho que influenciam a percepção do estresse. Para uma melhor compreensão desse contexto, o perfil da amostra será detalhado na **Tabela 8.1**.

Tabela 8.1 Tabela do Participantes

Participantes	Idade	Escolaridade
P1	24	Ens. Superior Incompleto
P2	26	Ens. Superior Completo
P3	30	Ens. Superior Completo
P4	30	Ens. Superior Completo
P5	31	Ens. Superior Completo
P6	32	Ens. Superior Completo
P7	33	Ens. Superior Completo
P8	35	Ens. Superior Completo
P9	37	Ens. Superior Completo
P10	42	Ens. Superior Completo
P11	43	Ens. Superior Completo
P12	45	Ens. Médio Completo
P13	46	Ens. Médio Completo
P14	46	Ens. Superior Completo
P15	46	Ens. Médio Completo
P16	47	Ens. Médio Completo
P17	48	Ens. Médio Completo
P18	50	Ens. Médio Completo
P19	52	Ens. Médio Completo
P20	52	Ens. Médio Completo
P21	55	Ens. Médio Completo
P22	55	Ens. Médio Completo

A maioria das participantes tem mais de 30 anos, em sua maioria com grau de instrução médio. Essa caracterização sociodemográfica das participantes revelou esse como o perfil predominante, e essa distribuição etária e educacional pode influenciar a percepção e o enfrentamento do estresse ocupacional, bem como a adesão às intervenções propostas, sendo um fator relevante para a análise dos resultados.

Escala de Estresse Ocupacional

A Escala de Estresse Ocupacional (EET) tem como objetivo avaliar o estresse causado pelas atribuições ou situações organizacionais. A EET usada nesse artigo foi elaborada por Paschoal e Tamayo (2004) traz como principal ferramenta de análise os níveis de concordância do entrevistado, sendo mais complexa do que “sim” ou “não”. O entrevistado pode relatar sua concordância em cinco níveis: 1) Discordo To-

talmente; 2) Discordo; 3) Concordo em Parte; 4) Concordo; 5) Concordo Totalmente.

Os resultados obtidos com as mulheres participantes revelaram níveis muito baixos de estresse relacionados ao ambiente de trabalho. Isso é evidenciado por dados significativos, como: Os resultados afirmam que essas mulheres possuem níveis de estresse muito baixos relacionados ao ambiente ocupacional, por exemplo, na afirmativa: “A forma que as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso”, obteve 90,47% das respostas como “Discordo”, igualando-se às respostas da afirmativa: “A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado” que também obteve 90,47% das respostas como “Discordo” das entrevistadas, como mostra a **Tabela 8.2**, sintetizando os resultados mais relevantes encontrados.

Tabela 8.2 Tabela de Resultados da Escala de Estresse Ocupacional (EET)

Afirmativa	% de Discordância	% de Concordância	Observações
A forma que as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	90,47%	9,53%	Baixo impacto da distribuição de tarefas no nível de estresse
A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho me deixa irritado	90,47%	9,53%	Comunicação interpessoal positiva
Fico de mau humor por ter que trabalhar durante horas seguidas	76,20%	23,80%	Maior ponto de concordância, relacionado à fadiga por longas jornadas
O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho me deixa nervoso	71,43%	28,57%	Maior nível de concordância, indicando possível sobrecarga ou pressão de tempo
Sinto-me incomodado por meu superior me tratar mal na frente de colegas de trabalho	100%	0%	Relação positiva e respeitosa com a liderança

Em análise geral, 95,23% das entrevistadas concordam e 4,77% discordam da maior parte das afirmativas. Pontuando que 95,23% das participantes discordaram da maior parte das afirmativas, tendo como maior nível de concordância entre elas a afirmativa: “Fico de mau hu-

mor por ter que trabalhar durante horas seguidas”, com 23,80% de concordância, e a afirmativa: “O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso”, como 28,57% das respostas em concordância. En-

quanto as afirmativas com 100% de discordância está relacionado com os gestores, como: “Sinto-me incomodado por meu superior me tratar mal na frente de colegas de trabalho.”

Em análise dos resultados, é possível perceber que esse ambiente ocupacional pode usufruir de um clima organizacional bom e uma gestão qualificada, considerando que isso possa trazer menos estresse e ansiedade aos colaboradores. O autor Sobral (2023) relata que alguns fatores de risco potencializam o surgimento da síndrome de Burnout, assim como fatores de proteção que devem ser fortalecidos para a prevenção desse quadro. Alguns dos fatores de risco são longas jornadas de trabalho, falta de descanso, trabalho sob pressão, conflitos com colegas no ambiente de trabalho e alto volume de trabalho.

Escala de Estresse Percebido

A Escala de Estresse Percebido (EEP), versão em português da *Perceived Stress Scale* (PSS), tem como propósito avaliar o estresse sob três aspectos: presença de agentes específicos que causam estresse, sintomas físicos e psicológicos do estresse e percepção geral de estresse, independente do seu agente causador

(por exemplo, no item 3: “No mês passado, quantas vezes você se sentiu nervoso(a) ou estressado(a)?”) (Dias *et al.*, 2015). Seguindo base semelhante a EET, apresenta padrões de concordância com cinco níveis, entretanto divididos em: 0) Nunca; 1) Quase nunca; 2) Às vezes; 3) Pouco Frequente; 4) Muito Frequente. Dessa forma, ao decorrer das afirmativas, as entrevistadas podem expor de forma mais exata a frequência em que ocorrem os episódios.

Em análise geral, que difere da EET, os momentos ou situações estressoras são mais frequentes, considerando que, diferente da escala anterior, a EEP faz perguntas para mensurar a percepção do entrevistado quanto ao estressor. Em perguntas direcionadas a dificuldade de resolução de problemas, as respostas variaram de 71,42% a 95,23%. No questionamento: “Com que frequência você se sentiu estressado ou nervoso (nos últimos 30 dias)”, as entrevistadas responderam em maioria (95,23%), que se sentiram muito frequentemente irritadas ou nervosas. A **Tabela 8.3** agrupou algumas perguntas e respostas relacionadas à frequência, para obter algumas perspectivas sobre esses resultados.

Tabela 8.3 Tabela de resposta da EEP

Perguntas	Nº 0-2	Nº 3-4
Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (Considere os últimos 30 dias)	0 - Nenhum (0%) 1 - Doze (57,14%) 2 - Seis (28,57%)	3 - Três (14,28%) 4 - Nenhuma (0%)
Com que frequência você está confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (Considere os últimos 30 dias)	0 - Duas (9,05%) 1 - Sete (33,33%) 2 - Oito (38,09%)	3 - 3 (14,28%) 4 - Uma (4,76%)
Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (Considere os últimos 30 dias)	0 - Quatro (19,04%) 1 - Duas (9,05%) 2 - Oito (38,09%)	3 - Cinco (28,80%) 4 - Duas (9,05%)
Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (Considere os últimos 30 dias)	0 - Três (14,28%) 1 - Cinco (23,80%) 2 - Seis (28,57%)	3 - Seis (28,57%) 4 - Uma (4,76%)

A **Tabela 8.2** mostra a relação das perguntas relacionadas à sensação de sobrecarga, apontando que boa parte das entrevistadas demonstram dificuldade em organizar o número de atividades que possuem no cotidiano, sentindo-se frequentemente com dificuldades de organizar ou exercer todas as suas funções que foram determinadas. Pontuando um fator que cerca a vida das mulheres, que é a dupla jornada de trabalho, a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022) mostrou que mulheres dedicam mais de nove horas diárias a afazeres domésticos do que homens, com 91,3% das mulheres realizando alguma atividade relacionada a afazeres domésticos, em comparação com 79,2% da mesma população com mais de 14 anos, que realiza atividades domésticas no próprio domicílio ou no de parentes. Esses dados evidenciam que as mulheres exercerem mais atividades diárias e são menos reconhecidas, o que pode contribuir para maior pressão, o que, por sua vez, contribui para a sensação de sobrecarga, insônia e desenvolvimento de adoecimento mental.

Percepções Gerais e Pós Intervenções

Embora os níveis de estresse estejam mais direcionados à sobrecarga e à dificuldade de gerenciamento das atividades, não foi evidenciado um nível de estresse elevado relacionado ao ambiente de trabalho. Entretanto, deve-se compreender as dimensões de contexto relacionadas aos estresses dessas mulheres, embora não estejam diretamente ligadas ao espaço organizacional, estão direcionadas a alta demanda de atividades que necessitam realizar, bem como à sensação de sobrecarga que paira sobre seus dias.

Tonelli (2023) pontua em seu artigo que, embora as mulheres tenham adentrado o mercado de trabalho e estejam ocupando cada vez mais espaços, o ambiente das organizações não mudou suas estruturas para essa mudanças. Em-

bora as mulheres sejam chefes de suas casas nos lares brasileiros e tenham se qualificado, o mercado não se modernizou junto, sendo “diversidade” uma palavra que se incluiu nesse contexto apenas muito recentemente.

Torna-se necessário pontuar, nesse estudo, principalmente sobre as jornadas de trabalho das mulheres e os aspectos de adoecimento do mercado de trabalho. Embora o atual contexto do modelo de trabalho no Brasil esteja passando por discussões importantes e necessárias sobre a saúde mental e a atenção aos aspectos psicossociais dos trabalhadores, é importante frisar que, tal como demais processos de adoecimento, é fundamental a análise do contexto e das particularidades desse grupo, principalmente os fatores agravantes. Dentro disso, as jornadas a mais que as mulheres possuem se tornam particularidade agravante desse grupo.

Santos, Azevedo e Souza (2021) relatam que a imagem da mulher e os modelos de família tem mudado nas últimas décadas, pontuando que não somente a participação das mulheres e maiores atividades refletem maiores ganhos financeiros, mas que muitas vezes o trabalho está direcionado a atividades não remuneradas. Mesmo que, nos últimos anos, as mulheres tenham se distanciado mais da participação em seus lares, no Brasil, o retrato mostra que, em boa parte, as mulheres são chefes e provedoras de seus lares, o que leva à seguinte observação dos autores:

“Observou-se também que, quando há uma contribuição financeira maior da mulher, ela acaba conseguindo negociar mais a participação do companheiro nas atividades do lar. Todavia, a maioria das mulheres entrevistadas têm renda menor do que a dos companheiros e, mesmo nos lares em que a mulher arque com a maior parte das despesas ou com todas elas, o companheiro é quem administra o dinheiro e as

contas” (SANTOS; AZEVEDO; SOUZA, 2021)

Essa observação, com os dados mostrados anteriormente do IBGE, possibilita visualizar com maior amplitude o cenário de trabalho relacionados às mulheres, principalmente direcionado às atividades não remuneradas, tornando necessário o desenvolvimento de estratégias nos ambientes ocupacionais para promover ações de saúde mental, como foi sugerido nas atividades realizadas nesse estudo. Embora o estresse das servidoras não fosse diretamente ligado ao ambiente de trabalho, as circunstâncias do estresse geral influência nas dinâmicas e relações de trabalho.

Com isso, as dinâmicas de psicoeducação individual foram cruciais para informar e educar sobre o que é estresse, seus efeitos e para prosseguir com as atividades com propósito de trazer melhorias em casos específicos. O uso de imagens, como folder, e demonstrações práticas de atividades possíveis a serem feitas em qualquer espaço — como exercícios de respiração, alongamentos e automassagem para controle da ansiedade e dos sintomas de estresse — foram a base das intervenções.

Além disso, o compartilhamento de informações e a troca saudável entre os membros da equipe contribuíram diretamente para aprimorar as relações interpessoais. A ênfase principal foi as mudanças de hábito gerais, como consumo elevado de cafeína, bebidas alcoólicas e nicotina, na importância de se movimentar e reservar um tempo de autocuidado, um momento de troca em que elas estejam sendo o centro de suas vidas, olhando para si mesmas com cuidado e atenção, proporcionando maior qualidade de vida.

Considerando que os resultados atuais são bastante positivos, indicando que os objetivos das intervenções foram alcançados é, no entanto, primordial lembrar que atividades como

essa precisam de um processo contínuo e de uma observação prolongada para avaliar o sucesso a longo prazo dessas melhorias, assim como a repetição de ações como essas.

CONCLUSÃO

Projetos e pesquisas focados em mulheres que atuam no sistema penal representam um marco crucial para promover o bem-estar e diminuir o risco de burnout. Ao longo da implementação, consegue-se identificar e abordar diversos fatores que causam estresse e exaustão, desenvolvendo e aplicando estratégias eficazes tanto no nível organizacional quanto individual.

O incentivo ao autocuidado e às práticas saudáveis entre as servidoras reforçou a importância de cada uma assumir um papel ativo na gestão do próprio bem-estar. Os resultados mostram que uma abordagem integrada, que considera tanto os aspectos organizacionais quanto individuais, é eficaz para mitigar os efeitos do estresse ocupacional. Em suma, este projeto não só melhorou as condições de trabalho das mulheres no sistema penal, mas também criou um modelo de intervenção que pode ser replicado em outras instituições.

A conclusão deste projeto é um passo significativo para a criação de ambientes de trabalho mais humanizados e sustentáveis, beneficiando não apenas as profissionais, mas também a eficácia e a qualidade dos serviços prestados. A aprovação e implementação da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), que estabelece as disposições gerais e o gerenciamento de riscos ocupacionais, é fundamental para garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável. Sua aprovação e constante atualização são vitais para que as empresas e instituições, incluindo o sistema penal, tenham diretrizes claras sobre como identificar, avaliar e controlar os riscos presentes.

A NR-1 não é apenas um conjunto de regras, mas um instrumento que impulsiona a cultura de prevenção, levando a um impacto positivo direto na saúde física e mental dos trabalhadores. Para as mulheres no sistema penal, um ambiente de trabalho regido pela NR-1 significa maior proteção e um olhar atento às especificidades dos riscos aos quais estão expostas (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2025). A discussão e o eventual fim da escala de trabalho 6x1 para essas profissionais também representam um avanço significativo, considerando a jornada exaustiva, com apenas um dia de folga por semana, contribui diretamente para o estresse crônico, a fadiga e, consequentemente, o risco de burnout.

A transição para modelos de escala mais equitativos, como a 12x36 ou outras que proporcionem maior tempo de descanso e recuperação, trará impactos extremamente positivos. Isso permitirá que essas mulheres tenham mais tempo para o autocuidado, o convívio familiar e social, e a recuperação física e mental, elementos essenciais para a resiliência e a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. É um reconhecimento de que o tempo de descanso não é um luxo, mas uma necessidade para a saúde e a produtividade a longo prazo.

Considerando os aspectos contemporâneos do trabalho, em que dedicamos uma parte significativa de nossas vidas às atividades profissionais, a implementação de atividades com o objetivo de melhorar o ambiente de trabalho torna-se ainda mais crucial. O modelo atual de trabalho muitas vezes exige mais tempo e energia, tornando a fronteira entre vida pessoal e profissional mais tênue. Nesse cenário, projetos que visam aprimorar o bem-estar no ambiente ocupacional são indispensáveis. Esses não apenas abordam questões pontuais como o estresse e a exaustão, mas também promovem uma cultura organizacional que valoriza o ser humano em sua totalidade.

Ao investir em intervenções que melhoram as relações interpessoais, oferecem suporte psicológico e promovem a qualidade de vida, as instituições não só garantem a saúde de seus colaboradores, mas também otimizam a produtividade, reduzem o absenteísmo e retêm talentos. É um investimento estratégico que beneficia tanto o indivíduo quanto a organização, refletindo uma compreensão moderna do que significa um ambiente de trabalho verdadeiramente sustentável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5-TR(tm) classification. [S. l.]: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 70. ed. Paris: Presses Universitaires de France. 1977.

DIAS, J. C. R. *et al.* Perceived stress scale applied to college students: validation study. *Psychology, Community & Health*, v. 4, n. 1, p. 1-13, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2277>.

LOPES, L. P.; NASCIMENTO, A. R. A. do. O que faz uma psicologia social? *Intervenção na Psicologia Social Brasileira. Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 1, p. 14-25, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015aop002>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estresse. 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/estresse/>. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Norma Regulamentadora No. 1 (NR-1). 16 jul. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-1>. Acesso em: 20 jul. 2025.

NERY, C.; BRITTO, V. Em 2022, mulheres dedicaram 9,6 horas por semana a mais do que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. Agência de Notícias IBGE. 24 ago. 2023. Disponível em: https://www.bing.com/search?pglt=299&q=agencia+o+ibge+jornada+das+mulheres&cvid=109786bd6f6e4955a79b8af921f76b72&gs_lcrp=EgRIZGdlKgYIABBFGDkyBggAEEUYOTIGCAQQABhAMgYIBRAAGEAyBggGEAAyQDIGCAcQABhAMgYICBAAGEDSAQkxMjE4NGowajGoAgCwAgA&FORM=ANNTA1&PC=LCTS. Acesso em: 19 jul. 2025.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, Á. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100006>.

PRADO, C. E. P. do. Estresse ocupacional: causas e consequências. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 14, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1679-443520163515>.

ROSENTHAL, E. Precisamos falar sobre o burnout feminino. 28 fev. 2023. Disponível em: <https://www.revista-hsm.com.br/post/precisamos-falar-sobre-o-burnout-feminino>. Acesso em: 28 fev. 2024.

SANTOS, C. M.; AZEVEDO, A. P.; SOUZA, É. L. A mulher em tripla jornada: discussão sobre a divisão das tarefas em relação ao companheiro. *Revista Gestão & Conexões*, v. 10, n. 2, p. 103-121, 6 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/regec.2317-5087.2021.10.2.34558.103-121>.

SOBRAL, P. Síndrome de burnout: entenda o que é e suas consequências. 6 jun. 2023. Disponível em: <https://bee-corp.com.br/sindrome-de-burnout/>. Acesso: 19 mar. 2024.

TONELLI, M. J. Nada de novo no front: as mulheres no mercado de trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 27, n. 5, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2023230210>.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 9

CURTIDAS, FILTROS E CRISES: O IMPACTO DAS REDES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

BARBARA DE OLIVEIRA VILHENA¹
DIOGO TERRA FERREIRA¹
CAIO DIAS FIGUEIREDO¹
KAYANE RIDOLFI CARVALHO²

¹Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica - Poços de Caldas, Minas Gerais.

²Docente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica - Poços de Caldas, Minas Gerais.

Palavras-Chave: Redes Sociais; Saúde Mental; Autoimagem.

DOI: 10.59290/ 9236010152

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a crescente onipresença das redes sociais na vida cotidiana alterou de forma significativa os modos de sociabilidade, expressão e pertencimento, especialmente entre adolescentes e mulheres jovens. Se, por um lado, essas plataformas oferecem possibilidades de conexão, visibilidade e construção de identidade, por outro, seu uso intensivo tem sido associado a importantes repercussões sobre a saúde mental, contribuindo para quadros de ansiedade, depressão, transtornos de imagem corporal e sentimentos de inadequação ou exclusão social (FRISON & EGGERMONT, 2016; PRIMACK *et al.*, 2017; NESI & PRINSTEIN, 2015).

O Brasil figura entre os países com maior tempo médio de uso diário de redes sociais, ultrapassando 3 horas por dia entre os jovens, segundo dados do IBOPE (2022). Este cenário expõe uma parcela expressiva da população jovem à lógica dos *likes*, filtros, algoritmos e padrões de performance digital. Nesse ambiente, a validação externa frequentemente substitui o autoconhecimento, e a comparação social, ainda que silenciosa, torna-se rotina (FESTINGER, 1954; FAGUNDES *et al.*, 2020).

A exposição contínua a padrões estéticos irreais, conteúdos filtrados e idealizações de sucesso ou felicidade pode impactar negativamente a autoestima, fomentar insatisfação corporal e intensificar sintomas depressivos, sobretudo em adolescentes do sexo feminino, mais vulneráveis aos efeitos da comparação social e da validação digital (PERLOFF, 2014; HOLLAND & TIGGEMANN, 2016; HUANG, 2017).

Além disso, grupos minoritários — como adolescentes LGBTQIA+ — podem vivenciar experiências ambíguas nas redes: enquanto

encontram espaços de apoio e pertencimento, também estão mais expostos a discursos de ódio, *cyberbullying* e exclusão, fatores reconhecidamente associados ao sofrimento psíquico (CRAIG *et al.*, 2015; MEYER, 2003; HAMM *et al.*, 2015).

A complexidade dessas interações é ampliada pela ação dos algoritmos, que modulam o conteúdo exibido com base em preferências e padrões anteriores, o que pode reforçar bolhas de pensamento, ecoar inseguranças e dificultar o contato com realidades diversas, fenômeno conhecido como *efeito câmara de eco* (CINELLI *et al.*, 2020).

Diante desse panorama, o objetivo deste trabalho é compreender como as redes sociais atuam como determinantes contemporâneos da saúde mental e investigar quais estratégias podem mitigar seus efeitos nocivos, especialmente em populações vulneráveis. Este capítulo propõe uma análise crítica, embasada na literatura atual, dos impactos psicossociais do uso das redes sociais sobre a saúde mental de adolescentes e jovens mulheres, com especial atenção às dinâmicas de gênero, identidade e pertencimento.

PANORAMA DO USO DAS REDES SOCIAIS: A ARQUITETURA DO MAL-ESTAR DIGITAL

As redes sociais tornaram-se uma extensão da vida cotidiana, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. A facilidade de acesso por dispositivos móveis, combinada à lógica de atualização constante, transformou essas plataformas em espaços centrais de socialização, expressão e pertencimento (IBOPE, 2022; NESI & PRINSTEIN, 2015).

No entanto, as mesmas redes que promovem conexão e visibilidade também alimentam dinâmicas de comparação social, validação externa e curadoria de imagens idealizadas. A busca por

curtidas, comentários e seguidores atua como reforçador social imediato, ativando o sistema dopaminérgico de recompensa cerebral e contribuindo para o uso compulsivo (ANDREASSEN *et al.*, 2016). Esse ciclo de retroalimentação pode levar a estados de ansiedade, frustração e dependência digital, especialmente quando a resposta do público não corresponde às expectativas do usuário.

Adolescentes do sexo feminino estão entre os grupos mais vulneráveis a esses efeitos. A exposição contínua a padrões estéticos irreais, reforçados por filtros e edições, tem sido associada ao aumento de insatisfação corporal, distorção da autoimagem e sintomas de depressão (PERLOFF, 2014; HOLLAND & TIGGEMANN, 2016). A pressão para performar uma imagem perfeita gera um descompasso entre o “eu digital” e o “eu real”, dificultando a construção de uma autoestima sólida e autêntica (GONZALES & HANCOCK, 2011).

A comparação social — processo pelo qual o indivíduo avalia a si mesmo com base na observação de outros — é amplificada nas redes, onde os usuários são expostos a versões editadas e altamente seletivas das vidas alheias (FESTINGER, 1954; FAGUNDES *et al.*, 2020). Tal exposição frequente pode intensificar sentimentos de inadequação, inveja e isolamento, sobretudo entre jovens em processo de formação identitária (FRISON & EGGERMONT, 2016).

É nesse contexto que surgem quadros de sofrimento emocional ligados ao “não pertencer”, à sensação de invisibilidade digital e à insegurança sobre o próprio valor. O reforço constante de padrões inalcançáveis, tanto de aparência quanto de estilo de vida, transforma as redes sociais em gatilhos permanentes de ansiedade e baixa autoestima.

MECANISMOS DE INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

O impacto das redes sociais na saúde mental ocorre por meio de uma combinação complexa de fatores psicológicos, sociais e tecnológicos. A arquitetura das plataformas é projetada para maximizar o engajamento, explorando vulnerabilidades humanas como a necessidade de pertencimento, aprovação social e comparação com os pares (ANDREASSEN *et al.*, 2016).

Validação social e recompensa cerebral

A dinâmica de curtidas, comentários e compartilhamentos ativa circuitos cerebrais relacionados à recompensa, principalmente os modulados pela dopamina. Cada notificação funciona como um estímulo positivo, reforçando comportamentos e promovendo o uso repetitivo. Embora essa interação digital possa parecer inofensiva, ela cria uma dependência do reforço externo que fragiliza a autoestima e a autonomia emocional, sobretudo em adolescentes, cujo autoconceito ainda está em construção (ANDREASSEN *et al.*, 2016).

Comparação social e autoimagem distorcida

As redes sociais promovem um ambiente de constante comparação. Usuários são expostos a conteúdos que evidenciam conquistas, beleza e felicidade, criando um padrão irreal de vida a ser alcançado (FAGUNDES *et al.*, 2020). Para adolescentes, esse cenário intensifica sentimentos de inadequação, fracasso e insatisfação com o próprio corpo ou estilo de vida, sendo um fator de risco para quadros de ansiedade e depressão (PERLOFF, 2014).

Curadoria da imagem e pressão estética

A prática de construir um “eu ideal” *online*, por meio de filtros, edições e postagens cuidadosamente planejadas, promove um distanciamento entre a identidade real e a digital. Essa disso-

nância pode desencadear sofrimento psíquico, insegurança e queda na autoestima (GONZALES & HANCOCK, 2011). Jovens mulheres são especialmente impactadas pela padronização estética das redes, o que contribui para distúrbios alimentares e distorções de imagem corporal (HOLLAND & TIGGEMANN, 2016).

Cyberbullying e violência digital

O *cyberbullying* é uma das manifestações mais danosas da socialização digital. Insultos, exclusão social, difamação e ameaças *online* têm impacto direto sobre a saúde mental de adolescentes, sendo associados a aumento de sintomas depressivos, ideação suicida e isolamento (HAMM *et al.*, 2015; KOWALSKI *et al.*, 2014). A natureza persistente e pública dessas agressões potencializa seus efeitos traumáticos, dificultando o enfrentamento e a recuperação emocional.

Algoritmos e bolhas informativas

Os algoritmos das redes moldam o conteúdo a partir de interações anteriores, criando câmaras de eco e bolhas de filtro — fenômenos que reforçam crenças, medos e padrões de pensamento negativos (PARISER, 2011; BAKSHY *et al.*, 2015). Essa repetição de conteúdos homogêneos pode amplificar sintomas de ansiedade, aumentar a polarização emocional e dificultar o contato com visões alternativas, restringindo o repertório cognitivo e emocional dos usuários (CINELLI *et al.*, 2020).

Transtornos Mentais Associados ao uso Problemático das Redes Sociais

O uso problemático das redes sociais tem sido vinculado a um aumento significativo na prevalência de sintomas de ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e outros transtornos mentais, especialmente entre adolescentes e mulheres jovens. Embora a correlação não implique necessariamente causalidade, evi-

dências robustas apontam para relações consistentes entre padrões de uso digital e sofrimento psíquico (ANDREASSEN *et al.*, 2016).

Ansiedade social e dependência digital

O medo do julgamento nas redes, a pressão para manter uma imagem atraente e a expectativa constante de retorno às postagens, na forma de curtidas ou comentários, contribuem para a chamada *social media anxiety*. Esse fenômeno ultrapassa o medo de interações presenciais e reflete uma ansiedade digital constante, frequentemente acompanhada por comportamentos de evasão, checagem compulsiva de notificações e sensação de inadequação (BURROW, 2017).

A dependência digital, por sua vez, compartilha mecanismos semelhantes a outras formas de adição comportamental. O uso excessivo e desregulado das redes ativa os circuitos de recompensa cerebral e compromete a capacidade de autocontrole, afetando o humor, o sono e a produtividade (ANDREASSEN *et al.*, 2016).

Depressão e isolamento social

As redes sociais, quando utilizadas de forma passiva — isto é, para consumir conteúdo sem interagir — estão associadas a níveis mais altos de depressão. A exposição a postagens idealizadas, combinada com a escassez de interações reais, pode gerar sentimentos de solidão, exclusão e desamparo (TWENGE *et al.*, 2018).

O *cyberbullying*, em particular, exerce um papel central nesse processo. Vítimas de agressões *online* apresentam risco aumentado de depressão e ideação suicida, especialmente quando há repetição do abuso ou ausência de suporte social (HAMM *et al.*, 2015; KOWALSKI *et al.*, 2014).

Baixa autoestima e distorção da imagem corporal

A autoestima nas redes sociais tende a se construir a partir de validações externas e idealizações irreais. Estudos apontam que usuários com maior envolvimento em redes visuais, como

Instagram, apresentam níveis elevados de insatisfação corporal e menor autoestima (PERLOFF, 2014).

O engajamento com filtros estéticos e padrões de beleza promovidos nas mídias digitais acarreta consequências especialmente danosas para adolescentes, favorecendo transtornos alimentares, distorções perceptivas e insegurança crônica (HOLLAND & TIGGEMANN, 2016). Ainda que movimentos como o *body positivity* tentem promover uma contranarrativa, os algoritmos nem sempre favorecem a visibilidade dessas mensagens (HOLLAND & TIGGEMANN, 2016; ZACCARDO, 2018).

RELAÇÕES INTERPESSOAIS, IDENTIDADE E VULNERABILIDADES NA ERA DIGITAL

As redes sociais têm desempenhado um papel ambíguo na construção da identidade e nas relações interpessoais, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. Ao mesmo tempo em que oferecem espaço para expressão pessoal e conexão social, também podem intensificar inseguranças, pressões sociais e exclusões (GONZALES & HANCOCK, 2011; TWENGE *et al.*, 2018).

Identidade digital e o “eu ideal”

Durante a adolescência, fase crítica para a formação da identidade, as redes sociais funcionam como arenas de experimentação e apresentação do “eu”. Por meio de fotos, postagens e interações, os jovens moldam versões de si mesmos, frequentemente idealizadas, que refletem desejos de pertencimento e aprovação (MICHIKYAN *et al.*, 2014; NESI & PRINSTEIN, 2015).

Esse “eu ideal” *online*, no entanto, pode gerar um descompasso entre a identidade projetada e a realidade vivida, causando senti-

mentos de inadequação e confusão. A dependência da validação externa, em curtidas e comentários, enfraquece o desenvolvimento da autoimagem autêntica e aumenta a vulnerabilidade emocional (BARRY *et al.*, 2017).

Relações interpessoais e isolamento

Embora as redes permitam manter contato com amigos e ampliar os círculos sociais, o excesso de interação digital pode comprometer a qualidade das relações presenciais. A comunicação por meio de telas reduz a exposição a sinais não verbais e empatia, habilidades fundamentais para o vínculo humano (BÁNYAI, 2017).

Paradoxalmente, usuários muito ativos nas redes podem experimentar maior sensação de isolamento, à medida que o tempo *online* substitui experiências sociais reais. Estudos apontam que o uso passivo e a comparação social constante estão associados a sentimentos de solidão e exclusão (FAGUNDES *et al.*, 2020).

Vulnerabilidades de grupos minoritários

Grupos sociais historicamente marginalizados, como adolescentes LGBTQIA+, jovens negros, indígenas ou em vulnerabilidade social, podem encontrar nas redes espaços de acolhimento e afirmação. Porém, também são frequentemente alvo de discriminação, discurso de ódio e violência simbólica no ambiente digital (CRAIG *et al.*, 2015; MEYER, 2003).

A exposição contínua a comentários ofensivos, conteúdos excludentes ou invisibilização pode agravar quadros de sofrimento psíquico. Assim, é urgente promover ambientes digitais mais inclusivos e políticas de proteção específicas para esses públicos, com base em uma abordagem interseccional.

Mediação familiar e suporte emocional

O papel das famílias é decisivo na modulação dos impactos do ambiente digital. A mediação ativa dos cuidadores, o diálogo aberto e a defini-

ção de limites saudáveis são estratégias protetoras bem documentadas.

Contudo, muitos pais e responsáveis não se sentem preparados para lidar com as tecnologias digitais e, por vezes, adotam posturas punitivas ou omissas. A educação digital parental, que inclui o entendimento sobre os riscos e as potencialidades das redes, é fundamental para apoiar os jovens e promover ambientes familiares mais acolhedores (BÁNYAI, 2017).

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DIGITAL

Diante dos desafios impostos pelo uso intenso das redes sociais, o desenvolvimento de estratégias eficazes para a promoção da saúde mental torna-se fundamental. Essas estratégias envolvem práticas individuais, intervenções terapêuticas, educação digital e políticas públicas integradas.

Autocuidado e regulação do uso das redes sociais

O autocuidado digital consiste em práticas conscientes para equilibrar o tempo *online* e *offline*, reconhecendo os impactos emocionais do uso excessivo das redes. Medidas como limitar o tempo de uso, desativar notificações que geram ansiedade e cultivar atividades que promovam o bem-estar físico e emocional – como exercícios e momentos de desconexão – são recomendadas (TWENGE *et al.*, 2018).

A alfabetização digital crítica, que capacita os usuários a avaliar a veracidade das informações e identificar manipulações, é essencial para prevenir o impacto negativo da desinformação e das bolhas informativas.

Terapias e intervenções psicossociais

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento dos transtornos associados ao uso problemático das redes sociais, auxiliando na reestruturação de pensamentos disfuncionais e no desenvolvimento de habilidades socioemocionais (ELHAI *et al.*, 2017).

Intervenções baseadas em *mindfulness* ajudam a reduzir a ansiedade e a compulsão digital, promovendo maior controle e presença no uso das mídias (ELHAI *et al.*, 2017). Programas educacionais e grupos de apoio voltados para jovens e familiares ampliam a conscientização e o suporte.

Educação parental e comunitária

O envolvimento dos pais e cuidadores, por meio de educação digital, é crucial para criar ambientes familiares que favoreçam o uso saudável das redes sociais. A orientação sobre limites, diálogo aberto e supervisão adaptada à faixa etária protege os jovens das influências negativas (ODGERS & JENSEN, 2020).

Nas escolas e comunidades, programas de alfabetização midiática e desenvolvimento de habilidades socioemocionais fortalecem a resiliência juvenil e reduzem o risco de *cyberbullying* e isolamento social.

Políticas públicas integradas

O fortalecimento de políticas públicas que regulamentem o uso das mídias digitais, promovam a educação e ampliem o acesso a serviços de saúde mental é imperativo (BRASIL, 2023). A articulação entre os setores de saúde, educação e assistência social amplia o alcance das ações preventivas e terapêuticas.

Campanhas de conscientização e parcerias com plataformas digitais são estratégias fundamentais para criar ambientes *online* mais seguros, com mecanismos eficazes contra conteúdos nocivos e *cyberbullying*.

POLÍTICAS PÚBLICAS E INICIA- TIVAS INSTITUCIONAIS

A rápida evolução das tecnologias digitais e o uso massivo das redes sociais demandam respostas coordenadas do poder público e das instituições para proteger a saúde mental da população jovem (MONTAG *et al.*, 2021).

Regulação e promoção da segurança digital

Políticas regulatórias são essenciais para minimizar os riscos das redes sociais, como a exposição a conteúdos nocivos, discurso de ódio, *cyberbullying* e desinformação. Medidas incluem o fortalecimento da moderação de plataformas, definição de normas para publicidade dirigida a jovens e promoção da transparência dos algoritmos (BRASIL, 2023). A construção de ambientes digitais seguros exige a colaboração entre governos, empresas de tecnologia, sociedade civil e usuários, visando garantir direitos digitais, privacidade e o acesso a informações confiáveis (ODGERS & JENSEN, 2020).

Investimento em educação digital e capacitação

A ampliação da alfabetização midiática em escolas e comunidades prepara jovens para uma navegação crítica e consciente, reduzindo vulnerabilidades associadas ao uso problemático das redes (OPAS, 2020; ODGERS & JENSEN, 2020).

Além disso, é necessário investir na formação contínua de profissionais de saúde, educação e assistência social, que devem estar aptos a identificar sinais de sofrimento relacionados às mídias digitais e a atuar de forma integrada na prevenção e cuidado.

Pesquisa interdisciplinar e participação juvenil

O campo da saúde mental digital é dinâmico e complexo, demandando pesquisas multi-

disciplinares que envolvam psicologia, neurociência, sociologia, tecnologia e educação (YAMAGUCHI *et al.*, 2023).

A participação ativa dos jovens na formulação de pesquisas, políticas e programas assegura que suas demandas, experiências e perspectivas sejam consideradas, aumentando a efetividade das intervenções (YAMAGUCHI *et al.*, 2023).

As redes sociais representam um fenômeno transformador no modo como os jovens se relacionam, constroem identidades e acessam informações. Embora ofereçam oportunidades significativas para conexão social e expressão pessoal, seu uso inadequado ou excessivo está associado a riscos importantes para a saúde mental, como ansiedade, depressão, baixa autoestima e isolamento (TWENGE *et al.*, 2018).

Compreender as dinâmicas específicas das redes sociais — como a busca por validação, a comparação social e a influência dos algoritmos — é fundamental para o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas eficazes. É imprescindível adotar uma abordagem interseccional, que considere as diversidades de gênero, raça, classe e orientação sexual, a fim de garantir cuidado respeitoso e inclusivo (NORONHA *et al.*, 2024).

A promoção do autocuidado digital, da alfabetização midiática crítica e do fortalecimento das redes de suporte familiar, escolar e comunitário constitui um pilar essencial para minimizar os efeitos negativos e potencializar os benefícios das redes sociais (OPAS, 2020).

Por fim, a atuação dos profissionais de saúde mental, aliada a políticas públicas integradas e à regulação tecnológica, é vital para proteger o bem-estar psicológico dos jovens na era digital (NASLUND *et al.*, 2017). Investir em pesquisas multidisciplinares, formação profissional contínua e na participação ativa dos jovens assegura um futuro em que a tecnologia possa ser aliada da saúde mental e do desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREASSEN, C. S. *et al.* The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, [s.l.], v. 64, p. 287–293, 2016. DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.03.006.
- BÁNYAI, F. *et al.* Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PLoS ONE*, [s.l.], v. 12, n. 1, e0169839, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0169839
- BARRY, C. T. *et al.* Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of Adolescence*, [s.l.], v. 61, p. 1–11, 2017. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.08.005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde Mental 2023–2027. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BURROW, A. L.; RAINONE, N. How many likes did I get? Purpose moderates links between positive social media feedback and self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, [s.l.], v. 69, p. 232–236, 2017. DOI: 10.1016/J.JESP.2016.09.005.
- CINELLI, M. *et al.* The echo chamber effect on social media. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, [s.l.], v. 117, n. 9, p. 4511–4518, 2020. DOI: 10.1073/pnas.2023301118.
- CRAIG, S. L. *et al.* Affirmative Supportive Safe and Empowering Talk (ASSET): A pilot of a mental health promotion program for LGBTQ youth through integrated community service settings. *Health & Social Work*, [s.l.], v. 40, n. 4, p. 283–289, 2015. DOI:10.1080/15538605.2013.839342.
- ELHAI, J. D. *et al.* Problematic smartphone use and depressive symptoms among college students: The mediating role of rumination and anxiety. *Computers in Human Behavior*, [s.l.], v. 71, p. 374–382, 2017. DOI: 10.1108/IntR-01-2017-0019.
- FAGUNDES, Luiza Seabra; MAROT, Tiago Azevedo; NATIVIDADE, Jean Carlos. Use of Instagram, Social Comparison, and Personality as Predictors of Self-Esteem. *Psico-USF*, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 711–724, 2020. DOI: 10.1590/1413/82712020250410.
- FESTINGER, L. A theory of social comparison processes. *Human Relations*, [s.l.], v. 7, p. 117–140, 1954. DOI:10.1177/001872675400700202.
- FRISON, E.; EGGERMONT, S. Browsing, posting, and liking on Instagram: The reciprocal relationships between different types of Instagram use and adolescents’ depressed mood. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, [s.l.], v. 20, n. 10, p. 603–609, 2016. DOI: 10.1089/cyber.2017.0156.
- GONZALES, A. L.; HANCOCK, J. T. Mirror, mirror on my Facebook wall: Effects of exposure to Facebook on self-esteem. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, [s.l.], v. 14, n. 1-2, p. 79–83, 2011. DOI: 10.1089/cyber.2009.0411.
- HAMM, M. P. *et al.* Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: A scoping review of social media studies. *JAMA Pediatrics*, [s.l.], v. 169, n. 8, p. 770–777, 2015. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2015.0944.
- HOLLAND, G.; TIGGEMANN, M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, [s.l.], v. 17, p. 100–110, 2016. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.02.008.
- HUANG, C. Time spent on social network sites and psychological well-being: A meta-analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, [s.l.], v. 20, n. 6, p. 346–354, 2017. DOI: 10.1089/cyber.2016.0758.
- IBOPE. Pesquisa Nacional sobre o uso da internet por adolescentes. São Paulo: IBOPE Inteligência, 2022.
- KOWALSKI, R. M. *et al.* Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*, [s.l.], v. 140, n. 4, p. 1073–1137, 2014. DOI: 10.1037/a0035618.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, [s.l.], v. 129, n. 5, p. 674–697, 2003. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674.

MICHIKYAN, M. *et al.* Identity construction on Facebook: Digital empowerment in anchored relationships. *Computers in Human Behavior*, [s.l.], v. 35, p. 89–95, 2014. DOI:10.1016/j.chb.2008.02.012.

NASLUND, J. A. *et al.* The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 113–122, 2017. DOI: 10.1017/S2045796015001067

NESI, J.; PRINSTEIN, M. J. Using social media for social comparison and feedback-seeking: Gender and popularity moderate associations with depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, [s.l.], v. 43, n. 8, p. 1427–1438, 2015. DOI: 10.1007/s10802-015-0020-0.

NORONHA, J. F. M. *et al.* Avaliando o Impacto do Uso Excessivo das Redes Sociais na Saúde Mental dos Jovens no Brasil: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Foco*, [S. l.], v. 17, n. 11, p. e6278, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n11-099.

ODGERS, C. L.; JENSEN, M. R. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, [s.l.], v. 61, n. 3, p. 336–348, 2020. DOI: 10.1111/jcpp.13190.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental de adolescentes e jovens: políticas e estratégias regionais. Washington, DC: OPAS, 2020.

PERLOFF, R. M. Social media effects on young women’s body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, [s.l.], v. 71, p. 363–377, 2014. DOI:10.1007/s11199-014-0384-6.

PRIMACK, B. A. *et al.* Social media use and perceived social isolation among young adults in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, [s.l.], v. 53, n. 1, p. 1–8, 2017. DOI: 10.1016/j.amepre.2017.01.010.

TWENGE, J. M. *et al.* Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 3–17, 2018. DOI: 10.1177/2167702617723376.

YAMAGUCHI, S.; BENTAYEB, N. HOLTOM, *et al.* Participation of Children and Youth in Mental Health Policymaking: A Scoping Review [Part I]. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, [S. l.], v. 50, n. 1, p. 58–83, 2023. DOI: 10.1007/s10488-022

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 10

IMPACTOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA COMPREENSÃO GESTÁLTICA

JUSCISLAYNE BIANCA TAVARES DE MORAIS¹
AURICELIA DA SILVA MARTINS²
YASMIM MARRY ALVES MOURA²

¹*Docente- Mestre em Políticas Públicas UFPI*

²*Discente- Psicologia do UNINTA*

Palavras-Chave: Violência Doméstica; Psicoterapia; Gestalt Terapia.

DOI:

10.59290/9243205052

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A palavra violência vem do termo latino *vis*, que significa força, portanto a violência é considerada o abuso da força, usar a violência contra alguém ou fazê-lo agir contra sua vontade. Esse fenômeno expressa o ato de violar outrem ou de se violar, sendo um comportamento que está relacionado com a força, se torna uma atitude que acaba produzindo danos físicos, como por exemplo: tortura, ferimentos, lesões no corpo e que por sua vez acarreta danos psíquicos. Em suma, a violência existe desde os tempos pré-históricos resistindo até aos dias atuais (VERONESE; COSTA, 2006).

O fenômeno da violência é complexo e ambíguo, cujas formas de manifestação são muito variadas e numerosas o que torna mais difícil numerá-la com precisão. Nessa proposta de trabalho, enfatiza-se principalmente outro tipo de violência, a mais silenciada por vários séculos, que resiste dentro de vários lares, cujo termo caracteriza-se por todo ato violento que é praticado entre os membros que habitam um ambiente familiar em comum (pais e filhos). Esse fenômeno pode acontecer entre pessoas com laços de sangue, ou unidas de forma civil (marido e esposa ou genro e sogra), namorados dentre outros, nisto estamos falando sobre a violência doméstica (VERONESE; COSTA, 2006).

A lei nº 11.340/06, conhecida como “Lei Maria da Penha”, refere-se à violência doméstica e familiar contra a mulher, vigente desde 22 de setembro de 2006. Esta Lei ficou conhecida como Lei Maria da Penha em virtude da grave violência de que foi vítima Maria da Penha Maia Fernandes em 29 de maio de 1983, na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará. A Lei Maria da Penha pode ser aplicada para qualquer mulher que seja vítima de abusos ou agressões e que esteja em condição de fragilidade em relação ao seu agressor. A aplicação da lei também englo-

ba as mulheres transexuais que são vítimas de violência. Grandes mudanças surgiram desde então no fenômeno violência doméstica, isso porque a Lei conceitua as várias formas de violência doméstica e traz uma punição para o agressor.

De acordo com o artigo 5 da Lei Maria da Penha, violência doméstica consiste:

Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. (Lei nº 11.340. Art.5º)

Opta-se neste trabalho, pela busca da compreensão do tema em questão à luz da Gestalt terapia (GT), pois a psicologia fenomenológica existencial nos traz a apreensão de fenômenos relacionais e complexos e dentro dessa compreensão. Neste ínterim, a Gestalt terapia é uma abordagem psicoterápica, que tem como objetivo promover a consciência plena (PERLS, 1969). A referida corrente trata-se de uma proposta terapêutica que fomenta a consciência plena, a experiência e a expressão de sentimentos, a criatividade, a autonomia e a responsabilidade.

A violência doméstica é um assunto de grande relevância, pois afeta milhões de pessoas em todo o mundo e é uma das principais causas de morte entre mulheres. Além disso, a violência doméstica também afeta a saúde mental e física de todos os envolvidos e pode ter efeitos devastadores nas famílias e na sociedade como um todo. Por isso, o tema da violência doméstica deve ser abordado de forma abrangente, de modo a garantir que as pessoas tenham acesso às informações e ajuda para lidar com essa questão. É fundamental que haja uma conscientização sobre a violência doméstica para que possamos trabalhar para a erradicação des-

se problema e para que as vítimas possam buscar ajuda.

É difícil uma mulher se ver como vítima, culpar um relacionamento abusivo dentro de casa. Ela tem medo de ser mal interpretada na família e vergonha de revelar sua privacidade em público e enfrentar uma má reputação. No entanto, é importante que as mulheres saibam que há serviços de ajuda disponíveis para elas, como conselheiros especializados, grupos de apoio e, se for o caso, até mesmo serviços legais para ajudá-las a lidar com o abuso em seu relacionamento. Ter o apoio profissional pode dar à mulher a força e conhecimento necessários para tomar as medidas corretas para se livrar de um relacionamento abusivo.

CONFIGURAÇÕES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência é um fenômeno intrigante, pois sua origem está ligada à existência humana, já que toda a conjuntura violenta já foi utilizada como mecanismos de defesa e sobrevivência por sociedades ao longo da história. Por outro lado, a violência tem sido também um meio de disseminação de sofrimento e destruição, que se manifesta de muitas formas, ao longo da história.

Segundo a OMS, violência se caracteriza por:

Violência, para a organização Mundial da saúde caracteriza-se pelo uso intencional de violência física ou força, real ou em ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha potencial para resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002).

Segundo Lozano (KRUG *et al.*, 2002), existem várias teorias para entender o fenômeno da violência. No entanto, essa pesquisa ainda se direciona a compreensão da dinâmica de violência doméstica numa perspectiva gestáltica. Du-

rante muito tempo, acreditou-se que não se podia interferir nas relações pessoais, nos conflitos que aconteciam na intimidade de cada família. A vida familiar era privada e o provedor tinha o poder de manter a ordem, mesmo que para isso aplicasse a violência. Neste escopo, verifica-se a forte influência da cultura patriarcal que acaba por influenciar a forma como a sociedade compreende o papel da mulher.

O patriarcado é uma criação histórica formada por homens e mulheres em um processo que durou aproximadamente 2.500 anos e reverbera atualmente. Em sua forma inicial, o patriarcado apareceu como um estado arcaico. A unidade básica da organização era a família patriarcal, que, constantemente, expressava e dava origem às suas regras e valores. O patriarcado é basicamente um sistema de hierarquia social baseado na autoridade masculina. O homem é visto como o líder da família, bem como o responsável por fornecer liderança e direção. O sistema patriarcal acabou relegando as mulheres a um papel de submissão ao longo da história. No passado, a posição das mulheres era extremamente limitada. Elas eram vistas como propriedade dos homens e não tinham direito a votar ou a serem ouvidas em decisões importantes. Elas também eram constantemente discriminadas no trabalho, na educação e na sociedade em geral (LERNER, 2019).

Verifica-se que, ao longo da história, a mulher enfrentou inúmeros desafios quando se trata da conquista de direitos. Desde a antiguidade, a mulher é vítima de discriminação, sendo esta tratada como um objeto, tendo seus direitos limitados e suas vontades e liberdades tolhidas, resultados de uma discriminação sociocultural envolta ao machismo exacerbado, havendo uma dominação dos homens que desde o início dos tempos, sempre teve a liderança e a autonomia, sendo considerado o dono da casa, a mulher, em contrapartida, era obrigada a respeitar o seu ma-

rido, obedecendo-o em tudo, mesmo que este não tivesse razão, tendo que se submeter aos seus caprichos e ordens, sem questionar, mesmo que isso a fizesse sofrer, por isso, a mulher sempre foi obrigada a ficar em casa e cuidar da família, mantendo a casa sempre limpa e arrumada, cuidando da limpeza e das tarefas domésticas (PEDRO; GUEDES, 2010)

Por quase quatro mil anos, as mulheres moldaram suas vidas e operaram sob o patriarcado, especificamente, uma forma de patriarcado mais bem descrita como dominação paternalista. Sendo estas, portanto, desprivilegiadas e marginalizadas em comparação com os homens. Todavia, ao longo dos anos, as mulheres têm lutado para conquistar mais direitos e respeito. A luta das mulheres por igualdade de direitos e oportunidades tem sido um movimento histórico global que teve grande sucesso. Diante do exposto, apesar de todo esse movimento feminista por resistência e sobrevivência, vimos que a cultura patriarcal contribuiu para que a mulher seja um segmento que vem sendo vitimizado pela violência. A violência contra a mulher, historicamente, foi naturalizada na sociedade, de tal forma que, ainda hoje, é possível encontrar mulheres que sofrem constantemente com esse tipo de violência (BANDEIRA, 2014).

A violência doméstica é a violência cometida por pessoas de uma mesma família, independente do parentesco consanguíneo, é estudada como um fenômeno social, e composta por diversos motivos. Infelizmente, é comum que as mulheres não denunciem as agressões sofridas, elas ficam em silêncio por um longo tempo. Quando decidem denunciar, observa-se que essas mulheres acumulam um histórico de agressões que começou há muito tempo (VERARDO, 2004).

Assim, não é a primeira agressão que suscita a denúncia e, geralmente, não é a mesma

agressão que causou lesões corporais mais graves. Por ser difícil perceber que a mesma está vivenciando uma situação de violência, quando a vítima chega ao limite máximo e já não suporta o tratamento que está recebendo, e faz consciente que a mesma está vivendo uma situação de violência, infelizmente, muitas acabam se iludindo e fazendo de conta que toda a violência não está acontecendo de verdade. Isso faz parte do próprio relacionamento de poder, onde uma mulher introjeta a percepção de seu parceiro sobre si mesma, espelhando ainda mais seus sentimentos de inferioridade e piorando uma situação já ruim. Essas mulheres não apenas internalizam o que seus parceiros pensam delas, mas esquecem de si e anulam-se cada vez mais (VERARDO, 2004).

De acordo com o Programa de Evidências Científicas da Organização Mundial da Saúde para Políticas de Saúde, a violência contra a mulher é generalizada em todo o mundo, independentemente de classe, idade, raça, origem ou religião. Neste escopo, considera-se a existência de vários tipos de violência: física, psicológica, sexual, patrimonial entre outros. Enquanto estratégia para lidar com o fenômeno da violência doméstica, evidencia-se ainda neste capítulo, a importância da lei Maria da Penha (Nº 11.340).

A Lei Maria da Penha foi um grande avanço na luta contra a violência de gênero, ela tem ajudado a dar voz às mulheres, a protegê-las e a garantir que as vítimas possam buscar justiça.

A violência física é caracterizada como qualquer comportamento que viole a integridade ou a segurança física da mulher. Esse tipo de violência é mais evidente à medida que os sinais da agressão ficam claros. Normalmente, um homem usará força física para agredir uma mulher, no entanto, alguns homens estão cientes de que o contato físico com mulheres não será tolerado porque pode resultar em processo crimi-

nal, então, eles usam outras formas de violência. Globalmente, é estimado que 27 % das mulheres entre 15 e 49 anos sofreram algum tipo de violência doméstica pelo menos uma vez na vida desde os 15 anos de idade. 24% das mulheres entre 15 e 19 anos já foram violentadas pelos parceiros. Ainda em 2018, até 492 milhões de mulheres de 15 a 49 anos sofreram violência de parceiros - 13% para ser mais preciso.

A violência psicológica ou invisível, como é chamada, é a mais difícil de ser detectada, pois não deixa marcas visíveis, a vítima pode não perceber que está sendo agredida, pois o agressor costuma ser muito manipulador e consegue convencê-la de que ela é a culpada pelos problemas do casal. A violência psicológica pode se manifestar de diversas formas e, às vezes, é difícil identificá-la, alguns exemplos são: ameaças; insultos; humilhação; isolamento social; controle obsessivo; manipulação.

São inúmeras as consequências desse tipo de violência no sistema neurológico da mulher, que podem incluir ansiedade, depressão, baixa autoestima, e até mesmo suicídio. A violência psicológica também pode causar problemas de saúde física, como dores de cabeça, problemas digestivos e alterações no sono. A longo prazo, a violência psicológica pode levar às vítimas desenvolverem problemas de saúde mental, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (14º ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, FBSP, 2020).

A violência patrimonial é um tipo de violência que é pouco conhecida pela população, levando a poucas vítimas perceberem como um ato de violência. E, por não compreenderem esse ato como uma violência ou submissão ao agressor, principalmente quando este é o provedor financeiro da família, as mulheres passam por situações em que o parceiro pode reter o dinheiro, controlar os gastos e submeter a parceira as situações de humilhação, por meio de agres-

sões morais e psicológicas, provocando a perda de sua autonomia, ou impedindo que ela use o dinheiro em benefício próprio. É necessário destacar também a retenção ou destruição de documentos pessoais, bem como impedimento que ela se desenvolva economicamente quando ela impede de se desenvolver no âmbito educacional (DELGADO, 2016).

A violência sexual, de acordo com os Artigos 7º e 3º da lei 11.340, é entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Muitos parceiros recorrem à violência sexual doméstica contra sua companheira. Infelizmente, muitas vezes, relataram o uso de força física para fazer sexo e até sexo anal compelido, que causam danos físicos e danos psicológicos.

A Violência moral considerada contra a mulher, é qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Exemplos de violência moral: Expor a vítima a situações constrangedoras, desvalorizar a vítima pelo modo de se vestir, ou acusar a mulher de traição sem nenhuma prova. A Lei Maria da Penha pune os crimes de violência moral contra a mulher cometidos em ambiente doméstico ou familiar. Sempre que o agressor praticar ação que configure calúnia, difamação ou injúria, ou seja, sempre que ele infringir o art. 7º, inciso V, da Lei n.º 11.340/2006, estará sujeito às penalidades descritas na lei. (BRASIL, 2006.)

Com o aprofundamento das discussões e caracterizações dos tipos de violências que uma mulher pode sofrer no seu contexto doméstico,

nota-se que o patriarcado é um sistema no qual poder e masculinidade são sinônimos e impregnam o ambiente social de misoginia, e consequentemente, de ódio e desprezo pelo corpo feminino e aos atributos do feminino. Dentro desse sistema de opressão, os homens se autorizam a sujeitar as mulheres a demonstrações de comando e poder, de forma a ameaçar a vida, a integridade e a dignidade das mulheres (NIELSSON, 2020).

MÉTODO

Essa pesquisa qualitativa tem o intuito de elaborar um estudo sobre a perspectiva gestáltica em relação à violência doméstica contra a mulher. O objetivo da pesquisa é compreender como a abordagem da Gestalt pode contribuir para o tratamento de mulheres vítimas de violência doméstica. Os autores também demonstraram que a abordagem da Gestalt pode ajudar as vítimas a desenvolver autoconsciência e a se conectar com os seus próprios sentimentos, para que possam identificar e reconhecer os seus comportamentos e reações à violência doméstica e assim lidar melhor com as situações. Além disso, essa abordagem incentiva o autodescobrimento e a identificação de padrões de reação, bem como a criação de estratégias para lidar com a violência doméstica.

O objetivo de uma pesquisa exploratória de materiais coletados entre a visão gestáltica e a violência doméstica é examinar os vários aspectos da violência, bem como os mecanismos que a mantêm. Isso inclui investigar os fatores sociais, culturais e psicológicos que estão envolvidos, junto ao papel que as relações interpessoais desempenham na perpetuação desse comportamento. Também é importante investigar as experiências de vítimas de violência doméstica e a maneira como elas são impactadas, além das estratégias que essas vítimas utilizam quando são expostas à violência doméstica. A pesquisa

também pode analisar os mecanismos de controle e as estruturas de poder que permitem que a violência doméstica ocorra. Além disso, é importante investigar como os serviços de saúde, bem como os serviços públicos e governamentais, podem ajudar as vítimas de violência doméstica.

Referindo-se à violência doméstica, é importante valorizar as singularidades de cada mulher, como forma de promover o cuidado integral à vítima, bem como a circunstância que envolve o agressor. Esta abordagem permite o reconhecimento dos direitos e oportunidades de cada vítima, bem como o enfrentamento dos padrões de violência e o cumprimento de medidas protetivas cabíveis. É importante que sejam identificadas as necessidades de cada mulher, reconhecendo as singularidades de cada uma e que sejam priorizadas as ações de prevenção, de modo a garantir a segurança e o cuidado integral às vítimas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreensão da violência na perspectiva gestáltica

A Gestalt Terapia é um modelo de psicoterapia cuja proposta teórica foi desenvolvida na década de 50 por Fritz Perls. Trata-se de uma abordagem fenomenológica existencial balizada numa compreensão holística do ser humano. Neste sentido, compreender a dinâmica de violência doméstica implica em compreender o sujeito que é atravessado por essa experiência numa perspectiva holística.

Do ponto de vista da Gestalt, primeiro é necessário compreender a experiência da mulher no campo, ou seja, a relação de seu organismo com o meio. Essa interação ocorre por meio do contato. É a partir dele que se estabelece a relação entre o indivíduo e o meio e a maneira como ele percebe e organiza a experiência. Segundo Frazão (2013), “contato é a capacidade de esta-

belecer relações entre o organismo e o meio ambiente, numa interação contínua e dinâmica”. Segundo a autora, o contato é compreendido como um processo contínuo no qual o indivíduo interage com o meio mutuamente, sendo a qualidade dessa exposição determinante para sua saúde mental.

Frazão (2013), afirma que “o contato é a base para a autorregulação e o crescimento pessoal, e quando esse processo é interrompido, a pessoa pode desenvolver sintomas como ansiedade, depressão e problemas de relacionamento”. Na Gestalt, o contato é entendido como uma experiência holística, ou seja, vivenciada como um todo. Assim, o contato envolve não apenas as ações físicas que ocorrem, mas também as emoções, pensamentos e sentimentos envolvidos. É a constante troca de informações entre o indivíduo e o meio que permite que essa associação entre os dois ocorra.

Portanto, estabelecendo essa correlação entre o conceito de contato e a violência doméstica, para GT, o contato é a base da relação entre as pessoas por meio da qual pode ser compreendida a relação entre vítima e agressor. Nesse sentido, analisando o estudo “Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica”, realizado por Jong, Sandala e Tanaka, as autoras entrevistaram doze mulheres que haviam desistido de denunciar seus agressores. Através das entrevistas, as autoras identificaram alguns padrões no relacionamento entre as vítimas e seus agressores (JONG; SANDALA; TANAKA Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 4, p. 121-128, 2014.)

Compreendendo esse comportamento, nos estágios iniciais de um relacionamento, os agressores tendem a ser atenciosos e afetuosos, porém, muitas vezes, exibem um comporta-

mento controlador, por mais sutil que seja. Esse tipo de comportamento inicial pode ser entendido como uma espécie de proteção, para que a vítima tenha uma sensação de segurança desde o princípio. Porém, com o passar do tempo, o comportamento do agressor torna-se mais violento e agressivo, incluindo ameaças, humilhações e agressões físicas (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

Nessas situações, a vítima sente-se cada vez mais acuada e apavorada, incapaz de escapar da situação de violência. Essa dinâmica de relacionamento é conhecida como "ciclo da violência" e consiste em três fases: a fase de tensão, a fase de explosão e a fase de lua de mel. Durante a fase de tensão, o agressor começa a fazer ameaças e a vítima se sente cada vez mais estressada. Durante a fase explosiva, ocorre agressão física ou verbal. E durante o período de lua de mel, o perpetrador é carinhoso e arrependido, garantindo à vítima que a situação nunca mais acontecerá (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

Ainda no referido artigo supracitado, existe um enfoque maior ao terceiro estágio do ciclo de violência doméstica. A pesquisa teve como objetivo descobrir as razões pelas quais algumas mulheres acabam desistindo de denunciar a violência sofrida pelos parceiros. As autoras entrevistaram 12 mulheres que registraram queixa na delegacia entre 2003 e 2004 e identificaram quatro categorias de motivos: medo do agressor ou represálias; dependência financeira ou emocional do agressor; esperança na mudança do agressor; pressão familiar ou social para perdoar o agressor (JONG; SANDALA; TANAKA. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 4, p. 121-128, 2014.)

As autoras concluem que as mulheres que desistem da denúncia estão inseridas no ciclo da violência doméstica e sofrem de uma “síndro-

me do trauma complexo”, que afeta sua capacidade de romper com o agressor. Elas também ressaltam a necessidade de políticas públicas que garantam a proteção das vítimas e seu acompanhamento psicossocial. De acordo com os resultados, concluiu-se que, mesmo após episódios graves de violência, muitas mulheres se sentiam envergonhadas de denunciar o agressor. Geralmente, as vítimas acreditavam que suas famílias e amigos não iriam entender os motivos do agressor e acabariam machucando-as ainda mais. Outra razão apontada pelas entrevistadas é o medo excessivo de retaliação por parte do agressor, que pode se tornar ainda mais violento e ameaçador após a denúncia (JONG; SANDALA; TANAKA. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 4, p. 121-128, 2014.)

A gestalt terapia parte também do princípio de que na relação organismo-campo, existe uma fronteira do contato, esse termo é um dos conceitos fundamentais da Gestalt terapia, e se refere ao limite entre o organismo e meio ambiente, onde ocorrem as interações e as trocas entre ambos (ALVIM, 2019).

O contato é um fenômeno psíquico fundamental para o desenvolvimento saudável da pessoa. Através do contato, o indivíduo pode se sentir parte do seu ambiente e desenvolver-se como um todo. Segundo Alvim (2019), "o contato é uma necessidade vital do organismo, que só pode ser vivido por meio de sua fronteira, e se mantido a partir dela" (p. 883). A fronteira de contato é dinâmica e está sempre em movimento, e pode se alargar ou se estreitar, a depender das condições internas e externas do indivíduo. A GT enfatiza que a qualidade desse contato é extremamente importante. O contato saudável é aquele que se dá de forma autêntica e consciente, permitindo que o indivíduo se adapte e cresça a partir das suas experiências. A autora tam-

bém destaca que a fronteira de contato é um lugar de encontro de alteridades, onde o indivíduo encontra o outro e o outro encontra o indivíduo. Nesse sentido, é um espaço de reconhecimento mútuo, onde o cuidado com o outro é fundamental para o cuidado de si mesmo.

Diante do exposto, também é necessário falar sobre os tipos de fronteira de contato que são citados pela GT. Dentro da referida abordagem, os conceitos de figura e fundo e de fronteiras de contato são fundamentais para entendermos como percebemos o mundo ao nosso redor.

No artigo "Violência doméstica contra a mulher: Realidades e representações sociais", as autoras Denire Holanda da Fonseca, Cristiane Galvão Ribeiro e Noêmia Soares Barbosa Leal discutem as diferentes formas de fronteiras de contato na relação entre a violência doméstica e a percepção social sobre ela. Para elas, as fronteiras de contato representam a demarcação entre o que é percebido como figura e o que é percebido como fundo. Segundo as autoras, existem três tipos de fronteiras de contato na Gestalt: fechada, semiaberta e aberta. Cada uma dessas fronteiras pode ser observada na compreensão social sobre a violência doméstica contra a mulher (FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012).

Quando nos referimos à fronteira de contato fechada, estamos mencionando que se trata daquela em que há uma separação clara entre figura e fundo. Nessa separação, a figura se destaca do fundo e ganha maior importância. De acordo com o artigo, essa fronteira de contato é observada quando se coloca a violência doméstica contra a mulher como uma questão individual, em que a responsabilidade recai apenas sobre a vítima e o agressor, essa visão individualista da violência doméstica torna invisíveis fatores sociais, culturais e políticos que contribuem para a perpetuação desse tipo de violência.

As autoras afirmam que "a cultura machista e sexista, que admite a subordinação da mulher, em uma sociedade que valoriza a masculinidade, a revestem de um caráter silencioso, invisível, complexo e naturalizado" (FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012), ou seja, quando há uma fronteira de contato fechada na compreensão da violência doméstica, a figura da vítima torna-se isolada do contexto social em que está inserida, transformando-se em invisível o papel da cultura machista na perpetuação da violência.

A fronteira de contato semiaberta é um limite no qual há uma interação parcial entre a figura e o fundo. Nessa interação, as duas partes interagem e se influenciam, mas não há uma união completa entre elas. No contexto da violência doméstica contra a mulher, essa fronteira de contato é observada quando o papel da vítima é enfatizado no processo de denúncia e busca por ajuda, "a vítima aparece como figura, que busca ajuda e denuncia o agressor, mas tem que enfrentar os obstáculos sociais, culturais, políticos e econômicos, que se destacam como fundo da situação" (FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012). Ou seja, nesse tipo de fronteira de contato, a vítima é vista como personagem, mas não isolada do contexto social em que está inserida. No entanto, a importância dos fatores externos que contribuem para a perpetuação dessa violência está diminuindo.

Já a fronteira de contato aberta é aquela em que a figura e o fundo se unem completamente, formando uma totalidade perceptiva. Segundo as autoras, essa fronteira de contato é observada quando se realiza uma compreensão mais complexa da violência doméstica contra a mulher, levando em conta os fatores sociais, culturais, políticos e econômicos. Nessa compreensão mais ampla, "a violência doméstica contra a mulher não é uma questão de relação de poder entre homens e mulheres, mas sim de um pro-

blema estrutural que permeia o conjunto da sociedade" (FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012). Ou seja, a violência doméstica é percebida como uma questão que não se limita à esfera individual, mas sim como um problema que envolve toda a sociedade e suas estruturas de poder, por exemplo: a cultura, a política e a economia.

Ao analisar as diferentes fronteiras de contato na compreensão da violência doméstica contra a mulher, as autoras destacam a importância de se considerar não apenas a figura do agressor e da vítima, mas sim o contexto social em que essa violência ocorre. "É necessário entender a violência doméstica contra a mulher como um fenômeno complexo, de múltiplas determinações, que perpassa o conjunto social" (FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012).

Assim, a GT pode nos ajudar a entender como a percepção humana é influenciada pelos contextos sociais em que estamos inseridos. A análise das diferentes fronteiras de contato na compreensão da violência doméstica contra a mulher mostra a importância de se considerar não apenas os indivíduos envolvidos, mas sim a complexidade do contexto social em que essa violência vem se perpetuando.

O conceito explorado na terapia Gestalt é o conceito de *self*, que pode ser definido como o todo de uma pessoa, incluindo aspectos físicos, mentais, emocionais e espirituais e para Frazão (2013), o conceito de *Self* na GT é baseado na ideia de que uma pessoa é um todo integrado e que sua experiência se organiza em torno de uma figura central, que é o *Self*. Para a autora, o *Self* é entendido como uma "organização dinâmica e constante dos processos biológicos, psicológicos e sociais que constituem a pessoa" (p. 21). Dessa forma, o conceito de *Self* na GT é bastante amplo e abrange tanto aspectos internos quanto externos do indivíduo.

Dentre os componentes do *self*, podemos destacar o corpo, as emoções, os pensamentos, as crenças, os valores e as relações interpessoais. Cada um desses aspectos é importante para a formação do *Self*, e sua integração é fundamental para que o indivíduo possa se sentir completo e satisfeito consigo mesmo. Segundo Frazão (2013), a GT entende que o *Self* (o eu) é uma construção contínua, que se desenvolve ao longo da vida, a partir de nossas experiências e interações com o ambiente. Nesse sentido, o *Self* é visto como um processo dinâmico, que está em constante transformação e adaptação às mudanças que surgem no ambiente.

Quando avaliamos a percepção que essas mulheres vítimas de violência têm de si mesmas, como elas reagem ao serem confrontadas com a própria autoimagem, podemos entender que não há uma regulação desse *Self*. Isso é o reflexo de uma das violências mais insidiosas e sutis dentro dessa relação abusiva contra a mulher, a violência psicológica, podendo causar danos emocionais profundos e duradouros. A autoestima da vítima é um dos aspectos mais afetados pelo abuso emocional, pois o agressor utiliza estratégias que a desqualificam e a fazem se sentir inferior e sem valor.

De acordo com o artigo Postura e intervenções do gestalt-terapeuta frente à violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo, publicado na Revista Brasileira de Gestalt-terapia (2021), a violência psicológica pode ser ainda mais prejudicial do que a violência física, porque não deixa rastros visíveis, mas cria feridas invisíveis na autoestima da vítima, pois o agressor usa estratégias que a desqualificam, e a vítima sente-se cada vez menos capaz de tomar decisões, em casos extremos temos também a privação dessa mulher em manter contato com amigos, família, trabalhar e até mesmo sair sozinha.

Outro ponto interessante é sobre o ajustamento criativo dessas mulheres frente à situação de violência vivenciada por elas. O ajustamento criativo é outra terminologia comum em GT, que descreve esse processo de adaptação do indivíduo como a habilidade de busca por autossatisfação em um processo contínuo do relacionamento do indivíduo com o ambiente e as pessoas, isso implica na elaboração de ciclos de percepção, emoção e comportamento. De acordo com o livro "A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia" (2015), o ajustamento criativo refere-se à habilidade de se adaptar a novas situações em um processo criativo, espontâneo e efetivo, por meio da autorregulação e do desenvolvimento de relações saudáveis com o ambiente e com as pessoas.

No livro "A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia" (2015), a Gestalt terapia enfatiza a importância do "Aqui e Agora" no ajustamento criativo. Isso significa estar presentemente aberto ao momento e às experiências que surgem a partir dele, sentindo e experimentando emoções e sensações em tempo real. A interpretação desses sentimentos e emoções é amplamente conduzida pela teoria de campo da Gestalt, que enfatiza a singularidade de cada indivíduo e a interação deste com o ambiente. Em outras palavras, o ajustamento criativo depende principalmente do ambiente e das relações. À medida que o mesmo tem a percepção do campo (lugar ou situação), há um esforço para atender às necessidades que estão implícitas ou explícitas e ele tende a adaptar-se criativamente para atender a demanda de cada situação que lhe apresenta.

Segundo Frazão (2013), existem dois tipos de ajustamentos criativos: funcionais e disfuncionais. O ajustamento criativo funcional é o que permite aos indivíduos responder de forma eficiente e adaptativa às demandas de seu ambiente, mantendo sua integridade pessoal e psi-

cológica. Esse tipo de adaptação envolve a capacidade de perceber as demandas ambientais, desenvolver estratégias para abordá-las e praticá-las de maneira criativa e eficaz.

O ajustamento criativo disfuncional, por outro lado, ocorre quando os indivíduos não conseguem se adaptar às demandas ambientais de maneira saudável, o que pode levar a problemas emocionais e comportamentais. Esse tipo de ajustamento pode envolver comportamentos defensivos como negação, projeção e repressão de emoções que prejudicam a capacidade do indivíduo de lidar adequadamente com a situação.

Quando existe um cenário de violência doméstica, existe uma tendência em muitas das vítimas manter o ajustamento criativo de maneira disfuncional, isso implica em comportamentos e estratégias adotadas por elas para lidar com a situação traumática em que se encontram. Nesse padrão podemos incluir a negação, quando tentam minimizar os abusos sofridos, repressão quando escondem emoções como dor, angústia e sensação de desespero. Também ocorre a submissão ao agressor e padrões de comportamentos agressivos. Esses padrões disfuncionais emergem como mecanismos inconscientes de defesa, que protegem a integridade psicológica e emocional da mulher. Porém, a longo prazo, podem prolongar a violência e dificultar o processo de cura e a reconstrução da vida dessas vítimas, visto que as mesmas introjetam que é seu dever fazer o relacionamento funcionar, elas tendem a aceitar todas as situações de violência, o que dificulta mais ainda o processo de rompimento desse ciclo (ZANELLO, 2018; PERLS, 1969).

Ainda sobre os conceitos que são norteados pela GT, temos o autossuporte e heterossuporte que também são fundamentais para a compreensão da dinâmica do processo terapêutico e da relação entre o indivíduo e o ambiente. Esses conceitos referem-se à capacidade do indivíduo

de encontrar recursos internos para lidar com desafios e dificuldades (autossuporte) e a capacidade de receber suporte externo de outra pessoa ou de um terapeuta (heterossuporte). Frazão (2013) descreve autossuporte como a capacidade de encontrar dentro de si os recursos e habilidades que atendam às demandas de uma situação. O heterossuporte, por outro lado, refere-se à possibilidade de receber apoio externo.

Quando há equilíbrio entre ambos é crucial para o crescimento pessoal e bem-estar emocional dessas mulheres vítimas de violência. Quando as mesmas entendem a importância de equilibrar essa capacidade interna de enfrentar desafios e a capacidade de receber apoio externo, ocorre uma ampliação da averennas, fator fundamental para promover o crescimento pessoal, aumentar a autonomia e construir conexões significativas com os outros (FRAZÃO, 2013).

Intervenção do gestalt terapeuta frente à violência doméstica

A Gestalt terapia em situações de violência, principalmente a psicológica, praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher, pode ser uma ferramenta valiosa para ajudar a desenvolver uma atitude positiva, proporcionando que as vítimas se tornem mais independentes e capazes de lidar com a vida. Isso pode auxiliar na reconstrução da autoestima, desenvolver relacionamentos mais saudáveis e positivos, tornando-as mais capazes de lidar com suas próprias situações. Contribuindo para que as mulheres vítimas de violência adquiram o autoconhecimento, bem como a compreensão dos efeitos emocionais da violência em suas vidas.

É importante ressaltar que a Gestalt Terapia é uma abordagem que enfatiza o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal e relacional do indivíduo. A psicoterapia gestáltica é uma ferramenta valiosa que auxilia os clientes a desenvolverem uma atitude confiante e a se tornarem mais autônomos na gestão de suas vidas.

De acordo com Frazão (2015), a abordagem gestáltica abre novas perspectivas para compreensão das experiências traumáticas dessas mulheres, o que permite o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes.

A Gestalt terapia é uma abordagem humanística e existencial que visa aumentar a consciência dos clientes sobre si mesmos, suas emoções, comportamentos e relacionamentos com o mundo. Portanto, também é importante que os terapeutas compreendam o contexto sociocultural em que a violência ocorre, a fim de possibilitar intervenções mais efetivas e adaptadas à realidade da cliente. (FARIA; SOUZA; MARTINELLI, 2013)

A GT sugere que o terapeuta colabore por meio da consciência corporal da mulher vítima, valorizando seu senso de identidade e integrando os aspectos que compõem sua personalidade. Ajudar as mulheres a compreender e expressar suas emoções adequadamente é fundamental para emponderá-las e lidar com o fator da violência com sucesso. As intervenções voltadas para trabalhar a cognição e a emoção que abordam a fisicalidade, a interação social e o potencial humano, porque promovem a autonomia e possibilitam mudanças no ciclo da violência, constituindo a base de uma abordagem terapêutica à mulher (MARTINELLI, 2017).

Juliano (1999) considera um privilégio para o terapeuta receber uma licença para ter um alto grau de intimidade com o cliente, acompanhando-o na busca do seu caminho e percebendo que cada um tem uma personalidade única, um caminho próprio, ao mesmo tempo em que se posiciona nos bastidores para incentivar o trabalho feito pelos próprios clientes. Dessa forma, o cliente é levado a descobrir novas formas de conhecer, crescer e se integrar ao mundo, assim também como o psicoterapeuta pode sair transformado por esse encontro. Perls (1969) afirma que através do encontro entre o cliente e o psi-

coterapeuta proporcionado pela relação psicoterapêutica, ambos se modificam.

O gestalt terapeuta busca compreender as vivências das mulheres em situação de violência doméstica, respeitando sua singularidade e ritmo. O objetivo é promover a conscientização, ou seja, a consciência de si mesmo, dos outros e das situações. Segundo Frazão (2013), a Gestalt terapia pode ajudar mulheres vítimas de violência doméstica de três maneiras principais:

- 1) Reconhecer e expressar emoções reprimidas ou negadas, como raiva, tristeza, medo e vergonha, emoções que podem produzir sintomas psicóticos ou comportamentos autodestrutivos;
- 2) Identificar e desafiar crenças limitantes ou distorcidas que perpetuam um relacionamento abusivo, como dependência emocional, culpa pela violência, idealização do agressor ou esperança de mudança;
- 3) Desenvolver a autoestima, a confiança e o autocontrole para tomar decisões e buscar alternativas para sair de uma situação de violência.

Para isso, o Gestalt-terapeuta utiliza diversas técnicas e recursos, como: redução fenomenológica, incluindo focar a atenção na experiência direta do aqui e agora; Diálogo socrático, que envolve fazer perguntas abertas e ponderadas para estimular o pensamento crítico; trabalhar as polaridades, inclusive integrando os próprios aspectos conflitantes ou fragmentados do self; o experimento vivencial, incluindo a sugestão de situações criativas para expandir a percepção e a expressão; e apoio ao heterossuporte, inclusive estimulando a busca por redes de apoio. (MACHADO; MACEDO, 2019).

Para facilitar esse entendimento, a GT também se utiliza da experimentação como uma forma de intervenção para ajudar os indivíduos a se tornarem conscientes de suas emoções, pensamentos, comportamentos e interações com seu ambiente (JOYCE & SILIS, 2016).

Essas intervenções visam ajudar os clientes a viver e explorar seus sentimentos e pensamentos no momento presente, expandindo a consciência e a compreensão de suas experiências (JOYCE & SALIS, 2016). Essas experiências podem ser feitas em diferentes situações, como em grupos, individualmente ou em situações ambientais. Dentro do contexto de mulheres vítimas de violências, experimentos possibilitam que as mesmas entrem em contato com suas próprias emoções e sensações corporais, permitindo assim, a tomada de consciência (awerrennes) de seus pensamentos e comportamentos relacionados à violência sofrida.

Um dos experimentos é o "exercício da cadeira vazia", no qual o cliente é solicitado a imaginar que a cadeira vazia representa uma pessoa importante em sua vida. Como afirmado por Yontef (1998), "A cadeira vazia é uma maneira poderosa de trazer partes fragmentadas da personalidade à consciência. Consiste em uma técnica onde essa mulher é convidada a imaginar que nessa cadeira vazia está seu agressor, ela direciona-se e expõe seus sentimentos para aquela figura imaginária à sua frente. Nesse momento, ela é livre para falar o que nunca teve coragem para seu agressor, muitas vezes, reprimida pelo medo de ser agredida novamente. Esse experimento ajudar a cliente a descobrir e compreender sua relação com essa pessoa e, assim, promover maior autocompreensão e crescimento pessoal.

Outro experimento interessante mencionado no livro é o "exercício de retroprojeção", que envolve projetar uma imagem selecionada pela cliente em uma tela e, em seguida, trabalhar com as emoções e associações que surgem dela. Além destes, existe também o "experimento do diálogo corporal" em que a cliente é solicitada a realizar movimentos corporais que expressem seus sentimentos e sensações, permitindo uma

boa consciência corporal e integração (JOYCE & SILIS, 2016).

O experimento do imaginário, onde se propõe ao cliente imaginar-se conversando com a pessoa que a magoou, expressando suas necessidades e sentimentos não atendidos. Muito semelhante à cadeira vazia, porém sem o objeto à sua frente. Como afirmou Perls (1969), "o diálogo imaginário pode ser uma ferramenta poderosa para a reintegração e a cura do self".

O experimento da polaridade, é uma técnica usada para aumentar a consciência corporal e promover a integração emocional. Durante essa prática, o cliente é convidado a vivenciar a polarização entre duas sensações opostas, como por exemplo, estresse e relaxamento. De acordo com Perls (1969), a polaridade é uma característica intrínseca da experiência humana. Tais experiências são exemplos do cuidado que a Gestalt terapia tem com a pessoa como um todo, considerando não apenas seus problemas cognitivos, mas também suas emoções, sentimentos e comportamentos. O gestalt terapeuta pode proporcionar um espaço de escuta diferente, baseando-se na empatia e na não diretividade.

Suspendendo suas aprioris, o que permite que o cliente consiga gerir as suas emoções e expressá-las de forma saudável. As mulheres que sofrem algum tipo de violência, muitas vezes, sentem-se presas na sua própria história. Perceber o que isso significa para a mulher e o que a mesma deseja é um passo fundamental no setting terapêutico. Em muitos casos, essas vítimas apresentam problemas emocionais graves e durante a terapia as mulheres são direcionadas à busca por uma reconexão da integridade entre corpo, mente e espírito em uma vivência focada no aqui agora, podendo a partir de então ampliar a percepção como um ser dotado de potencialidades (AUGUSTIN, LUIZA WILLE; BANDEIRA, 2020).

CONCLUSÃO

Diante dos efeitos da violência doméstica analisados à luz da abordagem gestáltica, podemos dizer que é preciso reconhecer a complexidade do fenômeno e a necessidade de atenção integral à mulher vítima de violência. Esclarecer a dinâmica relacional e os mecanismos de defesa empregados pelos envolvidos é fundamental para uma intervenção efetiva dos profissionais de saúde e assistência social. Além disso, compreender a dinâmica permite ver as consequências da violência doméstica não só para as mulheres, mas também para os grupos familiares e para a sociedade como um todo. É necessária essa continuidade em investimentos das políticas públicas voltadas ao cuidado e proteção das mulheres, a fim de reduzir os índices de violência doméstica e contribuir para a construção de uma cultura de paz e respeito às diferenças.

Ao discutir os termos *Self*, evoca-se uma reflexão sobre a influência percebida do ambiente no comportamento das vítimas de violência. É a partir desta “consciência” que se abre a possibilidade do novo, de novas formas de escolher e de ser. O processo pode ser doloroso, e por isso é necessária a redução fenomenológica, que não exige respeito à escolha da mulher para poder aceitar o sofrimento sem impor meios para lidar com ele, observando o fenômeno como se fosse para ele apresentar-se. Assim, trabalhar com as emoções exige uma atitude de aceitação e disponibilidade para o trabalho experiencial (através da experimentação), permitindo uma abertura à novidade.

Em última análise, a reconstrução da autoestima de uma mulher vítima de violência realizada por meio da abordagem gestáltica, mostra-se muito eficaz e relevante. Nesse contexto, o foco está no momento presente, e as emoções e sentimentos da cliente são explorados no aqui

agora, ou seja, no exato momento da sessão. Isso permite que as vítimas de violência doméstica se sintam seguras o suficiente para compartilhar seus sentimentos, pensamentos e experiências pessoais sem julgamento. Além disso, a Gestalt terapia encoraja as clientes a se sentirem no controle de suas vidas, reconhecerem seus próprios pensamentos e sentimentos e tomarem decisões positivas. A psicoterapia baseada na Gestalt pode ajudar as vítimas de violência doméstica a desenvolver habilidades de comunicação interpessoal, identificar suas necessidades e sentimentos e tomar decisões mais saudáveis por meio da autoestima, gerenciamento e automonitoramento. Isso promove confiança e melhora a qualidade de vida geral.

Ao discutir sobre violência doméstica, nos referimos ao sofrimento silencioso que perpetrados diversos lares por gerações, significa ecoar a voz dessas mulheres que já se foram, mas que viveram dentro de um relacionamento sofrendo abusos caladas, com os filhos de testemunha. Muitas, sem instrução alguma, sem terem a quem recorrer e precisaram engolir o choro e mascarar a dor com um sorriso dolorido no rosto, para manter a imagem de um bom esposo e “pai de família”, é desmistificar o ditado popular “que em briga de mulher, ninguém mete a colher” e trazer a reflexão sobre o verdadeiro significado de resistência e resiliência. Resistência das que conseguiram sobreviver há um relacionamento abusivo, mesmo em muitos casos, após uma tentativa de feminicídio. Resiliência das que ressignificaram sua existência, entenderam o potencial humano que são e mesmo com marcas profundas ou até mesmo na própria pele, reescreveram sua história e hoje são livres.

O presente estudo foi feito a partir de uma revisão sobre Gestalt terapia e violência doméstica e por meio de outros trabalhos que renderam contribuições sobre o tema. Os artigos dis-

cutidos foram os que trouxeram mais relevância nas publicações dos autores sobre a temática. Para ampliar ainda mais essa discussão, são necessários estudos exploratórios com mulheres em situação de violência psicológica, agressores, profissionais envolvidos no apoio a essas

mulheres, entre outros. Dessa forma, é possível ampliar os conceitos iniciais discutidos neste artigo e enriquecer a teoria. Daí a importância de haver mais estudos sobre esse tema e incluí-los na formação de profissionais que enfrentarão tais demandas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIM, M. B. O fundo estético da Gestalt-Terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 13, (1), p. 24, 2007. DOI: <https://doi.org/10.18065/2020v26ne.9>.

AUGUSTIN, L. W.; BANDEIRA, C. C. DE A. Postura e Intervenções do Gestalt- Terapeuta frente à Violência Psicológica contra a Mulher por Parceiro Íntimo. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 26, (2), p. 20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18065/2020v26ne.9>.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Artigos do Dôssie Soc. Estado*, v. 29, (2), 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>.

BRASIL. Lei nº. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2006. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf>. Acesso em: 02/02/2025.

FRAZÃO, L. M., & FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). *Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas*. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

FRAZÃO, L. M. *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus, 2013.

JONG, L.C.; SANDALA, M.L.A.; TANAKA, A.C. D'A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 4, p. 12, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000400018>.

JULIANO, J. C. *A arte de restaurar histórias*. São Paulo: Summus, 1999.

KRUG, E. G. *et al.* Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 380.

LERNER, G. *História da opressão das mulheres pelos homens*. São Paulo: Cultrix, 2019.

PERLS, F. *Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata do lixo*. São Paulo: Summus, 1969/1979.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. (1951). *Gestalt-Terapia*. Trad. Fernando Rosa Ribeiro. São Paulo: Summus, 1997.

YONTEF, G.M. *Processo, diálogo e awareness*. Tradução de Eli Stern. São Paulo: Summus, 1998.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 11

BURNOUT E EXAUSTÃO EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

VITOR MONTEIRO COSTA SBAMPATO RESENDE¹
AUGUSTO NEVES SBAMPATO¹
LAYZA LOPES DA SILVA²
MAIZA SILVEIRA³

¹Discente – Medicina pela Universidade Presidente Tancredo de Almeida Neves.

²Discente – Medicina pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

³Orientadora – Médica pela Universidade Presidente Tancredo de Almeida Neves.

Palavras-Chave: Transtornos Mentais Ocupacionais; Síndrome de Burnout; Saúde.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, os profissionais da saúde têm enfrentado rotinas de trabalho intensas, aumentando progressivamente seus desafios. Esses indivíduos atuam em contextos voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde populacional, entretanto, fatores como cargas horárias expressivas, alta demanda emocional e pressão constante estão inseridos entre os resultados. Além disso, o desgaste físico e mental também é contribuído pela exposição contínua ao sofrimento humano, à dor, à morte e à precariedade dos ambientes de trabalho. Os componentes desse cenário favorecem a susceptibilidade em desenvolver transtornos psíquicos e emocionais por parte dos profissionais, tendo como exemplo relevante a síndrome de *Burnout*. No contexto da pandemia por COVID-19, constata-se a intensificação da sobrecarga física e mental, revelando uma maior vulnerabilidade desses profissionais frente ao adoecimento (COLICHI *et al.*, 2023).

A síndrome de *Burnout* é definida como um transtorno emocional caracterizado por estados de esgotamento físico e emocional, condição frequentemente associada à perda de interesse e satisfação pelo trabalho. Conforme as normas estabelecidas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a respectiva síndrome é resultante do estresse crônico no local de trabalho, sendo manifestada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. Como um de seus componentes principais, encontra-se a exaustão emocional, determinada pela sensação intensa de esgotamento e fadiga, resultando no comprometimento do desempenho e na motivação do trabalhador. Portanto, há repercussões negativas na qualidade de vida do profissional, podendo ocasionar o afastamento laboral, uso de psicotrópicos e o

desenvolvimento de transtornos depressivos (ALVES *et al.*, 2025).

A associação entre *Burnout* e profissionais da saúde, assim como sua elevada prevalência, vêm sendo evidenciada por distintos estudos, como o exposto por Grunewald (2024). Estima-se que a incidência global da respectiva síndrome entre médicos pode ultrapassar índices de 50%, enquanto profissionais de enfermagem também são contribuintes com números alarmantes, principalmente em cenários de urgência e terapia intensiva. Em contexto nacional, indica-se que cerca de 30% dos profissionais inseridos na atenção primária relataram sintomas compatíveis com a síndrome, como apresentado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fio-cruz). Dessarte, impactos negativos são observados na saúde do trabalhador, na qualidade da assistência oferecida e na segurança dos pacientes. Como contribuintes para a permanência do ciclo de adoecimento, são indicados a cronicidade do estresse ocupacional e a ausência de intervenções eficazes, comprometendo a sustentabilidade do sistema de saúde (COSTA *et al.*, 2025).

Apesar da crescente visibilidade da condição nos últimos anos, principalmente no período peri e pós-pandemia de COVID-19, a negligência em relação à saúde mental dos profissionais de saúde ainda é observada. A ausência de suporte institucional e o estigma presente entre os transtornos mentais contribuem para o agravamento do quadro, tornando necessário o desenvolvimento de estratégias direcionadas ao acolhimento e promoção do bem-estar no ambiente laboral. Evidencia-se que investimentos na saúde mental dos colaboradores também auxiliam no aprimoramento da qualidade do cuidado prestado, tornando-os mais aptos a exercerem suas atividades com empatia, eficiência e segurança (ALVES *et al.*, 2025).

Portanto, a escolha do tema é justificada pela necessidade em aprofundar o debate acerca da saúde mental dos trabalhadores da saúde, principalmente em relação à síndrome de *Burnout* e à exaustão emocional. Considerando os impactos multifatoriais que abrangem a problemática, torna-se essencial a compreensão dos fatores de risco, das consequências e de possíveis intervenções que podem ser realizadas para a melhoria das condições de trabalho, além do fortalecimento da saúde psíquica dos profissionais da saúde. Dessa maneira, a reflexão crítica e assertiva sobre o fenômeno pode propiciar mudanças estruturais no cuidado à saúde e, ao reconhecer a centralidade do profissional no sistema de saúde, a construção de políticas públicas mais eficazes é possibilitada.

Diante do exposto, o objetivo do trabalho é revisar a literatura disponível na atualidade sobre o *Burnout* e a exaustão emocional em profissionais da saúde, permitindo a reunião de dados relevantes sobre seus fatores de risco, manifestações clínicas, complicações associadas, estratégias de prevenção e manejo. Logo, a proposta visa contribuir para o reconhecimento da síndrome como problema de saúde pública, auxiliando no desenvolvimento de práticas humanizadas.

MÉTODO

O presente estudo é caracterizado como uma revisão de literatura narrativa, apresentando abordagem qualitativa, que tem o objetivo de reunir e analisar publicações científicas atuais e relevantes acerca da síndrome de *Burnout* e da exaustão emocional em profissionais da saúde. Portanto, essa modalidade de estudo permite uma compreensão ampla e crítica da temática, sendo realizada a partir da síntese de diferentes estudos e perspectivas teóricas, dispensando a utilização de um protocolo sistemático.

O desenvolvimento da pesquisa, correspondente a busca, seleção e análise do material bibliográfico, além da síntese e escrita, ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2025. Ademais, todo o processo foi realizado remotamente, utilizando bases de dados eletrônicas de acesso público e acadêmico. Entre as estratégias de busca, foram manuseados os indexadores SciELO, MEDLINE e LILACS, através de pesquisas dos descritores “síndrome de *Burnout*”, “exaustão emocional”, “profissionais da saúde”, “transtornos mentais ocupacionais” e “saúde do trabalhador”, combinados com os operadores booleanos “and” e “or” para garantir uma maior abrangência nas buscas.

Os critérios de inclusão englobam artigos disponíveis na íntegra, publicados entre 2020 e 2025, nos idiomas inglês, português ou espanhol, que abordassem diretamente a temática sobre síndrome de *Burnout* e exaustão emocional em profissionais da saúde. Foram excluídos da seleção artigos duplicados, estudos com foco exclusivo em populações não relacionadas à área da saúde, e trabalhos com ausência de rigor metodológico.

O processo de seleção dos dados incluiu a análise dos títulos e resumos, seguida da leitura completa dos artigos considerados relevantes. A verificação foi realizada de maneira descritiva e interpretativa, objetivando a identificação dos pontos de convergência e divergências entre as referências, a prevalência, causas e manejo do *Burnout* entre os profissionais da saúde.

Por tratar-se de uma pesquisa baseada em fontes secundárias, sem envolvimento direto com seres humanos ou coleta primária de dados, esse estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, foram respeitados os princípios éticos da integridade científica, garantindo o

uso responsável da literatura consultada e citação das fontes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia, fatores de risco e epidemiologia

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a síndrome de *Burnout* como um fenômeno ocupacional decorrente do estresse crônico presente no local de trabalho, em que não foi gerenciado de maneira adequada. A CID-11 descreve a condição sob o código QD85, destacando três eixos principais presentes em sua abrangência: exaustão, distanciamento mental em relação ao trabalho e redução da eficácia profissional. Os respectivos aspectos estão relacionados às condições laborais e são considerados como síndromes ocupacionais, e não como transtornos mentais. A etiologia é multifatorial, englobando fatores internos, como baixa autoestima, perfeccionismo, traços de personalidade ansiosa ou obsessiva e histórico prévio de transtornos mentais; e fatores externos, que incluem a sobrecarga de trabalho, metas excessivas, ambiente precário, remuneração inadequada e escassez de recursos (DAMACENO *et al.*, 2024).

Ao considerar profissionais da saúde com atuação em ambientes hospitalares, principalmente em setores de alta complexidade, os fatores de risco mais comuns englobam a elevada pressão por resultados, exposição contínua ao sofrimento do paciente, privação de sono e sensação de impotência em relação às limitações do sistema de saúde. Além disso, o desenvolvimento de *Burnout* é contribuído pela relação entre expectativas irreais e a realidade do exercício profissional. Demais agravantes descritas são jornadas excessivas de trabalho, vínculos empregatícios múltiplos e a escassez de apoio emocional ou institucional. Como componentes do grupo de maior vulnerabilidade, encontram-

se profissionais recém-formados ou residentes, visto que ainda não possuem habilidades desenvolvidas para lidar com o estresse e/ou vínculos interpessoais (BARBOSA *et al.*, 2024).

No Brasil, observa-se prevalência crescente da síndrome de *Burnout* entre profissionais da saúde, principalmente após a pandemia de COVID-19. Estima-se uma variação de prevalência entre 21% e 60%, dependendo do ambiente de trabalho e da categoria profissional. Entre os profissionais mais acometidos, médicos e enfermeiros colaboram com taxas mais elevadas, principalmente aqueles que atuaram na linha de frente no enfrentamento da crise sanitária. Além disso, identifica-se níveis elevados de despersonalização (67,3%) e redução da realização profissional (51,8%) entre enfermeiros que atuam em alas oncológicas. Portanto, evidencia-se o impacto relevante do ambiente de trabalho sobre a saúde mental dos profissionais (LEITE *et al.*, 2025).

Em relação às demais variáveis epidemiológicas, destaca-se que a síndrome acomete principalmente indivíduos do sexo feminino (71% dos casos) e adultos pertencentes a faixa etária entre 35 a 49 anos (cerca de 55%). Esse predomínio pode estar associado a diversos fatores, como acúmulo de funções profissionais e familiares, além de condições de trabalho menos favoráveis enfrentadas por mulheres na saúde. Considerando o âmbito nacional, evidencia-se que a maior parte das notificações estão concentradas no sudeste brasileiro, principalmente no estado de São Paulo. Outrossim, médicos e enfermeiros são responsáveis pela maior parte dos casos, mas fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais também apresentam índices importantes. Logo, destaca-se que a síndrome de *Burnout* está associada a consequências consideráveis, como afastamento laboral, redução da produtividade, rotatividade profissional ele-

vada e maiores taxas de suicídio (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Manifestações clínicas e diagnóstico

As manifestações clínicas da síndrome de *Burnout* são complexas e causam impactos físicos e emocionais no indivíduo acometido. Como sintoma mais predominante, obtêm-se a exaustão emocional, que é marcada por cansaço persistente e dificuldade de concentração, acontecendo mesmo após períodos de descanso. Os pacientes acometidos geralmente apresentam irritabilidade, desmotivação, distúrbios do sono, cefaléia, palpitações e alterações gastrointestinais. Em relação às alterações comportamentais, é observado distanciamento progressivo do trabalho e de colegas, acarretando despersonalização e atitudes impessoais. Com a evolução da síndrome, pode haver comprometimento da autoestima, sensação de ineficácia e fracasso pessoal, sendo considerados fatores agravantes do quadro clínico (CONTRERAS *et al.*, 2024).

Para o estabelecimento do diagnóstico, é necessário a presença simultânea de três critérios clínicos, conforme estabelecido pela CID-11: sensação de esgotamento ou exaustão da energia, aumento do distanciamento mental ou sentimentos negativos em relação ao trabalho, e redução da eficácia profissional. Ressalta-se ainda que esses sintomas devem estar relacionados ao contexto ocupacional, não podendo ser justificados por outros transtornos psiquiátricos. Além disso, a CID-11 diferencia o *Burnout* do transtorno depressivo maior, embora a coexistência de ambos seja possível. Assim, o diagnóstico deve ser realizado por profissionais capacitados, tendo como base uma anamnese detalhada, exclusão de outras condições clínicas ou psiquiátricas e aplicação de escalas específicas, se necessário (GARCIA *et al.*, 2024).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) não reconhece a síndrome de *Burnout* como transtorno psiquiátrico, mas seus sintomas podem ser encaixados na categoria de alguns transtornos, como os relacionados ao estresse ou ansiosos. Entretanto, a ausência dos critérios diagnósticos no manual destaca a importância da utilização da CID-11 como referência para diagnóstico e conduta. Nesse contexto, torna-se fundamental que o diagnóstico seja acompanhado por uma avaliação do ambiente de trabalho e do histórico profissional do indivíduo. Ademais, a identificação precoce é considerada como medida essencial para reduzir os impactos na saúde mental (GARCIA *et al.*, 2024).

Tratamento e complicações associadas

Para o tratamento da condição, torna-se necessário uma abordagem multidisciplinar e individualizada, de modo a considerar a gravidade dos sintomas e as condições psicossociais do paciente. A psicoterapia é um dos componentes terapêuticos, especialmente em sua abordagem de terapia cognitivo comportamental (TCC), sendo amplamente recomendada por sua elevada eficácia em promover estratégias de enfrentamento, reestruturação cognitiva e autocuidado. Demais técnicas para o manejo do estresse também apresentam benefícios, como a meditação e abordagens de *mindfulness*. Para casos moderados a graves, a combinação de terapia medicamentosa e não medicamentosa pode ser necessária, principalmente na coexistência de comorbidades como depressão ou ansiedade. Além disso, o apoio familiar e social é indispensável para a reabilitação do indivíduo (BARBOSA *et al.*, 2024).

Outrossim, é necessário a realização de intervenções no ambiente de trabalho. Algumas medidas incluem a redistribuição de tarefas, flexibilização de horários, valorização profissio-

nal e a promoção de um clima organizacional saudável. A implementação de programas de apoio psicossocial e grupos terapêuticos para os colaboradores de instituições também pode ser realizada, apresentando resultados positivos na redução da incidência de *Burnout*. Quando necessário, o retorno gradual ao trabalho deve ser orientado por equipes multiprofissionais e alinhado às capacidades do colaborador (GRU-NEWALD, 2024).

Em relação às complicações decorrentes do *Burnout*, as mesmas podem ser severas e de longo prazo quando não tratadas de maneira adequada. As complicações mais comuns incluem o transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e abuso de substâncias. Quanto ao ponto de vista funcional, o desempenho profissional pode ser comprometido, além de quebra de vínculos empregatícios e incapacidade laboral temporária ou permanente. Entre as repercussões em casos extremos, podem ocorrer ideação suicida, tentativa ou consumação de suicídio. Por isso, o tratamento deve manejar os sintomas imediatos e incluir estratégias a longo prazo (COLICHI *et al.*, 2023).

Prevenção

Para a prevenção da condição, torna-se necessário a realização integrada de ações individuais e institucionais. Em relação ao nível organizacional, é fundamental a promoção de um ambiente de trabalho saudável, com carga horária adequada, intervalos regulares, boa comunicação entre equipes, reconhecimento profissional e incentivo ao equilíbrio entre vida pessoal e trabalho. Além disso, devem haver treinamentos direcionados aos líderes das instituições, objetivando a identificação de sinais precoces de esgotamento e o oferecimento de suporte emocional aos colaboradores. Como demais ações que podem reduzir o risco de adoecimento, en-

contram-se os programas de promoção à saúde mental, como acompanhamento psicológico preventivo e oficinas de autocuidado (LEITE *et al.*, 2025).

Os aspectos preventivos individuais incluem a construção de hábitos saudáveis e a capacidade de autoconhecimento. Algumas estratégias consideradas são a prática regular de atividade física, alimentação equilibrada, sono adequado, busca por equilíbrio emocional e fortalecimento de redes de apoio. Outrossim, contribuições também são observadas diante da capacitação dos profissionais para desenvolverem inteligência emocional, propiciando uma maior resistência aos estressores do ambiente de trabalho. Em síntese, o reconhecimento dos próprios limites e a busca de ajuda quando necessário são fundamentais no meio preventivo (ALVES *et al.*, 2025).

CONCLUSÃO

A síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde representa uma importante questão de saúde pública, com alta prevalência no sexo feminino, em adultos em idade reprodutiva e entre profissionais que atuam na linha de frente hospitalar. Vários fatores envolvem sua etiologia, podendo ser individuais e organizacionais, agravado por jornadas extensas, sobrecarga emocional e serviços precários. Além disso, o diagnóstico é guiado pelos critérios da CID-11, sendo necessário a exclusão de transtornos psiquiátricos coexistentes. Por fim, quando não tratado, consequências graves podem ser encontradas, como o desenvolvimento de transtornos mentais, afastamentos laborais prolongados e ideação suicida.

Apesar das evidências dos dados apresentados, limitações relevantes ainda estão inseridas no tema, como a subnotificação de casos e escassez de pesquisas longitudinais sobre o contexto brasileiro. Ademais, a ausência de consen-

so sobre instrumentos diagnósticos dificulta a comparação entre os estudos e compromete a mensuração do real contexto da condição. Entretanto, contribuições significativas para o meio científico são encontradas através desse estu-

do, que permite a disponibilização de informações epidemiológicas, discussão de critérios diagnósticos e auxílio na implementação de políticas institucionais direcionadas à proteção da saúde mental dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R.M. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais da atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 13, p. 1-9, 2025. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v13i1.5670.p1-9.2025.
- BARBOSA, M.L.L. *et al.* Carga de trabalho, cansaço e impotência entre profissionais de enfermagem no enfrentamento da COVID-19. *Journal of Nursing and Health*, v. 14, p. e1424370-e1424370, 2024. DOI: 10.15210/jonah.v14i1.24370.
- COLICHI, R.M.B. *et al.* Burnout, COVID-19, apoio social e insegurança alimentar em trabalhadores da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, p. eAPE00393, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO003933>.
- CONTRERAS, M.P. *et al.* Prevalencia de burnout e sua associação com fatores demográficos e laborais entre trabalhadores da saúde durante a pandemia de COVID-19 na Província de Osorno, Sul do Chile. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 32, p. e3872, 2024. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAO398738723%20.
- COSTA, A.F.A. *et al.* Ambiente de prática de enfermagem, clima de segurança e burnout em unidades de tratamento antineoplásico. *Revista Rene*, v. 26, p. 394, 2025. DOI: 10.15253/2175-6783.20252694207.
- DAMACENO, R.C. *et al.* Aspectos da saúde geral, mental e auditiva entre membros da equipe de enfermagem de um hospital público acometidos pela Covid-19. *Revista CEFAC*, v. 27, p. e2124, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20252712124>.
- GARCIA, A.J. *et al.* Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem Oncológica: Estudo Transversal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 70, p. e-224983, 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4983.
- GRUNEWALD, S.T.F. Enfrentamento do Burnout em preceptores e residentes de medicina: explorando estratégias. *Espaço para a Saúde*, v. 25, p. 64-72, 2024. DOI: 10.22421/1517-7130/es.2024v25.e996.
- LEITE, M.Z. *et al.* Burnout na Enfermagem: fatores de risco, impactos e estratégias de enfrentamento. *Nursing Edição Brasileira*, v. 29, p. 10461-10468, 2025. DOI: 10.36489/nursing.2025v29i320p10461-10468.
- OLIVEIRA, M.M.L.S. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira De Enfermagem*, v. 77, p. e20230461, 2024. DOI: 10.12957/reuerj.2022.70594.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 12

NEUROARQUITETURA EM AMBIENTES INFANTIS

RAFAELA CAETANO FERRAZ¹
LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²

¹Arquiteta especialista em Design de Interiores; pós-graduanda em Neuroarquitetura.

²Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Docente na Faculdade Inspirar no curso de pós-graduação em Centro Cirúrgico; Docente na Faculdade Herrero no Curso de Bacharel em Enfermagem; Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur. Graduanda em Psicologia na Faculdade Inspirar.

Palavras-Chave: Neuroarquitetura; Psicologia Ambiental; Quarto Infantil.

INTRODUÇÃO

A disposição estrutural, bem como a decoração dos ambientes, pode interferir na funcionalidade, segurança, saúde física e mental das pessoas que ali permanecem ou transitam. Esses aspectos influenciam diretamente a percepção humana, pois o ambiente afeta o comportamento — e o inverso também pode ocorrer. Neste sentido, a psicologia ambiental analisa como o comportamento das pessoas pode interferir no ambiente que frequentam e de que maneira os aspectos sociais e físicos podem influenciar no comportamento humano. Considera-se, ainda, que cada pessoa tem sua própria maneira de enxergar, sentir e se relacionar com o ambiente (SOUZA & LEITE, 2021).

Nesse contexto, a combinação dos campos da Neurociência e da Arquitetura busca projetar ambientes funcionais, acolhedores e que impactem positivamente sobre o comportamento e o bem-estar das pessoas. Dessa junção, surge a Neuroarquitetura, área que analisa o ambiente a ser construído ou reformado a partir de aspectos neurais. Desde a disposição de janelas, o tipo de iluminação, a escolha das cores até a instalação de espaços verdes, cada detalhe é considerado. O termo Neuroarquitetura surgiu em San Diego, na Califórnia, em 2003, com a criação da *Academy of Neuroscience for Architecture* (ANFA). O objetivo foi o de promover e ampliar os conhecimentos da Neurociência para compreensão as respostas humanas diante dos ambientes. A partir desse marco, a área passou a ser difundida mundialmente nas escolas de Arquitetura (ALVES & CELASCHI, 2024).

De acordo com a Cartilha de Acolhimento da Política Nacional de Humanização do SUS de 2003, o conceito de ambiência tem como parâmetro o conforto do espaço, respeitando a privacidade e a individualidade dos indivíduos. Também se dá atenção aos elementos que com-

põem o ambiente e que interagem com as pessoas no contexto de atendimento em saúde. Tomando como base as diretrizes da Cartilha, é notória a importância atribuída às cores dentro dos espaços. De modo que, quando os ambientes deixam de ser monocromáticos tendem a melhorar significativamente o estado geral de quem frequenta o espaço. Outro aspecto de destaque é a importância da privacidade, que promove a sensação de proteção e liberdade para a interação no ambiente (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

Percebe-se que os espaços têm significativa influência sobre o comportamento dos adultos e, portanto, com as crianças não poderia ser diferente. É sabido que a arquitetura provoca sensações e sentimentos que significam muito mais do que um mero espaço físico. Neste sentido, torna-se fundamental estabelecer formas de comunicação entre a estrutura arquitetônica e o aspecto psicológico do público, especialmente o infantil. Assim, cada vez mais se faz necessária a criação de projetos qualificados, que considerem essas questões. Afinal, parte da vida infantil transcorre em ambientes que estão diretamente relacionados à influência exercida sobre a percepção da criança. Como são naturalmente curiosas e observadoras, é essencial que o arquiteto esteja atento ao projetar espaços que contemplem o “ser criança” e respeitem as necessidades do processo de desenvolvimento (NIEHUES & SOUZA, 2015).

Ao analisar a rotina diária de crianças com seus pais ou cuidadores, percebe-se que alguns aspectos se mostram fundamentais: praticidade no desempenho dos cuidados (banho, troca de fralda, aleitamento), segurança ao expor a criança aos estímulos (brinquedos, objetos, mobílias), escolha dos materiais (tintas, cortinas, tapetes, luminárias) e definição do local destinado ao sono. E, geral, os pais planejam o enxoval, o tema e os objetos decorativos do quarto

da criança. Contudo, é preciso atentar para não sobrecarregar o ambiente com estímulos excessivos, como cores fortes e vibrantes, materiais potencialmente alérgenos, mobílias e objetos que não cumpram com as recomendações de segurança para a faixa etária.

A qualidade do sono e o uso adequado de estímulos sensoriais contidos nos quartos infantis reforçam a importância de humanizar e adequar elementos que valorizem as áreas cerebrais envolvidas quando se tem contato com o ambiente. Segundo Wichinoski *et al.*, (2022), a memória visual está ligada ao uso das cores e, considerando o tempo de permanência em um determinado ambiente, recomenda-se que a combinação dos estímulos proporcione conforto, estímulos adequados, segurança e bem-estar.

Nessa esfera de ambientes voltados ao público infantil, a neuroarquitetura pode contribuir para a criação de quartos seguros, bonitos e com o estímulo adequado. Partindo da hipótese de que ambientes projetados com o uso de estímulos adequados podem contribuir com o aprendizado, a expressão de emoções e a adaptação da criança ao meio externo.

Essa pesquisa justifica-se pelo fato de que as crianças passam um tempo significativo nesses ambientes. Assim, o correto aproveitamento dos espaços, o conhecimento acerca de materiais e objetos mais seguros e que garantam o estímulo correto são fatores relevantes ao realizar um projeto.

Diante do exposto, o objetivo geral desse estudo foi o de identificar as contribuições da neuroarquitetura na criação de projetos de quartos infantis. Como objetivo específico, compreender de que forma os projetos arquitetônicos e *design* de interiores influenciam o comportamento e no desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

REFERENCIAL TEÓRICO

Princípios da Neuroarquitetura

A neuroarquitetura tem como objetivo criar espaços físicos que promovam bem-estar físico, cognitivo e emocional. Suas ações baseiam-se em alguns elementos que refletem em como a pessoa percebe e reage frente aos estímulos do ambiente. Dentre esses aspectos estão: a biofilia (conexão com a natureza); a organização espacial (orientação, privacidade e segurança); a estimulação sensorial e cognitiva, realizada de forma equilibrada e adequada à fase evolutiva da criança; e a identidade cultural. Quando considerados em conjuntos, esses elementos permitem a criação de ambientes saudáveis, seguros, funcionais e acolhedores (SOBRAL & RANGEL, 2021).

Segundo Sartori (2024), em um projeto de quarto para um adolescente autista foram aplicados os princípios da neuroarquitetura a fim de atender necessidades sensoriais específicas. A arquiteta utilizou materiais naturais, biofilia e formas orgânicas inspiradas na natureza (linhas curvas, suaves, irregulares e assimétricas). Esses detalhes criaram um ambiente aconchegante, relaxante e emocionalmente seguro, especialmente para quem tem transtorno do espectro autista, por minimizar estímulos visuais estressores. Além disso, estudos indicam que ambientes que promovem a regulação emocional, por meio do controle de estímulos sensoriais e do uso equilibrado de cores, iluminação e texturas, favorecem o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças (SANTOS & SILVA, 2020; LIMA & ALMEIDA, 2019).

A iluminação natural também é um dos principais elementos que influenciam o bem-estar e o desenvolvimento infantil, uma vez que regula os ritmos circadianos e estimula a produção de vitamina D, essencial para o crescimento

ósseo e para o funcionamento cerebral. Já a iluminação artificial deve ser cuidadosamente planejada para evitar estímulos excessivos que possam gerar desconforto e dificultar a concentração (PEREIRA & ALMEIDA, 2020). O equilíbrio luz natural e a artificial contribui para a criação de ambientes que favorecem o aprendizado, a concentração e a saúde mental das crianças.

Outro fator importante é a acústica, que requer atenção especial na criação de um ambiente propício ao estudo. Ambientes com ruídos constantes podem prejudicar tanto a concentração quanto o desempenho escolar das crianças. Pesquisas apontam que a implementação de soluções acústicas adequadas, como o uso de materiais que absorvem o som e o planejamento de espaços que minimizem a reverberação, contribui para ambientes mais propício ao aprendizado (SOUZA & SILVA, 2022).

A possibilidade de reconfiguração dos espaços, por meio de mobiliário modular, também é um aspecto relevante. Essa flexibilidade oferece às crianças a oportunidade de escolher onde e como desejam aprender, o que pode aumentar o engajamento e a motivação para um aprendizado mais ativo e personalizado (ALVES & PEREIRA, 2024).

Além, disso, a presença de elementos naturais, como plantas e materiais orgânicos, têm sido associada à redução do estresse e à melhoria do bem-estar emocional. A integração da natureza, seja por meio de jardins internos ou pelo uso de materiais naturais na construção, torna os ambientes mais acolhedores e estimulantes para as crianças (GOMES & LIMA, 2020).

Por fim, a identidade cultural deve ser considerada no planejamento dos espaços, pois promovem um senso de pertencimento e valorização da diversidade. A incorporação de elementos culturais no *design* arquitetônico fortalece a autoestima das crianças e enriquecer o

processo de aprendizagem (MARTINS & SOUZA, 2021).

A importância do brincar no quarto infantil

O brincar é uma atividade essencial para o desenvolvimento infantil, sendo reconhecido como um direito da criança e um instrumento de construção do conhecimento, da socialização e da regulação emocional. No contexto da neuroarquitetura, considerar o ato de brincar como elemento central do quarto infantil é fundamental para projetar ambientes que favoreçam o desenvolvimento cognitivo, emocional, motor e social.

De acordo com o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil, “o brincar deve ser considerado um eixo estruturante das práticas pedagógicas na Educação Infantil, sendo uma atividade fundamental para o desenvolvimento das crianças” (BRASIL, 1998). Ao adaptar esse entendimento para o ambiente doméstico, percebe-se que o quarto infantil precisa ir além da função de repouso e conter áreas organizadas para o brincar simbólico, exploratório e sensorial.

Reis *et al.* (2019), ao analisarem contextos físicos de escolas infantis, constataram que “ambientes mais amplos e organizados promovem maior liberdade de movimento e diversidade nas brincadeiras”, enquanto espaços restritos tendem a limitar a iniciativa da criança e favorecer atividades dirigidas. Essa constatação reforça a necessidade de planejar quartos infantis com áreas livres, mobiliário adaptável e estímulos variados, que encorajem a criança à autonomia, à criação e à interação com o meio.

A presença de brinquedos acessíveis, cantinhos temáticos (como cabanas, áreas de leitura ou ateliês de arte), bem como o uso de cores estimulantes e texturas variadas, amplia o potencial educativo do espaço. Segundo Brito *et al.* (2020), o brincar livre permite que a criança

“elabore seus sentimentos, experimente papéis sociais, resolva conflitos internos e desenvolva sua criatividade e inteligência emocional”.

Além disso, o brincar no quarto pode representar uma oportunidade de construção de vínculo entre a criança e seus cuidadores, promovendo trocas afetivas importantes e criando um ambiente emocionalmente seguro. Reis e Souza (2020) afirmam que “o brincar aproxima a criança de seus cuidadores e do mundo, sendo uma forma de expressão e comunicação potente”.

Em vista disso, dentro da perspectiva da neuroarquitetura, o quarto infantil deve ser pensado como um ambiente multifuncional, que favoreça tanto o descanso quanto a brincadeira ativa e significativa. Isso implica em considerar a disposição do mobiliário, a escolha de cores, a organização dos brinquedos, a presença de luz natural e a criação de espaços acessíveis à criança. Um ambiente planejado para o brincar fortalece o processo de desenvolvimento integral e atua como um fator de promoção da saúde física, cognitiva e emocional.

A importância de um quarto infantil adaptado às necessidades da criança

A criação de um quarto infantil adaptado envolve mais do que estética. Trata-se de considerar a ergonomia, a segurança, os estímulos sensoriais adequados e a promoção da autonomia da criança nestes espaços. Quando bem planejado, esse ambiente torna-se um recurso terapêutico, educativo e afetivo, contribuindo para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo infantil.

Segundo Martins & Casalinho (2021), ao projetar um dormitório para uma criança com síndrome de Down, observou-se a necessidade de um espaço multifuncional que atendesse às demandas de descanso, brincadeira e aprendizado. O ambiente foi adaptado com mobiliário de cantos arredondados, objetos posicionados

na altura da criança e livre circulação, o que proporcionou autonomia e segurança.

A adaptação de móveis escolares e residenciais para crianças com paralisia cerebral também é destacada por Araújo *et al.* (2025), que afirmam que “o mobiliário adequado melhora a postura, previne acidentes e permite maior participação nas atividades diárias” (p. 7). Para esses autores, a ergonomia aplicada aos ambientes infantis facilita as rotinas cotidianas e amplia as possibilidades de desenvolvimento motor e social.

De acordo com Alves (2021), grande parte dos lares brasileiros apresenta inadequações ergonômicas para o público infantil. Móveis em escala adulta, excesso de obstáculos e superfícies escorregadias são problemas comuns. O autor reforça que camas baixas, mesas com altura ajustável e apoios para pés são estratégias eficazes para promover bem-estar e autonomia às crianças em casa.

Dessa forma, projetar quartos infantis adaptados não é apenas uma escolha técnica, mas um ato de respeito ao desenvolvimento e à dignidade da criança. Incorporar os princípios da neuroarquitetura e da ergonomia infantil fortalece a atuação do arquiteto como agente de transformação social e promotora de saúde e bem-estar.

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa com análise descritiva, realizado no período de fevereiro a julho de 2025. A busca por referenciais teóricos ocorreu nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brasil), por meio das palavras-chave: Neuroarquitetura; Psicologia ambiental; Quarto infantil.

Para o desenvolvimento deste estudo, identificou-se a problemática com a elaboração da

questão norteadora. Após a determinação das palavras-chave e dos critérios de seleção, procedeu-se a coleta dos dados, seguida da análise e discussão dos resultados (SOUZA *et al.*, 2010).

Os critérios de seleção foram: produções no idioma português, publicados no período de 2010 a 2025 sobre a neuroarquitetura em projetos de espaços infantis, com foco em quartos, e sua relação com o comportamento e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Os critérios de exclusão foram: textos que não abordavam a temática proposta, escritos em outro idioma, incompletos ou em duplicidade.

A partir dessa busca, foram encontrados 857 estudos, que passaram por uma pré-seleção a partir da leitura dos títulos com maior proximidade à temática proposta. Em seguida, os textos pré-selecionados tiveram seus resumos lidos e, ao cumprirem os critérios de seleção, foram submetidos a uma leitura aprofundada, totalizando sete artigos.

Os dados foram extraídos e alocados em um quadro, e as evidências agrupadas por semelhança de conteúdo, dando origem às **Tabelas 12.1 e 12.2**. Os resultados foram tratados e apresentados de forma hierarquizada, da maior para a menor frequência que emergiram nos textos analisados.

Por fim, os resultados foram discutidos com base nas tabelas criadas de acordo com os objetivos deste estudo, intitulados: “Influência dos projetos arquitetônicos e *designers* de interiores sobre o comportamento e desenvolvimento neuropsicomotor infantil” e “Contribuições da neuroarquitetura na criação de projetos de quartos infantis”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados nos **Quadros 12.1 e 12.2**, de forma hierarquizada da maior para a menor frequência com que surgiram nos estudos analisados.

Quadro 12.1 Influência dos projetos arquitetônicos e *designers* de interiores sobre o comportamento e desenvolvimento neuropsicomotor infantil

Impacta na relação do indivíduo com o espaço e na expressão de emoções e comportamentos F 5 RAMOS, 2023; CORRÊA <i>et al.</i> , 2020; MARSIGLIA, 2017; MENEZES, 2017; ASBAHR; SOUZA, 2014
Interfere no modo de viver e sentir o ambiente contribuindo para o desenvolvimento equilibrado F 4 RAMOS, 2023; CORRÊA, <i>et al.</i> , 2020; MARSIGLIA, 2017; ASBAHR; SOUA, 2014.
Aspectos físicos, sensoriais e perceptivos do ambiente podem evitar condições inseguras ou que possam desencadear crises emocionais F 2 RAMOS, 2023; ASBAHR; SOUZA, 2014
Relação do ambiente no comportamento de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) F 1 RAMOS, 2023.
Cultura do quarto infantil no decorrer da história da sociedade F 1 CARVALHO, 2017

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Quadro 12.2 Contribuições da neuroarquitetura na criação de projetos de quartos infantis

Planejar ambientes que promovam o desenvolvimento físico e mental F 5 RAMOS, 2023; CORRÊA <i>et al.</i> , 2020; MARSIGLIA, 2017; MENEZES, 2017; ASBAHR; SOUZA, 2014
Criar espaços educativos e de interações entre as crianças, os adultos e os materiais F 2 MELLO; CARAMASCHI, 2010; MENEZES, 2017.
Contemplar espaços residenciais criados especialmente para as crianças F 1 CARVALHO, 2017

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Ao considerar a influência dos projetos arquitetônicos sobre o comportamento e o desenvolvimento neuropsicomotor infantil, o estudo evidenciou seu impacto na relação do indivíduo com o espaço e na forma como expressa suas emoções e se comporta (RAMOS & LOPES, 2023; CORRÊA *et al.*, 2020; MARSIGLIA, 2017; MENEZES, 2017; ASBAHR & SOUZA, 2014).

Frente a este achado, Corrêa *et al.*, (2020) destacam que ambientes projetados para crianças devem contemplar estímulos sensoriais adequados para favorecer a aprendizagem, a expressão de emoções e a adaptação ao meio externo, pois contribuem para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. Marsiglia (2017) reforça que o ambiente influencia diretamente na forma como as crianças percebem e interagem com o mundo, impactando no desenvolvimento cognitivo, motor e social. Nesse sentido, os ambientes que proporcionam segurança, conforto, estímulos sensoriais e oportunidades de exploração favorecem o desenvolvimento saudável. Essas evidências confirmam a hipótese deste estudo: ambientes projetados com o uso de estímulos adequados contribuem para o aprendizado, a expressão de emoções e a adaptação da criança ao meio externo.

O estudo apontou que projetos arquitetônicos e *design* de interiores interferem no modo de viver e sentir o ambiente, influenciando o desenvolvimento da criança (RAMOS & LOPES, 2023; CORRÊA *et al.*, 2020; MARSIGLIA 2017; ASBAHR & SOUZA, 2014). De acordo com Menezes (2017), quando um espaço infantil está adequadamente organizado e com propostas diferenciadas, a criança tem maiores possibilidades de exploração e de autonomia. Migliani (2021) complementa afirmando que, como as crianças interagem e aprendem com os estímulos do ambiente por meio do corpo, o es-

paço pode tanto promover quanto limitar o desenvolvimento neuropsicomotor, além de influenciar a formação da personalidade.

Neste entendimento, Asbahr & Souza (2014) reforçam que, por meio da Neuroarquitetura, é possível analisar as reações humanas frente aos ambientes físicos, justamente por considerar que os ambientes integram aspectos que podem impactar no comportamento humano desde a infância. Para tal, é importante organizar espaços distintos para descanso, brincadeira e aprendizado, no intuito de promover o desenvolvimento equilibrado da criança (CORRÊA *et al.*, 2020; MARSIGLIA, 2017).

Outro aspecto evidenciado neste estudo foi que aspectos físicos, sensoriais e perceptivos que compõem o ambiente podem evitar condições inseguras e inclusive geradoras de crises emocionais (RAMOS & LOPES, 2023; ASBAHR & SOUZA, 2014). Os aspectos sensoriais na arquitetura de interiores podem influenciar no modo como as crianças interagem e se desenvolvem cognitivamente (ASBAHR & SOUZA, 2014; ZEISEL, 2006). Elementos como luz, cor, som e textura influenciam as emoções e o comportamento das crianças, refletindo em suas habilidades motoras, cognitivas e emocionais (KELLERT & CALABRESE, 2018). Quando bem planejados, esses espaços podem reduzir o estresse e melhorar a qualidade de vida (RAMOS & LOPES, 2023).

A ergonomia aplicada ao ambiente infantil tem papel fundamental na promoção do conforto, da autonomia e do desenvolvimento físico das crianças. Projetar espaços considerando as proporções corporais e as necessidades motoras específicas da infância evita a adoção de posturas inadequadas e favorece o bem-estar. Segundo Rocha (2009), crianças em ambiente doméstico frequentemente utilizam mobiliários que não respeitam suas características antropomé-

tricas, o que pode gerar desconfortos posturais e interferir no desenvolvimento osteomuscular.

Além disso, um estudo publicado na *Revisita Ação Ergonômica* constatou que poucos lares oferecem adaptações ergonômicas adequadas às crianças. A ausência de mobiliário proporcional e de superfícies seguras impacta diretamente na segurança e no conforto das atividades diárias (ALVES, 2021). Esse fator é especialmente relevante quando se trata do quarto infantil, que deve oferecer liberdade de movimento sem comprometer a integridade física.

Nesse sentido, a neuroarquitetura e a ergonomia se complementam ao propor ambientes que respeitem os aspectos sensoriais, neurológicos e biomecânicos do corpo infantil. A iluminação, as cores e os sons devem ser planejados em conjunto com a altura de bancadas, tipo de camas, apoios para pés e mãos, além da posição dos brinquedos e estantes. Para Teixeira *et al.*, (2020), mesmo em instituições de ensino infantil é comum encontrar cadeiras e mesas desproporcionais, tanto para crianças quanto para os adultos que as acompanham, o que demonstra a negligência com critérios ergonômicos básicos. Ambientes organizados de forma a promover a autonomia, com mobiliários à altura da criança e objetos ao seu alcance, estimulam a independência e o senso de pertencimento. De acordo com Alves (2021), o envolvimento da criança com o espaço físico se intensifica quando ela pode interagir com seus elementos de forma segura e espontânea.

Rocha (2009) alerta que posturas inadequadas adotadas de forma repetitiva no ambiente doméstico — como assistir televisão no sofá com o pescoço inclinado ou brincar sentado no chão com mobiliário desproporcional — podem gerar impactos significativos na estrutura musculoesquelética. Tais fatores justificam a importância de um projeto de interiores que considere a ergonomia infantil não apenas como

um diferencial estético, mas como parte essencial da saúde e do desenvolvimento da criança.

A aplicação da neuroarquitetura em ambientes infantis pode trazer diversos benefícios para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças. Entre eles, destaca-se a melhora do sono e da concentração. A presença de luzes quentes e indiretas favorecem a produção de melatonina, hormônio essencial para o sono reparador (STEVENS & ZHU, 2014). Um ambiente organizado e livre de estímulos visuais excessivos melhora a capacidade de foco e aprendizado, tornando-os mais saudáveis, acolhedores e funcionais (RANGEL *et al.*, 2024; CHAWLA, 2015).

O estudo conduzido por Ramos & Lopes (2023) constatou a influência do ambiente sobre o comportamento de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). Para os autores, compreender as principais características desse público e sua relação com o ambiente construído faz da arquitetura uma estratégia de inclusão e de apoio ao tratamento. Corroborando com o exposto, Sternberg (2010) aponta que a neuroarquitetura é um campo interdisciplinar que estuda a relação entre os ambientes construídos e as respostas emocionais, cognitivas e comportamentais das pessoas. Quando aplicada em espaços infantis, objetiva estimular a percepção e o bem-estar, favorecendo o desenvolvimento saudável das crianças.

Outro fator evidenciado neste estudo, que influencia nos projetos arquitetônicos, é a evolução da cultura do quarto infantil ao longo da história da sociedade (CARVALHO, 2019). Segundo o autor, os espaços e os objetos que compõem os ambientes têm papel fundamental na construção de significados e na configuração da vida cotidiana das pessoas.

Carvalho (2019) versa que, no período colonial até o século XIX, a arquitetura residencial raramente destinava um espaço específico

para crianças. Elas viviam com os pais ao redor e tampouco existiam quartos específicos para as crianças. Os andares mais altos da casa preservavam a intimidade da família e, sobretudo, resguardavam as mulheres e as crianças.

Atualmente, no entanto, o quarto infantil é considerado indispensável nas moradias urbanas. Essa nova forma de pensar, sentir e viver a infância no espaço doméstico é chamada de “cultura do quarto”.

Frente ao outro objetivo deste estudo — o de elencar as contribuições da neuroarquitetura na criação de projetos de quartos infantis —, encontrou-se como principal evidência a influência positiva de ambientes bem planejados no desenvolvimento físico e mental das crianças (RAMOS & LOPES, 2023; CORRÊA *et al.*, 2020; MARSIGLIA, 2017; MENEZES 2017; ASBAHR & SOUZA, 2014).

Nesse sentido, destaca-se a criação de espaços educativos e de interações entre crianças, adultos e os objetos que compõem o ambiente (MELLO; CARAMASCHI, 2010; MENEZES, 2017). Ramos & Lopes (2023) mencionam que é possível planejar espaços residenciais mais sensíveis e empáticos, contribuindo para o desenvolvimento físico e mental, especialmente de crianças com TEA.

Asbahr & Souza (2014) destacam algumas estratégias para projetar quartos infantis, como: uso de cores suaves para acalmar, valorização da iluminação natural para regular o ciclo circadiano, mobiliário adaptado ao tamanho da criança para promover autonomia e uso de materiais táteis que incentivem a exploração sensorial. Nesse sentido, a neuroarquitetura influencia diretamente no comportamento e no desenvolvimento neuropsicomotor infantil ao considerar as necessidades sensoriais e neurológicas das crianças (CORRÊA *et al.*, 2020).

Marsiglia (2017) ressalta que, no caso de ambientes para crianças, isso pode representar

uma grande influência em seu desenvolvimento, pois nessa fase o cérebro está em desenvolvimento e é altamente sensível aos estímulos externos. O uso de cores, texturas, iluminação natural, ventilação, sons e a organização do espaço são recursos que podem ser explorados para criar ambientes que estimulem positivamente as crianças. Para Menezes (2017), a ambiência pode interferir diretamente no processo educativo, possibilitando variadas interações entre crianças, adultos e materiais.

CONCLUSÃO

As evidências encontradas confirmam a hipótese deste estudo de que ambientes projetados com estímulos adequados contribuem para o aprendizado, a expressão de emoções e a adaptação da criança ao meio externo. Quando planejados com base nos princípios da neuroarquitetura, permitem a criação de espaços que favorecem o desenvolvimento neuropsicomotor, emocional e cognitivo, além de promover bem-estar aos pais e cuidadores.

Os estudos analisados evidenciam que o ambiente físico exerce influência direta sobre o comportamento humano desde os primeiros anos de vida. Assim, o uso adequado de cores, texturas, iluminação, ventilação, disposição espacial, materiais e mobiliário pode favorecer a autorregulação emocional, a coordenação motora, a autonomia e a criatividade da criança.

Ambientes infantis organizados e planejados com estratégias sensoriais equilibradas oferecem mais do que conforto estético: promovem estabilidade emocional, sono reparador, concentração e sentimento de segurança. Esses fatores são fundamentais nos primeiros anos de vida, quando o cérebro está em pleno desenvolvimento.

A neuroarquitetura também reforça a importância de considerar as rotinas familiares, os

vínculos afetivos e as práticas de cuidado desempenhadas pelos adultos nesses ambientes. Isso é especialmente relevante no quarto do bebê, que deve servir como local de descanso, amamentação, higiene, trocas afetivas e segurança.

Dessa forma, a neuroarquitetura se apresenta como uma abordagem estratégica para promover saúde, qualidade de vida e desenvolvimento integral desde a primeira infância. A compreensão de que o espaço físico é uma extensão do cuidado e do afeto transforma a forma de projetar quartos infantis, elevando a atuação

do arquiteto e do designer de interiores a um papel também educativo, preventivo e terapêutico.

Conclui-se, portanto, que investir em ambientes infantis fundamentados na neuroarquitetura é uma ação de cuidado em saúde que ultrapassa a estética e se conecta às necessidades profundas do ser humano em desenvolvimento. Essa abordagem amplia o olhar técnico, promove a humanização do espaço e contribui para o bem-estar físico, emocional e mental da criança e de todos que compartilham do ambiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, G. R. G. Análise ergonômica da residência sob a ótica da criança. *Revista Ação Ergonômica*, v. 15, n. 1, p. e202107, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/rae.v15e202107>
- ALVES, L. S.; CELASCHI, C. M. Neuroarquitetura e espaço terapêutico. *Oculum ensaios*. Campinas-SP, v. 21, e245412, p.1-17, 2024. DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0919v21e2024a5412>.
- ALVES, N. B.; PEREIRA, L. R. Arquitetura escolar: princípios da neuroarquitetura aplicados na transformação de um espaço educacional, 2024. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/handle/10899/39919>. Acesso em: 15 de jul. de 2025.
- ARAÚJO, T. *et al.* Mobiliário escolar para crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática. *Revista Projetar*, v. 10, n. 1, 2025. DOI: <https://doi.org/10.21680/2448-296X.2025v10n1ID35950>.
- ASBAHR, F. da S. F.; SOUZA, M. P. R. de. Por que aprender isso, professora? Sentido pessoal e atividade de estudo na psicologia histórico-cultural. *Estudos de Psicologia*, v. 19, n. 3, p. 169–178, 2014. DOI: 10.1590/S1413-294X2014000300002
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI). Brasília: MEC/SEF. Cadernos de Educação Infantil, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cartilha de Ambiência. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: DF, Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 32 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 25 de fev. de 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Ambiência. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 32 p. ISBN 978-85-334-1735-9. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 7 de jul. de 2025.
- BRITO, L.; *et al.* A importância do brincar no desenvolvimento cognitivo, social e emocional na Educação Infantil. *Revista FT*, v. 1, n. 1, p. 43, 2020. DOI: 10.69849/revistaft/cl10202506111136
- CARVALHO, C. N. de. Quartos das crianças contemporâneas: a construção de um novo objeto de pesquisa. *Pro-Posições*, Campinas, v. 30, e20170176, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0176>
- CHAWLA, L. Experiências na infância e o ambiente: uma revisão da literatura. *Crianças, jovens e ambientes*, v. 25, n. 2, p. 1-16, 2015. DOI: 10.1353/cye.2007.0010.
- CORRÊA, A. B. *et al.* Educação e humanização de bebês e de crianças pequenas: conceitos e práticas pedagógicas. São Paulo: Editora UNESP, 2020. 286 p. ISBN 9786586546767. DOI: <https://doi.org/10.36311/2020.978-65-86546-95-8>.
- GOMES, R.; LIMA, F. A presença de elementos naturais na arquitetura escolar e seu impacto no bem-estar infantil. *Revista Anima Educação*, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/ce2cee6c-420f-4391-929b-2a80d853a140>. Acesso em: 15 de jul. de 2025.
- KELLERT, S. R.; CALABRESE, E. F. A prática do design biofílico. Nova Iorque: Terrapin Bright Green; [s.l.]: Biophilic-design.com, 2015. Disponível em: <http://www.biophilic-design.com/>. Acesso em: 01 de jun. de 2025.
- LIMA, A. P.; ALMEIDA, R. Ambientes educativos e o desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem neuroarquitetônica. *Revista Anima Educação*, 2019. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/1fd78b6d-33a5-4c68-825d-7770dd678421>. Acesso em: 15 de jul. de 2025.
- MARSIGLIA, A. C. G. Relações entre o desenvolvimento infantil e o planejamento de ensino. *In*: MARTINS, L. (Org.). Formação de professores: limites contemporâneos e alternativas necessárias. São Paulo: Editora Unesp, Cultura Acadêmica, p. 99–115, 2010.
- MARTINS, C.; SOUZA, M. Identidade cultural e arquitetura escolar: criando espaços que valorizam a diversidade.

021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/d8b2d3ed-bbff-4999-ac1d-89ef35cdb0b3>. Acesso em: 15 de jul. de 2025.

MARTINS, M. W.; CASALINHO, P. M. A. Design de interiores: a adequação de um dormitório para auxiliar no desenvolvimento de uma criança com síndrome de Down. *Revista Poliedro*, v. 5, n. 6, p. 603–633, 2021. DOI: <https://doi.org/10.15536/2594-4398.2021.v5.n6.pp.603-633.2674>.

MELLO, L. C. de; CARAMASCHI, S. Estresse e bullying em crianças em condição de sobrepeso e obesidade. In: VALLE, T. G. M. do; MELCHIORI, L. E. (orgs.). *Saúde e desenvolvimento humano*. São Paulo: Cultura Acadêmica. p. 113–132, 2010. ISBN 978857983-1195.

MENEZES, C. C. L. C. A organização dos espaços de ensinar e aprender nas instituições de educação infantil. In: SILVA, S. M. (org.). *Capacitação docente e responsabilidade social: aportes pluridisciplinares*. Salvador: EDUFBA, p. 97–116, 2012.

MIGLIANI, A. Neuroarquitetura aplicada a projetos para crianças. *ArchDaily Brasil*, 2 jul. 2021. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/941959/neuroarquitetura-aplicada-a-arquiteturas-para-criancas>. Acesso em: 21 jul. 2025.

NIEHUES, A. R.; SOUZA, C. A. F. de. Percepção espacial infantil. *Revista Thema et Scientia*, Cascavel, v. 5, n. 1, p. 33–46, jul. dez. 2015.

PEREIRA, J.; ALMEIDA, C. Iluminação artificial na educação infantil: impactos na concentração e aprendizado. *Revista Anima Educação*, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/703a2fb2-4b3d-4052-9581-d754880050b5>. Acesso em: 15 de jul. de 2025.

RAMOS, L. L. A.; LOPES, Y. F. Arquitetura de interiores inclusiva: ambientes residenciais sensíveis a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Gestão & Tecnologia de Projetos*, São Carlos, v. 19, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/gtp.v19i1.211966>.

RANGEL, A. B.; *et al.* Abordagens inovadoras de ensino para estudantes com autismo: adaptação e aplicação no ambiente educacional. *Revista Foco*, Curitiba, v. 17, n. 1, e4262, p. 1–17, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n1-161

REIS, F. X. S. *et al.* Contextos físicos escolares e o brincar: uma análise comparativa entre escolas de educação infantil. *Revista Eletrônica de Educação*, São Carlos, v. 18, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14244/reveduc.v18i1.6029>

REIS, L.; SOUZA, G. A importância do brincar na Educação Infantil. *Revista Educação Pública*, v. 25, n. 17, 2020. DOI: 10-18264/REP

ROCHA, A. C. da. *Ergonomia infantil: análise postural nas atividades cotidianas desenvolvidas em ambiente residencial*. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado em Design. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

SANTOS, M.; SILVA, P. Regulação sensorial no ambiente escolar: implicações para crianças com necessidades especiais. *Revista Anima*, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/ce2cee6c-420f-4391-929b-2a80d853a140>. Acesso em: 15 de jul. de 2025.

SARTORI, G. Neuroarquitetura e inclusão: conheça o quarto projetado para um adolescente autista. *Megamoveleiros*. 20 de jul. 2024. Disponível em: <https://megamoveleiros.com.br/publicacoes/neuroarquitetura-e-inclusao-conheca-o-quarto-projetado-para-um-adolescente-autista>. Acesso em: 27 de maio de 2025.

SOBRAL, A. C.; RANGEL, G. *Neuroarquitetura: como a arquitetura influencia o cérebro humano*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2021.

SOUZA, M. T. de. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 2, n. 3, p. 102-106, 2010.

SOUZA, N. F. A.; LEITE, B. J. M. *Arquitetura e Psicologia Ambiental*. 27º Congresso Mundial de Arquitetura. Universidade Federal de Pernambuco, 2021. Disponível em: <https://www.acsa-arch.org/proceedings/Internatio%20Proceedings/ACSA.Intl.2021/ACSA.Intl.2021.302.pdf>. Acesso em: 01 de jun. de 2025.

SOUZA, P. da S.; SILVA, N. C. F. *Neuroarquitetura aplicada ao ambiente escolar*, 2022. Disponível em:

<https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/2318>. Acesso em: 15 de jul. de 2025.

STERNBERG, E. M. Espaços de cura: A ciência do lugar e do bem-estar. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2010. Disponível em: <https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674045783>. Acesso em: 01 de jun. de 2025.

STEVENS, R. G.; ZHU, Y. Luz artificial à noite: a melatonina como mediadora entre o ambiente e o epigenoma. *Transações Filosóficas da Royal Society B: Ciências Biológicas*, v. 369, n. 1647, p. 20130100, 2014.

TEIXEIRA, C. S. *et al.* O trabalho na educação infantil: um enfoque ergonômico. *Ibero american Journal of Industrial Engineering*, v. 7, n. 13, p. 143–161, 2020. DOI:10.13084/2175-8018/ijie.v7n13p143-161

WICHINOSKI, A. V.; *et al.* Neuroarquitetura: o impacto das cores nos ambientes residenciais. *Revista Mundi Engenharia, Tecnologia e Gestão. Paranaguá*, v. 7, n. 3, p. 438.1-438.18, 2022. DOI:10.21575/25254782rmetg2022vol7n3202.

ZEISEL, J. *Investigação pelo design: ambiente/comportamento/neurociência na arquitetura, interiores, paisagismo e planejamento*, 2ª ed. Nova York: W. W. Norton & Company, 2006.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 13

O EXERCÍCIO FÍSICO NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE

JOÃO VITOR FERREIRA VIANA¹
ANNY CAROLINE MAIA SILVA²
BRUNO MARTINS GUIMARÃES³
KAYKY OLIVEIRA MORAIS⁴
MARIA EDUARDA VIEIRA DE OLIVEIRA⁵
MANUELLA OLIVEIRA COSTA⁶
BENHUR ARAUJO PERINI⁷
SAMANTHA AMADO SCARPATI⁸
TALITA MIRELLE DOURADO SANTOS⁹
ANA MARIA LIMA DOURADO¹⁰
PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA¹¹
ARIANNA MOTA DE OLIVEIRA¹²
FELIPE FERNANDO MARTINS RUSSI¹³

¹Discente – Medicina em São Leopoldo Mandic Araras.

²Egresso – Enfermagem no Centro Universitário FipMoc - Afya.

³Egresso – Educação Física na Universidade do Estado do Pará - UEPA.

⁴Discente – Educação Física na Universidade Estadual do Maranhão.

⁵Discente – Medicina na Universidade de Pernambuco.

⁶Discente – Medicina na Faculdades de ciências médicas do Pará – Facimpa.

⁷Egresso – Medicina e Residente em Clínica Médica no Hospital Regional de Presidente Prudente – SP.

⁸Discente – Medicina no Centro Universitário Redentor.

⁹Discente – Medicina na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

¹⁰Discente – Enfermagem na Universidade Estadual do Maranhão.

¹¹Discente – Medicina na Universidade Federal de Jataí – UFJ.

¹²Egresso – Medicina na Universidade Ceuma (UNICEUMA) São Luís – MA.

¹³Discente – Medicina na Unitaú - Medicina Taubaté

Palavras-Chave: Ansiedade; Exercício Físico; Tratamento.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma condição que se encontra bastante presente pelo mundo, cerca de 300 milhões de pessoas sofrem desse transtorno. Observa-se um aumento relativo dessa condição nas últimas décadas. Há estudos que apontam uma relação de um aumento relativo da mortalidade de 43%, além de ser considerado um fator de risco para o aumento das chances de suicídio, já que se observar uma elevação dessas taxas nesses pacientes quando se comparado à população geral (MORENO-PERAL *et al.*, 2022).

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é uma condição crônica que se estima afetar entre 2,4 a 6,3% das pessoas. Define-se pela preocupação persistente e incontrolável com duração mínima de seis meses. Esse transtorno tem um impacto importante na piora da qualidade de vida dos indivíduos, aumentando as chances de incapacidade e comprometimento no âmbito cognitivo, além de elevar os custos dos serviços de saúde, já que, normalmente, esses pacientes apresentam maior uso do sistema (HERRING *et al.*, 2024).

Os fatores de risco que podem estar relacionado ao aumento das chances de desenvolver esse transtorno são (PARAVENTI, 2016):

- Pouca escolaridade;
- Sexo feminino;
- História familiar de depressão;
- Raça branca;
- Ambiente familiar conturbado;
- Baixa autoestima;
- Quantidade de experiências traumáticas em indivíduos com até 21 anos.

Uma das medidas bastantes utilizadas para o tratamento dessa condição é o manejo farmacológico. No entanto, sua eficácia a longo prazo e os possíveis efeitos colaterais observados com o uso fazem com que profissionais da saúde

busquem explorar outras estratégias terapêutica que apresentem eficácia também em longo prazo e com menos, ou nenhum, efeito colateral. Nesse sentido, surgiram estudos que pontuaram a prática de exercício físico, em especial o exercício aeróbico, como uma opção de método não só terapêutico para o controle dos sintomas dos pacientes com TAG, como também como um método preventivo dessa condição (EWUZIE, 2024).

Os estudos apontam que a atividade física é um importante fator tanto para a prevenção quanto para o tratamento da ansiedade. Além disso, tem impacto relevante não só na ansiedade, mas também sobre inúmeras doenças crônicas, incluindo, por exemplo, hipertensão e diabetes. Nota-se que sua prática de modo regular proporciona uma melhora significativa na qualidade de vida (MORENO-PERAL *et al.*, 2022).

O objetivo do trabalho é analisar os efeitos do exercício físico no tratamento da ansiedade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa dos últimos três anos, compreendendo o período de 2022 a 2025. O site utilizado para a pesquisa foi a Biblioteca Virtual em Saúde, com a base de dados da Medline e LILACS. Os descritores em ciências da saúde (DECS) utilizados foram: "ansiedade" "exercício físico" "prevenção e controle". Foram encontrados 33 artigos, analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Além disso, foi utilizado um documento de psiquiatria.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos independentes do idioma do período de 2022 a 2025, disponibilizados na íntegra e que se relacionavam à proposta estudada. Ensaio clínico, estudos observacionais e de revisão foram utilizados para análise. Os critérios de ex-

clusão utilizados foram: relatos de caso, artigos duplicados, temas relacionados à COVID-19, artigos disponibilizados apenas em forma de resumo e aqueles que não apresentavam relação com a proposta estudada.

Após a seleção, restaram sete artigos, além do documento utilizado. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados, e os resultados foram apresentados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do ponto de vista clínico, a ansiedade está relacionado a um estado de preocupação excessiva em grande parte dos dias. Sintomas como tensão, irritação e angústia podem estar presentes. Há um predomínio de pensamentos voltados para o futuro, geralmente de modo reverberante. Outro ponto que se pode ser alterado é o sono, sendo comum, inicialmente, a insônia. Pode-se também alterar o apetite. Aspectos como medo exacerbado, sensação ruim, dificuldade de concentração e de relaxar podem estar presentes. Além disso, sintomas somáticos são comuns, podendo incluir mialgia, sensação de opressão torácica, cefaleia, formigamento, tremores, sudorese e dor epigástrica. O impacto na vida das pessoas varia em graus, indo desde pouco ou nenhum comprometimento até limitação importante na realização das atividades diárias (PARAVENTI, 2016).

O tratamento dessa condição gira em torno de medidas não farmacológicas e farmacológicas. A escolha ou combinação dessas estratégias depende da gravidade apresentada pelo indivíduo. Aspectos como alimentação saudável, atividade física, psicoterapia são importantes para a melhora do prognóstico. O uso de fármacos também pode ser utilizado para controle do transtorno (PARAVENTI, 2016).

Há estudos que evidenciaram, após a prática de atividade física, uma redução de 13% nos sintomas de ansiedade, 34% em qualquer transtorno de ansiedade e de 45% no TAG. Observou-se que a prática de exercícios, por um período de 150 minutos semanais em intensidade moderada, já apresenta impacto significativo na melhora da qualidade de vida e na redução dos sintomas da ansiedade. Nesse sentido, nota-se o efeito benéfico que a prática regular exerce como método terapêutico para esses indivíduos, tendo um papel importante para o seu prognóstico (HERRING *et al.*, 2024).

Alguns estudos identificaram que, nos idosos, a prática regular a longo prazo pode aliviar a ansiedade neste grupo, notando-se uma melhora no estado emocional. A prática está associada a uma melhora do ponto de vista cardiorrespiratório, aumento da força e resistência muscular, além da redução da fadiga. Outro ponto importante nessa população que é benéfico a atividade física é a melhora da mobilidade e da capacidade de realizar atividades diárias, fatores que contribuem para a qualidade de vida desse grupo. Assim, a atividade física promove benefícios não apenas no controle da ansiedade, mas também da saúde de modo geral, sendo, com isso, a prática regular uma importante medida não farmacológica não só para o tratamento quanto para a prevenção do desenvolvimento da ansiedade e outras doenças (WU *et al.*, 2022).

A atividade física apresenta benefícios em todas as idades, desde a infância até pessoas com idade mais avançada. Estudos apontam uma melhora não apenas na ansiedade em mulheres na perimenopausa e na pós-menopausa, mas também em outras questões de modo positivo que incluem a melhora da qualidade do sono, na densidade mineral óssea, na depressão e na fadiga. Em outro estudo se notou, por parte dos jovens adultos, uma melhora também nesse

quesito, prevenindo problemas relacionados a saúde mental. A prática mínima de 150 minutos semanais, com intensidade moderada a alta e duração de pelo menos quatro semanas, mostrou-se um fator protetor para sintomas relacionados a depressão, redução de fatores estressores e da ansiedade, além de contribuir para a qualidade de vida (HUANG *et al.*, 2024; XU *et al.*, 2024).

O exercício impacta tanto no modo direto, por meio de aumento da liberação de endorfina (melhora do humor), quanto indireto na melhora da qualidade do sono, proporcionando uma melhora da saúde mental. Essa melhora do ponto de vista fisiológico e na qualidade de sono contribui para a saúde física e mental do indivíduo, auxiliando na redução das manifestações clínicas e na prevenção e tratamento de doenças crônicas (HUANG *et al.*, 2024).

A realização de exercícios aeróbicos, como pilates, caminhada, treinamento de resistência e treinamento intervalado de alta intensidade, tem demonstrado eficácia na redução dos sintomas relacionadas a ansiedade, além de promover melhora no bem estar de modo geral em diferentes grupos — inclusive em casos mais graves ou com outras doenças associadas (DA SILVA *et al.*, 2025; EWUZIE, 2024).

CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da prática regular de atividades físicas como medida não farmacológica no tratamento da ansiedade. Esse transtorno apresenta repercussões significativas na qualidade de vida do indivíduo, sendo o exercício uma ferramenta eficaz tanto de forma direta — por meio da liberação de endorfina — quanto indireta — pela melhora da qualidade do sono — como método terapêutico dos sintomas da ansiedade. A prática em intensidade moderada a alta, com pelo menos 150 minutos semanais, já demonstra efeitos na redução positivos na redução dos sintomas e na melhora da qualidade de vida.

Além de seu papel terapêutico, o exercício configura-se como estratégia preventiva contra problemas relacionados à saúde mental, como no caso da própria ansiedade. Convém frisar que a atividade física exerce impacto fundamental não apenas no âmbito mental, mas também físico, oferecendo uma ampla variedade de benefícios para o tratamento e prevenção de diversas doenças. Dessa forma, consolida-se como uma medida extremamente eficaz para melhora da qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DA SILVA, J. M. *et al.* Effects of a school-based physical activity intervention on mental health indicators in a sample of Brazilian adolescents: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21921-2>.

EWUZIE, Z.; EZEANO, C.; ADERINTO, N. A review of exercise interventions for reducing anxiety symptoms: Insights and implications. *Medicine (Baltimore)*, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040084>.

HERRING, M. P. *et al.* Physical activity dose for generalized anxiety disorder & worry: Results from the Irish longitudinal study on ageing. *Psychiatry Research*, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115723>

HUANG, K. *et al.* Effectiveness of physical activity interventions on undergraduate students' mental health: systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International* Health Promotion International, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/daae054>.

MORENO-PERAL, P. *et al.* Effectiveness of Physical Activity in Primary Prevention of Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031813>.

PARAVENTI, F.; CHAVES, A. C. *Manual de Psiquiatria Clínica*. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Roca, 2016.

XU, H. *et al.* Effects of mind-body exercise on perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002336>.

WU, F. *et al.* The Effect of Physical Exercise on the Elderly's Anxiety: Based on Systematic Reviews and Meta-Analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/4848290>.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 14

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: UMA REVISÃO

AMANDA MOTA DE OLIVEIRA¹
HELOIZA TOMAZ DA SILVA QUEIROZ²

¹Discente – Mestrado em Psicologia: Cognição e Comportamento pela Universidade Federal de Minas Gerais.

²Bacharel em Psicologia pela Universidade Católica de Minas Gerais.

Palavras-Chave: Transtornos de Ansiedade; Terapia Cognitivo-Comportamental.

DOI: 10.59290/2502111228

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

Em 2019, o Brasil foi considerado o país com maior número de pessoas ansiosas, com cerca de 10% da população apresentando sintomas compatíveis com transtornos de ansiedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2023), embora a ansiedade seja uma resposta inata e adaptativa diante de situações de perigo ou ameaça, sua manifestação patológica é caracterizada por intensidade excessiva, duração prolongada e prejuízo funcional, configurando os transtornos de ansiedade (APA, 2023).

Essas condições podem acometer indivíduos de diferentes faixas etárias, classes sociais e contextos culturais, sendo frequentemente associadas a fatores de risco como desigualdade social, exposição a eventos adversos e histórico familiar (ANDRADE *et al.*, 2012). Além disso, os transtornos de ansiedade tendem a surgir precocemente, muitas vezes ainda na infância, e são mais prevalentes no sexo feminino (BAXTER *et al.*, 2013).

O reconhecimento e a compreensão clínica desses transtornos são fundamentais para a promoção de um diagnóstico preciso e para a implementação de intervenções terapêuticas adequadas.

O objetivo do presente estudo foi apresentar uma revisão atualizada dos principais transtornos de ansiedade, com ênfase nos critérios diagnósticos, nas características clínicas e nos aspectos relevantes à prática profissional.

Nesse sentido, seguindo a sequência disposta no DSM-V-TR, o capítulo será dividido em onze seções: (1) Transtorno de Ansiedade; (2) Transtorno de Ansiedade de Separação; (3) Mutismo Seletivo; (4) Fobia Específica; (5) Transtorno de Ansiedade Social; (6) Transtorno de

Pânico e Agorafobia; (7) Transtorno de Ansiedade Generalizada; (8) Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento; (9) Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica; (10) Outro Transtorno de Ansiedade Especificado; (11) Transtorno de Ansiedade Não Especificado.

MÉTODO

A metodologia utilizada foi a revisão narrativa, com o objetivo de sintetizar os principais aspectos relacionados aos transtornos de ansiedade conforme descritos na literatura, com ênfase nos critérios diagnósticos do DSM-5-TR.

Para a realização do estudo, foram seguidas as seguintes etapas: levantamento bibliográfico; definição da estrutura do capítulo com base nos critérios diagnósticos do DSM-5-TR; e elaboração da análise e síntese dos dados encontrados.

A busca bibliográfica foi conduzida em bases de dados nacionais e internacionais, sendo: PubMed, SciELO, e PsycINFO. Foram utilizados como descritores os termos: “transtornos de ansiedade”, “tratamento”, “Transtorno de Ansiedade de Separação”, “Mutismo Seletivo”, “Fobia Específica”, “Transtorno de Ansiedade Social”, “Transtorno de Pânico”, “Agorafobia”, “Transtorno de Ansiedade Generalizada”, “Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento”, “Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica”, “Outro Transtorno de Ansiedade Especificado” e “Transtorno de Ansiedade Não Especificado”.

Os critérios de inclusão consideraram artigos publicados em português e inglês, no período de 2000 a 2025, que abordassem os transtornos de ansiedade. Foram excluídos trabalhos não disponíveis na íntegra, publicações nem forma de resumo, dissertações e teses não inde-

xadas, bem como artigos que não se relacionassem diretamente com a temática proposta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É fundamental que os profissionais de saúde mental estejam familiarizados com os critérios diagnósticos dos transtornos de ansiedade, a fim de realizar uma identificação precisa do quadro clínico, conduzir o diagnóstico diferencial e indicar o tratamento mais apropriado para cada caso.

Nesse sentido, torna-se importante detalhar os principais aspectos de cada transtorno e reconhecer os tratamentos mais eficazes de acordo com a literatura atual. Ao reunir e sistematizar informações sobre os principais transtornos de ansiedade, este capítulo busca oferecer subsídios teóricos e práticos que auxiliem na qualificação do cuidado oferecido aos pacientes, contribuindo para diagnósticos mais assertivos e favorecendo o aprimoramento da prática profissional.

Transtorno de ansiedade de separação

Estudos epidemiológicos indicam que o Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) apresenta prevalência entre 4% e 5% em crianças e adolescentes, sendo mais frequentemente observado em indivíduos de nível socioeconômico baixo (MASI *et al.*, 2001). Esse transtorno caracteriza-se por um medo excessivo e desproporcional diante da possibilidade de separação de figuras de apego (APA, 2023).

De acordo com o DSM-5, para que o diagnóstico seja realizado, o indivíduo deve apresentar três ou mais dos seguintes critérios: sofrimento significativo frente à possibilidade ou ocorrência de afastamento de casa ou de figuras de apego; preocupação persistente com a perda ou com possíveis perigos envolvendo figuras de

apego; receio de que um evento leve à separação; relutância ou recusa em sair de casa em razão do medo de separação; resistência em permanecer sozinho; pesadelos com temática de separação; e sintomas somáticos quando ocorre afastamento das figuras de apego.

Além disso, os sintomas devem persistir por, no mínimo, quatro semanas em crianças e adolescentes, e seis meses em adultos, causando prejuízos clinicamente significativos e não podendo ser explicados por outro transtorno mental (APA, 2023).

A literatura aponta que aproximadamente 75% das crianças com TAS recusam-se a frequentar a escola, sendo este um dos sintomas mais prevalentes e clinicamente relevantes (MASI *et al.*, 2001). Ademais, o TAS pode constituir fator de risco para o desenvolvimento de outros transtornos de ansiedade, tais como o transtorno do pânico e a agorafobia (MASI *et al.*, 2001).

No que se refere às intervenções, a literatura descreve que o tratamento de primeira linha para o TAS é a psicoterapia, sobretudo a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Um protocolo específico de TCC voltado para crianças entre 5 e 7 anos, associado ao treinamento parental, demonstrou taxas expressivas de remissão dos sintomas (PERIS *et al.*, 2011).

Além disso, de acordo com Prés *et al.* (2024), estudos demonstram que o programa *Coping Cat*, da Terapia Cognitivo-Comportamental, auxilia crianças com TAS. Essa intervenção ajuda o sujeito a identificar e desafiar pensamentos ansiosos, manejar e criar estratégias para o enfrentamento da ansiedade, reconhecer sinais fisiológicos de ansiedade e se recompensar pelos progressos feitos (LENZ, 2015).

Assim, as pesquisas evidenciam a TCC como uma abordagem favorável ao tratamento do Transtorno de Ansiedade de Separação. Vale

ressaltar que a farmacoterapia não é recomendada como tratamento de primeira linha, mas pode ser utilizada em casos nos quais as intervenções psicoterápicas não resultem em redução satisfatória dos sintomas (MASI *et al.*, 2001).

Mutismo seletivo

O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade caracterizado pela falha consistente em se comunicar verbalmente em contextos sociais específicos, apesar da presença de fala adequada em outros ambientes, como em casa com familiares.

Essa condição acarreta prejuízos significativos no funcionamento social e acadêmico, podendo gerar isolamento e dificuldades no desempenho escolar.

Os critérios diagnósticos incluem: falha persistente em situações sociais específicas; interferência no desempenho acadêmico, ocupacional ou na comunicação social; duração mínima de um mês; ausência de explicação pelo desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido; e exclusão de transtornos da comunicação, transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos (APA, 2023).

O início do mutismo seletivo geralmente ocorre entre os dois e cinco anos de idade, podendo, em casos não tratados, prolongar-se até a vida adulta, com repercussões no desenvolvimento socioemocional do sujeito (APA, 2023).

A etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, temperamento ansioso ou inibido, aspectos ambientais, padrões parentais superprotetores e contribuições do neurodesenvolvimento (ELIAS *et al.*, 2020).

O tratamento de primeira linha consiste em intervenções psicológicas, já que o uso de psicofármacos em indivíduos em idade pré-escolar

não é recomendado. Dentre as abordagens psicoterápicas, a TCC apresenta evidências consistentes de eficácia, promovendo redução da ansiedade e melhora na funcionalidade da criança (ELIAS *et al.*, 2020).

Estratégias como exposição gradual, modelagem, manejo de contingências, reestruturação cognitiva e técnicas de relaxamento são amplamente utilizadas (STEAINS, 2021; ELIAS *et al.*, 2020). A psicoeducação, por meio de recursos lúdicos, contribui para o engajamento da criança, favorecendo a compreensão dos sintomas e do processo terapêutico.

Além disso, o treino de habilidades de autorregulação possibilita a identificação e o manejo de emoções, enquanto o treino de habilidades sociais auxilia no desenvolvimento de comportamentos assertivos, empáticos e na melhora da comunicação verbal (ELIAS *et al.*, 2020).

Fobia específica

A Fobia Específica é classificada como um transtorno de ansiedade caracterizado por medo intenso e desproporcional diante de objetos ou situações claramente delimitadas.

De acordo com a *American Psychiatric Association* (2023), esse medo pode estar relacionado a diferentes tópicos, tais como animais, ambientes naturais (altura, água, tempestades), sangue, injeções, ferimentos ou situações específicas, como andar de avião ou permanecer em lugares fechados.

A característica central do transtorno é a resposta imediata de medo ou ansiedade desencadeada pela exposição — ou até mesmo pela antecipação da exposição — ao estímulo fóbico, levando o indivíduo a evitá-lo de forma ativa e persistente.

Para que o diagnóstico de Fobia Específica seja considerado, é necessário que a reação de medo seja claramente desproporcional ao perigo real representado pelo objeto ou situação te-

mida, e que essa resposta se mantenha por um período mínimo de seis meses. Além disso, os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

A evitação persistente do estímulo fóbico, embora possa proporcionar alívio imediato da ansiedade, frequentemente contribui para a manutenção do transtorno e impede a busca por tratamento. Em muitos casos, o sujeito só procura ajuda profissional quando os prejuízos decorrentes dessa evitação — sejam de ordem social, ocupacional, financeira ou relacionados à saúde — tornam-se mais evidentes e causam grandes impactos negativos em sua qualidade de vida.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision* (DSM-5-TR) apresenta critérios diagnósticos específicos para a Fobia Específica, destacando a importância de uma avaliação cuidadosa para descartar outras condições psiquiátricas que possam explicar melhor os sintomas apresentados. Dessa forma, é essencial considerar diagnósticos diferenciais antes de confirmar o transtorno, assegurando a precisão clínica e o encaminhamento terapêutico adequado (APA, 2023).

Transtorno de ansiedade social

O Transtorno de Ansiedade Social é um diagnóstico clínico reconhecido pelo DSM-5-TR, caracterizado por medo intenso e persistente de ser julgado negativamente em situações sociais — como ser percebido como ansioso, inadequado ou estranho —, a ponto de causar sofrimento significativo e prejuízo funcional na vida do indivíduo (APA, 2023).

Pessoas diagnosticadas com esse transtorno frequentemente evitam situações sociais cotidianas e relevantes, como frequentar restaurantes ou locais públicos, devido ao receio de serem

observadas ou expostas a constrangimentos, como tremer as mãos. Esses indivíduos podem apresentar comportamentos inadequadamente assertivos, excessivamente submissos ou, em casos menos comuns, muito controladores da conversa. Também podem demonstrar postura corporal rígida, contato visual inadequado ou fala extremamente suave. Além disso, tendem a se mostrar tímidos, retraídos, pouco abertos em conversas e a revelar pouco sobre si mesmos (APA, 2023).

É importante diferenciar o Transtorno de Ansiedade Social da timidez e da introversão. A timidez é um traço de personalidade caracterizado por desconforto e inibição em interações sociais, mas que, em geral, não interfere gravemente no funcionamento cotidiano. A introversão, por sua vez, refere-se a um estilo de personalidade em que a pessoa prefere ambientes mais tranquilos e interações sociais reduzidas, sem apresentar medo ou evitação.

Portanto, o Transtorno de Ansiedade Social, diferentemente da timidez e da introversão, acarreta prejuízos frequentes e significativos na vida do sujeito, demandando intervenção clínica. Já a timidez e a introversão fazem parte da diversidade normal do comportamento humano, não configurando transtornos mentais (APA, 2023).

Transtorno de pânico e agorafobia

O Transtorno de Pânico (TP) caracteriza-se por ataques recorrentes de medo intenso, acompanhados de sintomas físicos e cognitivos. Pode estar associado à agorafobia, definida como medo ou evitação de locais onde escapar seria difícil ou embaraçoso. A presença de agorafobia agrava o quadro, amplia os prejuízos funcionais e dificulta a adesão ao tratamento (CLARK; BECK, 2012; BARLOW, 2016).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada o tratamento de primeira

escolha para o TP, com ou sem agorafobia. Pode ser aplicada isoladamente ou em combinação com fármacos ansiolíticos e antidepressivos, especialmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), que auxiliam na redução da sensibilidade à ansiedade (BARLOW, 2016; RANGÉ, 2008).

A literatura indica que a associação entre TCC e farmacoterapia pode aumentar a adesão inicial. No entanto, a TCC mostra-se mais eficaz na prevenção de recaídas após a suspensão da medicação (CLARK; BECK, 2012).

O modelo cognitivo destaca que o pânico é mantido por interpretações catastróficas das sensações corporais, que alimentam a chamada “espiral do medo” (BECK *et al.*, 2005). A TCC intervém nesse processo por meio de psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e situacional (essencial em casos de agorafobia), além de treino de enfrentamento.

Protocolos como os de Clark e Beck (2012), Barlow (2016) e Rangé (2008) diferem em suas ênfases, mas compartilham o objetivo de reduzir a catastrofização, ampliar a tolerância às sensações físicas e promover a retomada da autonomia.

Ao final do processo terapêutico, observa-se diminuição da evitação agorafóbica, melhora na interpretação dos sintomas e aquisição de estratégias adaptativas, especialmente quando há engajamento ativo do paciente (BARLOW, 2016; RANGÉ, 2008).

Transtorno de ansiedade generalizada

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um dos transtornos de ansiedade mais conhecidos pela sociedade leiga. Caracteriza-se por preocupação excessiva e persistente com diversos eventos ou atividades, tais como desempenho acadêmico ou profissional, vida financeira, saúde ou outras áreas do cotidiano.

O indivíduo com TAG apresenta dificuldade em controlar a preocupação e pode manifestar sintomas como fadiga, inquietação, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbações do sono. Esses sintomas, físicos e psicológicos, causam sofrimento significativo e podem gerar grandes prejuízos na saúde e no funcionamento social e profissional, caso não sejam tratados adequadamente (APA, 2023).

É comum que pacientes com TAG apresentem comorbidades, especialmente transtornos depressivos. Em muitos casos, a presença do transtorno de ansiedade generalizada e da depressão ocorre de forma simultânea, o que reforça a necessidade de uma avaliação clínica abrangente e de um planejamento terapêutico integrado (APA, 2023).

Quanto ao tratamento, a Terapia Cognitivo-Comportamental e os antidepressivos, particularmente os ISRS, têm demonstrado eficácia significativa no manejo dos sintomas e na melhora da qualidade de vida dos pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento

Pessoas que fazem uso excessivo de substâncias ou medicamentos podem apresentar sintomas semelhantes aos de uma pessoa ansiosa, enquadrando-se no diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento (APA, 2023).

Esse transtorno é caracterizado por sintomas significativos de ansiedade, como inquietação, sudorese, taquicardia, sensação de pânico ou apreensão, que se desenvolvem durante ou logo após o uso, a intoxicação ou a abstinência de uma substância. As substâncias envolvidas podem incluir medicamentos prescritos (como corticosteroides, antidepressivos e estimulantes), drogas ilícitas (como cocaína e maco-

nha), álcool ou até mesmo exposição a toxinas (APA, 2023).

Entretanto, para que o diagnóstico seja considerado, deve haver evidência clínica de que a substância está diretamente relacionada ao início dos sintomas e de que esses não são mais bem explicados por outro transtorno de ansiedade independente. Essa distinção é essencial para oferecer um tratamento adequado às particularidades do caso, evitando intervenções desnecessárias ou ineficazes (APA, 2023).

Ademais, trata-se de um transtorno que pode ocorrer tanto em pessoas com histórico prévio de ansiedade quanto em indivíduos sem esse histórico. Geralmente, os sintomas desaparecem com a interrupção da substância, embora em alguns casos possam persistir por um período mais prolongado (APA, 2023).

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica

O Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica caracteriza-se pela presença de ansiedade clinicamente significativa, explicada por uma condição médica subjacente, como doenças endócrinas, distúrbios cardiovasculares, doenças respiratórias, alterações metabólicas ou doenças neurológicas (APA, 2023).

Para que o diagnóstico seja realizado, os seguintes critérios devem ser atendidos: a) ataques de pânico ou ansiedade predominam no quadro clínico; b) há evidências de que os sintomas são consequência direta de uma condição médica; c) a perturbação não pode ser mais bem explicada por outro transtorno mental; d) os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de delírium; e) os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional (APA, 2023).

No que se refere ao tratamento, a literatura indica que a intervenção deve priorizar o manejo da condição médica de base, associado a abordagens farmacológicas e psicoterápicas

quando necessário. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem se mostrado útil na redução dos sintomas ansiosos, especialmente na adaptação às limitações impostas pela condição médica. Em alguns casos, a farmacoterapia pode ser indicada, com destaque para o uso cauteloso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e ansiolíticos, conforme avaliação clínica individualizada (KATON, 2007).

Outro transtorno de ansiedade especificado

O diagnóstico de Outro Transtorno de Ansiedade Especificado é citado pela *American Psychiatric Association* (2023) no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision* (DSM-5-TR) como uma categoria residual. É utilizada quando a pessoa apresenta sintomas significativos de ansiedade que causam sofrimento ou prejuízo funcional, mas que não preenchem todos os critérios diagnósticos de um transtorno de ansiedade específico, como fobia social, TAG, agorafobia ou outros já definidos.

Essa categoria é aplicada quando o profissional clínico — seja psicólogo ou psiquiatra — opta por registrar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para um transtorno de ansiedade determinado. Isso é feito por meio do registro de “outro transtorno de ansiedade especificado”, seguido pela justificativa, como, por exemplo, “ansiedade generalizada não ocorrendo na maioria dos dias” (APA, 2023).

A *American Psychiatric Association* - APA (2023) ainda traz exemplos de apresentações que podem ser especificadas como: 1) ataques com sintomas limitados; 2) ansiedade generalizada não ocorrendo na maioria dos dias; 3) ataques de vento ou *Khyâl cap*; e 4) ataque de nervos.

Essa categoria diagnóstica permite maior flexibilidade clínica e reconhece a existência de

apresentações ansiosas clinicamente relevantes, mas que não se encaixam nos critérios formais dos transtornos já estabelecidos. Assim, “outro transtorno de ansiedade especificado” constitui um recurso importante para garantir que esses casos não sejam negligenciados no processo de avaliação e planejamento terapêutico, promovendo intervenções mais adequadas às necessidades individuais de cada paciente.

Transtorno de ansiedade não especificado

O Transtorno de Ansiedade Não Especificado é uma categoria diagnóstica utilizada quando o paciente apresenta sintomas de ansiedade clinicamente relevantes, que causam sofrimento ou prejuízo funcional, mas não há informações suficientes para identificar em qual dos transtornos específicos de ansiedade ele se enquadra. Nesses casos, o profissional opta por não especificar a razão dessa indefinição (APA, 2023).

Essa categoria é geralmente empregada em contextos de emergência, no início do tratamento ou quando há informações limitadas sobre o paciente. Diferentemente da categoria “Outro Transtorno de Ansiedade Especificado”, em que o motivo da não adequação aos critérios formais é descrito, aqui a ênfase recai sobre a ausência de dados diagnósticos suficientes.

Trata-se, portanto, de uma categoria frequentemente provisória, sendo recomendada a reavaliação contínua ao longo do processo terapêutico, à medida que mais informações forem sendo obtidas. Esse cuidado garante maior precisão diagnóstica e possibilita intervenções mais direcionadas durante o acompanhamento clínico.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o manejo dos transtornos de ansiedade envolve, predominantemente, a psi-

coterapia e a farmacoterapia. Dentre as abordagens psicoterápicas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem apresentado maior respaldo empírico, sendo amplamente considerada o tratamento de primeira linha para a maioria dos quadros ansiosos. Protocolos baseados em exposição, reestruturação cognitiva, treino de habilidades sociais e manejo da intolerância à incerteza mostram-se particularmente eficazes.

Já a farmacoterapia é indicada, sobretudo, para casos de maior gravidade, quando há comorbidades associadas ou quando a psicoterapia isolada não se mostra suficiente. De forma geral, a abordagem mais efetiva envolve a integração de estratégias psicoterápicas e farmacológicas, ajustadas ao perfil do paciente, ao contexto sociocultural e às comorbidades presentes.

Além disso, a importância do diagnóstico preciso e do acompanhamento contínuo não pode ser subestimada, dada a complexidade e a heterogeneidade das manifestações clínicas dos transtornos de ansiedade. Esses quadros impactam significativamente a qualidade de vida e o funcionamento social, profissional e familiar dos indivíduos, o que reforça a necessidade de intervenções terapêuticas adequadas e acessíveis.

Por fim, é fundamental reconhecer os desafios existentes no tratamento dos transtornos de ansiedade, tais como a variabilidade na resposta terapêutica e as barreiras de acesso aos cuidados de saúde mental. Nesse contexto, a contínua investigação científica e a incorporação de novas abordagens terapêuticas — incluindo intervenções digitais e estratégias complementares — representam caminhos promissores para aprimorar a eficácia e a acessibilidade dos tratamentos, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. revisada. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS Medicine*, v. 9, n. 2, p. e1001176, 2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>.
- BARLOW, D. H. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. 5. ed. New York: Guilford Press, 2016.
- BAXTER, A. J. *et al.* Gender differences in the global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Depression and Anxiety*, v. 30, n. 9, p. 778-788, 2013. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>.
- BECK, A. T. *et al.* Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books, 2005.
- CLARK, D. M.; BECK, A. T. Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice. New York: Guilford Press, 2012.
- ELIAS, M. *et al.* Mutismo seletivo: considerações teóricas e as contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 6, n. 2, p. 443-452, 2020. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N2A29>.
- KATON, W. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, v. 62, p. 160-167, 2007. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00273-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00273-7).
- LENZ, A. Stephen. Meta-analysis of the Coping Cat program for decreasing severity of anxiety symptoms among children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, v. 1, n. 2, p. 51-65, 2015. <https://doi.org/10.1080/23727810.2015.1079116>.
- MASI, G. *et al.* Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, v. 15, n. 2, p. 93-104, 2001. <https://doi.org/10.2165/00023210-200115020-00002>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
- PERIS, T. S. *et al.* Cognitive-behavioral therapy for childhood separation anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 50, n. 3, p. 258-267, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.012>.
- PRES, J. E. *et al.* Cognitive behavioral therapy for the treatment of separation anxiety disorder in children – a research review and case study. *Psychiatria Polska*, v. 58, n. 5, p. 761-771, 2024. <https://doi.org/10.12740/PP/175718>.
- RANGÉ, B. Psicoterapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- STEAINS, L. Selective mutism: current perspectives on assessment and treatment. *Psychology Research and Behavior Management*, v. 14, p. 1167-1178, 2021. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S314560>.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 15

OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL CAUSADOS PELA SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS

FRANCISCO EDIVAN VIEIRA GOMES¹
ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS²

¹Discente – Curso de Medicina – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual do Ceará.

²Docente – Pós-doutora em Saúde Mental E Trabalho pela Fundação Oswaldo Cruz-Ceará

Palavras-Chave: Idosos; Cuidador Familiar; Saúde Mental.

DOI: 10.59290/ 228010124

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem imposto diversos desafios à prestação de cuidados. A senilidade traz consigo a necessidade de auxílio nas atividades diárias, a qual aumenta de acordo com o grau de dependência da pessoa idosa, fazendo com que esta passe a necessitar da assistência de um cuidador.

Os cuidadores familiares informais representam a modalidade de apoio mais comum nos lares onde residem idosos. No Brasil, o número de pessoas que prestavam cuidados a membros da família com mais de 60 anos era de 5,1 milhões em 2019 (BRASIL, 2020), sendo grande parte dessa assistência relacionada ao monitoramento e à companhia diária do idoso.

A sobrecarga do cuidador pode ser compreendida como o nível de tensão percebida ao cuidar de um membro da família ao longo do tempo. Os antecedentes que contribuem para essa tensão incluem recursos financeiros insuficientes, conflitos de responsabilidade múltipla e falta de atividades sociais. Como consequência, a sobrecarga experienciada pelo cuidador pode gerar efeitos negativos, tais como: diminuição da qualidade da assistência prestada, redução da qualidade de vida e deterioração da saúde física e psicológica (LIU *et al.*, 2020).

O termo cuidador familiar não está necessariamente atrelado ao vínculo biológico, pois, além daqueles que compartilham algum grau de parentesco, existem também amigos ou membros da comunidade que exercem essa função. A ausência de capacitação formal, a atuação voluntária e a falta de remuneração pelo cuidado prestado ao idoso são características fundamentais que definem o cuidador familiar (CONCEIÇÃO *et al.*, 2021). O grau de dependência dos idosos e a presença de comorbidades estão dire-

tamente relacionados ao nível de sobrecarga enfrentado pelos cuidadores, reforçando a relevância dessa função e os impactos que ela acarreta, principalmente sobre a saúde mental.

O empenho dos cuidadores em proporcionar dignidade e qualidade de vida aos idosos é louvável e merece reconhecimento. Contudo, a rotina assistencial dedicada ao idoso está frequentemente associada ao desgaste físico e mental. As responsabilidades assumidas pelo cuidador familiar podem levar à negligência da própria saúde.

A figura do idoso acamado ou fragilizado não deve fazer com que a saúde de quem cuida seja tratada como uma questão secundária. O cuidador, enquanto ser biopsicossocial, está sujeito ao processo de adoecimento físico e mental, frequentemente relacionado à sobrecarga de trabalho e ao peso emocional da função.

Diante disso, esta revisão tem como objetivo apresentar o que a literatura descreve sobre a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos e os impactos em sua saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, embasada em uma revisão da literatura, a qual permite aprofundar o conhecimento sobre o tema investigado por meio da síntese dos estudos publicados, evidenciando tanto o estado atual do conhecimento quanto as suas lacunas (FERREIRA *et al.*, 2014).

Diante do exposto, realizou-se uma exploração bibliográfica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Index Psicologia; *Índice Bibliográ-*

fico Español en Ciencias de la Salud (IBECS); Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED); *World Health Organization* (WHO); e *Western Pacific Region Index Medicus* (WPRIM), todas acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram utilizados os descritores: “Estresse Psicológico”, “Saúde Mental”, “Cuidadores”, “Sobrecarga do Cuidador”, “Idoso Fragilizado” e seus correlatos em língua inglesa e espanhola.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, com recorte temporal dos últimos 10 anos, e que abordassem diretamente as temáticas propostas.

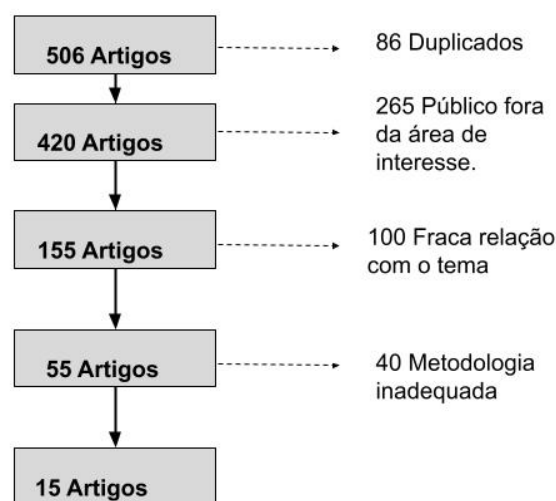
Os critérios de exclusão contemplaram: artigos duplicados, disponíveis apenas na forma de resumo, que não tratassem especificamente da temática relacionada à saúde mental de cuidadores familiares de idosos, ou publicados em outros idiomas que não fossem português, inglês ou espanhol. Também foram excluídos os trabalhos que não atendiam aos demais critérios estabelecidos.

Como resultado dessa busca, foram encontrados 506 artigos, distribuídos da seguinte forma: 449 na MEDLINE, 41 na LILACS, 23 na BDNF, 7 na IBECS, 4 na Index Psicologia, 2 na CUMED, 1 na WHO e 1 na WPRIM. Após a submissão aos critérios de seleção, 15 artigos foram incluídos para análise, conforme apresentado na **Figura 15.1**.

Nesse processo, os artigos selecionados foram analisados de forma interpretativa, sendo confrontados e discutidos à luz da literatura pertinente.

Após os critérios de seleção, restaram 15 artigos, que foram submetidos à leitura minuciosa. Os resultados obtidos foram analisados e organizados de forma descritiva.

Figura 15.1 Fluxograma de aplicação de critérios de exclusão



Legenda: Comparação percentual dos tipos de cuidados prestados a idosos em 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos mostram que a atividade exercida pelos cuidadores de idosos tem um potencial significativo de gerar sobrecarga, podendo levá-los, de forma direta ou indireta, a um declínio do estado de saúde. Nesse sentido, o grau de dependência dos idosos para a execução das atividades da vida diária esteve intimamente relacionado aos maiores níveis de sobrecarga do cuidador, e estes, por sua vez, foram diretamente associados ao aumento da morbidade, como demonstrado por Terassi *et al.* (2023).

A aplicação de instrumentos previamente validados, como questionários e escalas, permite estabelecer de forma confiável a relação entre a depressão e a sobrecarga do cuidador. Segundo Soares *et al.* (2022), os cuidadores de idosos apresentaram níveis diferentes de sobrecarga, sendo que 41,6% deles estavam em níveis graves e quase 30% apresentaram níveis de sobrecarga extremamente graves.

Já Conceição *et al.* (2021) observou que 90,4% dos cuidadores estavam sobrecarregados, sendo que 40,4% apresentavam uma sobrecarga intensa e 32,7% apresentavam sobrecarga de moderada a severa.

Tabela 15.1 Grau de sobrecarga dos cuidadores informais de idosos

Nível de Sobrecarga do cuidador	Percentual de cuidadores
Ausente	9,6%
Leve à Moderada	17,3%
Moderada à Severa	32,7%
Intensa	40,4%

Fonte: CONCEIÇÃO *et al.*, (2021). Adaptado.

As persistências de níveis tão elevados de sobrecarga têm repercussão direta na vida social e na saúde mental desses cuidadores. Ainda segundo a autora, ao avaliar o perfil desses cuidadores, observa-se o predomínio de filhos como principal parentesco, do sexo feminino e com idade entre 41 e 50 anos.

Flesch *et al.* (2020) apontam outra informação relevante que nos ajuda a entender o contexto de resiliência por parte de uma parcela importante de cuidadores de idosos. Pelo menos 50% deles têm alguma doença crônica e quase 80% apresentam pelo menos um sinal ou sintoma de alguma enfermidade.

Corroborando esses resultados, Bongelli *et al.* (2024) indicam o sexo feminino como mais vulnerável à sobrecarga quando comparado aos homens. Isso ocorre devido à soma de responsabilidades, já que muitas vezes as mulheres assumem a assistência ao idoso sem abrir mão de outras atividades, como os afazeres domésticos e o cuidado com os filhos. O tempo de dedicação ao idoso, portanto, tem relação direta com o nível de sobrecarga desse cuidador (AMERI *et al.*, 2024).

O grau de incapacidade do idoso para executar as atividades da vida diária exige maior tempo destinado às funções do cuidador e provoca alterações significativas na vida pessoal desse indivíduo. Além disso, muitas horas diárias de dedicação costumam ser exercidas de forma solitária, sem auxílio de outras pessoas, o que contribui para um sentimento de sobrecarga autorrelatado. Esse sentimento de solidão foi ainda mais perceptível durante a pandemia da COVID-19, quando, além do cansaço da rotina, somaram-se o medo do adoecimento (do próprio cuidador e do idoso) e o isolamento social.

A relação entre o quadro de saúde do cuidador e a dependência do idoso também foi analisada por Soares *et al.* (2022), que constataram que cuidadores com três ou mais doenças, e que cuidam de idosos com maior grau de dependência, apresentam pior qualidade de vida.

Dentre os parentescos mais comuns no exercício da função de cuidado, destacam-se os filhos (61,6%). Esse dado decorre, predominantemente, de aspectos socioculturais que atribuem a eles o dever de retribuir os cuidados recebidos dos pais na infância.

Em entrevistas, 65% dos cuidadores relataram residir com o idoso. Para o idoso, essa convivência cotidiana pode ser benéfica ao suprimento de suas necessidades. Contudo, essa exposição contínua às demandas do processo de cuidar é um fator expressivo de sobrecarga (CONCEIÇÃO *et al.*, 2021).

As responsabilidades e múltiplas tarefas assumidas pelo cuidador frequentemente levam à negligência com a própria saúde. Em relação ao autocuidado, quase metade dos cuidadores afirmou não ter tempo para cuidar de si, e mais da metade relatou estresse por não conseguir conciliar essa prática com as demais tarefas. A percepção de deterioração da saúde é um ponto que merece destaque: cerca de 33% dos cuidadores

afirmaram que sua saúde foi afetada após iniciarem a atividade de cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Outro aspecto relevante diz respeito ao apoio de terceiros. Em relação às tarefas relacionadas ao cuidado do idoso, 94,2% dos participantes relataram não receber ajuda. Esse dado resalta a importância da rede de apoio, que pode proporcionar melhor qualidade de vida ao cuidador, pois permite que ele disponha de mais tempo para atividades pessoais, incluindo lazer. De acordo com Rueda *et al.* (2021), essa rede de apoio é fundamental para que o cuidado não adoça o cuidador.

Isso se confirma ao observar que 66% dos cuidadores de idosos relataram sobrecarga por não receberem auxílio nas práticas de cuidado, sobretudo nos casos de idosos com maior grau de dependência. Diante do exposto, a atividade de cuidar em tempo integral é um ato de dedicação que precisa ser amortizado para não se tornar adoeceador, pois os cuidadores estão sujeitos a complicações osteomusculares, como dores lombares e artrite, além de doenças psíquicas, isolamento social, doenças cardiovasculares, entre outros males (SILVA *et al.*, 2021).

Os cuidadores familiares experimentam níveis mais elevados de depressão e sofrimento psicológico quando comparados a cuidadores profissionais. Isso se deve ao grau de dedicação ao cuidado, que gera sobrecarga e impacto emocional, grande parte das vezes atrelados à falta de apoio.

As características do destinatário do cuidado, como gravidade da demência, problemas comportamentais e comprometimento funcional, estão associadas à maior depressão do cuidador, particularmente em cuidadores familiares. O contexto de cuidado, incluindo coabitação e horas dedicadas, também influencia o risco de depressão.

A literatura aponta maior prevalência de depressão e sofrimento emocional entre cuidadores familiares em comparação aos cuidadores profissionais. Influências culturais e sociais, bem como o contexto vivido pelo cuidador, modulam de forma expressiva os impactos na saúde mental. Esses impactos se acentuam quando a dependência do idoso está relacionada a um quadro de demência ou doença crônica. Os cuidadores familiares de idosos apresentam uma taxa de prevalência de depressão muito superior à de pessoas que cuidam de idosos em um contexto profissional.

À luz dessas considerações, faz-se necessário que familiares, amigos, sociedade civil organizada e poder público se sensibilizem quanto às necessidades dos cuidadores de idosos. É fundamental que se mobilizem para prevenir agravos à saúde do cuidador, considerando que a atividade de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica riscos à saúde física e mental.

Os estudos mostram que o grau de dependência dos idosos para a execução das atividades da vida diária está intimamente relacionado aos maiores níveis de sobrecarga do cuidador. Estes, por sua vez, estão associados ao aumento da morbidade, como demonstrado por Terassi *et al.* (2023).

Ao analisar as atividades exercidas pelos cuidadores de idosos, nota-se uma relação consistente entre a sobrecarga enfrentada em sua rotina diária e o declínio do estado de saúde mental, sendo que essa relação pode ocorrer de forma direta ou indireta (LIANG *et al.*, 2023). Para estudar essa relação, Ameri *et al.* (2024) aplicaram questionários para a geração de um escore. Após a análise desses escores de sobrecarga e dos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, percebe-se uma relação diretamente proporcional entre a sobrecarga e o risco de depressão.

Nesse sentido, é importante destacar que fatores estressores podem ser de natureza concreta ou subjetiva, e ambas têm efeitos diretos no desenvolvimento de transtornos mentais. Os estudos apontam que 86,4% dos cuidadores apresentaram níveis significativos de estresse, 57% ansiedade severa e 36,9% sintomas depressivos leves (MANZINI E VALE, 2020).

Múltiplos estudos identificaram relações causais importantes entre a sobrecarga e a consequente interferência na saúde mental. Dentre as causas mais relevantes, o isolamento social tem uma relação significativa com estresse e depressão. A percepção de sobrecarga está fortemente vinculada à satisfação com o cuidado e ao sofrimento psicológico. Além disso, é comum que esses cuidadores não contem com uma rede de apoio, o que leva ao desenvolvimento de um contexto exaustivo que, quando vivenciado de forma constante, resulta em sobrecarga. Diante disso, o suporte social apresenta-se como um fator protetor significativo, pois possui correlação positiva com a manutenção do bem-estar psicológico (SAJEEV *et al.*, 2024; LÓPEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2024; WANG *et al.*, 2024).

A presença de uma rede de apoio é fundamental para que a atividade de cuidado não acabe adoecendo o cuidador. Isso é evidenciado pelo fato de que 66% dos cuidadores de idosos estão sobrecarregados, em grande parte devido à falta de ajuda na rotina de prestação de cuidados, sobretudo quando o idoso apresenta elevado grau de dependência (RUEDA *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, a atividade de cuidar em tempo integral é um ato de dedicação que precisa ser amortizado para que não se torne adoecedor. A função de cuidador expõe o indivíduo ao isolamento social e a doenças psíquicas, sendo a depressão a principal delas (SILVA *et al.*, 2021).

À luz dessas considerações, é importante que família, amigos e equipes de saúde estejam atentos às necessidades dos cuidadores de idosos. É fundamental oferecer suporte e apoio nas atividades diárias, considerando que o cuidado de um idoso dependente é desgastante e implica riscos à saúde física e mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDELHALIM, D. S. *et al.* Burden of Care, Depression, and Anxiety Among Family Caregivers of People With Dementia. *Journal of Primary Care & Community Health*, v. 15, 2024. <http://dx.doi.org/10.1177/2150131924128802>.
- AMERI, F. *et al.* Exploring Caregiver Burden in Alzheimer's Disease: The Predictive Role Of Psychological Distress. *The Open Public Health Journal*, v. 17, 2024. <http://dx.doi.org/10.2174/0118749445327572240916091208>.
- BONGELLI, R. *et al.* Caregiving burden, social support, and psychological well-being among family caregivers of older Italians: across-sectional study. *Frontiers in Public Health*, v. 12, 2024. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1474967>.
- CONCEIÇÃO, H. N *et al.* Perfil e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes. *Research, Society And Development*, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 47210616061, 7 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16061>.
- FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG)*. [Internet], v. 17, n. 4, p. 911-26, 2014. Doi: <http://www.doi.org/10.1590/1809.9823.2014.13053>.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Com envelhecimento, cresce número de familiares que cuidam de idosos no país. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em: 19 de junho de 2025.
- LIANG, J. *et al.* The Role of Social Isolation on Mediating Depression and Anxiety among Primary Family Caregivers of Older Adults: A Two-Wave Mediation Analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 30, p. 1-12, 2023. <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-023-10227-5>.
- LIU, Z.; HEFFERNAN, C.; TAN, J. Caregiver burden: a concept analysis. *International Journal Of Nursing Sciences*, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 438-445, out. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>.
- LÓPEZ-MARTÍNEZ, C. *et al.* Caregiving Satisfaction, Psychological Distress and Caregiver Burden in Family Caregivers of Dependent Older People: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Nursing*, 2025. <http://www.doi.org/10.1111/jocn.17626>.
- MANEE, F. *et al.* A Comparative Study of Burden of Care, Anxiety, and Well-Being Among Family Caregivers of Elderly with Dementia: Evidence from Kuwait. *Healthcare*, v. 13, n. 14, p. 1767, 2025. DOI: <http://www.doi.org/10.3390/healthcare13141767>.
- MANZINI, C. S. S.; VALE, F.A.C. Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 14, n. 1, p. 56-61, 2020. <http://www.doi.org/10.1590/1980-57642020DN14-010009>.
- MARTINS, G.; ROCHA, L. A. da; MONTEIRO, D. Q.; *et al.* A sobrecarga de cuidadores: como as características de idosos e seus cuidadores se articulam [the burden of caregivers. *Revista Enfermagem Uerj*, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-8, ago. 2023. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.71739>.
- RUEDA, G. O *et al.* CONOCIMIENTO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONA MAYOR DEPENDIENTE. *Horizonte de Enfermería*, [S.L.], v. 32, n. 3, p. 256-265, dez. 2021. Pontificia Universidad Catolica de Chile. http://dx.doi.org/10.7764/horiz_enferm.32.3.256-265.
- SAJEEV, A. V.; JOHN, C. T. Informal caregiver burden among carers of bedridden elderly: a cross sectional study in North Kerala. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, v. 11, n. 7, p. 2738-2744, 2024. <http://www.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20241838>.
- SILVA, P. L. N. *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos frágeis: revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, [S.L.], v. 24, n. 275, p. 5566-5581, 9 abr. 2021. MPM Comunicação. <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5566-5581>.
- SOARES, M. H. S *et al.* Caracterização do cuidador informal de idosos hospitalizados: um estudo transversal. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, [S.L.], v. 21, p. 320-327, 2022. <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20226552>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. De olho na saúde do cuidador. [S. l.], 23 abr. 2023. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/de-olho-na-saude-do-cuidador/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

TERASSI, M; *et al.* Influência da sobrecarga, estresse e sintomas depressivos na saúde de idosos cuidadores: estudo longitudinal. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 27, n. 0, p. 1-8, maio 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0437pt>.

SRIDHAR, A.; KURIAKOSE, H. Role of psychological well-being, quality of life and distress tolerance in caregivers of geriatric population: an Indian exploratory study. Working With Older People, v. 28, n. 2, p. 123-135, 2024. <http://www.doi.org/10.1108/wwop-03-2024-0015>.

WANG, Y. *et al.* Family burden and psychological distress among Chinese caregivers of elderly people with dementia: a moderated mediation model. BMC Nursing, v. 23, n. 1, p. 1-12, 2024. <http://www.doi.org/10.1186/s12912-024-02382-1>.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 16

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DO SEGMENTO DE TELEMARKETING

ELIELSON FELIX GONÇALVES¹
ADNA CÂNDIDO NOGUEIRA¹
ZADES LIRA RIBEIRO FILHO¹
ANTONIO CLAUDIO ROCHA MESQUITA FORMIGA¹
MARIANA QUIRINO CAVALCANTI¹
BRUNA BEATRIZ FIGUEIRÓ RAMALHO¹
JOÍMA KATIUCIA PEREIRA FREIRE¹
TICYANNE GABRYELLE DE MOURA¹
CASSANDRA AMARAL DE MEDEIROS MORAES¹
GHISLAYNE MARTINS DE MELO¹
FLÁVIA LUANA LOPES TENÓRIO²
ANDRESSA LUCENA DE OLIVEIRA³
ALLEMBERT FERREIRA NUNES⁴
ANDRÉ VICTOR TEIXEIRA MUNIZ⁵
PAMELA VALESKA NÓBREGA SOARES⁶

¹Discente de Medicina – Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

²Discente de Medicina – Afa Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCMPB).

³Discente de Medicina – Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

⁴Médico – Universidade Potiguar (UNP).

⁵Médico – Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

⁶Médica – Hospital Regional Wenceslau Lopes (HRWL)

Palavras-Chave: Telemarketing; Síndrome de Burnout; Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

O telemarketing é uma modalidade de marketing que opera por meio de centrais de atendimento (*call centers*), nas quais os operadores realizam chamadas telefônicas seguindo roteiros padronizados e são avaliados com base em indicadores quantitativos de desempenho (ANJOS *et al.*, 2024). Diversas pesquisas apontam que esse modelo de trabalho apresenta um conjunto de características que o torna propenso ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (SENA & LIMA, 2022; BERTOLASI & PEREIRA, 2025). Trata-se de uma atividade que exige interação com um público diversificado, cumprimento de metas de produtividade, monitoramento constante e gerenciamento preciso do tempo, o que, por consequência, cria um ambiente de elevada pressão psicológica sobre os trabalhadores (ANJOS *et al.*, 2024; BERTOLASI & PEREIRA, 2025).

O telemarketing representa uma importante fatia do mercado de trabalho brasileiro, com cerca de 1,5 milhões de trabalhadores, sendo majoritariamente formado por jovens, com ensino médio completo e sexo feminino, em busca do primeiro emprego ou de rápida inserção no mercado formal (RÊGO, 2009). A história do telemarketing no Brasil remonta ao final da década de 1980, quando surgiu como resposta à crescente demanda por serviços bancários e se expandiu rapidamente com o avanço das tecnologias de comunicação (ANJOS *et al.*, 2024; BERTOLASI & PEREIRA, 2025). Atualmente, é um dos setores que mais contrata no país, no entanto também apresenta um dos maiores índices de rotatividade e absenteísmo (BERTOLASI & PEREIRA, 2025).

O trabalho nesse setor exige habilidades multitarefa, demandando que o profissional fale, escute, digite e interprete informações ao mesmo tempo, o que aumenta os níveis de es-

trese (BERTOLASI & PEREIRA, 2025; OLIVEIRA; NETO; MIRANDA, 2023). Além disso, os trabalhadores enfrentam longas jornadas em posições fixas, somadas à exigência de manter um tom cordial mesmo diante de situações de agressividade verbal por parte dos clientes (ANJOS *et al.*, 2024; SENA & LIMA, 2022). De acordo com Sena & Lima (2022), há também a precarização das condições de trabalho, como a ausência de isolamento acústico na maior parte dos serviços, sendo um aspecto necessário em uma função que exige alto grau de concentração e clareza na comunicação.

A Síndrome de *Burnout* é uma síndrome psicológica casada pelo estresse crônico relacionado ao trabalho, cursando com sintomas de exaustão afetiva, sensação de despersonalização e percepção de ineficácia diante das demandas profissionais, e sendo geralmente associadas à sobrecarga de tarefas, à ausência de reconhecimento e à persistência de metas excessivamente elevadas (ANJOS *et al.*, 2024). Os efeitos, entretanto, extrapolam o ambiente laboral, estendendo-se à esfera social e familiar, manifestando-se por distanciamento emocional, isolamento e deterioração gradual das relações interpessoais (ANJOS *et al.*, 2024; OLIVEIRA; NETO; MIRANDA, 2023).

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo analisar os fatores associados à Síndrome de *Burnout* em profissionais do setor de telemarketing. Busca-se, com isso, contribuir para a compreensão do fenômeno e subsidiar a formulação de estratégias preventivas voltadas à promoção da saúde mental para essa população.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Narrativa, fundamentada em uma busca por publicações científicas disponíveis nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic*

Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE, Scopus e *Web of Science*.

Para realização da pesquisa, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês: “Síndrome de Burnout”, “Telemarketing” e “Call Center”, combinados entre si por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*. A pergunta norteadora da revisão foi: “Quais são os principais fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* entre profissionais de telemarketing?”

A estratégia PICO foi utilizada para delimitar o escopo da revisão, sendo:

P (População): profissionais do setor de telemarketing;

I (Intervenção): identificação de fatores de risco relacionados à Síndrome de *Burnout*;

C (Comparação): não aplicável;

O (Desfecho): mapeamento dos principais fatores associados ao surgimento da síndrome.

Foram incluídos artigos, sem restrição temporal, disponíveis em texto completo nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem especificamente a Síndrome de *Burnout* no contexto do telemarketing. Excluíram-se estudos duplicados, pesquisas voltadas exclusivamente a outras categorias profissionais e publicações que não apresentassem relação direta com o objetivo da investigação.

A seleção dos artigos foi realizada por meio da leitura dos títulos, resumos e, posteriormente, dos textos completos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. As informações extraídas foram organizadas em categorias temáticas que abordam desde os aspectos conceituais da síndrome até os fatores envolvidos na gênese da patologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceitos, Evolução Histórica e Diagnóstico

A síndrome de Burnout surgiu como um conceito científico na década de 1970, quando

o psicanalista Herbert Freudenberger observou em si mesmo e em seus colegas um estado peculiar de exaustão física e mental (FREUDENBERGER, 1974). Trabalhando como voluntário em uma clínica de autoajuda para dependentes químicos em Nova York, Freudenberger percebeu que profissionais inicialmente motivados, dedicados e comprometidos desenvolviam, de forma gradual, sintomas de fadiga crônica, irritabilidade, dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais e cinismo (FREUDENBERGER, 1974). Ele descreveu o fenômeno como "um estado de fadiga ou frustração resultante da devoção a uma causa, estilo de vida ou relacionamento que não produziu a recompensa esperada" (FREUDENBERGER, 1974), uma definição que, embora não operacional, capturou a essência do desapontamento e da perda de idealismo que caracterizavam a condição (FREUDENBERGER, 1974).

O termo "burnout" foi deliberadamente emprestado da gíria da época, onde indicava o esgotamento completo de um indivíduo após o uso excessivo de drogas (FREUDENBERGER, 1974). Esta metáfora mostrou-se particularmente apropriada para descrever o esgotamento profissional, pois capturava a essência de um processo onde o trabalhador, tal qual uma vela, consome-se progressivamente até que não reste mais nada além de cinzas, tornando-se inoperante para todos os efeitos (FREUDENBERGER, 1974).

O trabalho pioneiro da psicóloga Christina Maslach e de sua colaboradora Susan Jackson, a partir do final da década de 1970 e ao longo dos anos 1980, foi fundamental para transformar o burnout de uma observação clínica em um constructo psicológico mensurável e validado (MASLACH; JACKSON, 1981). Por meio de extensivas pesquisas qualitativas e quantitativas, elas desenvolveram uma conceituação mais precisa, definindo o Burnout como "uma

síndrome psicológica tridimensional caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho" (MASLACH; JACKSON, 1981).

A exaustão emocional constitui o núcleo central da síndrome e representa a dimensão de estresse individual básico do burnout (MASLACH; LEITER, 2016). Caracteriza-se pela depleção dos recursos emocionais do indivíduo, manifestando-se através de sentimentos de estar emocionalmente exaurido, desgastado e sobrecarregado pelo trabalho (MASLACH; LEITER, 2016). Os trabalhadores experimentam uma sensação de não ter mais nada a oferecer aos outros. Essa dimensão é geralmente a primeira a surgir e constitui a mais óbvia manifestação do burnout (MASLACH; LEITER, 2016).

A despersonalização (ou cinismo) representa a dimensão interpessoal do *burnout*. Manifesta-se através do desenvolvimento de atitudes negativas, cínicas, distantes e impessoais em relação aos destinatários do trabalho, sejam eles clientes, pacientes, alunos ou colegas (MASLACH; JACKSON, 1981). Constitui uma tentativa de colocar distância entre si mesmo e os receptores do serviço, ignorando as qualidades que os tornam únicos e envolventes (DEMEROUTI, 2024). Esta resposta defensiva à exaustão emocional funciona como um mecanismo de proteção psicológica, mas compromete a qualidade do trabalho e das relações profissionais (DEMEROUTI, 2024).

A reduzida realização pessoal (ou ineficácia) constitui a dimensão de autoavaliação do *burnout*. Refere-se ao declínio nos sentimentos de competência, eficácia e produtividade no trabalho (MASLACH; JACKSON, 1981). Os trabalhadores sentem-se ineficazes, questionam sua capacidade de fazer a diferença e experimentam uma sensação de inadequação profissional (MASLACH; LEITER, 2016). Esta dimensão está relacionada à percepção de que os

esforços investidos não estão gerando os resultados esperados, minando o senso de propósito e valor no trabalho (MASLACH; LEITER, 2016).

O avanço científico no estudo do burnout dependeu do desenvolvimento de instrumentos padronizados de avaliação. O *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido por Maslach e Jackson em 1981, tornou-se a primeira ferramenta amplamente reconhecida e a mais utilizada para a mensuração da síndrome, sendo empregado na vasta maioria das pesquisas publicadas sobre o tema (MASLACH; JACKSON, 1981; O'CONNOR; NEFF; PITMAN, 2018).

O MBI apresenta diferentes versões adaptadas a contextos ocupacionais específicos, garantindo sua utilidade para diferentes grupos. As principais versões são: o *MBI-Human Services Survey* (MBI-HSS), destinado a profissionais de serviços humanos (saúde, educação, serviço social); o *MBI-Educators Survey* (MBI-ES), específico para professores e outros profissionais da educação; e o *MBI-General Survey* (MBI-GS), uma versão genérica de 16 itens aplicável a qualquer contexto ocupacional (O'CONNOR; NEFF; PITMAN, 2018).

A estrutura do MBI-HSS, a mais tradicional e amplamente utilizada, consiste em 22 itens organizados em três subescalas que burnout: Exaustão Emocional (9 itens), Despersonalização correspondem às dimensões teóricas do (5 itens) e Realização Pessoal (8 itens) (O'CONNOR; NEFF; PITMAN, 2018). Os respondentes indicam a frequência com que experimentam cada sentimento em uma escala Likert de 7 pontos, que varia de 0 ("nunca") a 6 ("todos os dias") (LOERA; CONVERSO; VIOTTI, 2014). A síndrome de *burnout* é indicada pela presença de escores elevados nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização, combinados com baixos escores na subescala de realização

pessoal (LOERA; CONVERSO; VIOTTI, 2014).

Um marco histórico no reconhecimento do burnout ocorreu com sua inclusão na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019. O *burnout* foi classificado no capítulo "Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde", especificamente sob o código QD85 (WHO, 2019).

Segundo a definição oficial da CID-11, o burnout é conceituado como "uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi administrado com sucesso" (WHO, 2019). A OMS adotou explicitamente a estrutura tridimensional de Maslach, caracterizando a síndrome por três dimensões: 1) Sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; 2) Aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; 3) Sensação de ineficácia e falta de realização (WHO, 2019).

A OMS enfatiza que o burnout refere-se especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida (WHO, 2019). A especificação é importante para diferenciá-lo de outros transtornos mentais, como depressão ou ansiedade generalizada, embora a sobreposição sintomática entre essas condições seja reconhecida na literatura (ROTENSTEIN *et al.*, 2018).

No Brasil, o reconhecimento jurídico da síndrome de *Burnout* como doença ocupacional precedeu o reconhecimento internacional pela OMS. A Portaria nº 1.339/1999 do Ministério da Saúde incluiu a "Sensação de estar acabado" (Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional) na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, classificando-a sob o código Z73.0 da CID-10 (BRASIL, 1999). Poste-

riormente, o Decreto nº 6.042/2007 consolidou esse reconhecimento ao incorporar a síndrome no Anexo II do Regulamento da Previdência Social (BRASIL, 2007), estabelecendo formalmente o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) entre a síndrome e a exposição a determinados fatores de risco ocupacionais (BRASIL, 2007). Na prática, isso significa que, uma vez diagnosticado, o burnout é equiparado a um acidente de trabalho, garantindo ao trabalhador o direito a benefícios previdenciários, como o auxílio-doença acidentário, e à estabilidade no emprego após o retorno (ANDRADE, 2018).

Síndrome de Burnout e Telemarketing

A socióloga Arlie Russell Hochschild revolucionou a compreensão do trabalho no setor de serviços ao introduzir o conceito de "trabalho emocional" em sua obra *"The Managed Heart"* (1983). Segundo sua definição, o trabalho emocional consiste na "gestão do sentimento para criar uma exibição facial e corporal publicamente observável, que é vendida por um salário e, portanto, tem valor de troca" (HOCHSCHILD, 1983). No contexto do telemarketing, esse conceito se manifesta de forma particularmente evidente: as emoções dos trabalhadores se tornam parte integrante do produto vendido pela organização. A regulação desses sentimentos exige esforço e habilidade consideráveis, constituindo um trabalho que gera valor econômico para a empresa. Contudo, esse processo pode resultar em uma separação entre o trabalhador e seus sentimentos autênticos (HOCHSCHILD, 1983).

Hochschild distingue entre "regras de sentimento" (*feeling rules*) — as normas sociais e organizacionais sobre o que os trabalhadores devem sentir em uma determinada situação — e "regras de exibição" (*display rules*) — as normas sobre o que eles devem expressar externa-

mente (HOCHSCHILD, 1983). No telemarketing, estas regras são codificadas de forma explícita em scripts de atendimento, manuais de treinamento e sistemas de avaliação de qualidade, que ditam o tom de voz, as palavras a serem usadas e a postura a ser mantida (STEINBERG; FIGART, 1999).

O trabalho emocional no telemarketing apresenta características distintivas que contribuem para sua natureza desgastante. A frequência das interações é extrema, com estudos indicando que operadores podem processar mais de 140 chamadas diárias (GHAHRAMANI *et al.*, 2016). A intensidade de cada interação demanda gerenciamento ativo das emoções, sobretudo em situações envolvendo clientes hostis ou frustrados. Quanto à duração, o trabalho emocional ocorre de forma contínua durante turnos de 6 a 8 horas, muitas vezes com intervalos insuficientes para recuperação emocional. Além disso, a variedade de demandas emocionais exige que os operadores transitem de forma rápida entre diferentes estados afetivos (como empatia, assertividade e cordialidade) adaptando-se ao tipo específico de chamada e ao comportamento apresentado pelo cliente.

A dissonância emocional representa o conflito psicológico que surge quando há diferença entre as emoções sentidas de forma genuína e as emoções que a organização exige do trabalhador (ZAPF *et al.*, 1999). Esse estado de incongruência entre o eu autêntico e o eu performado constitui o mecanismo psicológico primário através do qual as demandas do trabalho em telemarketing são convertidas em dano psicológico e, subsequentemente, em *burnout* (MOLINO *et al.*, 2016).

Estudos demonstram o papel central da dissonância emocional no desenvolvimento do *burnout* através de uma sequência específica: inicialmente, uma situação estressante, como um cliente agressivo, provoca sentimentos ge-

núinos de raiva ou frustração no operador. Em seguida, as regras da empresa exigem que o operador mantenha tom cordial, empático e prestativo, seguindo o roteiro estabelecido. Este cenário gera um conflito interno entre a raiva sentida e a cordialidade que deve ser exibida. Para lidar com essa discrepância, o operador precisa gastar energia para esconder a emoção real e mostrar a emoção exigida. Este esforço contínuo vai esgotando gradualmente os recursos emocionais da pessoa até que, com o esgotamento crônico desses recursos, desenvolve-se o principal sintoma do *burnout* (HÜLSHEGER; SCHEWE, 2011).

Para gerenciar a dissonância emocional, os trabalhadores empregam duas estratégias principais de regulação, conforme identificado por Hochschild (1983) e elaborado por pesquisadores subsequentes como Grandey (2000). A atuação superficial (*surface acting*) envolve a modificação das expressões emocionais externas sem alterar os sentimentos internos (GRANDEY, 2000). Isso inclui suprimir emoções negativas genuínas (como raiva) e simular ou amplificar emoções positivas não sentidas (como entusiasmo). Esta estratégia é a que gera maior dissonância emocional e, consequentemente, está mais associada a consequências negativas, como aumento da exaustão emocional, despersonalização, sintomas psicossomáticos e intenção de deixar o emprego (GRANDEY, 2000). A atuação profunda (*deep acting*), por outro lado, envolve tentativas de modificar os sentimentos internos para que se alinhem com as regras da instituição (GRANDEY, 2000). O trabalhador tenta genuinamente sentir a emoção que precisa expressar. Isso é alcançado por meio de técnicas como a reavaliação cognitiva (reinterpretar a situação para mudar sua carga emocional) ou concentrar-se em aspectos positivos da interação (GRANDEY, 2000).

Taxonomia dos Fatores de Risco no Telemarketing

A alta prevalência de *burnout* no setor de telemarketing pode ser atribuída a um conjunto complexo de fatores de risco que operam em níveis organizacionais, psicossociais, ambientais e individuais. Diversos estudos apontam para um sistema de trabalho que, em muitos casos, é estruturalmente propenso a gerar adoecimento, sendo caracterizado por alta rotatividade, contratos temporários e terceirização, o que gera um clima de insegurança no emprego (LLOSA *et al.*, 2018). A insegurança no emprego constitui um elemento estressor que aumenta os níveis de ansiedade e amplifica o impacto de outros estressores (DE WITTE *et al.*, 2016). De forma complementar, Kim *et al.* (2019) destaca que a combinação de trabalho emocional intenso com alta insegurança no emprego aumenta o risco de sintomas depressivos em até dez vezes.

Os sistemas de controle em *call centers* incluem o monitoramento eletrônico de desempenho através da gravação de todas as chamadas e análise em tempo real de métricas como tempo médio de atendimento, sistemas de *scorecard* com múltiplos indicadores e o controle comportamental por meio de *scripts* obrigatórios que limitam a autonomia individual (VILELA; ASSUNÇÃO, 2004). Esses mecanismos de controle não apenas monitoram a produção, mas também o tempo e o comportamento, criando um ambiente de vigilância que intensifica o ritmo de trabalho e contribui para a exaustão do trabalhador. A falta de suporte da gerência agrava esse cenário, contribuindo para que os trabalhadores se sintam isolados e sobrecarregados (MOLINO *et al.*, 2016).

O ambiente de telemarketing é dominado por uma cultura de metas. As demandas típicas incluem um alto volume de chamadas (100-200 por dia), um baixo tempo médio de atendimento com pressão para resolver chamadas em poucos

minutos, taxas de conversão ou vendas, e a necessidade de equilibrar simultaneamente quantidade, qualidade e satisfação do cliente (ASHILL; ROD, 2011). Essa pressão constante cria o que tem sido denominado "intensificação do trabalho", ou seja, não apenas trabalhar mais, mas trabalhar mais rápido, com maior complexidade cognitiva e emocional ao mesmo tempo (MAUNO; KINNUNEN, 2021).

A exposição à violência por parte de clientes representa outro elemento estressor no telemarketing (GRANDEY *et al.*, 2004). A violência manifesta-se através de agressões verbais como ofensas, gritos e ameaças, além de humilhação e assédio. Pesquisas indicam que uma alta porcentagem de operadores experimenta agressão verbal de forma regular (LIU *et al.*, 2019). A necessidade de manter a compostura profissional e seguir o *script* durante essas agressões intensifica a dissonância emocional (WANG *et al.*, 2011).

Paradoxalmente, apesar de trabalharem em ambientes com vários outros indivíduos, os operadores de *call center* experimentam isolamento social (PAIVA *et al.*, 2016). A estrutura física em baias individuais, a pressão temporal que limita as pausas e a socialização, os sistemas de ranking que podem fomentar a competição em detrimento da cooperação, e a alta rotatividade que dificulta a formação de vínculos duradouros contribuem para este isolamento (RICCI e RACHID, 2023).

O trabalho em turnos, comum no telemarketing para garantir cobertura 24/7, desregula os ritmos circadianos e a vida social e familiar (MASLACH; LEITER, 2008). As dificuldades em cumprir responsabilidades familiares, a redução do tempo de qualidade com a família e os conflitos conjugais aumentados representam uma fonte adicional de estresse que amplifica o risco de *burnout* (GERALDES *et al.*, 2019).

O ambiente acústico dos *call centers* também é um importante estressor físico que costuma ser subestimado. O ruído de fundo constante, gerado por dezenas de conversas simultâneas, somado a ruídos mecânicos e alertas de sistema, cria um ambiente sonoro poluído (MURPHY, 2025). A exposição crônica a níveis de ruído elevados está associada a impactos fisiológicos mensuráveis, como a elevação dos níveis de cortisol e aumento da irritabilidade (DHABHAR, 2014).

A natureza sedentária e repetitiva do trabalho em *call center* cria condições ideais para o desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho (DMERT). Um estudo com operadores de *call center* na Nigéria documentou uma prevalência de 65,2% dos operadores relataram ter experienciado pelo menos um DMERT no último ano, com queixas comuns de dor cervical crônica (42%), síndrome do túnel do carpo e lombalgia (GHAHRAMANI *et al.*, 2016). Fatores ergonômicos como posturas estáticas prolongadas, movimentos repetitivos de digitação e uso do mouse, e design inadequado do posto de trabalho contribuem para esses problemas (GHAHRAMANI *et al.*, 2016; VILELA E ASSUNÇÃO, 2004).

Embora o *burnout* seja determinado por fatores contextuais do trabalho, características individuais também possuem influência sobre a vulnerabilidade a esses estressores. Trabalhadores mais jovens (com menos de 30 anos) tendem a apresentar maior risco de *burnout*, possivelmente devido a menores estratégias de enfrentamento e expectativas mais idealistas (MASLACH; JACKSON, 1981). Mulheres em *call centers* reportam níveis mais altos de exaustão emocional, o que pode estar relacionado à dupla jornada e a uma maior exposição a assédio por parte de clientes (GHAHRAMANI *et al.*, 2016). Além disso, traços de personalidade como o neuroticismo são preditores de maior

vulnerabilidade ao *burnout* (SKYRME *et al.*, 2016).

A estrutura organizacional focada em controle e eficiência é a causa raiz que gera ou amplifica a maioria dos outros estressores. A pressão por metas leva à frustração do cliente, que resulta em agressão verbal; a necessidade de controle leva à vigilância e ao design de baias, que causam isolamento social; a busca por eficiência de custos leva a equipamentos ergonomicamente inadequados. Marshall (2024) propõe o conceito de "cascata de vulnerabilidade", onde cada estressor reduz a capacidade do indivíduo de lidar com os demais. A fadiga física dos DMERT reduz a capacidade de regulação emocional para lidar com um cliente agressivo; o isolamento social remove o apoio necessário para se recuperar da exaustão; e a insegurança no emprego impede a busca por ajuda ou a consideração de mudar de função. Esse efeito multiplicativo explica por que intervenções focadas em fatores isolados falham; o *burnout* em telemarketing é o produto de um "sistema de sistemas" onde múltiplos estressores se reforçam mutuamente.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra que a síndrome de *burnout* no telemarketing resulta da interação sistêmica entre fatores organizacionais (insegurança no emprego, controle panóptico, metas agressivas), psicossociais (exposição a clientes hostis, isolamento social, conflito trabalho-família), ambientais (poluição sonora, distúrbios musculoesqueléticos) e individuais (idade, gênero, traços de personalidade). O trabalho emocional intenso — caracterizado pela alta frequência de interações (mais de 140 chamadas diárias), necessidade de regulação emocional constante e dissonância entre emoções sentidas e exibidas — constitui o mecanismo psicológico central que converte essas demandas ocupa-

cionais em exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal.

Os achados indicam que a prevenção eficaz do *burnout* no telemarketing exige intervenções sistêmicas que abordem simultaneamente múltiplas dimensões do problema. Recomenda-se a implementação de políticas organizacionais integradas que incluam a reestruturação das metas de produtividade (redução do volume de chamadas e aumento do tempo de recuperação emocional), melhoria das condições ergonômicas e acústicas, fortalecimento do suporte social

(programas de apoio psicológico e criação de espaços de convivência), redução do controle eletrônico excessivo e desenvolvimento de maior autonomia no trabalho. O reconhecimento do *burnout* como doença ocupacional pela OMS (CID-11) e legislação brasileira representa um avanço importante, mas insuficiente sem mudanças estruturais nos processos de trabalho. Pesquisas futuras devem focar na avaliação longitudinal da eficácia dessas intervenções, visando conciliar produtividade com sustentabilidade da saúde mental dos trabalhadores

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. G. A Síndrome de Burnout e o direito do trabalho. 2. ed. São Paulo: LTr, 2018.

ANJOS, L. S. *et al.* Síndrome de burnout no ambiente organizacional: telemarketing. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Administração) – Etec Itaquera II, São Paulo, 2024.

ASHILL, N. J.; ROD, M. Burnout and service provider performance in a call centre environment. *Journal of Services Marketing*, v. 25, n. 4, p. 246-258, 2011.

BERTOLASI, D. V.; PEREIRA, F. M. C. Análise jurídica da Síndrome de Burnout no setor de telemarketing. *Revista Brasileira de Estudos Jurídicos*, Montes Claros, v. 19, n. 2, p. 1-30, jul./dez. 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 fev. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 nov. 1999. Seção 1, p. 21-22. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html. Acesso em: 10 ago. 2025.

DE WITTE, H. *et al.* The Job Insecurity Scale: A psychometric evaluation across five European countries. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, v. 25, n. 6, p. 808-824, 2016.

DEMEROUTI, E. Burnout: a comprehensive review. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, v. 78, n. 4, p. 492–504, 2024. DOI: 10.1007/S41449-024-00452-3.

DHABHAR, F. S. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunologic Research*, v. 58, n. 2-3, p. 193-210, 2014. DOI: 10.1007/s12026-014-8517-0.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.

GERALDES, L. *et al.* Burnout in contact center employees: The role of work-life conflict and affective commitment. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 49, n. 1, p. 32-42, 2019.

GHAHRAMANI, A. *et al.* Prevalence and Impact of Work-Related Musculoskeletal Disorders on Job Performance of Call Center Operators in Nigeria. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 7, n. 2, p. 98-106, 2016. DOI: 10.15171/ijoem.2016.622.

GRANDEY, A. A. Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 5, n. 1, p. 95-110, 2000.

GRANDEY, A. A. *et al.* When “the show must go on”: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, v. 47, n. 1, p. 86-96, 2004.

HOCHSCHILD, A. R. *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press, 1983.

HÜLSHEGER, U. R.; SCHEWE, A. F. On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 16, n. 3, p. 361-389, 2011. DOI: 10.1037/a0022876.

KIM, W. *et al.* Combined exposure of emotional labor and job insecurity on depressive symptoms among female call-center workers: A cross-sectional study. *Medicine*, v. 98, n. 10, p. e14771, 2019.

LIU, X. *et al.* Workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational Health*, v. 61, n. 6, p. 459-470, 2019.

LLOSA, J. A. *et al.* Measuring job insecurity: A systematic review and meta-analysis of the job insecurity scale (JIS). *Journal of Vocational Behavior*, v. 104, p. 119-132, 2018.

LOERA, B.; CONVERSO, D.; VIOTTI, S. Evaluating the Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian Nurses: How Many Factors Must a Researcher Consider? *PLoS ONE*, v. 9, n. 12, p. e114987, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0114987.

MARSHALL, S. M. The Effect of Call Center Agent Burnout on Employee Engagement. 2024. Tese (Doutorado em Psicologia) – Walden University,, 2024.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016. DOI: 10.1002/wps.20311.

MAUNO, S.; KINNUNEN, U. Is work intensification bad for employees? A review of outcomes for employees over the last two decades. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 16, p. 8769, 2021.

MOLINO, M. *et al.* Emotional Dissonance as a Key Predictor of Job-Related Well-Being in Call Center Agents. *Frontiers in Psychology*, v. 7, p. 1133, 2016.

MURPHY, L. R. Noise and its effects. In: SALVENDY, G.; KARWOWSKI, W. (ed.). *Handbook of Human Factors and Ergonomics*. 5. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2021.

O'CONNOR, K.; NEFF, D. M.; PITMAN, S. Burnout in mental health professionals: a systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, v. 53, p. 74-99, 2018.

OLIVEIRA, A. A.; NETO, J. S. C.; MIRANDA, I. B. Síndrome de Burnout no serviço público brasileiro: uma revisão sistemática. *Derecho y Cambio Social*, Lima, n. 73, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10440281.

PAIVA, L. E. B. *et al.* Síndrome de burnout em operadores de teleatendimento: o caso de duas empresas de contact center em Fortaleza/CE. *Revista de Carreiras e Pessoas*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 216-233, mai./ago. 2016.

RÊGO, S. C. S. Sofrimento em Burnout nos operadores de contact center de uma empresa em Salvador. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RICCI, M. G.; RACHID, A. Relações de trabalho no serviço de teleatendimento. *Gestão & Produção*, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 192-203, 2013. DOI: 10.1590/S0104-530X2013000100014.

ROTENSTEIN, L. S. *et al.* Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*, v. 320, n. 11, p. 1131-1150, 2018. DOI: 10.1001/jama.2018.12777.

SENA, B. P. L.; LIMA, G. C. Fatores causais da síndrome de Burnout no setor de teleatendimento. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário Fametro, Fortaleza, 2022.

SKYRME, P. *et al.* Call Centre employee personality factors and service performance. *Journal of Services Marketing*, v. 30, n. 4, p. 430-442, 2016.

STEINBERG, R. J.; FIGART, D. M. Emotional Labor Since The Managed Heart. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, v. 561, n. 1, p. 8-26, 1999.

VILELA, L. V. O.; ASSUNÇÃO, A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de telemarketing e as queixas de desgaste mental dos trabalhadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 1069-1078, 2004.

WANG, C. L. *et al.* Influence of customer verbal aggression on employee turnover intention: The mediating role of emotional exhaustion. *Journal of Business Ethics*, v. 103, n. 1, p. 1-12, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burnout an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Acesso em: 10 ago. 2025.

ZAPF, D. *et al.* Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, v. 8, n. 3, p. 371-400, 1999.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 17

DEPRESSÃO: PANORAMA ATUAL, DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

JOÃO PEDRO CASTELÃO REGGIANI¹
RAFAEL COSTA PINTO DE CAMPOS¹
ALEX PEREIRA BORGES¹
DOUGLAS APARECIDO RIBEIRO¹
ALEXANDRE MACEDO SVELLE¹
PEDRO LUCAS CONTÃO TOMICH¹
LUCAS FREITAS MORAIS SANTOS¹
DÂNGELLA CRISTINA SIQUEIRA DOS SANTOS²

¹Discente – Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG

²Discente – Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH

Palavras-Chave: Depressão; Diagnóstico; Tratamento.

DOI: 10.59290/1182590081

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A depressão, reconhecida como uma das condições de saúde mental mais prevalentes do mundo, afetando mais de 264 milhões de pessoas globalmente, apresenta-se como um tema urgente e de crescente relevância, especialmente em um contexto pós-pandêmico que tem exacerbado suas causas e consequências (O'CONNOR *et al.*, 2023). O impacto social e econômico da depressão é profundo, resultando em incapacidades significativas, perda de produtividade no trabalho e custos elevados com sistemas de saúde. Estima-se que a depressão seja responsável por um custo global de aproximadamente USD 1 trilhão por ano, devido à perda de produtividade e tratamento (PRICE *et al.*, 2022). Esses dados ressaltam a urgência de investimento em pesquisa e tratamento dessa condição.

No contexto atual, a compreensão da depressão não se limita à sua manifestação clínica, mas se expande para incluir fatores biopsicossociais que influenciam seu desenvolvimento e manutenção. Por exemplo, o estresse crônico, interações familiares disfuncionais e certos fatores demográficos têm sido associados ao agravamento do quadro depressivo (FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ *et al.*, 2021). Além disso, estudos recentes sugerem que fatores psicossociais, como a solidão e o isolamento social, desempenham um papel significativo na incidência crescente de casos de depressão, especialmente em populações vulneráveis como idosos e adolescentes. Essa perspectiva evidencia a necessidade de medidas preventivas e intervencionais mais integrativas e contextualizadas.

Avanços nas áreas de neurociência e psicologia têm revelado novos tratamentos que oferecem esperança para aqueles que não respondem às abordagens tradicionais. Por exemplo, a estimulação magnética transcraniana repetitiva (rTMS) demonstrou ser eficaz na promoção da

remissão em casos de depressão resistente ao tratamento convencional, possibilitando uma alternativa valiosa para pacientes que experenciam falhas com antidepressivos tradicionais (RISIO *et al.*, 2020). Além disso, intervenções não farmacológicas, como a musicoterapia e a atividade física, têm mostrado resultados promissores na redução dos sintomas depressivos, sugerindo que um enfoque multifacetado é essencial para o manejo eficaz da depressão (TANG *et al.*, 2020; RECCHIA *et al.*, 2022).

Dentre as controvérsias no tratamento da depressão, as diferenças significativas na eficácia dos diversos tipos de intervenções — farmacológicas versus não farmacológicas — levantam questões sobre a adequação e acessibilidade dos tratamentos disponíveis para diferentes grupos populacionais. Por exemplo, enquanto algumas meta-análises indicam que os antidepressivos convencionais, como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SSRIs), têm eficácia significativa, muitos pacientes experimentam efeitos colaterais indesejados, o que leva a baixas taxas de adesão ao tratamento (SHAFIEE *et al.*, 2024). Portanto, a personalização da terapia, levando em conta características individuais e comorbidades, é uma área crítica que demanda mais pesquisa.

A insuficiente identificação e o tratamento precoce da depressão, especialmente entre grupos minoritários e em ambientes de baixa renda, representam um desafio crucial. Estudos sugerem que a triagem sistemática para a depressão poderia reduzir a prevalência e a gravidade da condição, com intervenções mostrando eficácia na melhoria dos sintomas em populações de alto risco (CUIJPERS *et al.*, 2021; O'CONNOR *et al.*, 2023). Isso sinaliza a importância de programas de saúde pública que integrem a triagem da saúde mental com serviços gerais de saúde.

No cerne da questão, o objetivo deste estudo é analisar e revisar a literatura atual sobre depressão, explorando suas nuances clínicas e o

manejo eficaz das intervenções disponíveis. Busca-se levantar dados relevantes sobre a eficácia de diversos tratamentos, desde terapias baseadas em medicamentos até intervenções psicossociais, ao mesmo tempo em que se examinam os desafios enfrentados por populações vulneráveis que ainda lutam para acessar cuidados adequados.

MÉTODO

Esta revisão narrativa foi realizada com base em uma busca sistemática na base de dados PubMed, utilizando os descritores MeSH: “*Depression*” AND “*Diagnosis*” combinados com (“*Treatment Outcome*” OR “*Therapeutics*” OR “*Psychotherapy*”). A busca inicial retornou 15.596 artigos.

Para garantir a atualidade e a relevância dos estudos, foram aplicados os seguintes filtros: publicações dos últimos cinco anos, texto completo disponível, estudos do tipo meta-análise, idiomas inglês e espanhol e população humana. Após a aplicação desses filtros, o número de artigos foi reduzido para 222.

Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e *abstracts* para remoção de duplicatas e exclusão de estudos fora do escopo, resultando em 32 artigos selecionados para leitura completa. Após análise detalhada, restaram 10 estudos que compõem a base desta revisão narrativa, fornecendo uma visão abrangente sobre diagnóstico e tratamento da depressão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Conceitos Fundamentais

A depressão é classificada como um transtorno do humor, caracterizado por um espectro de alterações emocionais, cognitivas e físicas que podem comprometer significativamente a funcionalidade de um indivíduo. De acordo com a classificação do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), a

depressão se manifesta de maneiras diversas, englobando sintomas como tristeza profunda, anedonia (prazer reduzido), fadiga crônica, alterações no apetite e no sono, bem como sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva (O’CONNOR *et al.*, 2023).

As características da depressão são variadas, refletindo a heterogeneidade deste transtorno, que não se limita a uma mera sensação de tristeza, mas inclui um profundo impacto no dia a dia do paciente. Diferenciar a tristeza normal da tristeza patológica é essencial para o diagnóstico adequado da depressão.

A tristeza normal é uma resposta emocional natural a circunstâncias adversas, como perdas ou frustrações, e geralmente é temporária, podendo ser aliviada pela adaptação às circunstâncias ou pela rede de apoio social. Em contraste, a depressão patológica ocorre quando os sentimentos persistem por um período prolongado, afetando significativamente a qualidade de vida e levando à deterioração nas relações sociais e de trabalho. Para que uma intervenção seja considerada, é fundamental que os sintomas estejam presentes por pelo menos duas semanas, conforme o critério de tempo estipulado pelos manuais diagnósticos.

Existem diversas formas de depressão, cada uma com características específicas que as tornam distintas entre si. A depressão maior, por exemplo, é caracterizada por episódios intensos e duradouros de depressão, que podem incluir sintomas psicóticos. Já a distímia representa uma forma crônica de depressão que persiste ao longo do tempo, normalmente em níveis mais leves (RECCHIA *et al.*, 2022). Além disso, a depressão pode ser classificada conforme sua relação com outros transtornos, como no caso da depressão bipolar, em que os episódios depressivos alternam com episódios maníacos ou hipomaníacos.

Além das características clínicas, a compreensão dos fundamentos neurobiológicos da depressão tem ganhado atenção significativa na literatura científica. Estudos indicam que desequilíbrios nos neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina, podem ter um papel crucial na fisiopatologia da depressão (FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ *et al.*, 2021). Essa interação entre fatores neuroquímicos e aspectos ambientais ou psicológicos evidencia a complexidade da condição e reforça a necessidade de abordagens terapêuticas multifacetadas.

A terapia de combinação, que inclui antidepressivos e terapias comportamentais, por exemplo, demonstrou ser mais eficaz do que abordagens isoladas (DRIESSEN *et al.*, 2022).

Estudos recentes também apontam outro aspecto relevante da depressão: sua comorbidade com outras condições médicas. Pesquisas mostraram que a depressão frequentemente coexiste com transtornos de ansiedade, condições somáticas e outros transtornos mentais, evidenciando que uma abordagem multidisciplinar é necessária para o manejo efetivo dos pacientes (CUIJPERS *et al.*, 2021). Assim, compreender a depressão no contexto de um espectro mais amplo de saúde mental e física proporciona um panorama em que o tratamento vai além da mera prescrição de medicamentos.

2. Epidemiologia e Fatores de Risco

A epidemiologia da depressão revela a sua prevalência como uma das condições psiquiátricas mais comuns ao redor do mundo, afetando indivíduos de diversas idades e ambientes. Estima-se que, globalmente, cerca de 5% da população apresenta algum grau de depressão, com variações significativas entre diferentes grupos demográficos e clínicos (MIGUEL *et al.*, 2021).

Por exemplo, em ambientes clínicos, a prevalência de depressão pode atingir até 40% en-

tre pacientes com doenças crônicas, como doenças cardíacas e diabetes, destacando a interação entre a saúde mental e as condições somáticas (MIGUEL *et al.*, 2021). Além disso, fatores como idade, sexo, nível socioeconômico e condições culturais podem resultar em disparidades na manifestação e no manejo do transtorno.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão são amplos e categorizados como biológicos, psicológicos e sociais.

Entre os fatores biológicos, a genética possui um papel fundamental. Estudos indicam que indivíduos com histórico familiar de depressão possuem maior probabilidade de desenvolver a condição devido à herança genética e alterações nos neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina (RECCHIA *et al.*, 2022). Além disso, condições médicas preexistentes e desregulação hormonal também estão associadas a um maior risco de desenvolvimento da depressão. Por exemplo, um estudo revelou que, após os 40 anos, as flutuações hormonais relacionadas à menopausa podem acentuar os sintomas depressivos em mulheres (SHAFIEE *et al.*, 2024).

Os fatores psicológicos que contribuem para a manifestação da depressão incluem transtornos de personalidade, habilidades interpessoais deficitárias e estilos de enfrentamento ineficazes. Pesquisas demonstram que indivíduos com traços de neuroticismo, marcados por uma tendência a experimentar emoções negativas, apresentam uma vulnerabilidade acentuada à depressão (RECCHIA *et al.*, 2022).

Além dos fatores individuais, traumas na infância, como abuso emocional ou físico, também elevam o risco, promovendo alterações neurobiológicas que tornam os indivíduos mais suscetíveis a episódios depressivos ao longo da vida (RECCHIA *et al.*, 2022).

Aspectos sociais também desempenham um papel crucial na epidemiologia da depressão. A

solidão, o isolamento social e altos níveis de estresse relacionados ao trabalho têm sido indicados como fatores que aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento do transtorno (CUIJPERS *et al.*, 2021).

Observa-se ainda que populações em situação de vulnerabilidade, como as que vivem em condições de pobreza ou em comunidades marginalizadas, enfrentam maior risco de desenvolver depressão. Nesse contexto, a falta de acesso a serviços de saúde mental adequados e a ausência de suporte social contribuem significativamente para o agravamento da condição entre esses grupos.

O tratamento da depressão deve considerar a multifatorialidade desses fatores de risco. Abordagens terapêuticas que unificam intervenções psicossociais e farmacológicas têm mostrado eficácia superior, especialmente em populações vulneráveis (CUIJPERS *et al.*, 2021).

Sistemas de saúde que implementam triagens regulares para saúde mental podem identificar precocemente os indivíduos em risco, facilitando intervenções antes que a condição se agrave (TANG *et al.*, 2020). A inclusão de estratégias de prevenção e tratamento adaptadas às especificidades culturais e sociais pode, assim, melhorar os resultados para indivíduos em risco e contribuir para a redução da prevalência da depressão em comunidades diversas.

3. Quadro Clínico e Sintomatologia

O quadro clínico da depressão é rico e multifacetado, caracterizado por uma gama de sintomas emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos.

Em termos emocionais, a depressão é frequentemente associada à tristeza intensa e persistente, sentimentos de desesperança e anedonia, que é a perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas (RISIO *et al.*, 2020). Esses sintomas emocionais não apenas definem a experiência subjetiva da depressão,

mas também influenciam a disposição do indivíduo para a interação social e para a realização de atividades cotidianas. A tristeza pode se manifestar em resposta a eventos específicos ou, conforme a gravidade da condição, pode tornar-se uma presença constante que afeta o humor do indivíduo ao longo do dia.

Cognitivamente, a depressão é marcada pelo predomínio de pensamentos negativos e distorcidos, contribuindo para uma percepção depreciativa de si mesmo e do futuro. A baixa autoestima é um sintoma associado, em que o indivíduo se vê como inferior ou incapaz, sendo um forte fator preditivo de comorbidades com transtornos de ansiedade (CUIJPERS *et al.*, 2021). Pesquisas demonstram que esses padrões de pensamento podem se tornar autosustentáveis, criando um ciclo vicioso em que os pensamentos negativos alimentam a depressão, enquanto a depressão, por sua vez, fortalece os pensamentos negativos (DRIESSEN *et al.*, 2022). Assim, é essencial a identificação e a intervenção terapêutica para reverter esse ciclo.

A motivação é igualmente afetada na depressão, muitas vezes resultando em comportamentos passivos. Os indivíduos podem apresentar dificuldade em iniciar ou concluir tarefas diárias, levando à procrastinação e à inatividade (RISIO *et al.*, 2020). Essa passividade não apenas contribui para o agravamento dos sintomas depressivos, mas também provoca o isolamento social, uma vez que a falta de motivação pode levar à desistência de interações sociais e atividades que poderiam ser restauradoras. A inatividade física, uma consequência comum e significativa da depressão, tem sido associada a piores desfechos nos tratamentos, tornando a promoção da atividade física uma estratégia essencial na abordagem terapêutica (SIMMONDS-BUCKLEY *et al.*, 2020).

As manifestações físicas da depressão também são notórias e frequentemente direcionam os indivíduos a buscar ajuda médica antes da

adoção de um diagnóstico psiquiátrico. Alterações no sono, como insônia ou hipersonia, e mudanças no apetite, que podem resultar em perda de peso ou ganho substancial, estão entre os sintomas físicos mais relatados (RECCHIA *et al.*, 2022). A fadiga é um sintoma que permeia todas essas manifestações, sendo descrita por muitos pacientes como uma sensação esmagadora de fraqueza e cansaço que não melhora com o descanso. A apresentação clínica da depressão, portanto, não se limita ao espectro emocional e psicológico, mas inclui dimensões físicas que frequentemente complicam o diagnóstico e a recuperação.

Adicionalmente, a apresentação dos sintomas depressivos pode variar conforme a idade e as comorbidades do paciente. Por exemplo, crianças e adolescentes podem apresentar sintomas mais comportamentais, como irritabilidade e agressividade, em vez da típica tristeza observada em adultos (PRICE *et al.*, 2022). Nos idosos, a depressão pode se manifestar de forma mais atípica, muitas vezes confundida com demência ou outras condições cognitivas, resultando em atraso no reconhecimento e no tratamento do transtorno (MIGUEL *et al.*, 2021). A presença de comorbidades, como transtornos de ansiedade ou doenças crônicas, pode exacerbar os sintomas depressivos, tornando o tratamento mais desafiador e exigindo uma abordagem integrativa e personalizada (MIGUEL *et al.*, 2021).

4. Critérios Diagnósticos

Os critérios diagnósticos para a depressão, conforme estipulados pelo DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), são fundamentais para a identificação e o tratamento adequado dessa condição.

De acordo com o DSM-5, para que o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior seja considerado, um indivíduo deve apresentar pelo menos cinco dos seguintes sintomas durante um

período de duas semanas, sendo que um dos sintomas deve ser um dos critérios afetivos principais: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (anedonia). Além desses, outros sintomas incluem alteração no apetite, insônia ou hipersonia, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa inapropriada, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

A ênfase em um período mínimo de duas semanas para a duração dos sintomas é crucial, pois distingue a depressão clínica de reações emocionais mais transitórias, que podem ocorrer em resposta a eventos estressantes. Essa janela temporal é utilizada para garantir que os sintomas sejam persistentes e não meramente passageiros, o que é um aspecto essencial na avaliação clínica. Além disso, a presença de pelo menos cinco sintomas ajuda a caracterizar a gravidade do quadro clínico e a necessidade de intervenções terapêuticas (RECCHIA *et al.*, 2022).

O diagnóstico diferencial é outro componente crítico do quadro clínico da depressão. É fundamental excluir outras condições médicas e psiquiátricas que possam mimetizar ou agravar os sintomas depressivos. Por exemplo, distúrbios da tireoide, doenças neurológicas ou afeções cardiovasculares podem apresentar sintomas semelhantes e, portanto, devem ser cuidadosamente avaliados durante o processo diagnóstico (MIGUEL *et al.*, 2021). Além disso, outros transtornos do humor, como o transtorno bipolar, no qual episódios de depressão se alternam com episódios de mania, devem ser considerados para garantir um diagnóstico preciso.

A avaliação clínica para diagnóstico de depressão deve ser abrangente, permitindo uma anamnese detalhada e, muitas vezes, a aplicação de ferramentas padronizadas, como escalas de avaliação de depressão, para garantir uma mensuração objetiva da severidade dos sinto-

mas (CUIJPERS *et al.*, 2021). Isso é especialmente relevante em contextos nos quais comorbidades podem estar presentes, como em casos de depressão associada a transtornos de ansiedade ou abuso de substâncias, que não apenas complicam o diagnóstico, mas também influenciam as estratégias de tratamento (DRIESSEN *et al.*, 2022).

Outros aspectos importantes a serem considerados ao realizar um diagnóstico diferencial incluem a análise das causas situacionais e ambientais que podem ter contribuído para a instalação dos sintomas depressivos. Fatores estressantes, como perda de emprego, divórcio ou luto, devem ser levados em conta. Indivíduos que experimentaram eventos traumáticos ou têm um histórico familiar de transtornos psiquiátricos também podem apresentar risco elevado de desenvolver depressão, o que deve ser cuidadosamente analisado durante a avaliação (PRICE *et al.*, 2022).

Um diagnóstico adequado não deve se restringir unicamente aos critérios estabelecidos. A experiência subjetiva do paciente, somada à observação clínica e ao histórico médico, desempenha um papel vital na formulação de um plano de tratamento que atenda às necessidades específicas do indivíduo. A personalização do tratamento, levando em consideração fatores individuais e sociais, é essencial para o manejo eficaz da depressão, contribuindo para melhores resultados ao longo do tempo.

5. Abordagens Terapêuticas

O tratamento da depressão se fundamenta em abordagens farmacológicas, psicoterapêuticas e não farmacológicas, cada uma contribuindo de maneira crucial para a gestão dos sintomas e a promoção do bem-estar.

Entre os tratamentos farmacológicos, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) estão frequentemente posicionados como a primeira linha de intervenção. Essa classe

de antidepressivos é preferida devido ao seu perfil de segurança relativamente favorável e à eficácia em reduzir os sintomas depressivos. Os ISRSs atuam aumentando a disponibilidade de serotonina no espaço sináptico, neurotransmissor associado à regulação do humor, o que é central no tratamento do Transtorno Depressivo Maior (CUIJPERS *et al.*, 2021).

Além dos ISRSs, outras classes de antidepressivos podem ser utilizadas, especialmente em casos em que os ISRSs não demonstram eficácia adequada ou quando os pacientes apresentam efeitos colaterais intoleráveis. Os antidepressivos tricíclicos (ATCs) e os inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) são exemplos de alternativas que podem ser consideradas. Entretanto, devido ao perfil de efeitos colaterais mais complexo, eles são geralmente reservados para situações específicas. Além disso, novas terapias, como o uso de cetamina, têm mostrado eficácia em pacientes resistentes ao tratamento, oferecendo uma opção valiosa para aqueles que não respondem bem aos métodos tradicionais (PRICE *et al.*, 2022).

As modalidades psicoterapêuticas, por sua vez, desempenham um papel vital na abordagem da depressão. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) se destaca como uma das intervenções mais estudadas e eficazes, focando na reestruturação de padrões de pensamento negativos e na promoção de comportamentos mais adaptativos. Essa terapia visa alterar as crenças disfuncionais que contribuem para a depressão e tem mostrado efeitos duradouros, tanto quando aplicada isoladamente quanto em combinação com tratamentos farmacológicos (DRIESSEN *et al.*, 2022). Além da TCC, outras abordagens, como a terapia interpessoal e a terapia de aceitação e compromisso, também têm demonstrado eficácia em diferentes contextos e para diversos perfis de pacientes.

Tratamentos não farmacológicos baseados em evidências, como intervenções com exercícios físicos e musicoterapia, têm mostrado resultados promissores na redução dos sintomas depressivos. A meta-análise de Tang *et al.* 2020 compila dados que reforçam a eficácia da atividade física regular como método complementar significativo no manejo da depressão. Os mecanismos propostos incluem a liberação de neurotransmissores benéficos e a promoção de conexões sociais positivas durante a prática de exercícios. Adicionalmente, a musicoterapia pode facilitar a expressão emocional e reduzir o estigma associado à saúde mental, contribuindo para a melhora do estado de ânimo e da qualidade de vida dos pacientes (TANG *et al.*, 2020).

As estratégias de gerenciamento e monitoramento da evolução clínica da depressão são variáveis e devem ser personalizadas de acordo com as necessidades do paciente. A integração de abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas, juntamente com intervenções não farmacológicas, tende a oferecer um manejo mais abrangente e efetivo, promovendo não apenas a remissão dos sintomas, mas também a prevenção de recorrências. Esse modelo integrativo, que inclui suporte contínuo e adaptação às respostas dos pacientes, é fundamental para otimizar o resultado global do tratamento da depressão.

6. Depressão em Populações Especiais

A depressão é uma condição mental complexa que pode manifestar-se de diferentes formas em populações especiais, como pacientes com doenças clínicas, idosos e crianças e adolescentes. Cada um desses grupos apresenta particularidades em termos de diagnóstico e tratamento, que devem ser cuidadosamente considerados para garantir a eficácia das interven-

ções. Além disso, as interações entre medicamentos e comorbidades são fatores que complicam ainda mais essa abordagem.

Pacientes com doenças clínicas frequentemente enfrentam um desafio adicional em decorrência da sobreposição entre sintomas depressivos e os efeitos colaterais de suas condições médicas. Por exemplo, pacientes com doenças crônicas, como diabetes e câncer, podem apresentar alterações de humor erroneamente atribuídas à sua condição clínica. Isso torna o diagnóstico mais complexo, exigindo uma avaliação abrangente que considere o histórico médico e os medicamentos em uso (MIGUEL *et al.*, 2021). As interações medicamentosas em pacientes com múltiplas condições clínicas devem ser monitoradas, pois alguns tratamentos para doenças somáticas podem potencializar sintomas depressivos ou interferir na eficácia dos antidepressivos.

No caso dos idosos, a apresentação da depressão pode ser atípica, muitas vezes manifestando-se por sintomas físicos ou comportamentais, como perda de apetite, insônia ou agravamento de condições preexistentes. A depressão nessa população é frequentemente subdiagnosticada, devido à confusão dos sintomas com processos normais do envelhecimento ou comorbidades, como demência ou doenças cardíacas (DRIESSEN *et al.*, 2022). Assim, é essencial que os clínicos utilizem avaliações validadas que considerem as especificidades deste grupo etário, garantindo que o tratamento seja apropriado e eficaz.

Nas crianças e adolescentes, a depressão pode se manifestar de forma diferente, frequentemente por irritabilidade ou mudanças comportamentais. A comorbidade com transtornos de ansiedade é particularmente comum nesse grupo, exigindo tratamento integrado e multidisciplinar para abordar simultaneamente as diferentes condições (SIGRIST *et al.*, 2022). A escolha

dos antidepressivos deve ser feita com cautela, considerando os potenciais efeitos colaterais e a resposta ao tratamento, já que a farmacoterapia em populações pediátricas é menos estudada e deve ser conduzida com maior critério.

Além disso, as interações medicamentosas tornam-se especialmente relevantes nessas populações especiais. No tratamento da depressão, potenciais interações entre antidepressivos e outros medicamentos em uso devem ser avaliadas cuidadosamente. Em idosos, o uso concomitante de vários fármacos é comum, aumentando o risco de reações adversas e complicações. O monitoramento contínuo da eficácia e dos efeitos colaterais é vital, assegurando que a terapia não resulte em danos não intencionais à saúde (RISIO *et al.*, 2020).

7. Prognóstico e Prevenção de Recaída

O prognóstico da depressão e a prevenção de recaídas são essenciais para a adequada gestão dessa condição, envolvendo fatores preditivos de resposta ao tratamento, estratégias de manutenção e a importância do seguimento longitudinal.

Os fatores preditivos incluem variáveis clínicas e demográficas. A gravidade dos sintomas iniciais, a duração da recorrência e a presença de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade ou uso de substâncias, estão associados a piores resultados (RECCHIA *et al.*, 2022). Além disso, características individuais, como nível de resiliência e apoio social, influenciam a eficácia dos tratamentos. A identificação desses fatores permite o planejamento de intervenções personalizadas, cruciais na prática clínica.

Estratégias de manutenção são fundamentais na prevenção de recaídas. O tratamento contínuo, incluindo a manutenção do uso de antidepressivos após a remissão, é recomendado. Estudos indicam que a terapia medicamentosa mantida entre seis meses e um ano após a remissão reduz significativamente as taxas de recaída (CUIJPERS *et al.*, 2021). Essas estratégias se somam às psicoterapias, que também demonstram eficácia na redução de recorrências em pacientes com histórico de múltiplos episódios.

O seguimento longitudinal é outro componente crucial. O acompanhamento regular, com escalas validadas e sessões de terapia, permite ajustes precoces caso os sintomas reapareçam. Metanálises indicam que altas taxas de adesão aos tratamentos estão positivamente correlacionadas com melhores padrões de recuperação (CUIJPERS *et al.*, 2021).

A adesão ao tratamento é determinante na prevenção de recaídas. A falta de adesão está ligada a maior recorrência e sintomas persistentes. Em pacientes com doenças crônicas, as interações medicamentosas e a gestão das condições coexistentes complicam esse processo (RISIO *et al.*, 2020). O envolvimento de cuidadores e suporte psicológico é muitas vezes necessário para auxiliar na continuidade terapêutica.

Finalmente, programas de prevenção e educação em saúde mental são fundamentais. Eles podem incluir a promoção de estilos de vida saudáveis, educação sobre a condição e treinamento em habilidades de enfrentamento. A literacia em saúde mental desempenha papel central na capacitação para reconhecer sintomas e buscar ajuda em tempo hábil, essencial para o prognóstico e a prevenção de recaídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUIJPERS, P. *et al.* The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 144, n. 3, p. 288–299, 2021. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>.

DE RISIO, L. *et al.* Recovering from depression with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): a systematic Review and meta-analysis of preclinical studies. *Translational Psychiatry*, v. 10, n. 1, p. 393, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01055-2>.

DRIESSEN, E. *et al.* Which patients benefit from adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression? A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Psychological Medicine*, v. 53, n. 13, p. 6090–6101, 2023. <https://doi.org/10.1017/s003329172200327>.

MIGUEL, C. *et al.* Psychotherapy for comorbid depression and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, v. 53, n. 6, p. 2503–2513, 2023. <https://doi.org/10.1017/s0033291721004414>.

PRICE, R. B. *et al.* International pooled patient-level meta-analysis of ketamine infusion for depression: In search of clinical moderators. *Molecular Psychiatry*, v. 27, n. 12, p. 5096–5112, 2022.

RECCHIA, F. *et al.* Comparative effectiveness of exercise, antidepressants and their combination in treating non-severe depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, v. 56, n. 23, p. 1375–1380, 2022. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105964>.

SHAFIEE, A. *et al.* Effect of saffron versus selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in treatment of depression and anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition Reviews*, v. 83, n. 3, p. e751–e761, 2025. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuae076>.

SIGRIST, C. *et al.* Transcranial magnetic stimulation in the treatment of adolescent depression: a systematic review and meta-analysis of aggregated and individual-patient data from uncontrolled studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 31, n. 10, p. 1501–1525, 2022. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02021-7>.

SIMMONDS-BUCKLEY, M. *et al.* Acceptability and effectiveness of NHS-recommended e-therapies for depression, anxiety, and stress: Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 10, p. e17049, 2020. <https://doi.org/10.2196/17049>.

TANG, Q. *et al.* Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS One*, v. 15, n. 11, p. e0240862, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240862>.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 18

DROGAS-Z: O USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA EM PACIENTES COM INSÔNIA

LUÍSA ATHAYDE DE AQUINO¹
SUELLEN CRISTINA ATANAZIO SANTOS¹
GUILHERME ALCÂNTARA CARVALHO ANDRADE¹
DEIVISSON LUCAS SILVA CIRINO¹
CECÍLIA SILVA SANTOS¹
CLESIMARY EVANGELISTA MOLINA MARTINS²
TÁSSIA MAYARA CARDOSO RODRIGUES ROLLEMBERG³

¹Discentes – Graduação em Medicina pela Universidade Tiradentes

²Docente – Graduada em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes.

³Docente – Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Palavras-Chave: Insônia; Zolpidem; Vício.

INTRODUÇÃO

A insônia pode ser compreendida sob distintas perspectivas, uma vez que se apresenta passível de análise a partir de múltiplos enfoques. Não por acaso, ao longo das últimas décadas, tem sido caracterizada por diferentes critérios diagnósticos e, para além da definição universal de “dificuldade em iniciar ou manter o sono”, revela-se como manifestação que reflete, de forma abrangente, tanto o estado físico quanto o psíquico do indivíduo. Dessa forma, apresenta repercussões significativas na qualidade de vida, no desempenho cognitivo e funcional, além de contribuir para o surgimento ou agravamento de comorbidades físicas e psicológicas (BACELAR *et al.*, 2019).

Ao longo de décadas, a insônia foi interpretada predominantemente como um sintoma secundário, presumidamente vinculado a transtornos de maior gravidade, cujo manejo terapêutico contemplava apenas de forma marginal as alterações do sono (BACELAR *et al.*, 2019).

Entretanto, um corpo consistente de evidências provenientes da prática clínica tem demonstrado que a queixa de dificuldade para iniciar ou manter o sono pode, em inúmeros casos, configurar-se como uma condição nosológica autônoma. Sob essa perspectiva, a insônia consolida-se enquanto síndrome clínica independente, dotada de critérios diagnósticos específicos, curso evolutivo próprio e repercussões funcionais expressivas, com impacto direto tanto na saúde global quanto na vulnerabilidade para o desenvolvimento de comorbidades (ALMEIDA *et al.*, 2025).

Nessa perspectiva, a insônia pode ser categorizada como inicial, quando o indivíduo apresenta dificuldade em iniciar o sono; de manutenção, caracterizada pelo despertar frequente ao longo da noite e pela dificuldade em sustentar o sono; e terminal, ou de despertar precoce,

quando o indivíduo desperta significativamente antes do horário desejado e não consegue retomar o sono (MORIN *et al.*, 2015).

Sob essa visão, segundo a *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD), em sua 3ª edição, a insônia ainda pode ser considerada crônica quando ocorre com frequência mínima de três episódios semanais, por um período contínuo de pelo menos três meses, associada à insatisfação com a qualidade do sono e a prejuízos clínicos e funcionais significativos.

Discute-se a existência de uma insônia “primária”, caracterizada por início precoce, evolução crônica e ausência de fator precipitante evidente, sugerindo a participação de determinantes genéticos ou alterações congênitas nos sistemas reguladores do sono. Todavia, sabe-se que a insônia tipicamente emerge a partir de eventos estressores e perpetua-se por meio de condicionamentos inadequados, como má higiene do sono e associações cognitivas disfuncionais, podendo estar ou não associada a um transtorno psiquiátrico de base (BACELAR *et al.*, 2019).

Nesse cenário, a intervenção farmacológica tem se constituído como uma das estratégias mais empregadas para o manejo da insônia, sendo que as denominadas Drogas-Z (zolpidem, zopiclona, eszopiclona, zaleplona) surgiram como alternativas amplamente prescritas, sobretudo pela percepção inicial de que ofereciam maior segurança em relação aos benzodiazepínicos convencionais (SILVA *et al.*, 2022).

Não obstante, nas últimas décadas tem-se observado um incremento expressivo no consumo dessas substâncias, seja por meio de prescrições médicas de uso prolongado, seja em situações de automedicação. Esse fenômeno parece estar relacionado, em parte, à percepção equivocada de que tais fármacos apresentam baixo potencial de dependência e um perfil restrito de efeitos adversos, o que contribui para sua utili-

zação indiscriminada e para a subestimação de seus riscos clínicos e sociais.

Contudo, estudos evidenciam que o uso indiscriminado das Drogas-Z pode resultar em consequências clínicas significativas, incluindo desenvolvimento de tolerância, dependência e abuso, bem como efeitos adversos que comprometem a segurança e a integridade fisiológica e psicossocial dos indivíduos (AZEVEDO *et al.*, 2022).

Diante desse contexto, o presente capítulo tem como objetivo analisar criticamente o uso abusivo e a dependência associados às Drogas-Z em pacientes com insônia, discutindo seus mecanismos de ação, riscos clínicos e psicossociais, bem como os fatores relacionados à prescrição, ao consumo prolongado e à ausência de monitoramento adequado.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa de caráter bibliográfico, realizada em agosto de 2025, com a finalidade de compilar e analisar evidências científicas acerca do uso abusivo das drogas indutoras do sono, com ênfase nos fatores de risco e nas repercussões clínicas e sociais associadas. As buscas foram realizadas nas bases de dados SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), empregando os descritores: “Insônia”, “Zolpidem” e “Vício”, bem como termos equivalentes.

Para a triagem dos estudos, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão, consideraram-se artigos publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem, de forma direta ou indireta, a temática proposta. Foram excluídas publicações duplicadas, estudos anteriores a 2015 e aqueles que não contemplassem os fatores de risco ou as consequências relacionadas ao consumo abusivo e indiscriminado das drogas-Z, além de trabalhos

que não atendiam aos requisitos quanto ao tipo de estudo ou à completez das informações.

Após a aplicação dos filtros de seleção, 24 artigos atenderam aos critérios estabelecidos e foram submetidos a análise minuciosa, visando extrair informações relevantes para a construção da discussão teórica apresentada neste capítulo. Os dados obtidos contemplaram aspectos psicológicos, sociais e contextuais que influenciam o uso problemático dessas medicações hipnóticas.

Os resultados foram organizados de maneira descritiva e analisados segundo eixos temáticos centrais, incluindo: prescrição excessiva de medicamentos, efeitos adversos e suas repercussões individuais e sociais, bem como abordagens terapêuticas e a implementação de estratégias destinadas a reduzir o consumo problemático dessas substâncias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos estudos selecionados e revisados, observa-se que o uso abusivo e a dependência das drogas-Z em pacientes com insônia estão relacionados a fatores clínicos, psicossociais e de prática médica. Neste capítulo, tais dimensões serão discutidas criticamente, considerando os mecanismos de ação dessas substâncias, os impactos individuais e sociais, os riscos decorrentes do consumo prolongado, bem como os aspectos ligados à prescrição inadequada e ao monitoramento insuficiente.

De acordo com as diretrizes da *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) e da *European Sleep Research Society* (ESRS), tanto as intervenções farmacológicas quanto a terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I) demonstram eficácia no tratamento do transtorno em curto prazo. Entretanto, a TCC-I é recomendada como abordagem de primeira linha,

uma vez que apresenta resultados mais consistentes em médio e longo prazos, além de menores riscos de efeitos adversos.

O tratamento farmacológico, por sua vez, é indicado prioritariamente em situações específicas, como na impossibilidade de acesso à TCC-I, na ausência de adesão adequada ao tratamento psicológico ou na ocorrência de falha terapêutica. Nesse contexto, as chamadas drogas-Z (zolpidem, zopiclona e eszopiclona) foram introduzidas como alternativa para o manejo da insônia de curta duração, sobretudo nos casos de dificuldade para iniciar ou manter o sono (BACELAR *et al.*, 2019).

Do ponto de vista farmacológico, esses fármacos indutores hipnóticos atuam estimulando o receptor GABA-A, mas de forma mais seletiva, ligando-se principalmente à subunidade $\alpha 1$, que está associada ao efeito de indução do sono. O zolpidem possui início de ação rápido e meia-vida curta, o que o torna eficaz para reduzir a latência do sono, mas limita sua ação na manutenção. Já a eszopiclona apresenta afinidade mais ampla pelas subunidades do GABA-A e meia-vida mais longa, favorecendo tanto a indução quanto a manutenção do sono em casos de despertares noturnos (BACELAR *et al.*, 2019).

A introdução desses fármacos baseou-se na convicção de que exibiam maior seletividade farmacodinâmica em relação aos benzodiazepínicos clássicos, o que, em tese, proporcionaria um perfil de segurança superior (SILVA *et al.*, 2022). Tais medicações foram inicialmente promovidas com promessas clínicas de baixo potencial para desenvolvimento de tolerância e dependência, impacto cognitivo reduzido, especialmente em termos de memória, ausência de sedação residual diurna e menor risco de insônia de rebote (SILVA *et al.*, 2022).

Embora essa diferença tenha inicialmente reforçado a percepção de que esses novos medicamentos seriam mais seguros e com menor potencial de dependência, a literatura revisada evidencia que, quando utilizadas por períodos prolongados ou de forma inadequada, essas substâncias compartilham riscos semelhantes aos benzodiazepínicos, incluindo tolerância, dependência, sintomas de abstinência e prejuízos cognitivos e psicomotores (BACELAR *et al.*, 2019; DUJARDIN *et al.*, 2018).

As evidências disponíveis mostram que o uso prolongado das drogas-Z pode trazer consequências relevantes para o funcionamento do cérebro e do corpo. Entre os principais impactos estão os déficits cognitivos, que se manifestam em dificuldades de memória, atenção e concentração (FERNANDES *et al.*, 2023). Além disso, há efeitos psicomotores que comprometem o equilíbrio e a coordenação, aumentando o risco de quedas, acidentes domésticos e automobilísticos. Somam-se ainda relatos de pensamentos e comportamentos suicidas, sonambulismo e episódios de dirigir ou alimentar-se durante o sono, o que amplia o risco de danos físicos e sociais (FERNANDES *et al.*, 2023).

Esses aspectos tornam-se ainda mais preocupantes em pacientes idosos, pois, nessa faixa etária, tais complicações podem resultar em fraturas, perda de autonomia e piora significativa da qualidade de vida (RIEMANN *et al.*, 2017; BACELAR *et al.*, 2019; WILT *et al.*, 2016).

No Brasil, os hipnóticos-Z são medicamentos controlados de acordo com a Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, sendo comercializados atualmente o zolpidem, a zopiclona e a eszopiclona. A literatura analisada mostra um crescimento significativo na prescrição e dispensação, em especial do zolpidem, nos últimos anos. Entre 2014 e 2021, as vendas desse fármaco apresentaram expansão expressiva (CARVALHO *et al.*, 2024).

Dentre os elementos que favorecem esse contexto, ressaltam-se a praticidade na prescrição, a rapidez do efeito terapêutico e a percepção equivocada de que os eventos adversos seriam mais restritos quando comparados aos benzodiazepínicos (SILVA *et al.*, 2022; SANCHES *et al.*, 2022). Além desses fatores, um dos principais problemas identificados na literatura é a ausência de monitoramento clínico sistemático. Muitos pacientes continuam utilizando drogas-Z por longos períodos sem avaliação médica periódica, em alguns casos até de forma recreativa, o que contribui para a cronificação do consumo, o desenvolvimento de tolerância e a maior dificuldade em interromper esse uso abusivo (CARVALHO *et al.*, 2024).

Dessa forma, a literatura tem demonstrado que esses fármacos, quando utilizados de forma prolongada ou em doses superiores às recomendadas, podem levar ao desenvolvimento de tolerância, dependência física e psicológica. O mecanismo envolvido relaciona-se à modulação dos receptores GABA-A, que, com o uso contínuo, sofre adaptações neuroquímicas, reduzindo a eficácia do fármaco e levando o paciente a buscar doses maiores para atingir o mesmo efeito hipnótico.

Esse processo favorece o surgimento de síndrome de abstinência, caracterizada por ansiedade, irritabilidade, insônia recorrente e, em casos graves, sintomas semelhantes aos observados na retirada de benzodiazepínicos (SILVA JUNIOR *et al.*, 2022). A dependência tende a ser mais prevalente em indivíduos com histórico de transtornos psiquiátricos ou uso prévio de substâncias psicoativas. Por isso, recomenda-se que esses fármacos sejam administrados por períodos curtos (2 a 4 semanas), com acompanhamento clínico rigoroso (SILVA JUNIOR *et al.*, 2022). Esse cenário reforça a necessidade de protocolos de acompanhamento consistentes e

de políticas públicas voltadas para a educação de profissionais de saúde e pacientes.

Esse panorama, somado às evidências de efeitos colaterais, utilização imprópria, automedicação e insuficiência de acompanhamento, levou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a revisar a regulamentação desses fármacos hipnóticos. Em maio de 2024, foi publicada a determinação de que todas as formulações contendo zolpidem passem a ser prescritas exclusivamente mediante Notificação de Receita B (receita azul), tornando-se obrigatória a partir de 1º de agosto de 2024. Tal medida buscou ampliar o controle e a rastreabilidade das prescrições, bem como exigir o cadastro prévio dos profissionais de saúde nas vigilâncias sanitárias locais, a fim de aumentar o controle sobre o uso inadequado desses hipnóticos.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, abordou-se o consumo excessivo de substâncias em indivíduos com insônia, enfatizando os fatores de vulnerabilidade envolvidos e os impactos biológicos, psicológicos e sociais decorrentes desse comportamento. Os objetivos propostos foram atingidos ao reunir e analisar evidências que demonstram como variáveis individuais e contextuais interagem no favorecimento do uso abusivo de fármacos sedativo-hipnóticos e no desenvolvimento de quadros de dependência em pacientes acometidos por insônia.

Os achados desta análise indicam que os hipnóticos do grupo das drogas-Z, embora inicialmente introduzidos como alternativas supostamente mais seguras em comparação aos benzodiazepínicos, acarretam riscos relevantes quando empregados por períodos prolongados ou em contextos desprovidos de acompanhamento clínico adequado. O crescimento das

prescrições, particularmente do zolpidem, evidencia não apenas sua eficácia imediata na indução do sono, mas também a facilidade de acesso prescritivo e a equivocada percepção de baixo potencial de dano. As evidências disponíveis demonstram que o uso crônico está relacionado ao desenvolvimento de tolerância, à instalação de dependência, a comprometimentos cognitivos e psicomotores, além de repercussões sociais de grande magnitude.

Nesse contexto, a recente exigência da notificação de Receita B representa um avanço re-

gulatório importante para conter a prescrição exacerbada e ampliar a rastreabilidade, mas precisa ser acompanhada de educação em saúde, protocolos clínicos mais rigorosos e incentivo ao uso da terapia cognitivo-comportamental como abordagem de primeira linha. Assim, a articulação entre práticas clínicas responsáveis e políticas públicas torna-se fundamental para garantir a segurança dos pacientes e a efetividade no manejo da insônia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. International Classification of Sleep Disorders. 3. ed. Darien, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2014.

ALMEIDA, C. M. O.; FRANCO, C. M. R. Transtornos do ritmo circadiano de sono e vigília. São Paulo: Segmento Farma, 2025.

AZEVEDO, B. O. *et al.* Perfil farmacoterapêutico do zolpidem. Revista Brasileira de Ciências Biomédicas, v. 3, p. 1-7, 2022. DOI: <https://doi.org/10.46675/rbcbm.v3i1.64>.

BACELAR, A.; PINTO JUNIOR, L. R. (Coordenador). Insônia: do diagnóstico ao tratamento. São Caetano do Sul: Difusão Editora; São Paulo: Associação Brasileira do Sono, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 27 ago. 2025.

CARVALHO, F. *et al.* Dispensing of zolpidem and benzodiazepines in Brazilian private pharmacies: a retrospective cohort study from 2014 to 2021. Frontiers in Pharmacology, v. 15, p. e1405838, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1405838>.

DUJARDIN, S.; PIJPERS, A.; PEVERNAGIE, D. Prescription drugs used in insomnia. Sleep Medicine Clinics, v. 15, n. 2, p. 133-145, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2020.02.002>.

EUROPEAN SLEEP RESEARCH SOCIETY. Disponível em: <https://esrs.eu/>. Acesso em: 27 ago. 2025.

FERNANDES, F. M. *et al.* Z-drugs and insomnia: clinical use, adverse effects and perspectives. Sleep Medicine, v. 100, p. 45-53, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.005>.

MORIN, C. M. *et al.* Insomnia disorder. Nature Reviews Disease Primers, v. 1, n. 15026, 2015.

RIEMANN, D. *et al.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. Journal of Sleep Research, v. 26, n. 6, p. 675-700, 2017.

SANCHES, A. C. S. *et al.* Hipnóticos-Z no tratamento da insônia. Revista Neurociências, v. 30, p. 1-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.13834>.

SILVA, L. A. T.; SOLIANI, F. C. B. G.; SANCHES, A. C. S. Hipnóticos-Z no tratamento da insônia. Revista Neurociências, v. 30, p. 1-17, 2022.

SILVA JUNIOR, M. B. Um overview sobre a insônia: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e terapêutica recomendada. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia-Bioquímica) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

WILT, T. J. *et al.* Pharmacologic treatment of insomnia disorder: an evidence report for a clinical practice guideline by the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine, v. 165, n. 2, p. 103-112, 2016.

r

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 19

OS EFEITOS DOS PROBIÓTICOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE

SILVIA TRESKA¹
ANDREIA RIBEIRO DOS SANTOS¹
CATIA TEREZINHA HEIMBECHER^{2,3,4}

¹Discentes da Graduação em Farmácia do Centro Universitário Unisantacruz.

²Docente do Centro Universitário Unisantacruz.

³Docente do Centro Universitário UniFatec

⁴Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR.

Palavras-Chave: Probióticos; Depressão; Ansiedade.

INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno psiquiátrico que tem por principal característica pensamentos mais lentos, alterações no humor, redução do interesse ou desmotivação em atividades simples do dia a dia, sendo associada a manifestações de somatização podendo chegar a ideação suicida, tornando-se um problema de grande relevância a saúde pública (NUNES *et al.* 2025). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão ocupa o 3º lugar entre as condições que mais reduzem a capacidade física e mental, além de ser a 4ª condição mais frequente e predominante no mundo, com prevalência estimada em 4,4% tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (OMS, 2017).

Já a ansiedade, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) 11, se caracteriza por um estado de apreensão ou expectativa frente a possíveis eventos negativos futuros. Essa condição esta regularmente acompanhada por inquietação, desconforto psicológico e manifestações físicas correlacionadas à tensão (FROTA *et al.*, 2022; BRITO *et al.*, 2024).

Destaca-se que os tratamentos atuais para a depressão, apresentam uma elevada taxa de insucesso, representando um sério desafio médico. Neste contexto, há a necessidade de buscar novas terapias, resultando em uma linha de pesquisa relacionada à microbiota intestinal. Estudos demonstraram que existem diferenças significativas na composição e abundância da microbiota intestinal em indivíduos saudáveis e naqueles que sofrem de depressão (SIKORSKA *et al.*, 2023).

Portanto, considera-se que a microbiota intestinal possa se relacionar com várias funções do cérebro humano. É mais provável que isso seja feito por meio do chamado “eixo intestino-cérebro”, uma vez que essa também é uma co-

municação bidirecional entre o cérebro e o intestino, transmitindo mensagens por vias humorais e neurais. Deve-se levar em consideração a comunicação com o sistema neuroendócrino primário do corpo, que é exatamente como a linha primária se comunica com o intestino por meio de hormônios. Um exemplo dessa regulação é o eixo que liga o hipotálamo, a hipófise e o córtex adrenal. Em última análise, essa via está envolvida na maioria dos processos que o corpo realiza em resposta ao estresse (MINAYO; MIRANDA & TELHA-DO, 2021).

Na depressão e ansiedade, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) se comporta de um modo diferente ao se comparar a indivíduos sem esses transtornos. O HPA fica mais suscetível a diversos tipos de estressores, como o estresse psicológico que faz aumentar a quantidade de ocitocinas inflamatórias, causando uma resposta negativa permeada pelo o GABA do ácidogama-aminobutírico que ativa irregularmente o cortisol, cooperando com os processos inflamatórios sistêmicos (GAO *et al.*, 2023).

No entanto, alguns componentes imunológicos intestinais como células T, macrófagos e lipopolissacarídeos (LPS) presentes no intestino, podem migrar do intestino para o cérebro pela corrente sanguínea, através da microglia. Essa ativação da micróglia pode gerar no cérebro um processo inflamatório, conhecido como neuroinflamação, que está associado a diversas condições psiquiátricas. Com isso, são liberadas substâncias como a indoleamina 2,3-dioxigenase (IDO) e o interferon γ IFN- γ ocasionando uma diminuição do triptofano fazendo o metabolismo produzir metabólitos neurotóxicos como o ácido quinolínico, causando sérios danos na síntese de serotonina (5-HT) (GAO *et al.*, 2023).

Com isso, a neuroinflamação pode reduzir o nível do fator neurotrófico derivado do cere-

bro (BDNF), que é produzido no hipocampo e no córtex pré-frontal e é também responsável pelo crescimento e fortalecimento dos neurônios. O inibidor-1 do ativador do plasminogênio anormalmente reduzido (PAI-1) também é considerado um possível causador da ansiedade e depressão (GAO *et al.*, 2023).

Sendo assim, os probióticos são a junção de microrganismos vivos e biotecnologia. Eles são produzidos pelo processo de fermentação de alimentos ou em ambientes controlado por microrganismos específicos como bactérias e leveduras. Os probióticos se adaptam facilmente ao intestino humano, oferecendo grandes benefícios à saúde, devido a sua eficácia em doenças inflamatórias intestinais. Nesse contexto, destaca-se também o conceito de disbiose intestinal, caracterizada por alterações na composição e quantidade da microbiota intestinal, geralmente associadas à inflamação crônica, condição igualmente observada em casos de ansiedade e depressão (SIKORSKA *et al.*, 2023).

Assim, com base no exposto, o propósito do estudo foi descrever os efeitos dos probióticos no tratamento da ansiedade e depressão no eixo microbiota-intestino-cérebro.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada por uma revisão integrativa da literatura com natureza descritiva. Portanto, sendo uma revisão científica integrativa, segue as seis etapas definidas por Mendes, Silveira & Galvão (2008), sendo elas: 1. Identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; 2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5. Interpretação dos resultados e 6. Apresentação da revisão integrativa, com síntese dos achados e conclusões.

Portanto, foi identificada a questão que guiará o estudo: Quais são as consequências dos probióticos no triângulo microbiota-intestino-cérebro e como eles atuam no tratamento de ansiedade e depressão?

Em seguida, foi definida uma estratégia bibliográfica nas bases de dados: Medline, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Neste propósito, decidimos aplicar as seguintes palavras-chave: Probióticos; Depressão; Ansiedade; e Eixo Intestino-Cérebro. Estas palavras foram selecionadas a partir dos DECS (Descritores em Ciências da Saúde) e posteriormente cruzadas entre si pelo operador booleano "AND".

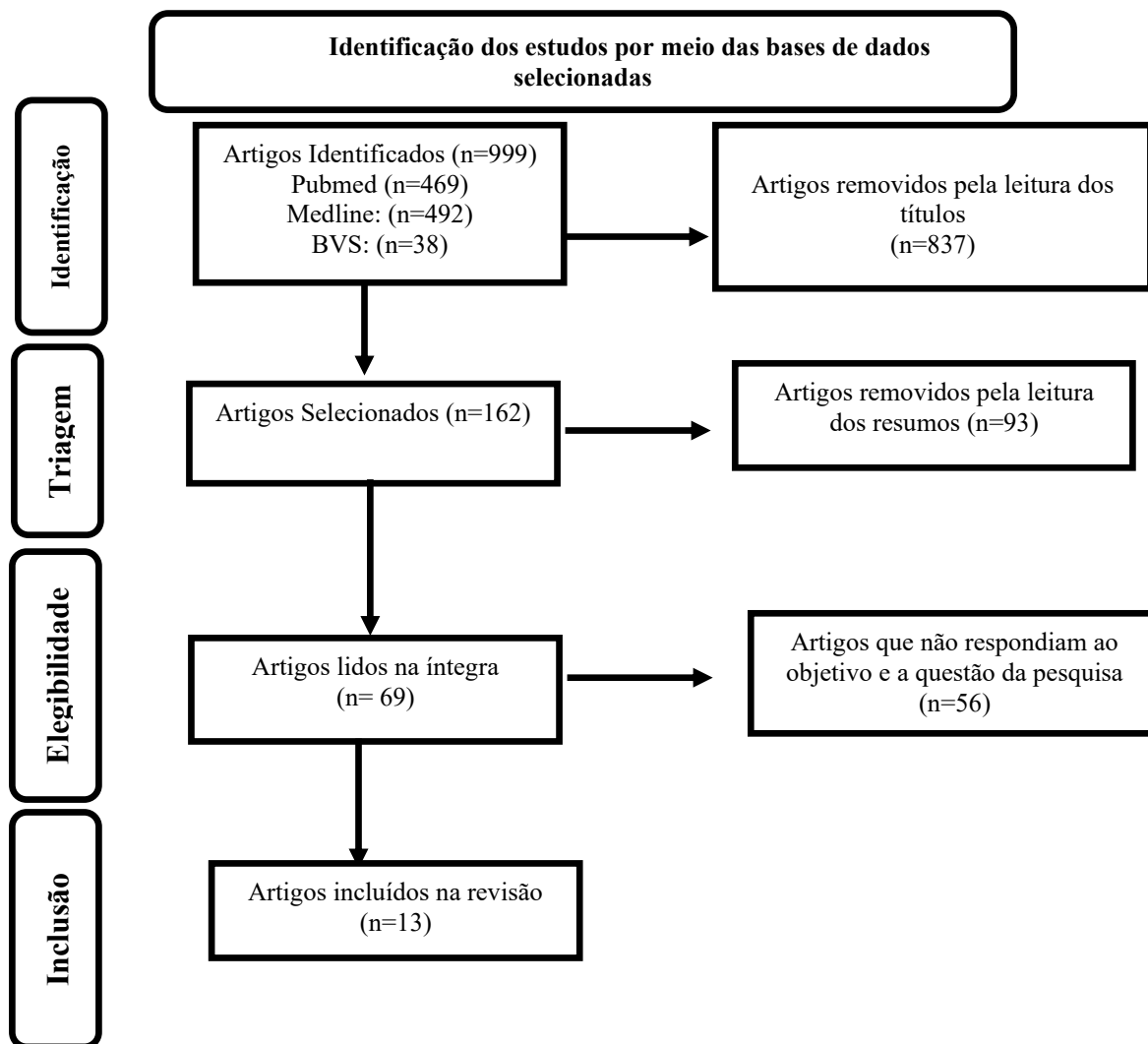
Assim, foram definidas na terceira etapa os critérios de inclusão e exclusão, sendo artigos publicados entre 2020 e 2024 que estavam disponíveis em texto completo tanto em português e inglês disponíveis na íntegra. Foram excluídos artigos duplicados e incompletos nas bases de dados, fora da linha temporal descrita, estudos que não respondam a questão norteadora e ao objetivo da pesquisa.

Os artigos foram escolhidos pela leitura dos títulos e dos resumos, de acordo com os critérios da metodologia. Em seguida foram lidos na íntegra e após uma análise foram determinados os que tinham aderência ao tema desta revisão. Na última etapa foi realizada uma discussão com base na síntese de conhecimento dos autores e formulando assim novas conclusões sobre o tema com base científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente os descritores foram cruzados nas bases de dados e foi obtida uma amostra inicial de 999 artigos. Após a análise das publicações, utilizando os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de 13 artigos científicos que atendiam o objetivo do estudo, conforme demonstrado na **Figura 19.1**.

Figura19.1 Demonstrativo de publicações encontradas de acordo com as bases de dados



Logo após a amostra final de artigos foi analisada e as principais informações dos mes-

mos foram retiradas, conforme demonstrado no **Quadro 19.1**.

Quadro 19.1 Demonstrativo de estudos incluídos na revisão de acordo com autor, data, título/tradução, metodologia e principais resultados

Autores/data	Metodologia	Principais resultados
CASERTANO <i>et al.</i> (2024)	Estudo Clínico randomizado	O estudo visa examinar o efeito de <i>Levilactobacillus brevis</i> P30021 e <i>Lactiplantibacillus plantarum</i> P30025. Eles reduziram a reatividade cognitiva ao humor negativo.
FERRARI <i>et al.</i> (2024)	Estudo in vitro	Investigou uma formulação probiótica inovadora. Aonde foram obtidos resultados benéficos na barreira intestinal, aumentou a produção de ácidos graxos de cadeia curta tendo um efeito protetor contra os danos neuronais.
MARTIN <i>et al.</i> (2024)	Estudo Experimental	Foi verificado o efeito do <i>Bifidobacterium longum</i> NCC3001 em pacientes com síndrome do intestino irritável, porém sem constipação, o seu efeito diminuiu os efeitos dos impulsos negativos na amígdala cerebral.
NIKOLOVA <i>et al.</i> (2023)	Estudo Clínico randomizado	Foi avaliado em pacientes com transtorno da depressão maior (TDM) em uso diário de antidepressivos. O grupo

		do probiótico mostrou uma tendência maior na redução dos sintomas.
MORALES-TORRES <i>et al.</i> (2023)	Estudo Experimental 135 participantes	Investigou indivíduos com vida e alimentação mais saudáveis, aonde os probióticos mostraram um efeito benéfico na diminuição da ansiedade, como uma melhora emocional e bem estar.
SCHNEIDER <i>et al.</i> (2023)	Ensaio clínico randomizado	Investigou os probióticos em pessoas com TDM. O resultado foi favorável a ambos e a pesquisa foi satisfatória.
BOEHME <i>et al.</i> (2023)	Estudo Clínico randomizado	Este estudo com o de <i>Bifidobacterium longum</i> em 45 adultos saudáveis constatou que a suplementação reduziu o estresse e com isso a melhora do sono dos participantes, e mostraram diminuição nos sintomas de ansiedade depressão.
ZHU <i>et al.</i> (2023)	Estudo Clínico	Examinou as consequências dos efeitos do probiótico no organismo dos participantes. Os achados indicaram que o probiótico foi benéfico e diminuiu os sintomas da ansiedade, depressão e insônia.
SCHAUB <i>et al.</i> (2022)	Estudo Clínico randomizado	Os autores descobriram que os probióticos aumentaram a diversidade microbiana de pacientes com TDM, e a quantidade de <i>Lactobacillus</i> no organismo, sentindo benefícios após tomá-lo.
KREUZER <i>et al.</i> (2022)	Estudo Clínico	Constatou que houve uma melhora significativa nos padrões metabólicos fecais, como crescimento na produção de butirato e alanina e o declínio no ácido gálico.
HO <i>et al.</i> (2021)	Estudo Clínico randomizado	Ocorreu uma melhora nos sintomas depressivos dos os grupos analisados, não havendo mudança significativa entre eles.
WALLACE; MILEV (2021)	Estudo Piloto	Analisou os efeitos de um suplemento probiótico em 10 pacientes com TDM anteriormente não tratados. Após oito semanas de tratamento houve melhora na qualidade do sono.
KIM <i>et al.</i> (2020)	Estudo Descritivo Exploratório	Avaliou os efeitos da suplementação probiótica em idosos (acima de 65 anos), indicando que melhorou a função cognitiva, reduziu sintomas gastrointestinais e promoveu o equilíbrio da flora intestinal.

Com base nos resultados apresentados observa-se que, os anos que tiveram mais publicações sobre o assunto foram 2023 com cinco publicações e 2024 com três publicações, conforme demonstrado no **Quadro 19.2**.

Quadro 19.2 Análise de distribuição de artigos a partir do ano de publicação

Ano de Publicação	N	%
2020	1	7,7
2021	2	15,4
2022	2	15,4
2023	5	38,5
2024	3	23
Total	13	100

Os Estados Unidos e a Suíça são os principais países com publicações sobre o tema inves-

tigado, seguidos por Chile, Holanda, Inglaterra, Coréia, Canadá, Áustria e China. O **Quadro 19.3** apresenta os países e o número de publicações identificadas neste estudo.

Quadro 19.3 Distribuição dos artigos segundo o país de origem das publicações

Local do estudo	N	%
Estados Unidos	3	23,1
Suíça	3	23,1
Áustria	1	7,7
Canadá	1	7,7
Chile	1	7,7
China	1	7,7
Coréia	1	7,7
Holanda	1	7,7
Inglaterra	1	7,7
Total	13	100

Durante a análise do resultados também foi observado uma predominância das cepas *Bifidobacterium longum* e *Lactobacillus plantarum*, cada uma com 13,64% das ocorrências, seguidas por *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus paracasei*, *Lactobacillus acidophilus* e *Streptococcus thermophilus*. A diversidade de espécies identificadas, no quadro 4, reflete o interesse científico na exploração de diferentes cepas para a composição de formulações probióticas voltadas à promoção da saúde e ao tratamento adjuvante de transtornos como ansiedade e depressão.

Quadro 19.5 Relação dos microrganismos bases utilizados na formulação dos probióticos

Microrganismo Base	N	%
<i>Bifidobacterium longum</i>	6	13,64%
<i>Lactobacillus plantarum</i>	6	13,64%
<i>Bifidobacterium bifidum</i>	4	9,09%
<i>Lactobacillus paracasei</i>	3	6,82%
<i>Lactobacillus acidophilus</i>	3	6,82%
<i>Streptococcus thermophilus</i>	3	6,82%
<i>Bifidobacterium breve</i>	2	4,55%
<i>Bifidobacterium infantis</i>	2	4,55%
<i>Bifidobacterium lactis</i>	2	4,55%
<i>Lactobacillus delbrueckii</i>	2	4,55%
<i>Lactobacillus helveticus</i>	2	4,55%
<i>Lactobacillus casei</i>	2	4,55%
<i>Lactobacillus salivarius</i>	2	4,55%
<i>Lactococcus lactis</i>	2	4,55%
<i>Lactobacillus rhamnosus</i>	1	2,27%
<i>Levilactobacillus brevis</i>	1	2,27%
<i>Bacillus subtilis</i>	1	2,27%
Total	45	100%

Contribuição do eixo microbiota-intestino-cérebro para a patogênese da depressão e da ansiedade

O eixo intestino-cérebro têm efeitos significativos um sobre o outro. Isso possivelmente ocorre porque a origem embrionária do cérebro e do trato intestinal são semelhantes, especial-

mente em relação à formação de sinapses neuronais. Além disso, o cérebro e a microbiota se comunicam por meio de vários sistemas, como o sistema imunológico, o metabolismo do triptofano, o nervo vago e o sistema nervoso entérico, que utiliza metabólitos microbianos como ácidos graxos de cadeia curta, aminoácidos de cadeia ramificada e peptidoglicanos que funcionam como neurotransmissores. Isso é relevante para vários processos fisiológicos, incluindo os cognitivos (CHO *et al.*, 2023).

O nervo vago, décimo nervo craniano, é o principal componente neural do eixo cérebro-intestino e o nervo parassimpático primário que liga o cérebro às vísceras. É composto por 80% de fibras aferentes e 20% eferentes, sendo que as terminações aferentes vagais podem responder tanto à distensão do trato gastrointestinal, por meio de mecanossensores, quanto a hormônios peptídicos intestinais, neurotransmissores e metabólitos microbianos através de uma gama diversificada de receptores quimiossensíveis (SMITH & ANTHONY, 2023).

Em relação ao Sistema Nervoso Entérico (SNE), ele mantém comunicação contínua com o cérebro principalmente pelo nervo vago, além de interações com componentes do sistema nervoso simpático e parassimpático. A microbiota intestinal pode influenciar esse sistema de forma indireta, transmitindo sinais do lúmen intestinal para a lâmina própria por meio de células M ou células dendríticas, possibilitando a entrada controlada de microrganismos residentes. Outra via de comunicação envolve secreções bacterianas e metabólitos, como ácidos graxos de cadeia curta, exopolissacarídeos (EPS), lipopolissacarídeos e glutamato, capazes de atravessar a parede intestinal e afetar diretamente o SNE, além de interagir com receptores específicos, como receptores acoplados à proteína G e receptores *Toll-like* (ANSARI *et al.*, 2023).

As principais causas de alterações na microbiota intestinal observadas na depressão e da ansiedade

Com a elucidação no contexto psiquiátrico, do impacto da microbiota intestinal na homeostase humana por meio do eixo intestino-cérebro, o conceito de um “eixo microbiota-intestino-cérebro” evoluiu. Suda & Matsuda (2022) relataram em sua pesquisa que experimentos em animais revelaram que a disbiose intestinal está envolvida na resposta anormal ao estresse, neurogênese reduzida e neuroinflamação no hospedeiro, tudo isso pode estar relacionado ao início da depressão. Experimentos envolvendo camundongos livres de germes que receberam transplante de microbiota fecal de pacientes com o transtorno indicaram fortemente que a microbiota intestinal contribuiu para o início dos sintomas depressivos.

Na depressão, *Firmicutes*, *Actinobacteria* e *Bacteroidetes* são os filos mais afetados, especialmente no aumento da proporção *Bacteroidetes/Firmicutes* em pacientes com depressão, caracterizado por um enriquecimento do gênero *Bacteroides* e uma depleção dos gêneros *Blautia*, *Faecalibacterium* e *Coprococcus*. Um aumento em *Eggerthella* e diminuição em *Sutterella* também foram consistentemente demonstrados em pacientes com depressão (LIU *et al.* 2023).

Há evidências circunstanciais sobre o risco aumentado observado de transtornos mentais graves após o uso de antibióticos, mesmo 5 a 10 anos após o uso. A associação entre o uso de antibióticos e o desenvolvimento subsequente de depressão ocorre em grande parte porque os antibióticos reduzem a diversidade da microbiota intestinal. Além disso, uma dieta pouco saudável e exposições ambientais que influenciam a composição microbiana intestinal demonstraram estar altamente associadas ao aumento da

incidência de depressão e da ansiedade nos últimos anos (LIU *et al.*, 2023).

Ademais, hábitos alimentares irregulares podem levar o indivíduo a desenvolver a disbiose intestinal, provocando um aumento de citocinas inflamatórias, que têm sido associadas à depressão e ansiedade. A inflamação pode afetar a permeabilidade da barreira hematoencefálica, permitindo que substâncias inflamatórias entrem no cérebro e influenciem a saúde mental (KIM *et al.*, 2021).

Os efeitos dos probióticos sobre o eixo microbiota-intestino-cérebro e sua ação no tratamento da depressão e da ansiedade

Acredita-se que os probióticos têm a capacidade de aliviar os transtornos de humor propagando sinais ao cérebro através do nervo vago. Para comprovar isto foi efetuada uma nova elaboração composta pelos probióticos: *Bifidobacterium bifidum* nova BBF7 10 mg/mL, *Bifidobacterium Longum* nova BLG2 5 mg/mL e *Lactobacillus paracasei* TJB8 10 mg/mL. Essa fórmula atingiu os meios que regulam os estados de ansiedade e depressão e modificam as atividades da barreira intestinal em um modelo 3D sem ter efeitos colaterais prejudiciais (FERRARI *et al.*, 2024).

Para investigar essas descobertas, foi realizado um ensaio randomizado multicêntrico para analisar os impactos dos probióticos *Bifidobacterium bifidum* BGN4 e *Bifidobacterium longum* BORI, para verificar o aspecto emocional em idosos saudáveis por 12 semanas. O resultado destes estudos foi que os probióticos estimularam a flexibilidade mental e diminuíram o estresse nos idosos (KIM *et al.*, 2021).

Na mesma direção, foi realizado um ensaio clínico piloto randomizado com 49 participantes diagnosticados com depressão em Londres, sendo que alguns voluntários ingeriram probióticos todos os dias por oito semanas. Os resultados demonstraram melhorias na pontuação da

Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, comparados com o grupo placebo, os sintomas de depressão e de ansiedade, seus resultados foram melhores do os com placebo (NIKOLOVA *et al.*, 2023). Um suplemento probiótico ou placebo indistinguível abrangendo maltose foi estudado mostrando uma interação tempo versus grupo na ativação do hipocampo durante o processamento da memória de trabalho, evidenciando uma função remediada do hipocampo no grupo probiótico (SCHNEIDER *et al.*, 2023).

Para reforçar esses resultados, foi realizado um estudo randomizado com 40 pacientes depressivos, aonde foram distribuídos para receberem *Lactobacillus plantarum* PS128 ou placebo. Foram observados nos resultados que os receberam o PS128 manifestaram uma redução considerável na fadiga e nos sintomas depressivos. Observou-se também que os pacientes obtiveram uma redução nas ondas cerebrais de alta frequência, indicando um efeito positivo do probiótico na qualidade do sono e no emocional dos participantes (HO *et al.*, 2021). Por outro lado, a utilização de probióticos, pode trazer ausência de efeito significativo (HO *et al.*, 2021, SCHNEIDER *et al.*, 2023, NIKOLOVA *et al.*, 2023, NG *et al.*, 2018).

Outrossim, uma intervenção com duração de 12 semanas avaliou os efeitos de uma formulação probiótica composta por *Levilactobacillus brevis* P30021 e *Lactiplantibacillus plantarum* P30025 em 44 pacientes com estresse. Observou-se um efeito benéfico relevante sobre os sintomas depressivos, com redução significativa da reatividade cognitiva ao humor triste (CASERTANO *et al.*, 2024). Reforçando tais achados, 135 adultos saudáveis receberam uma suplementação probiótica com *Lactobacillus helveticus* R0052 e *Bifidobacterium longum* R0175 durante 4 semanas, para confirmar a eficácia no potencial do probiótico. Análises posteriores detectaram um maior benefício com

indivíduos com uma vida mais saudável (MORALES & TORRES *et al.*, 2023). A utilização de ressonâncias magnéticas se mostrou promissora para observar mudanças na conectividade funcional associadas ao humor. Ela pontuou alterações na rede de modo padrão, rede de saliência e rede do giro frontal médio e superior no grupo que recebeu probióticos, em comparação aos grupos placebo e controle (CASERTANO *et al.*, 2024, MORALES & TORRES *et al.*, 2023, BAGGA *et al.* 2019).

A utilização de *Bifidobacterium longum* NCC3001 saudáveis com estresse leve a moderado, revelou que o probiótico reduziu o estresse percebido e melhorou a qualidade subjetiva do sono em comparação ao placebo (BOEHME *et al.*, 2023). Quando associado à metabolômica fecal, mostrou que a abundância de *Bifidobacterium longum* NCC3001 correlacionou-se com melhora nos escores psicológicos e diminuição da ativação da amígdala diante de estímulos negativos (MARTIN *et al.*, 2024).

Quando se trata do probiótico JYLP-326, pode se obter melhora nos sintomas de ansiedade, depressão e insônia. Além disso, pode apresentar também alterações na metabolômica fecal, como a redução de etil sulfato e aumento de ciclohexilamina, sendo associadas à diminuição da ansiedade (ZHU *et al.*, 2023). Entende-se também que efeitos de uma suplementação probiótica em pacientes com transtorno depressivo indicaram uma diminuição mais acentuada dos sintomas depressivos no grupo probiótico (n=21) em contraste com o placebo (n=26), medida pela escala *Hamilton Depression Rating Sale* (SCHAUB *et al.*, 2022). Pode-se observar melhora nos sintomas afetivos já na semana 4, mantida até a semana 8, avaliando alterações nos sintomas depressivos em 10 dias com consumo diário de *Lactobacillus helveticus* R0052 e *Bifidobacterium longum* R0175 (SCHAUB *et*

al., 2022, WALLACE & MILEV, 2021) realizaram um piloto aberto de oito semanas.

CONCLUSÃO

As intervenções com os probióticos mostram resultados importantes e positivos na conectividade funcional cerebral, bem como melhorias no sono e consequentemente no psicológico dos participantes. Assim, os probióticos mostraram-se eficaz e com um grande potencial

no auxílio a intervenção terapêutica e distúrbios de humor, afetando as vias neuronais e imunológicas, além da sua habilidade de regular a microbiota intestinal, que estão envolvidas na origem da depressão e ansiedade. No entanto, são necessários estudos contínuos sobre a função dos probióticos, e a personalização dos tratamentos com estratégias mais eficazes para o manejo desses transtornos, tendo em vista a situação multifatorial da depressão e ansiedade, não devendo ser o único caminho terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANSARI, F. *et al.* O papel dos probióticos e prebióticos na modulação do eixo intestino-cérebro. *Fronteiras da Nutrição*, v. 26, n.1, p. 01-15. 2023. doi: 10.3389/fnut.2023.1173660.
- BAGGA, D. *et al.* Influence of 4-week multi-strain probiotic administration on resting-state functional connectivity in healthy volunteers. *European Journal of Nutrition*, v. 58, n. 5, p. 1821-1827. 2019. doi: 10.1007/s00394-018-1732-z.
- BOEHME, M. *et al.* Bifidobacterium longum *subsp.* longum reduces perceived psychological stress in healthy adults: an exploratory clinical trial. *Nutrients*, [S.l.], v. 15, n. 14, p. 3122, 13 jul. 2023. doi: 10.3390/nu15143122.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Depressão. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a/d/depressao#:~:text=De%20acordo%20com%20estudo%20epidemiol%C3%B3gico,associada%20a%20um%20transtorno%20f%C3%ADsico>. Acesso em 22 de março de 2025.
- BRITO, F.C.R *et al.* Relação dos efeitos dos prebióticos e dos probióticos na patogênese da ansiedade. *Revista Ciência Plural*, v. 10, n.3, pág. 01-21. 2024. DOI: 10.21680/2446-7286.2024v10n3ID36114.
- CASERTANO, M. *et al.* Gaba-producing lactobacilli boost cognitive reactivity to negative mood without improving cognitive performance: A human Double-Blind Placebo-Controlled Cross-Over study. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 122, n.1, p. 256-265. 2024. doi: 10.1016/j.bbi.2024.08.029.
- CHO, H *et al.* Efeito sinérgico semelhante ao antidepressivo de ácidos graxos poliinsaturados n-3 e probióticos através do eixo cérebro-intestino em ratos expostos a estresse leve crônico. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, v. 116, n.1, p. 01-10. 2023. doi: 10.1016/j.jnutbio.2023.109326.
- FERRARI, S *et al.* An Innovative Probiotic-Based Supplement to Mitigate Molecular Factors Connected to Depression and Anxiety: An In Vitro Study. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 25, n. 4774, p. 01-23. 2024. doi: 10.3390/ijms25094774.
- FROTA, I. *et al.* Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *Journal of Health and Biological Sciences*, v. 10, p. 1-8, 2022. doi: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3971>.
- GAO, J *et al.* Probióticos no tratamento da depressão e suas comorbidades: uma revisão sistêmica. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, v. 13; n.1; p. 01-25. 2023. doi: 10.3389/fcimb.2023.1167116.
- HO, Y. T *et al.* Effects of *Lactobacillus plantarum* PS128 on depressive symptoms and sleep quality in self-reported insomniacs: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot trial. *Nutrients*, Basel, v. 13, n. 8, p. 2820, 17 ago. 2021. doi: 10.3390/nu13082820.
- KIM, C. *et al.* A suplementação de probióticos melhora a função cognitiva e o humor com mudanças na microbiota intestinal em idosos residentes na comunidade: um ensaio multicêntrico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. *Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 76, n.1, p. 32-40. 2020. doi: 10.1093/gerona/glaa090.
- KREUZER, K. *et al.* The PROVIT Study—Effects of multispecies probiotic add-on treatment on metabolomics in major depressive disorder—a randomized, placebo-controlled trial. *Metabolites*, [S.l.], v. 12, n. 8, p. 770, 21 ago. 2022. doi: 10.3390/metabo12080770.
- LIMA, R.S.P *et al.* Suplementação de probióticos na modulação intestinal em indivíduos disbióticos com depressão: uma revisão integrativa. *Nutrição Brasil*, v. 23, n.3, p. 1004-1015. 2024. doi: <https://doi.org/10.62827/nb.v23i3.3023>.
- LIU, L *et al.* Microbiota intestinal e seus metabólitos na depressão: da patogênese ao tratamento. *Ebiomedicine The Lancet*, v. 90, n.1, p. 01-13. 2023. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2023.104527>.
- MARTIN, F.P. *et al.* Metabolome-associated psychological comorbidities improvement in irritable bowel syndrome patients receiving a probiotic. *Gut Microbes*, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 2347715. 2024. doi: 10.1080/19490976.2024.2347715.

MENDES, K.D.S, SILVEIRA, R.C.C.P, GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enfermagem*, v.17; n.4; p. 758-764. 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MINAYO, M.S; MIRANDA, I; TELHADO, R.S. Revisão sistemática sobre os efeitos dos probióticos na depressão e ansiedade: terapêutica alternativa? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 26; n. 9; p. 4087-4099. 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.21342020>.

MORALES-TORRES, R. *et al.* Psychobiotic effects on anxiety are modulated by lifestyle behaviors: a randomized placebo-controlled trial on healthy adults. *Nutrients*, [S.l.], v. 15, n. 7, p. 1706 - 1731. 2023. doi: 10.3390/nu15071706.

NG, Q. X. *et al.* A meta-analysis of the use of probiotics to alleviate depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, v. 228, p. 13-19, 2018. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.063.

NIKOLOVA, V.L. *et al.* Aceitabilidade, tolerabilidade e estimativas dos supostos efeitos do tratamento dos probióticos como tratamento adjuvante em pacientes com depressão. *Psiquiatria JAMA*, v. 80, n.8, p. 842-847. 2023.

NUNES, B.C *et al.* Mecanismos neurobiológicos da Depressão: implicações para diagnóstico e tratamento. *Brazilian Journal of One Health*, v. 2, n.1, p. 495 -508. 2025. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.1817.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas de saúde global. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 22 de março de 2025.

REININGHAUS, E. Z. *et al.* PROVIT: Supplementary probiotic treatment and vitamin B7 in depression - A randomized controlled trial. *Nutrients*, v. 12, n. 10, p. 3205, 2020. doi: 10.3390/nu12113422.

ROMAN, P. *et al.* A pilot randomized controlled trial to explore cognitive and emotional effects of probiotics in fibromyalgia. *Scientific Reports*, v. 8, n. 1, p. 10965. 2018. doi: 10.1038/s41598-018-29388-5.

SCHAUB, A.C. *et al.* Clinical, gut microbial and neural effects of a probiotic add-on therapy in depressed patients: a randomized controlled trial. *Translational Psychiatry*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 227. 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-022-01977-z>.

SCHNEIDER, E. *et al.* Effect of high-dose short-term probiotic supplementation on cognition, related brain functions, and BDNF in patients with depression: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, v. 48, n. 1, p. 23-33, 2023. doi: 10.1503/jpn.220117.

SMITH, D. E. R.; ANTHONY, D. C. Prebiotic and probiotic modulation of the microbiota-gut-brain axis in depression. *Nutrients*, v. 15, n. 8, p. 1-28, 2023. doi: <https://doi.org/10.3390/nu15081880>.

SUDA, K.; MATSUDA, K. How microbes affect depression: underlying mechanisms through the gut-brain axis and the modulatory role of probiotics. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 23, n. 3, p. 1-17, 2022. doi: 10.3390/ijms23031172.

WALLACE, C. J. K.; MILEV, V. The efficacy, safety, and tolerability of probiotics on depression: clinical results from an open-label pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, [S.l.], v. 12, p. 618279. 2021. doi: 10.3389/fpsy.2021.618279.

ZHU, R. *et al.* The psychobiotic *Lactobacillus plantarum* JYLP-326 alleviates anxiety, depression, and insomnia symptoms in anxious university students through modulation of the gut microbiota and its metabolism. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2023. doi: 10.3389/fcimu.2023.1158137.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 20

A INTERFACE ENTRE CUIDADOS PALIATIVOS E SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS INTEGRATIVAS

CECÍLIA SILVA SANTOS¹
JEROCÍLIO MACIEL DE OLIVEIRA JÚNIOR²

1. Discente na Universidade Tiradentes (UNIT), Estância-Sergipe
2. Docente na Universidade Tiradentes (UNIT), Estância-Sergipe

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Qualidade de Vida; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos são uma abordagem ativa e holística voltada para pessoas de todas as idades que sofrem devido a doenças graves, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores.

Essa abordagem inclui o manejo do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, sendo aplicável desde o diagnóstico e não restrita às fases finais da vida (TAYLOR; DAVIES, 2025; RADBRUCH *et al.*, 2020).

O cuidado é centrado no paciente e na família, realizado por equipes interdisciplinares, e pode ser oferecido em qualquer fase da doença, concomitantemente a terapias modificadoras, respeitando necessidades e preferências individuais (BOHULA *et al.*, 2025). A integração entre cuidados paliativos e saúde mental ocorre por meio da avaliação e manejo sistemático do sofrimento psicológico, incluindo sintomas como ansiedade, depressão, delirium e outros transtornos mentais frequentemente presentes em pacientes com doenças graves.

O modelo interdisciplinar prevê a atuação conjunta de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, viabilizando intervenções psicossociais, comunicação efetiva sobre diagnóstico e prognóstico, planejamento antecipado de cuidados e suporte ao cuidador (TRACHSEL *et al.*, 2016; SANDERS *et al.*, 2024).

A literatura destaca que habilidades essenciais para essa integração incluem a avaliação contínua dos sintomas psicológicos, o manejo do sofrimento emocional, o suporte à tomada de decisão e o encaminhamento para serviços especializados quando necessário (SANDERS *et al.*, 2024).

Para tanto, a efetividade depende de treinamento em saúde mental para equipes multipro-

fissionais, da implementação de protocolos de triagem para sofrimento psicológico e do acesso a intervenções psicoterapêuticas e psicossociais. Dessa forma, cuidados paliativos e saúde mental se complementam, ampliando o escopo do cuidado e potencializando a qualidade de vida em situações de sofrimento intenso e elevada complexidade clínica (TRACHSEL *et al.*, 2016).

Dados epidemiológicos demonstram que os transtornos mentais são altamente prevalentes entre pacientes com doenças graves e em cuidados paliativos, tanto no Brasil quanto em outros países. No cenário brasileiro, estima-se que aproximadamente um quarto da população apresente algum transtorno mental, prevalência intensificada por fatores como desigualdades socioeconômicas, subfinanciamento dos serviços de saúde mental, disparidades regionais e o estigma persistente, elementos que repercutem diretamente na qualidade do cuidado hospitalar e paliativo (PEREIRA *et al.*, 2025).

Entre pacientes oncológicos, observam-se níveis elevados de ansiedade e depressão, particularmente em mulheres com câncer de mama e homens com câncer de próstata, havendo ainda relatos de tentativas de suicídio associadas ao período anterior e posterior ao diagnóstico (ALEIXO *et al.*, 2024).

Globalmente, profissionais de cuidados paliativos frequentemente enfrentam comorbidades psiquiátricas — como transtornos de humor, ansiedade e transtornos neurocognitivos —, mas relatam baixa confiança para manejar quadros complexos e insatisfação com a formação recebida em saúde mental.

O acesso limitado a ferramentas de triagem e a especialistas qualificados contribui para a manutenção desse cenário, reforçando a necessidade de modelos de cuidado mais integrados (SHALEV *et al.*, 2024).

No Brasil, políticas como a Rede de Atenção Psicossocial buscam articular serviços co-

munitários e clínicos, adaptando o cuidado às especificidades culturais e regionais. Entretanto, desafios persistem, incluindo o estigma social, a ausência de treinamento estruturado em saúde mental para profissionais, lacunas na triagem e no manejo das comorbidades psiquiátricas, além da carência de intervenções psicossociais adaptadas ao contexto (MOTA *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2025).

A literatura enfatiza a importância de incluir conteúdos sistematizados de saúde mental nos currículos de formação em saúde e em programas de educação continuada nos serviços hospitalares, como forma de aprimorar a segurança do paciente, reduzir reinternações e promover intervenções mais humanizadas e baseadas em evidências (PEREIRA *et al.*, 2025).

Assim, tanto no Brasil quanto internacionalmente, a integração entre saúde mental e cuidados paliativos enfrenta obstáculos comuns: elevada prevalência de transtornos mentais, subdiagnóstico, barreiras de acesso, insuficiência de treinamento, estigma e carência de modelos integrados de cuidado.

As estratégias recomendadas incluem o fortalecimento da educação em saúde mental, a ampliação do acesso a serviços especializados e a implementação de intervenções psicossociais culturalmente sensíveis e adaptadas às necessidades locais (SHALEV *et al.*, 2024; MOTA *et al.*, 2022).

Dessa forma, os objetivos deste estudo consistem em analisar a relação entre cuidados paliativos e saúde mental, ressaltando de que maneira intervenções psicológicas, sociais e espirituais podem influenciar positivamente a qualidade de vida de pacientes e familiares. Nesse percurso, busca-se também identificar as principais evidências clínicas que demonstram o impacto favorável de terapias psicológicas, apoio espiritual, musicoterapia e terapia ocupacional no contexto dos cuidados paliativos.

Assim, pretende-se discutir os desafios culturais, institucionais e estruturais que dificultam a integração da saúde mental nesse campo, tanto no Brasil quanto em outros países. Para enfrentar tais barreiras, o estudo propõe alternativas como a formação interdisciplinar das equipes, o desenvolvimento de protocolos integrados, o maior envolvimento familiar e a ampliação do uso do teleatendimento.

Por fim, busca-se comparar os achados nacionais com a literatura internacional, evidenciando semelhanças, divergências e lacunas, ao mesmo tempo em que se refletem as implicações práticas para equipes multiprofissionais, reforçando a importância de uma abordagem humanizada, centrada no paciente e em sua rede de apoio.

MÉTODO

O presente capítulo fundamenta-se em uma revisão de literatura, de natureza qualitativa e caráter exploratório, voltada à análise da interface entre cuidados paliativos e saúde mental. A opção metodológica buscou integrar e sistematizar diferentes evidências científicas, diretrizes clínicas e documentos normativos, a fim de discutir os principais desafios, evidências disponíveis e perspectivas de integração dessa abordagem no Brasil e em contextos internacionais.

Assim, para alcançar tais objetivos, foi realizada uma busca bibliográfica em bases de dados científicas e em documentos oficiais de órgãos de referência. A pesquisa contemplou as plataformas PubMed, SciELO, Cochrane, LILACS e *Web of Science*, além de publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Foram utilizados descritores em português e inglês, combinados por operadores booleanos, incluindo: “cuidados paliativos”, “*palliative care*”, “saúde mental”, “*mental health*”, “qualidade de vida”, “intervenções psicossociais”, “psiquiatria paliativa” e “assistência multidisciplinar”.

O período de busca compreendeu publicações entre 2016 a 2025, permitindo contemplar tanto estudos recentes quanto trabalhos de referência que fundamentam a consolidação dos cuidados paliativos. A coleta dos dados seguiu as seguintes etapas: (1) leitura dos títulos e resumos, para identificar pertinência ao tema; (2) análise integral dos textos selecionados, destacando informações sobre intervenções em saúde mental, integração nos cuidados paliativos e desafios práticos; (3) categorização dos achados em eixos temáticos relacionados à qualidade de vida, terapias psicológicas e integrativas, barreiras institucionais e propostas de melhoria.

Nesse processo, foram incluídos artigos originais, diretrizes clínicas e capítulos de livros publicados em português e inglês. Por outro lado, foram excluídos estudos que não abordassem diretamente a relação entre cuidados paliativos e saúde mental, publicações duplicadas ou materiais de caráter opinativo sem fundamentação científica. Por se tratar de uma revisão narrativa baseada em fontes secundárias de acesso público, não houve envolvimento direto de seres humanos, dispensando, portanto, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução CNS nº 510/2016.

A partir disso, a revisão narrativa desenvolveu-se, apoiada em critérios de seleção claros e na consulta a bases de dados nacionais e internacionais, permitiu reunir e organizar diferentes evidências relacionadas à interface entre cuidados paliativos e saúde mental. Esse percurso metodológico possibilitou a construção de uma análise crítica que contempla aspectos clínicos, psicológicos, sociais e espirituais, fornecendo base consistente para a discussão dos desafios e das perspectivas de uma abordagem integrativa no cenário brasileiro e mundial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca realizada nas bases de dados indexadas (PubMed, SciELO, Cochrane, LI-

LACS e *Web of Science*), foram identificados inicialmente 50 artigos relacionados ao tema “cuidados paliativos e saúde mental”. Desses, 07 foram excluídos por não estarem disponíveis em texto completo, 02 duplicados, e 04 por estarem em idiomas não compatíveis com os critérios metodológicos. Assim, 37 artigos foram elegíveis para análise detalhada. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 28 artigos para compor a presente discussão.

A saúde mental é um componente central dos cuidados paliativos, dada a elevada prevalência de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico em pacientes com doenças graves. Estudos e diretrizes recentes demonstram que esses transtornos psiquiátricos são significativamente mais comuns em populações com câncer avançado, doenças neurológicas progressivas e insuficiência hepática, com taxas de depressão e ansiedade frequentemente superiores a 20–40% nesses grupos (CARLSON *et al.*, 2023; SADOWSKA *et al.*, 2023; CHAN *et al.*, 2025).

A presença de comorbidades psiquiátricas está associada a pior qualidade de vida, maior carga de sintomas físicos, pior funcionamento global, aumento da utilização de serviços de saúde e, em alguns contextos, maior mortalidade (SADOWSKA *et al.*, 2023; ROGAL *et al.*, 2022; ANDERSEN *et al.*, 2023).

O sofrimento psicológico pode mediar negativamente o impacto dos sintomas físicos e das necessidades paliativas sobre a qualidade de vida, tornando o manejo adequado desses sintomas essencial para o cuidado integral (CHAN *et al.*, 2025).

Além disso, sintomas psiquiátricos como depressão e ansiedade estão relacionados à menor adesão ao tratamento, maior risco de suicídio, pior prognóstico e redução da sobrevida em pacientes com doenças graves, incluindo câncer

e cirrose (ROGAL *et al.*, 2022; ANDERSEN *et al.*, 2023).

Apesar da relevância clínica, o sofrimento psicológico permanece frequentemente subdiagnosticado e subtratado em cuidados paliativos, seja por falta de triagem sistemática, limitação de recursos especializados ou estigma (CARLSON *et al.*, 2023; IANNIZZI *et al.*, 2024; SHALEV *et al.*, 2024).

A integração de avaliações psicológicas e de intervenções psicossociais, como terapia cognitivo-comportamental e suporte psicoterapêutico, é recomendada para melhorar o bem-estar emocional, facilitar decisões sobre o final da vida e promover adaptação ao processo de adoecimento (IANNIZZI *et al.*, 2024; RODIN *et al.*, 2020; ROBBINS-WELTY *et al.*, 2024).

Modelos de cuidado integrado, com equipes multidisciplinares e acesso facilitado a especialistas em saúde mental, são apontados como estratégias fundamentais para superar lacunas assistenciais e potencializar resultados clínicos e psicossociais (SADOWSKA *et al.*, 2023; SHALEV *et al.*, 2024; ROBBINS-WELTY *et al.*, 2024).

Assim, a relevância da saúde mental em cuidados paliativos reside não apenas na alta prevalência de sofrimento psicológico, mas também no impacto direto desses sintomas sobre a qualidade de vida, o prognóstico e a complexidade do cuidado.

O reconhecimento precoce, a triagem sistemática e a integração de intervenções psicossociais constituem elementos essenciais de uma abordagem multidimensional e humanizada do paciente em cuidados paliativos, em consonância com o consenso atual da literatura médica.

Terapias psicológicas, suporte espiritual, musicoterapia, mindfulness e terapia ocupacional apresentam impactos distintos e complementares sobre pacientes em cuidados paliativos, com evidências consistentes de benefícios em múltiplos domínios da qualidade de vida.

As terapias psicológicas, incluindo intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental, terapia centrada no significado e estratégias de manejo do estresse, demonstram efeitos de pequeno a grande porte na redução de sintomas de depressão, ansiedade e sofrimento existencial em pacientes com doenças avançadas.

Além disso, favorecem adaptação emocional e enfrentamento do processo de adoecimento, com resultados que variam conforme o tipo de intervenção e o contexto clínico. Abordagens de significado e dignidade também contribuem para o bem-estar espiritual, embora o impacto sobre a qualidade de vida global seja heterogêneo (VON BLAN-CKENBURG; LEPPIN, 2018; RODIN *et al.*, 2020; SANDERS *et al.*, 2024).

O suporte espiritual, quando integrado ao cuidado, mostra potencial para promover bem-estar espiritual e aliviar o sofrimento em pacientes e familiares. Estudos apontam mudanças estatisticamente significativas em subescalas de qualidade de vida espiritual, ainda que com resultados variáveis entre diferentes populações. Abordagens que valorizam a biografia e o sentido de vida, como a musicoterapia biográfica, têm sido associadas à maior integração psicoespiritual e à sensação de ego-integridade (SANDERS *et al.*, 2024; WARTH *et al.*, 2021).

A musicoterapia é uma das intervenções complementares mais estudadas em cuidados paliativos. Metanálises e ensaios clínicos randomizados demonstram efeitos de pequeno a moderado porte na redução de dor, ansiedade, depressão e sofrimento subjetivo, além de melhoria do bem-estar e da qualidade de vida em pacientes terminais.

Esses benefícios são percebidos não apenas pelos pacientes, mas também por seus familiares, que relatam alta satisfação com a intervenção. Estudos ainda evidenciam efeitos biológicos, como redução do cortisol e da frequência

cardíaca, embora esses resultados sejam comparáveis aos observados em intervenções de mindfulness (GAO *et al.*, 2019; BRADT *et al.*, 2021; JODIE; ANNA; URSULA, 2025; KOEHLER *et al.*, 2022).

O mindfulness, por sua vez, apresenta impacto positivo sobre ansiedade, depressão e sofrimento psicológico, sendo recomendado como estratégia complementar para o manejo de sintomas emocionais em cuidados paliativos. Além da melhora subjetiva do bem-estar, evidências sugerem efeito na redução de biomarcadores de estresse, de forma semelhante à musicoterapia, reforçando sua aplicabilidade no cuidado interdisciplinar (CARLSON *et al.*, 2023; KOEHLER *et al.*, 2022).

Por fim, a terapia ocupacional tem papel importante no suporte a pacientes com declínio funcional e dificuldades de participação em atividades significativas. Ao promover reabilitação, autonomia e engajamento social, contribui para a manutenção da funcionalidade e para a preservação do sentido de vida, impactando positivamente a qualidade de vida em fases avançadas da doença (DESHIELDS *et al.*, 2021).

Em síntese, a literatura médica atual sustenta que terapias psicológicas, suporte espiritual, musicoterapia, mindfulness e terapia ocupacional constituem componentes essenciais do cuidado paliativo. Essas intervenções atuam de forma integrada na redução de sintomas psicológicos, no alívio da dor, na promoção do bem-estar espiritual e na preservação da funcionalidade, resultando em benefícios multidimensionais para pacientes em fase avançada de doença.

As intervenções em saúde mental são essenciais para a melhoria da qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos e devem ser incorporadas de forma interdisciplinar, conforme recomendam diretrizes nacionais e internacionais.

A literatura médica atual demonstra que terapias psicológicas específicas, como a te-

cognitivo-comportamental, a terapia centrada no significado, a terapia de revisão de vida e as intervenções baseadas em dignidade, apresentam eficácia na redução de sintomas de depressão, ansiedade e sofrimento existencial em pacientes com doenças avançadas, incluindo câncer e outras condições graves (RODIN *et al.*, 2020; SANDERS *et al.*, 2024; SCHWEIGHOFFER *et al.*, 2022; VON BLANCKENBURG; LEPPIN, 2018).

Essas abordagens são mais efetivas quando implementadas por equipes interdisciplinares de cuidados paliativos (*Interdisciplinary Team – IDT*), que contam com profissionais especializados em saúde mental, como psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais.

Destaca-se o papel do assistente social na avaliação de fatores psicossociais, no suporte às demandas emocionais e na articulação de encaminhamentos para serviços especializados. A atuação integrada dessas equipes permite alinhar o cuidado psicológico com os objetivos globais do tratamento, abrangendo o manejo do sofrimento emocional, o suporte à família, o planejamento antecipado de cuidados e o apoio ao luto desde o diagnóstico da doença avançada até o fim da vida (FERRELL *et al.*, 2018).

Além do paciente, intervenções direcionadas aos cuidadores também se mostram fundamentais, promovendo melhora da saúde mental, redução da sobrecarga emocional e incremento na qualidade de vida desses indivíduos, com repercussões positivas no cuidado oferecido (CHOW *et al.*, 2023). Essas intervenções devem considerar as particularidades do contexto paliativo, incluindo a necessidade de sessões breves, flexibilidade no local de atendimento e adaptação ao estado clínico debilitado dos pacientes (VON BLANCKENBURG; LEPPIN, 2018).

Evidências recentes, como o estudo ADAPT, reforçam que intervenções psicológicas estruturadas, aplicadas por equipes multi-

profissionais, podem alcançar efeitos comparáveis ou até superiores à farmacoterapia em sintomas depressivos e ansiosos, evidenciando o valor dessas práticas no cuidado integral (BEKELMAN *et al.*, 2024).

Dessa forma, a incorporação sistemática e interdisciplinar de estratégias de saúde mental em cuidados paliativos deve ser considerada prática recomendada, alinhada às diretrizes nacionais e internacionais, visando ampliar a qualidade de vida de pacientes em fases avançadas de doença (FERRELL *et al.*, 2018; SANDERS *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

Diante do que foi discutido, fica evidente que a integração entre cuidados paliativos e saúde mental é um recurso indispensável para promover dignidade, autonomia e qualidade de vida em pacientes acometidos por doenças graves. Além disso, observou-se que intervenções psicológicas, espirituais e sociais, quando aplicadas de forma articulada, não beneficiam apenas os pacientes, mas também familiares e cuidadores, ampliando a rede de suporte.

Ao mesmo tempo, contudo, persistem obstáculos significativos para a consolidação dessa prática. Isso ocorre porque ainda há escassez de profissionais especializados, ausência de protocolos padronizados e forte estigma cultural em torno da saúde mental e da terminalidade. Assim, tais fatores acabam limitando o alcance de uma abordagem realmente integrada.

Nesse sentido, é fundamental que políticas públicas priorizem a capacitação interdisciplinar, a adoção de protocolos integrativos e a ampliação do acesso a serviços de saúde mental. Além disso, cabe destacar que estratégias inovadoras, como o teleatendimento, podem contribuir para reduzir desigualdades regionais e tornar os serviços mais acessíveis e inclusivos.

Portanto, novos estudos devem aprofundar a análise da efetividade de protocolos, a avaliação de intervenções psicossociais e o papel das tecnologias no processo de cuidado. Com isso, será possível avançar em direção a uma prática mais humanizada, equitativa e sustentável, capaz de responder às crescentes demandas de um cenário de saúde caracterizado por complexidade clínica e diversidade cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEIXO, S.; PULIDO, J.; PARMANHANE, N. *et al.* Mental health prevalence in Brazil: understanding anxiety and depression in southern Capixaba region. *Journal of Clinical Oncology*, v. 42, suppl. 16, e23295, 2024. DOI: 10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.e23295.
- ANDERSEN, B. L.; LACCHETTI, C.; ASHING, K. *et al.* Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, v. 41, n. 18, p. 3426–3453, 2023. DOI: 10.1200/JCO.23.00293.
- BEKELMAN, D. B.; FESER, W.; MORGAN, B. *et al.* Nurse and social worker palliative telecare team and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease, heart failure, or interstitial lung disease: the ADAPT randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, v. 331, n. 3, p. 212–223, 2024. DOI: 10.1001/jama.2023.24035.
- BOHULA, E. A.; LANDZBERG, M. J.; MENON, V. *et al.* Palliative and end-of-life care during critical cardiovascular illness: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, v. 151, n. 24, p. e1075–e1090, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001334.
- BRADT, J.; DILEO, C.; MYERS-COFFMAN, K. *et al.* Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 10, CD006911, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub4.
- CARLSON, L. E.; ISMAILA, N.; ADDINGTON, E. L. *et al.* Integrative oncology care of symptoms of anxiety and depression in adults with cancer: Society for Integrative Oncology–ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*, v. 41, n. 28, p. 4562–4591, 2023. DOI: 10.1200/JCO.23.00857.
- CHAN, L. M. L.; CHOI, E. P. H.; LAM, W. W. T. *et al.* Palliative care need and quality of life mediated by psychological distress in neurologic diseases. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 69, n. 6, p. 641–653.e3, 2025. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2025.03.004.
- CHOW, R.; MATHEWS, J. J.; CHENG, E. Y. *et al.* Interventions to improve outcomes for caregivers of patients with advanced cancer: a meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 115, n. 8, p. 896–908, 2023. DOI: 10.1093/jnci/djad075.
- DESHIELDS, T. L.; WELLS-DI GREGORIO, S.; FLOWERS, S. R. *et al.* Addressing distress management challenges: recommendations from the consensus panel of the American Psychosocial Oncology Society and the Association of Oncology Social Work. *Cancer Journal for Clinicians*, v. 71, n. 5, p. 407–436, 2021. DOI: 10.3322/caac.21672.
- FERRELL, B. R.; TWADDLE, M. L.; MELNICK, A. *et al.* National Consensus Project clinical practice guidelines for quality palliative care, 4th edition. *Journal of Palliative Medicine*, v. 21, n. 12, p. 1684–1689, 2018. DOI: 10.1089/jpm.2018.0431.
- GAO, Y.; WEI, Y.; YANG, W. *et al.* The effectiveness of music therapy for terminally ill patients: a meta-analysis and systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 57, n. 2, p. 319–329, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504.
- IANNIZZI, P.; FELTRIN, A.; MARTINO, R. *et al.* Psychological assessment and the role of the psychologist in early palliative care. *Frontiers in Psychology*, v. 15, p. 1437191, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1437191.
- JODIE, F.; ANNA, K.; URSULA, W. *et al.* Effectiveness of music therapy, aromatherapy, and massage therapy on patients in palliative care with end-of-life needs: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 69, n. 1, p. 102–113, 2025. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2024.07.024.
- KOEHLER, F.; KESSLER, J.; STOFFEL, M. *et al.* Psychoneuroendocrinological effects of music therapy versus mindfulness in palliative care: results from the ‘Song of Life’ randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, v. 30, n. 1, p. 625–634, 2022. DOI: 10.1007/s00520-021-06435-y.

- MOTA, N. B.; PIMENTA, J.; TAVARES, M. *et al.* A Brazilian bottom-up strategy to address mental health in a diverse population over a large territorial area – an inspiration for the use of digital mental health. *Psychiatry Research*, v. 311, p. 114477, 2022. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114477.
- PEREIRA, R. C. D.; REIS, A. C. P.; COSTA, A. A. S. *et al.* Nursing care in hospital settings for victims of mental disorders: systematic review with meta-aggregation. *Journal of Nursing Scholarship*, 2025. DOI: 10.1111/jnu.70021.
- RADBRUCH, L.; DE LIMA, L.; KNAUL, F. *et al.* Redefining palliative care – a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- ROBBINS-WELTY, G. A.; RIORDAN, P. A.; SHALEV, D. *et al.* Top ten tips palliative care clinicians should know about the psychiatric manifestations of nonpsychiatric serious illness and treatments. *Journal of Palliative Medicine*, v. 27, n. 12, p. 1657–1665, 2024. DOI: 10.1089/jpm.2024.0135.
- RODAL, S. S.; HANSEN, L.; PATEL, A. *et al.* American Association for the Study of Liver Diseases practice guidance: palliative care and symptom-based management in decompensated cirrhosis. *Hepatology*, v. 76, n. 3, p. 819–853, 2022. DOI: 10.1002/hep.32378.
- RODIN, G.; AN, E.; SHNALL, J. *et al.* Psychological interventions for patients with advanced disease: implications for oncology and palliative care. *Journal of Clinical Oncology*, v. 38, n. 9, p. 885–904, 2020. DOI: 10.1200/JCO.19.00058.
- SADOWSKA, K.; FONG, T.; HORNING, D. R. *et al.* Psychiatric comorbidities and outcomes in palliative and end-of-life care: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 66, n. 1, p. e129–e151, 2023. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2023.03.007.
- SANDERS, J. J.; TEMIN, S.; GHOSHAL, A. *et al.* Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, v. 42, n. 19, p. 2336–2357, 2024. DOI: 10.1200/JCO.24.00542.
- SCHWEIGHOFFER, R.; SCHUMACHER, A. M.; BLAESE, R. *et al.* A systematic review and Bayesian network meta-analysis investigating the effectiveness of psychological short-term interventions in inpatient palliative care settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 13, p. 7711, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19137711.
- SHALEV, D.; ROBBINS-WELTY, G.; EKWEBELEM, M. *et al.* Mental health integration and delivery in the hospice and palliative medicine setting: a national survey of clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 67, n. 1, p. 77–87, 2024. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2023.09.025.
- TAYLOR, D. A.; DAVIES, P. A. Palliative care or supportive care? *Clinical Medicine*, 2025, 100487. DOI: 10.1016/j.clinme.2025.100487.
- TRACHSEL, M.; IRWIN, S. A.; BILLER-ANDORNO, N. *et al.* Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry*, v. 16, p. 260, 2016. DOI: 10.1186/s12888-016-0970-y.
- VON BLANCKENBURG, P.; LEPPIN, N. Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 31, n. 5, p. 389–395, 2018. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000441.
- WARTH, M.; KOEHLER, F.; BREHMEN, M. *et al.* "Song of Life": results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care. *Palliative Medicine*, v. 35, n. 6, p. 1126–1136, 2021. DOI: 10.1177/02692163211010394.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 21

A SÍNDROME DE BURNOUT E SUA IMPORTÂNCIA PARA ESTUDANTES DE MEDICINA

ANDREY LUIZ MENDES NOGUEIRA¹
GIULIA OLIVEIRA RAMALHO¹
DAVI DANTAS FREIRE¹
LÍVIA GONDIM DA JUSTA MARINHO¹
ANA SOFIA ROCHA CAVALCANTE¹
CECILIA MORAES PONTE SOUZA¹
FABIANA NABHAN BRANDÃO¹
CAMILA DINIZ RIBEIRO¹
GABRIELLA ARAUJO ROCHA¹
PEDRO ROBERTO JUSTO SOARES¹
GLÓRIA MARIA MAGALHÃES RICARTE GONÇALVES¹
FERNANDO MARIANO RODRIGUES NETO¹
MARIA JULIANA GOUVEIA DE MOURA¹
SOFIA ARRUDA DE VASCONCELOS¹
ERLANE MARQUES RIBEIRO²

¹Discente- Centro Universitário Christus

²Docente- Centro Universitário Christus

Palavras-Chave: Burnout; Medicina; Estudantes; Revisão

DOI: 10.59290/8622102015

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Burnout é um fenômeno caracterizado por sentimentos de exaustão, podendo ser cognitiva, emocional ou física, os quais decorrem das elevadas demandas nos estudos e o alto nível de estresse envolvido. Tal definição foi adaptada pelo Reis *et al.* para mensurar o *burnout* acadêmico (OLBI-S).

O conceito de *burnout* foi introduzido na década de 1970 pelo psicanalista alemão-americano Herbert Freudenberger. Trabalhando em uma clínica para dependentes químicos em Nova York, ele usou o termo para descrever o esgotamento físico e mental que observou em si mesmo e em seus colegas de trabalho, que se dedicavam intensamente à profissão. Ele o descreveu como um "estado de exaustão, desilusão e desinteresse" que surgia após o profissional ter se esgotado para alcançar um ideal inatingível.

Posteriormente, a psicóloga social Christina Maslach expandiu e aprofundou a definição de *burnout*. Com seus estudos em profissionais de saúde, ela conceituou a síndrome como um estado psicológico com três dimensões principais, que se tornaram o alicerce para a sua mensuração e compreensão:

Exaustão Emocional: O sentimento de estar emocionalmente e fisicamente esgotado e sem energia, resultado de demandas excessivas de trabalho. É a dimensão central do *burnout*.

Despersonalização ou Cinismo: Uma atitude de distanciamento mental do próprio trabalho, manifestada por indiferença e uma resposta fria ou cínica aos clientes, pacientes ou colegas. O profissional passa a tratar as pessoas como objetos.

Baixa Realização Profissional: O sentimento de ineficácia e de diminuição da competência, com uma percepção de que o esforço e a de-

dicação ao trabalho não trazem resultados significativos.

A partir de 2019, o *burnout* foi oficialmente incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da OMS como um "fenômeno ocupacional", não como uma condição médica. A CID-11 o descreve como uma síndrome "resultante do estresse crônico no trabalho que não foi gerenciado com sucesso". A OMS ressalta que essa síndrome se aplica especificamente ao contexto profissional e não deve ser utilizada para descrever experiências em outras áreas da vida.

Para a mensuração do *burnout*, as escalas de Maslach e seus colegas, como o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), se tornaram o padrão-ouro. Outra ferramenta importante é o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), que, ao invés das três dimensões do MBI, foca em duas: exaustão e desengajamento. Ambas as escalas são amplamente utilizadas em pesquisas para avaliar o nível de *burnout* em diferentes categorias profissionais.

O *burnout* é uma resposta à inadequação entre as demandas do trabalho e os recursos pessoais e organizacionais. Fatores como a carga de trabalho excessiva, falta de controle sobre o trabalho, ausência de reconhecimento, injustiça, falta de comunidade e conflito de valores podem contribuir para o seu desenvolvimento.

As consequências do *burnout* são vastas e prejudiciais, afetando tanto o indivíduo quanto a organização. No plano individual, pode levar a sintomas físicos (fadiga crônica, dores de cabeça) e psicológicos (ansiedade, depressão, insônia, irritabilidade, isolamento social). Profissionalmente, pode resultar em absenteísmo, queda na produtividade e, em casos extremos, na total desistência da carreira.

Durante a graduação em medicina, os estudantes são expostos a altos níveis de estresse, tendo que lidar diariamente com diversas situa-

ções difíceis, como morte de pacientes, interações delicadas com os pacientes e seus familiares, demandas excessivas, sobrecargas de atividades acadêmicas, privação de sono e sentimentos de competição entre os próprios alunos.

Esse panorama desafiador leva a um processo de sofrimento psicológico, sendo responsável por várias consequências à saúde desses estudantes, além do comprometimento de seu desempenho acadêmico. Foi comprovado por estudos que a prevalência de depressão é significativamente maior entre os estudantes de medicina, variando entre 22-36%, em comparação com os estudantes do pré-universitário e a população em geral, que possuem uma porcentagem de 2-16%.

Acresça-se, ainda, que a prevalência de *Burnout* entre os estudantes de medicina, residentes e médicos chega a 50% nos EUA. Além do mais, a ansiedade e o esgotamento mental colaboram com o aumento de erros médicos, diminuição da qualidade dos atendimentos e do cuidado empático, trazendo prejuízo aos pacientes.

Da mesma maneira, ao longo da formação, os estudantes de Medicina tendem a apresentar maior frustração e afastamento emocional em relação aos pacientes, desenvolvendo níveis progressivos de ceticismo e tornando-se menos empáticos e compassivos, o que, por consequência, pode comprometer a qualidade do cuidado e o exercício adequado da prática médica.

Tendo em vista os efeitos nocivos da formação médica tanto na saúde mental do profissional quanto em seu desempenho profissional, é de extrema importância que haja intervenções e estratégias para minimizar essa situação preocupante. Evidências demonstram que a chamada Intervenção Baseada em Compaixão (IBC's) promovem mudanças socioemocionais significativas, melhorando a atenção plena, o bem-estar, a autocompaixão e reduzindo os sintomas

do *Burnout*, além de aumentar a empatia e compaixão dos médicos, tornando-se um recurso essencial na prática clínica desses profissionais.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar e analisar ensaios clínicos randomizados sobre intervenções para o *burnout* em estudantes de medicina. A pesquisa foi realizada em bases de dados bibliográficas como PubMed, Medline e Embase.

Para a busca, foram utilizados os descritores “*Burnout*” AND “*medical students*”. Como critério de inclusão, foram selecionados apenas artigos que se tratavam de ensaios clínicos randomizados e que envolviam estudantes de medicina, publicados no período entre 2020 e 2025. Os critérios de exclusão consideraram artigos que não se enquadravam no tipo de estudo (não randomizados), que não focavam em estudantes de medicina ou que estavam fora do período de publicação estipulado.

A busca inicial resultou em um total de 9 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 3 artigos foram selecionados para a leitura completa e extração de dados. Os dados de cada estudo foram coletados minuciosamente para avaliação de seus métodos, resultados e conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo espanhol de Rojas *et al.* (2023) foi um ensaio clínico randomizado e duplamente cego, que avaliou a eficácia do *Compassion Cultivation Training* (CCT) em 44 estudantes de medicina. A amostra, majoritariamente feminina, foi dividida em um grupo de intervenção (CCT) e um grupo de espera. Durante 8 semanas, os participantes foram submetidos a autoavaliações para medir diversos resultados, co-

mo compaixão, bem-estar, estresse, ansiedade e *burnout*.

De acordo com o estudo Rojas *et al.* (2023), o grupo CCT apresentou aumentos significativos em Auto-compaixão em comparação com o grupo WL. Além disso, houve uma redução significativa em estresse, ansiedade e depressão, ocorrendo assim uma diminuição do componente de exaustão emocional do *Burnout*. Em contraponto a isto, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos pontos de bem-estar psicológico, resiliência ou eficácia acadêmica. Apesar disto os participantes do grupo CCT tiveram uma aceitação elevada, com 94% relatando que tinham a intenção de continuar praticando meditação após o fim do programa. Com isso, o programa CCT demonstrou ser uma medida eficaz na redução do sofrimento psicológico (estresse, ansiedade e exaustão emocional) e na promoção da autocompaixão. Mostrando assim ser uma intervenção viável, segura e altamente aceita para auxiliar na saúde mental dos futuros profissionais de saúde.

Os resultados revelaram que o grupo submetido ao CCT apresentou aumentos significativos em autocompaixão e uma redução significativa nos níveis de estresse, ansiedade e depressão, o que diminuiu o componente de exaustão emocional do *burnout*. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas em bem-estar psicológico, resiliência ou eficácia acadêmica, e nem em compaixão por outros ou empatia (possivelmente devido ao formato online do treinamento), a alta aceitação do programa (94% dos participantes relataram a intenção de continuar praticando meditação) sugere que o CCT é uma intervenção viável, segura e eficaz para mitigar o sofrimento psicológico.

Apesar de não ter mostrado mudanças significativas em compaixão pelos outros e empatia, que pode estar relacionado ao treinamento

ter sido online durante a pandemia, esse estudo demonstrou melhora significativa da autocompaixão e da redução de estresse, ansiedade e depressão nos estudantes de medicina espanhóis após o CCT. Evidenciando-se que o CCT é um método eficaz e seguro para reduzir o sofrimento psicológico e *Burnout*, sendo assim, um programa promissor para ser incorporado no currículo médico e em instituições de saúde.

No estudo Rong *et al.* (2021) o grupo de intervenção psicológica apresentou escores significativamente mais altos em relação a Empatia ($p = 0,01$), além de uma menor prevalência de Depressão (13,5%) em comparação com o grupo controle (29,2%). Apesar disto, a taxa de *Burnout* e de Autoeficácia entre os dois grupos não apresentou diferença significativa. Foi concluído assim que, apesar da não redução das taxas de *Burnout*, possivelmente devido ao curto período de intervenção, programas educacionais simples, acessíveis e de baixa custo podem melhorar a saúde mental e a comunicação clínica em fases críticas da formação médica. Esse estudo mostra que a presença de médicos experientes, que compartilharam histórias reais de prática clínica foi um grande diferencial na saúde psicológica dos estudantes, permitindo maior transmissão emocional e internalização dos conteúdos, sendo assim proposto a incorporação desses programas no currículo médico como estratégia de promoção da saúde mental.

No estudo Shrestha *et al.* (2021) foi visto uma prevalência de 65,9% de *Burnout* nos estudantes de medicina não mostrando nenhuma associação estatisticamente significativa entre *Burnout* e Idade, sexo ou ano de estudo. Foi então evidenciado uma alta prevalência de *Burnout* independente de características sociodemográficas. Isso mostra a necessidade de estratégias institucionais para promoção do bem-estar mental. Apesar da elevada prevalência de *Burnout* entre os estudantes, tendo um valor su-

perior a média mundial (em torno de 44%) é válido pontuar que essa discrepância pode ser explicada por fatores contextuais, como o período pós-pandemia de COVID-19 e o retorno das aulas presenciais, além da proximidade dos exames finais.

Em conjunto, os estudos demonstram que a formação médica é um ambiente de risco para a saúde mental dos estudantes, com altas taxas de burnout e depressão. Embora a causa seja multifatorial, os programas de intervenção, mesmo que em períodos curtos, mostraram resultados positivos. Intervenções baseadas em compaixão (CCT) são eficazes na redução do sofrimento individual, enquanto a mentoria e o compartilhamento de experiências parecem ser estratégias valiosas para o desenvolvimento da empatia e para o bem-estar psicológico. A elevada prevalência de *burnout*, como visto no estudo nepalês, reforça a urgência de uma abordagem institucional e proativa para integrar a saúde mental como um pilar essencial da educação médica, visando não só o bem-estar dos profissionais, mas também a segurança e a qualidade do cuidado aos pacientes.

CONCLUSÃO

A formação médica, caracterizada por um ambiente de alta exigência e competitividade, expõe os estudantes a um sofrimento psicológico que resulta em altas taxas de burnout, ansiedade e depressão. As evidências apresentadas confirmam a prevalência alarmante desses transtornos, que superam a média de outras populações e persistem independentemente de fatores sociodemográficos como idade e sexo, como demonstrado pelo estudo de Shrestha *et al.* (2021). Essa realidade não apenas compromete a saúde dos futuros profissionais, mas

também impacta diretamente a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes, levando a erros médicos e à perda de empatia.

Os estudos revisados, embora com amostras e metodologias distintas, convergem ao demonstrar a importância de intervenções para mitigar os efeitos nocivos da formação. O ensaio espanhol de Rojas *et al.* (2023) reforça a eficácia de programas como o *Compassion Cultivation Training* (CCT) na redução do estresse, ansiedade e exaustão emocional, além de promover a autocompaixão, um recurso fundamental para a resiliência. Embora a intervenção online tenha limitado o impacto na empatia pelos outros, a alta aceitação do programa sugere que ele é uma ferramenta viável e segura para ser integrada aos currículos médicos.

De maneira complementar, o estudo chinês de Rong *et al.* (2021) mostrou que programas educacionais simples e de baixo custo, que contam com a participação de médicos experientes, podem melhorar a saúde mental e a empatia dos alunos, mesmo em curtos períodos de intervenção. Esse achado sugere que a incorporação de programas de mentoria e o compartilhamento de experiências clínicas reais são estratégias valiosas para o bem-estar dos estudantes.

Em suma, os dados apontam para a necessidade urgente de mudanças no modelo educacional médico. Intervenções baseadas em compaixão e programas de apoio à saúde mental não devem ser vistas como adicionais, mas sim como componentes essenciais no currículo. Ao investir no bem-estar psicológico de seus estudantes, as instituições de ensino não só formam profissionais mais saudáveis, mas também garantem a qualidade e a segurança do atendimento futuro, transformando a prática médica de forma positiva e sustentável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

LI, Y.; WANG, J.; LI, S. *et al.* Prevalence of burnout in medical students in China: A meta-analysis of observational studies. *Medicine*, Baltimore, v. 100, n. 26, p. e26329, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026329>. Acesso em: 16 ago. 2025.

MASLACH, C; LEITER, M. P. *Burnout & o trabalho: uma perspectiva para soluções organizacionais*. São Paulo: Papirus, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças (CID-11): Burnout*. Genebra, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Acesso em: 18 ago. 2025.

ROJAS, B.; TOVAR, J.; CASTILLO-SOTO, J. *et al.* A compassion-based program to reduce psychological distress in medical students: A pilot randomized clinical trial. *Public Library of Science One*, São Francisco, v. 18, n. 6, p. e0287388, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287388>. Acesso em: 12 ago. 2025.

SHRESTHA, D. B.; SHRESTHA, S.; THAPA, B. *et al.* Burnout among medical students of a medical college in Kathmandu; A cross-sectional study. *Public Library of Science One*, São Francisco, v. 16, n. 6, p. e0253808, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253808>.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 22

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: UMA REVISÃO

ANDRÉ LUIS VARELA BAUMGARTNER¹
FLÁVIA ZACCHI COELHO¹
GABRIELA CAROLINE DA COSTA KUTZLIEB¹
LAURA PEIXER NICOLAU¹
LETÍCIA PEGORETTI¹
SOFIA PEIXER NICOLAU¹
GABRIEL QUARTIERI PICCOLI²

¹Discentes de Medicina na Universidade do Vale do Itajaí

²Médico graduado na Universidade do Sul de Santa Catarina

Palavras-Chave: Transtorno de Personalidade; Saúde Mental; Psiquiatria.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de personalidade (TP) caracterizam-se como padrões persistentes de experiência interna e comportamento que divergem das expectativas culturais, geralmente manifestando-se desde a adolescência ou início da vida adulta (FARIBA *et al.*, 2024).

Estão organizados em dez categorias diagnósticas, distribuídas em três clusters: o “A”, associado a perfis excêntricos e esquisitos (paranoide, esquizoide e esquizotípico); o “B”, marcado por traços dramáticos e emotivos (antissocial, histriônico, narcisista e borderline); e o “C”, que reúne personalidades ansiosas e temerosas (evitativa, dependente e obsessiva-compulsiva).

Para diagnóstico e manejo, é fundamental o uso de critérios padronizados pelo DSM-5, que orientam a prática clínica e favorecem abordagens mais precisas (MAZER *et al.*, 2017).

Todavia, a percepção da própria personalidade pode não ser objetiva. Portanto, ao invés de indagar diretamente sobre a personalidade do indivíduo, é imprescindível questionar deliberadamente sobre as suas relações interpessoais e desempenho profissional, assim como obter informações de familiares, companheiros e amigos. Dessa forma, estabelece-se um direcionamento mais adequado para a investigação clínica e o diagnóstico (BOZZATELLO, *et al.*, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de agosto de 2025, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO, Google Acadêmico, CAPES Periódicos, LILACS, Medline. Foi utilizado o descritor: “Transtorno de Personalidade”.

Desta forma, a seleção dos estudos ficou a critério dos autores, incluindo ainda a consulta

de livros, diretrizes e revistas relacionadas ao tema, para compor a fundamentação teórica do trabalho.

Os critérios de inclusão foram: estudos em português, inglês e espanhol, publicados no período de 2013 e 2025, que abordassem as temáticas propostas para esta pesquisa; estudos do tipo revisão sistemática; e disponibilizados na íntegra.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados apenas na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada ou que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 28 artigos, que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em descritiva e em imagens, divididos em categorias temáticas: Transtornos de Personalidade do Cluster A; Transtornos de Personalidade do Cluster B; e Transtornos de Personalidade Cluster C.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Transtornos de Personalidade do Cluster A 1. Transtorno de Personalidade Paranoide

O transtorno de Personalidade Paranoide (TPP) é definido por um padrão persistente de desconfiança e suspeita em relação aos outros, além de uma tendência a interpretar ações alheias como hostis ou ameaçadoras.

Indivíduos com esse transtorno tendem a ser hipervigilantes, relutam em confiar nos outros e frequentemente interpretam comentários ou ações neutras como ameaças ou insultos, o que representa um desafio significativo na vida social, profissional e familiar.

Como resultado, os indivíduos que atendem aos critérios de TPP geralmente experimentam sentimentos de raiva por suposto abuso, ansiedade por ameaças percebidas e um aumento do senso de medo, que muitas vezes é notado por

outros como comportamento argumentativo, teimoso, defensivo e intransigente (ESTERBERG *et al.*, 2010).

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-5, o TPP é caracterizado conforme descritos na tabela abaixo (**Figura 22.1**).

Figura 22.1 Transtorno da Personalidade Paranoide

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.0 (F60.0)

A. Um padrão de desconfiança e suspeita difusa dos outros, de modo que suas motivações são interpretadas como malévolas, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Suspeita, sem embasamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por outros.
2. Preocupa-se com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou da confiabilidade de amigos e sócios.
3. Reluta em confiar nos outros devido a medo infundado de que as informações serão usadas maldosamente contra si.
4. Percebe significados ocultos humilhantes ou ameaçadores em comentários ou eventos benignos.
5. Guarda rancores de forma persistente (i.e., não perdoa insultos, injúrias ou desprezo).
6. Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são percebidos pelos outros e reage com raiva ou contra-ataca rapidamente.
7. Tem suspeitas recorrentes e injustificadas acerca da fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar “pré-mórbido”, isto é, “transtorno da personalidade paranoide (pré-mórbido)”.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

A etiologia do TPP é multifatorial, sendo que fatores genéticos, ambientais e psicológicos são levados em conta. Algumas literaturas sugerem que experiências adversas na infância, como abuso ou negligência, podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento de características típicas paranoides (MAZER *et al.*, 2017).

O processo de identificação do TPP é um desafio, visto que pacientes afetados com tal condições relutam em procurar auxílio profissional devido à desconfiança extrema nas relações interpessoais. Muitas vezes, os sintomas são confundidos com comportamentos defensivos ou normais, fatores que retardam o diagnóstico. Ademais, pacientes relutam ao receber o diagnóstico e mostram-se resistentes para iniciar a terapia adequada (NAVES *et al.*, 2022).

Epidemiologicamente, o TPP é mais prevalente em homens do que em mulheres, com início na adolescência ou no início da vida adulta. Há uma tendência ao subdiagnóstico, pois os pacientes podem apresentar sintomas amenos, o

que dificulta a procura pelo serviço médico. Outrossim, o TPP é frequentemente associado a outros transtornos psiquiátricos, como depressão, transtorno de ansiedade e outros transtornos de personalidade (FARIBA *et al.*, 2024).

Dito isso, com o respaldo da literatura científica atualizada, a etapa crucial para o tratamento é a realização de terapias psicoterápicas, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Essa abordagem mostra-se eficaz ao trabalhar com as distorções cognitivas que sustentam a desconfiança e o comportamento paranoide, ajudando os pacientes a reconhecer e modificar suas crenças irracionais. Também se evidencia eficiência na terapia psicodinâmica, ao explorar as raízes emocionais e os conflitos inconscientes que podem contribuir para o transtorno (JACOBS, 2024).

Em alguns casos, intervenções psiquiátricas medicamentosas são necessárias. Embora não haja medicação específica para o TPP, antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos de baixa

dose são frequentemente prescritos para tratar sintomas secundários, como ansiedade e depressão, que podem coexistir com o transtorno. Porém, a resposta ao tratamento pode ser variada, sendo que alguns pacientes não respondem de maneira significativa, principalmente devido à resistência ao tratamento, motivada pela desconfiança em relação aos profissionais de saúde (LEE, 2017).

2. Transtorno de Personalidade Esquizotípica

O Transtorno de Personalidade Esquizotípica (TPE) é uma condição psiquiátrica que pode manifestar-se desde o início da vida adulta e permanecer constante ao longo do tempo. O quadro clínico do indivíduo esquizotípico é amplo e se manifesta principalmente nas áreas do pensamento, da percepção e da interação social (BALDIN, 2019).

Os critérios diagnósticos do transtorno esquizotípico baseiam-se em déficits interpessoais, especialmente no desconforto e na dificuldade em manter relacionamentos próximos. O

quadro inclui comportamento excêntrico, isolamento social, aparência incomum e distorções cognitivas, como pensamento mágico, crenças paranormais e suspeitas paranoides, além de ansiedade social persistente, que não diminui com a convivência (BALDIN, 2019).

A limitação nos relacionamentos interpessoais é um traço central do transtorno. Sob a ótica psicodinâmica, esses indivíduos possuem sentimentos e buscam interações, mas carecem de habilidades essenciais para sustentá-las. A fragilidade estrutural da personalidade, marcada por baixa autoestima e representações primitivas do self, dificulta a formação de vínculos. Dessa forma, embora transmitam uma aparência fria, hostil ou estranha, vivenciam experiências relacionais confusas e dolorosas (GABBARD, 2015).

O diagnóstico é majoritariamente clínico, estabelecido conforme os critérios do DSM-5, em que devem apresentar cinco das nove características, conforme descritas na tabela abaixo (Figura 22.2).

Figura 22.2 Transtorno da Personalidade Esquizotípica

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.22 (F21)

A. Um padrão difuso de déficits sociais e interpessoais marcado por desconforto agudo e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Ideias de referência (excluindo delírios de referência).
 2. Crenças estranhas ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas subculturais (p. ex., superstições, crença em clarividência, telepatia ou "sexto sentido"; em crianças e adolescentes, fantasias ou preocupações bizarras).
 3. Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões corporais.
 4. Pensamento e discurso estranhos (p. ex., vago, circunstancial, metafórico, excessivamente elaborado ou estereotipado).
 5. Desconfiança ou ideação paranoide.
-

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

O TPE e o transtorno do espectro esquizofrênico possuem em comum alterações cognitivas e dificuldades na comunicação. O primeiro distingue-se por não apresentar episódios psicóticos completos ou perda sustentada do juízo de realidade.

Além disso, outros diagnósticos diferenciais incluem transtorno de personalidade paranoide, o transtorno de personalidade esquizoide e o transtorno do espectro autista (COELHO *et al.*, 2025).

O tratamento deve ser contínuo, integrando a terapia medicamentosa, em alguns casos, e a psicoterapia, sendo a terapia cognitivo-comportamental (TCC) uma das abordagens mais utilizadas.

As medicações podem ter efeito benéfico em casos selecionados, como em indivíduos que possuem episódios ansiosos intensos, quadro depressivo e pensamento paranoide. Nesse cenário, o uso de antipsicóticos atípicos em baixa dosagem pode ser útil na redução das distorções perceptivas, além do uso de antidepressivos e ansiolíticos (COELHO *et al.*, 2025).

3. Transtorno de Personalidade Esquizoide

O Transtorno de Personalidade Esquizoide caracteriza-se por distanciamento das relações sociais e restrição da expressão emocional, geralmente com início no começo da vida adulta. Esses indivíduos mostram pouco interesse em intimidade, parecem indiferentes a vínculos familiares ou sociais e preferem atividades solitárias a interações interpessoais. Frequentemente, optam por tarefas mecânicas ou abstratas, como jogos de computador ou matemáticos, demonstrando prazer limitado em experiências sociais, sexuais ou sensoriais (APA, 2014).

Além disso, costumam não ter amigos próximos ou confidentes e permanecem indiferentes tanto à aprovação quanto à crítica dos outros. Seu comportamento é marcado por exterior frio e pouco reativo, raramente respondendo a expressões emocionais alheias. A afetividade tende a ser constrita, com escassa manifestação de alegria, raiva ou outras emoções intensas, reforçando a imagem de indivíduos distantes e desapegados (APA, 2014).

Dessa forma, é importante diferenciar o transtorno de personalidade esquizoide de outros quadros, como o transtorno de personalidade evitativa, no qual o isolamento social decorre do medo de rejeição ou humilhação. Já no esquizoide, há ausência de desejo por intimidade e uma indiferença mais profunda ao contato social (APA, 2014; SHARP, 2022; THOMSON, 2024).

Segundo o DSM-5, o transtorno de personalidade esquizoide possui diagnóstico majoritariamente clínico, estabelecido conforme os critérios do manual, em que devem estar presentes quatro ou mais das sete características, conforme descritas na tabela abaixo (**Figura 22.3**).

Figura 22.3 Transtorno da Personalidade Esquizoide

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.20 (F60.1)

A. Um padrão difuso de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão de emoções em contextos interpessoais que surgem no início da vida adulta e estão presentes em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Não deseja nem desfruta de relações íntimas, inclusive ser parte de uma família.
2. Quase sempre opta por atividades solitárias.
3. Manifesta pouco ou nenhum interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.
4. Tem prazer em poucas atividades, por vezes em nenhuma.
5. Não tem amigos próximos ou confidentes que não sejam os familiares de primeiro grau.
6. Mostra-se indiferente ao elogio ou à crítica de outros.
7. Demonstra frieza emocional, distanciamento ou embotamento afetivo.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista e não é atribuível aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar "pré-mórbido", isto é, "transtorno da personalidade esquizoide (pré-mórbido)".

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Para o manejo terapêutico do paciente, dentre as abordagens atuais, destaca-se a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que auxilia o indivíduo a identificar e modificar padrões de pensamento e comportamentos disfuncionais que contribuem para o distanciamento social (KAPLAN *et al.*, 2017).

Transtornos de Personalidade do Cluster B

1. Transtorno de Personalidade Borderline

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um transtorno psiquiátrico grave, debilitante e multifatorial, caracterizado por instabilidade emocional, interpessoal, de autoimagem e de comportamento (BOZZATELLO *et al.*, 2021).

Sua prevalência na população em países ocidentais varia entre 0,4% e 3,9%, sendo um

dos transtornos de personalidade mais estudados devido ao impacto clínico e social (GARTLEHNER *et al.*, 2021).

A etiologia é heterogênea e multifatorial, relacionada à interação entre vulnerabilidades genéticas, alterações neurobiológicas e experiências adversas na infância, como abuso e negligência (GARTLEHNER *et al.*, 2021).

Do ponto de vista diagnóstico, o DSM-5 descreve o TPB como um padrão difuso de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos, associado à impulsividade acentuada, com início na adolescência ou no início da vida adulta e presente em diferentes contextos.

Para o diagnóstico, é necessário que pelo menos cinco dos nove critérios sejam atendidos (APA, 2013). Os critérios diagnósticos estão descritos conforme a tabela abaixo (**Figura 22.4**).

Figura 22.4 Transtorno da Personalidade Borderline

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.83 (F60.3)
Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:
1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

A organização borderline da personalidade é caracterizada por fragilidade do ego, uso de

defesas primitivas — como cisão, idealização primitiva, identificação projetiva e negação —

e relações objetivas patológicas, que explicam a instabilidade interpessoal, o medo de abandono e a difusão da identidade. Essa perspectiva psicodinâmica complementa os critérios do DSM-5 (APA, 2013; GABBARD, 2015).

Além da instabilidade afetiva, estudos apontam elevada frequência de sintomas psicóticos transitórios, como alucinações (29–50%), delírios (20%), paranoia (até 87%) e episódios dissociativos (17–90%) (WU *et al.*, 2022). Tais manifestações, quando somadas aos sintomas clássicos do TPB, contribuem para a deterioração funcional e aumento do risco de suicídio.

A presença de comorbidades médicas e psiquiátricas também é marcante. Indivíduos com TPB apresentam maior risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, infecções sexualmente transmissíveis e uma forte associação com transtornos depressivos, ansiosos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares e uso de substâncias (WU *et al.*, 2022; REICHL; KAESS, 2021). Esse cenário reforça a complexidade do manejo clínico, exigindo uma abordagem integrada e multidisciplinar.

A autolesão não suicida (NSSI) e as tentativas de suicídio são características centrais, com prevalências extremamente elevadas: 95% em adolescentes e 90% em adultos com TPB relatam NSSI, enquanto pelo menos 75% tentam suicídio em algum momento da vida (REICHL; KAESS, 2021). Tais comportamentos estão intimamente relacionados à dificuldade de regulação emocional, sendo frequentemente utilizados como estratégias para reduzir estados emocionais negativos ou induzir alívio.

No campo terapêutico, não há, até o momento, medicamentos aprovados especificamente para o tratamento do TPB por agências regulatórias como a FDA (WU *et al.*, 2022; GARTLEHNER *et al.*, 2021). Apesar disso, até

96% dos pacientes recebem algum tipo de psicofármaco durante o tratamento (GARTLEHNER *et al.*, 2021).

As evidências apontam que antidepressivos, antipsicóticos de segunda geração e anticonvulsivantes não reduzem de forma consistente a gravidade dos sintomas centrais do transtorno. Alguns estudos sugerem que anticonvulsivantes possam melhorar sintomas específicos, como agressividade, raiva e labilidade afetiva, mas os achados são limitados e de baixa robustez (GARTLEHNER *et al.*, 2021). O uso de benzodiazepínicos deve ser evitado, dada a possibilidade de exacerbar a impulsividade, aumentar o risco de abuso e dependência e elevar a letalidade em casos de overdose (WU *et al.*, 2022).

Diante da baixa eficácia dos tratamentos farmacológicos, a psicoterapia permanece como a abordagem de maior evidência e efetividade. Modelos como a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Terapia Baseada na Mentalização (MBT) demonstram melhores resultados na redução de autolesão, tentativas de suicídio e melhora da funcionalidade global (BOZZATELLO *et al.*, 2021). Além disso, a psicoeducação, tanto do paciente quanto dos familiares, é uma ferramenta essencial para engajamento, adesão ao tratamento e manejo de comorbidades (WU *et al.*, 2022).

2. Transtorno de Personalidade Narcisista

O Transtorno de Personalidade Narcisista (TPN) é caracterizado por padrões persistentes de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia, que afetam significativamente as relações interpessoais, o funcionamento social e ocupacional dos indivíduos (WEINBERG; RONNINGSTAM, 2022).

A etiologia desse transtorno é multifatorial, envolvendo fatores biológicos, genéticos e, sobretudo, experiências precoces na infância que

moldam a personalidade e a regulação emocional (THALIB *et al.*, 2024; ROSS *et al.*, 2024).

Estudos recentes indicam que a supervalorização e a indulgência excessiva durante a infância, como elogios e validação desproporcionais, podem contribuir para o desenvolvimento de traços narcisistas, prejudicando a capacidade de empatia e a percepção realista de si mesmo e dos outros (THALIB *et al.*, 2024). Além disso, experiências adversas na infância, incluindo negligência física e emocional ou abuso, têm sido associadas ao surgimento de comportamentos narcisistas patológicos, indicando que tanto a falta quanto o excesso de cuidado podem atuar como fatores de risco (ROSS *et al.*, 2024).

No que se refere à apresentação clínica, o TPN pode ser subdividido em narcisismo grandioso e narcisismo hipervigilante. O narcisismo

grandioso manifesta-se por autoconfiança excessiva, busca constante por admiração e tendência a explorar os outros, enquanto o narcisismo hipervigilante envolve sentimento de insegurança, sensibilidade à crítica e comportamento defensivo (WEINBERG; RONNINGSTAM, 2022). Essa distinção é relevante para a avaliação clínica e para o planejamento de intervenções terapêuticas, uma vez que diferentes subtipos podem demandar abordagens específicas.

O diagnóstico do TPN segue os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição (DSM-5)*. Para o diagnóstico, é necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos nove critérios listados na tabela a seguir (**Figura 22.5**).

Figura 22.5 Transtorno de Personalidade Narcisista

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.81 (F60.81)

Um padrão difuso de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem uma sensação grandiosa da própria importância (p. ex., exagera conquistas e talentos, espera ser reconhecido como superior sem que tenha as conquistas correspondentes).
 2. É preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal.
 3. Acredita ser "especial" e único e que pode ser somente compreendido por, ou associado a, outras pessoas (ou instituições) especiais ou com condição elevada.
 4. Demanda admiração excessiva.
 5. Apresenta um sentimento de possuir direitos (i.e., expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou que estejam automaticamente de acordo com as próprias expectativas).
 6. É explorador em relações interpessoais (i.e., tira vantagem de outros para atingir os próprios fins).
 7. Carece de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros.
 8. É frequentemente invejoso em relação aos outros ou acredita que os outros o invejam.
 9. Demonstra comportamentos ou atitudes arrogantes e insolentes.
-

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Intervenções psicoterapêuticas têm se mostrado mais eficazes do que abordagens farmacológicas isoladas, focando na melhoria da regulação emocional, da empatia e do manejo das relações interpessoais (WEINBERG; RONNINGSTAM, 2022).

3. Transtorno de Personalidade Histriônica

O transtorno de personalidade histriônica (TPH) é caracterizado por um padrão persistente de busca de atenção e emocionalidade exagerada, geralmente associado a dificuldades interpessoais e comorbidades frequentes com outros

transtornos de personalidade (ALVES *et al.*, 2024; GABBARD, 2015).

Esse padrão costuma surgir na adolescência ou no início da vida adulta, comprometendo o funcionamento social e ocupacional. Entre as manifestações mais descritas estão a variabilidade emocional rápida, a necessidade de ser o centro das atenções, o uso da aparência física como recurso de visibilidade, comportamento sedutor inapropriado, dramatização, sugestionabilidade, comunicação vaga e relações percebidas como mais íntimas do que realmente são (ALVES *et al.*, 2024; TORRICO *et al.*, 2025).

O diagnóstico do TPH segue os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição* (DSM-5), sendo necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos oito critérios listados na tabela abaixo. O Transtorno de Personalidade Histrionica (TPH) é caracterizado por um padrão persistente de busca de atenção e emocionalidade exagerada,

geralmente associado a dificuldades interpessoais e a comorbidades frequentes com outros transtornos de personalidade (ALVES *et al.*, 2024; GABBARD, 2015).

Esse padrão costuma surgir na adolescência ou no início da vida adulta, comprometendo o funcionamento social e ocupacional. Entre as manifestações mais descritas estão: variabilidade emocional rápida, necessidade de ser o centro das atenções, uso da aparência física como recurso de visibilidade, comportamento sedutor inapropriado, dramatização, sugestionabilidade, comunicação vaga e relações percebidas como mais íntimas do que realmente são (ALVES *et al.*, 2024; TORRICO *et al.*, 2025).

O diagnóstico do TPH segue os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição* (DSM-5), sendo necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos oito critérios listados na tabela abaixo (**Figura 22.6**).

Figura 22.6 Transtorno da Personalidade Histrionica

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.50 (F60.4)
Um padrão difuso de emocionalidade e busca de atenção em excesso que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:
1. Desconforto em situações em que não é o centro das atenções.
2. A interação com os outros é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor inadequado ou provocativo.
3. Exibe mudanças rápidas e expressão superficial das emoções.
4. Usa reiteradamente a aparência física para atrair a atenção para si.
5. Tem um estilo de discurso que é excessivamente impressionista e carente de detalhes.
6. Mostra autodramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções.
7. É sugestível (i.e., facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias).
8. Considera as relações pessoais mais íntimas do que na realidade são.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

A etiologia do TPH é multifatorial, sustentada por um modelo biopsicossocial que envolve predisposição genética, experiências ambientais e vínculos precoces, sendo a negligência e traumas na infância fatores de risco relevantes (ALVES *et al.*, 2024).

O tratamento baseia-se na psicoterapia, com evidências para abordagens cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas, de esquemas e intervenções em grupo (ALVES *et al.*, 2024). Não há medicação específica, mas a farmacoterapia

auxilia no manejo de comorbidades (TORRICO *et al.*, 2019; AKULA, 2024).

O prognóstico tende a ser mais favorável com adesão consistente à psicoterapia, embora faltem estudos longitudinais, sendo os desfechos influenciados pelas comorbidades e pelo engajamento terapêutico (ALVES *et al.*, 2024).

4. Transtorno de Personalidade Antissocial

O transtorno de Personalidade Antissocial (TPA) caracteriza-se por um padrão persistente de desrespeito e violação dos direitos alheios, com início precoce e exigência diagnóstica de transtorno de conduta na infância. É mais prevalente em homens e apresenta curso crônico,

sendo de difícil manejo terapêutico, com prioridade para intervenções psicossociais (FISHER; TORRICO; HANY, 2025).

Entre os principais comportamentos estão: violação de leis, manipulação, impulsividade, agressividade, desprezo pela segurança, vínculos laborais frágeis e ausência de remorso.

O DSM-5 estabelece a presença de transtorno de conduta antes dos 15 anos como critério central, além da idade mínima de 18 anos para o diagnóstico definitivo (APA, 2013), conforme demonstrado na tabela a seguir (**Figura 22.7**).

Figura 22.7 Transtorno da Personalidade Antissocial

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.7 (F60.2)

A. Um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:

1. Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção.
2. Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal.
3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro.
4. Irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas.
5. Descaso pela segurança de si ou de outros.
6. Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado por falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras.
7. Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas.

B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

C. Há evidências de transtorno da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.

D. A ocorrência de comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Fatores de risco incluem impulsividade, falhas de autorregulação e busca por recompensa. Psicopatia e TPA não são equivalentes: a primeira enfatiza dimensões afetivo-interpessoais, enquanto o TPA privilegia comportamentos observáveis.

Essa distinção é relevante na psiquiatria forense, já que instrumentos como a *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) permitem identificar perfis psicopáticos que não são clinicamente detectados, mas que se associam a maior reincidência criminal e risco social, influenciando

decisões jurídicas (VAN DEN BOSCH *et al.*, 2018).

O tratamento do TPA permanece desafiador e é majoritariamente psicossocial. Terapias baseadas em mentalização, protocolos unificados e adaptações da terapia cognitivo-comportamental mostram resultados promissores, embora limitados ao curto prazo (VAN DEN BOSCH *et al.*, 2018).

O prognóstico depende das trajetórias individuais e das comorbidades, havendo tendência de redução de comportamentos antissociais com a idade, mas persistindo risco aumentado de mortalidade e impacto social (FISHER; TORRICO; HANY, 2025).

Transtornos de Personalidade do Cluster C

1. Transtorno de Personalidade Evitativo

O Transtorno de Personalidade Evitativo (TPE) se caracteriza por um padrão duradouro de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa. Esses indivíduos, embora desejem construir relacionamentos significativos, apresentam grande dificuldade em estabelecê-los devido ao medo de rejeição e à percepção de inferioridade pessoal.

É justamente tal contradição entre desejo de afeto e evitação interpessoal que distingue o TPE de outros quadros de retraimento, como o transtorno de personalidade esquizoide, em que há indiferença genuína às relações (APA, 2023; TORRICO; SAPRA, 2024).

A etiologia do transtorno é multifatorial, incluindo fatores genéticos, ambientais e psicossociais. Experiências precoces de negligência ou rejeição também podem atuar como fatores de risco, reforçando a ideia de que falhas no apego contribuem para a formação de padrões defensivos de retraimento.

Além disso, indivíduos com TPE tendem a apresentar temperamento com alta evitação de danos e baixa busca por novidade, características que limitam a exploração de novos contextos sociais (TORRICO; SAPRA, 2024).

O diagnóstico do Transtorno de Personalidade Evitativo (TPE) baseia-se na identificação de um padrão persistente de retraimento social e sentimentos de inadequação, seguindo critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5, conforme a tabela abaixo (**Figura 22.8**).

Figura 22.8 Transtorno da Personalidade Evitativa

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.82 (F60.6)
Um padrão difuso de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:
1. Evita atividades profissionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de crítica, desaprovação ou rejeição.
2. Não se dispõe a envolver-se com pessoas, a menos que tenha certeza de que será recebido de forma positiva.
3. Mostra-se reservado em relacionamentos íntimos devido a medo de passar vergonha ou de ser ridicularizado.
4. Preocupa-se com críticas ou rejeição em situações sociais.
5. Inibe-se em situações interpessoais novas em razão de sentimentos de inadequação.
6. Vê a si mesmo como socialmente incapaz, sem atrativos pessoais ou inferior aos outros.
7. Reluta de forma incomum em assumir riscos pessoais ou se envolver em quaisquer novas atividades, pois estas podem ser constrangedoras

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Esses elementos clínicos tornam o transtorno distinto de outros quadros ansiosos, exigindo

avaliação criteriosa para evitar confusões diagnósticas e subsidiar a formulação de estratégias

terapêuticas adequadas (APA, 2023; TORRICO; SAPRA, 2024).

No tratamento do Transtorno de Personalidade Evitativa (TPE), a psicoterapia é a intervenção central, com destaque para abordagens cognitivo-comportamentais. Terapias baseadas em mentalização e intervenções interpessoais também podem ser úteis, aprimorando habilidades relacionais e percepção de autoeficácia.

Embora os medicamentos não atuem diretamente sobre o TPE, podem ser empregados para controlar sintomas de ansiedade ou depressão associados, sendo os inibidores seletivos da recaptação de serotonina os mais utilizados (TORRICO; SAPRA, 2024).

2. Transtorno de Personalidade Dependente

O Transtorno de Personalidade Dependente (TPD) é caracterizado por um padrão duradouro e generalizado de comportamento submisso e necessidade excessiva de ser cuidado, além de dificuldade em tomar decisões cotidianas sem orientação ou reafirmação por parte de terceiros.

A dependência interpessoal frequentemente leva os indivíduos a se envolver em relacionamentos desequilibrados ou até exploratórios (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

De acordo com o DSM-5, os critérios diagnósticos estão descritos na tabela abaixo (**Figura 22.9**).

Figura 22.9 Transtorno da Personalidade Dependente

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.6 (F60.7)

Uma necessidade difusa e excessiva de ser cuidado que leva a comportamento de submissão e apego que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem dificuldades em tomar decisões cotidianas sem uma quantidade excessiva de conselhos e reassseguramento de outros.
2. Precisa que outros assumam responsabilidade pela maior parte das principais áreas de sua vida.
3. Tem dificuldades em manifestar desacordo com outros devido a medo de perder apoio ou aprovação. (**Nota:** Não incluir os medos reais de retaliação.)
4. Apresenta dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido mais a falta de autoconfiança em seu julgamento ou em suas capacidades do que a falta de motivação ou energia).
5. Vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis.
6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho devido a temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mesmo.
7. Busca com urgência outro relacionamento como fonte de cuidado e amparo logo após o término de um relacionamento íntimo.
8. Tem preocupações irrealistas com medos de ser abandonado à própria sorte.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Na leitura psicodinâmica proposta por Gabbard (2021), o TPD está ligado a experiências precoces de insegurança na relação com figuras de apego, geralmente marcadas por ambientes superprotetores ou invalidantes. Nesses contextos, a autonomia pode ser percebida como perigosa, e o desenvolvimento da identidade acaba prejudicado por figura parental idealizada, da

qual o sujeito se mantém psicologicamente dependente (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

O tratamento do TPD exige intervenções que promovam a gradual construção de autonomia emocional e funcional. A terapia cognitivo-comportamental e as abordagens psicodinâmicas oferecem recursos para a reestruturação da identidade (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

Embora não haja farmacoterapia específica para o transtorno, medicamentos podem ser utilizados em casos de comorbidades, como transtornos ansiosos ou depressivos. O prognóstico é geralmente favorável quando o paciente se engaja no processo terapêutico e consegue internalizar uma nova forma de lidar com suas relações e com sua própria capacidade de existir de maneira autônoma (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

3. Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo

O transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC) é caracterizado por um padrão persistente de rigidez, perfeccionismo e necessidade excessiva de controle, que compromete a flexibilidade, a espontaneidade e o funcionamento interpessoal.

O comportamento controlador do paciente muitas vezes oculta emoções inconscientes, como raiva e dependência, que são neutralizadas por defesas rígidas, como a formação reativa e o isolamento afetivo. O caráter obsessivo-compulsivo costuma se formar a partir da internalização de figuras parentais críticas e exigentes, consolidando um padrão de autocritica e disciplina que visa à autoproteção e à aprovação (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

O diagnóstico baseia-se na presença de critérios específicos, conforme tabela abaixo (**Figura 22.10**). A rigidez observada não apenas dificulta a adaptação às demandas ambientais, como também compromete os vínculos interpessoais, pois o paciente tende a estabelecer relações baseadas em controle, exigência e baixa tolerância à imperfeição, mantendo um padrão que reforça o isolamento emocional e a autocritica (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

Figura 22.10 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 301.4 (F60.5)
Um padrão difuso de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal à custa de flexibilidade, abertura e eficiência que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:
1. É tão preocupado com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários a ponto de o objetivo principal da atividade ser perdido.
2. Demonstra perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (p. ex., não consegue completar um projeto porque seus padrões próprios demasiadamente rígidos não são atingidos).
3. É excessivamente dedicado ao trabalho e à produtividade em detrimento de atividades de lazer e amizades (não explicado por uma óbvia necessidade financeira).
4. É excessivamente consciencioso, escrupuloso e inflexível quanto a assuntos de moralidade, ética ou valores (não explicado por identificação cultural ou religiosa).
5. É incapaz de descartar objetos usados ou sem valor mesmo quando não têm valor sentimental
6. Reluta em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas a menos que elas de submetam à sua forma exata de fazer as coisas.
7. Adota um estilo miserável de gastos em relação a si e a outros; o dinheiro é visto como algo a ser acumulado para futuras catástrofes.
8. Exibe rigidez e teimosia.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

Quanto ao tratamento, a psicoterapia cognitivo-comportamental é frequentemente indicada para ajudar o paciente a flexibilizar crenças

rígidas e a lidar com o perfeccionismo e a inflexibilidade.

Entretanto, as abordagens psicodinâmicas são essenciais para trabalhar os conteúdos emocionais reprimidos, permitindo que o paciente reconheça e integre afetos como a raiva e a dependência (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

A relação terapêutica com pacientes obsessivo-compulsivos apresenta desafios específicos, pois o paciente pode aparentar colaboração, mas mantém defesas sutis para evitar a vulnerabilidade. Um posicionamento terapêutico que acolha o paciente em sua busca por ordem, mas que também o auxilie a tolerar imperfeições e inseguranças, favorece a experiência de um espaço corretivo, no qual mudanças internas e relacionais possam acontecer de forma gradual e segura (APA, 2023; GABBARD *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Os transtornos de personalidade constituem um campo complexo da psiquiatria, marcado

por desafios diagnósticos, etiológicos e terapêuticos.

A literatura destaca a importância de uma abordagem precoce, considerando fatores de risco como experiências adversas na infância, além da influência de aspectos psicodinâmicos e neurobiológicos na manifestação clínica. Manuais diagnósticos, como o DSM-5-TR, reforçam a necessidade de critérios claros para distinguir os diferentes tipos de personalidade patológica, evitando subdiagnóstico e estigmatização.

No âmbito terapêutico, observa-se maior avanço na psicoterapia especializada. Assim, compreender os transtornos de personalidade de forma integrada — clínica, social e biologicamente — é fundamental para uma psiquiatria mais eficaz, favorecendo tanto a redução do sofrimento psíquico quanto a promoção da funcionalidade e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKULA, T. Histrionic personality disorder - a review on comorbidities, associated features and assessments with consideration of factitious disorder traits. *EPRA International Journal of Multidisciplinary Research*, 2024. DOI: 10.36713/epra18871.
- ALVES, T. F.; RIBEIRO, L. E. de S.; NUNES, A. B. D. M. S. *et al.* Características, diagnóstico e abordagens terapêuticas do transtorno de personalidade histriônica: uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2024. DOI:10.51891/rease.v10i7.15023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed. Arlington: APA, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ARAÚJO, E. O.; RIBAS, M. C. B. Transtorno paranoide de personalidade: identificação precoce e intervenção psiquiátrica. *Arihbj*, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 1-13, 27 fev. 2025. DOI: 10.70779/arihbj.v2i2.259.
- BOZZATELLO, P. *et al.* Borderline personality disorder: risk factors and early detection. *Diagnostics*, Basel, v. 11, n. 11, p. 2142, 2021. DOI: 10.3390/diagnostics11112142.
- BOZZATELLO, P.; *et al.* Borderline personality disorder: risk factors and early detection. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 661, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.661>.
- ESTERBERG, M. L.; GOULDING, S. M.; WALKER, E. F. Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 515–528, 2010. DOI: 10.1007/s10862-010-9183-8.
- FARIBA, K. A. *et al.* *Personality Disorder*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.
- FISHER, K. A.; TORRICO, T. J.; HANY, M. *Antisocial Personality Disorder*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.
- GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- GARTLEHNER, G. *et al.* Pharmacological and non-pharmacological treatments for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2021, n. 6, CD012955, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>.
- JACOBS, K. A. Changes of intuition in paranoid personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, v. 14, p. 1307629, 2024.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- LEE, R. J. Mistrustful and misunderstood: a review of paranoid personality disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, v. 4, p. 151-165, 2017.
- MAZER, A. K.; MACEDO, B. B. D.; JURUENA, M. F. Transtornos da personalidade – Personality disorders. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*, v. 50, supl. 1, p. 85-97, jan./fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p85-97>.
- NAVES, P. G. R. *et al.* Transtornos de personalidade: etiologias e desafios diagnósticos. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, p. e53111436223-e53111436223, 2022.
- REICHL, C.; KAEISS, M. Self-injury in borderline personality disorder: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 651, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.651>.
- ROSS, A. G.; *et al.* Adverse childhood experiences leading to narcissistic personality disorder: a case report. *BMC Psychiatry*, v. 24, n. 1, p. 842, 22 nov. 2024. DOI: 10.1186/s12888-024-06307-9.

SHARP, C. Personality Disorders. The New England Journal of Medicine, Boston, v. 387, n. 10, p. 916-923, 2022. DOI: 10.1056/NEJMra2120164.

THALIB, I.; HUSNA, *et al.* Tracing the Link Between Narcissistic Personality Disorder and Childhood Overgratification. Cureus, v. 16, n. 10, p. e72638, 29 out. 2024. DOI: 10.7759/cureus.72638.

THOMSON, S. M.; BORNSTEIN, R. F. Toward a More Nuanced Perspective on Detachment: Differentiating Schizoid and Avoidant Personality Styles through Qualities of the Self-Representation. Journal of Personality Assessment, v. 106, n. 4, p. 496-508, 2024. DOI: 10.1080/00223891.2023.2289468.

TORRICO, T. J.; FRENCH, J. H.; ASLAM, S. P. *et al.* Histrionic Personality Disorder. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

TORRICO, T. J.; SAPRA, A. Avoidant Personality Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

VAN DEN BOSCH, L. M. C.; *et al.* Treatment of antisocial personality disorder: development of a practice focused framework. International Journal of Law and Psychiatry, v. 58, p. 72-78, maio/jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.03.002>.

WEINBERG, I.; RONNINGSTAM, E. Narcissistic Personality Disorder: Progress in Understanding and Treatment. Focus (American Psychiatric Publishing), v. 20, n. 4, p. 368-377, 2022. DOI: 10.1176/appi.focus.20220052.

WU, T. *et al.* Demystifying borderline personality disorder in primary care. Frontiers in Medicine, v. 9, 1024022, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1024022>.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 23

USO TERAPÊUTICO DE CANABINOIDES NA PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL E DAS SÍNDROMES NEUROLÓGICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

LEONARDO SILVA SENA¹
VITOR AUGUSTO DA SILVA SÁ¹
POLYANA NORBERTA MENDES²
ANA LIVIA CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA³
DERLY JOSÉ HENRIQUES DA SILVA⁴

¹Discente - Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA.

²Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA.

³Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Floriano, PI, Brasil

⁴Doutor em Agronomia com ênfase em Genética e melhoramento de plantas - USP

Palavras-Chave: Canabinoides; Transtornos do Comportamento; Aplicação Terapêutica.

INTRODUÇÃO

A saúde mental tem sido um tema bastante discutido no cenário atual, haja vista sua crescente incidência global, o que figura como um grave problema de saúde pública. Além disso, no Brasil, entre os anos de 2013 e 2019, houve um aumento substancial nos diagnósticos de transtorno mental, especialmente a depressão, que foi verificada entre os adultos de 18 a 29 anos (51% de aumento), seguidos dos idosos de 75 anos ou mais (48% de aumento) (BRASIL, 2022). Outrossim, a Covid-19 também contribuiu para o aumento de tais índices. De acordo com a OMS (2022), houve aumento de 25% nos casos de ansiedade e depressão pós-covid-19.

Dentre os principais sintomas de transtorno mental, a ansiedade existe no homem desde sua origem. Inicialmente, funcionava como uma sensação de insegurança e perigo para auxiliar seu instinto de sobrevivência. Mas, o que era natural passou a se tornar um grande problema de saúde mental no âmbito público. A preocupação excessiva, os pensamentos acelerados e repetitivos, o medo desmedido, as atitudes compulsivas e demais características dos transtornos de ansiedade podem trazer consequências a curto, médio e longo prazo para uma pessoa (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2023).

Além dos fármacos usados de forma clássica para o tratamento de quadros ansiosos, tem-se conhecimento, nos dias de hoje, que a planta *Cannabis sativa* apresenta substâncias com promissoras propriedades farmacológicas, com destaque para o seu efeito ansiolítico (GONTIJO *et al.*, 2016). Nesse contexto, a *Cannabis* é uma das ervas medicinais mais antigas com registro de uso pelas comunidades ancestrais ao redor do mundo, tendo grande influência sobre as mais variadas comorbidades e, em especial, a “angústia” ou, como tratada pela ciência na contemporaneidade, a ansiedade e sua gama de

variações sintomáticas nos pacientes acometidos (PEREIRA, LEMOS & SARDINHA, 2023).

Diante da polêmica sobre a legalização da maconha no Brasil, um dos pontos a encontrar convergência no debate foi a liberação do uso medicinal da maconha (SENADO FEDERAL, 2017). Atualmente, para utilizar uma substância ou planta como medicamento no Brasil, é necessário obter aprovação da ANVISA. Contudo, o tema ainda constitui um importante dilema ético tanto no âmbito profissional como para a sociedade (BRASIL, 2020).

Nesta perspectiva, este estudo se propõe a contribuir com as discussões sobre a necessidade de maiores investimentos em estudos científicos e desmistificação sobre um tema que vem se tornando cada vez mais atual e essencial. A discussão sobre a liberação do uso medicinal da maconha se propõe a avançar as formas de tratamento acerca da saúde mental, podendo ser um método auxiliar para o controle sintomático de transtornos de ansiedade e melhor qualidade de vida de diversos pacientes (PEREIRA, LEMOS & SARDINHA, 2023). Logo, faz-se necessário explorar o tema para fomentar políticas públicas que priorizem práticas e medicina integrativa, a fim de contrapor a política médico-hospitalocêntrica, que valoriza a medicalização. Pretende-se identificar na literatura científica o uso terapêutico de canabinoides na perspectiva da saúde mental e das síndromes neurológicas.

MÉTODO

Este estudo é uma revisão integrativa elaborada a partir das etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura e amostragem; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados;

síntese do conhecimento e apresentação da revisão (WITTEMORE & KNAFL, 2005).

Para a construção da pergunta norteadora da etapa de revisão integrativa, aplicou-se a estratégia População – Interesse – Contexto (PICO), sendo considerado: (P) Pessoas com transtornos mentais (TM) e Síndromes neurológicas, (I) Canabinoides, (Co) Suso terapêutico (SANTOS

et al., 2007). Desse modo, o problema de pesquisa foi: “Quais as evidências científicas do uso terapêutico de canabinoides na perspectiva da saúde mental e das síndromes neurológicas?”. A partir da questão foi elaborada a expressão de busca, conforme **Quadro 23.1**. A expressão de busca foi adaptada as especificidades de cada base de dados.

Quadro 23.1 Estratificação da questão de pesquisa: estratégia PICO e descritores controlados e não controlados. Teresina, PI, Brasil, 2024

PICO	Componentes	Descritor DECs/ Mesh
P População	Pessoas com transtornos mentais (TM) Síndromes neurológicas	Transtornos Mentais; Diagnóstico Psiquiátrico Distúrbios Psiquiátricos Doença Mental Doença Psiquiátrica Doenças Psiquiátricas Insanidade Transtorno do Comportamento Transtorno Mental Transtornos Mentais Graves Transtornos Mentais Severos Transtornos Psiquiátricos Descritor em inglês: <i>Mental Disorders</i>
I Fenômeno de Interesse	Canabinoides	(<i>Canabinoides</i>) Canabinoide (<i>Cnabinoids</i>)
Co Contexto	Uso terapêutico	Aplicação Terapêutica Aplicações Terapêuticas Efeito Terapêutico Efeitos Terapêuticos Indicação Terapêutica Indicações Terapêuticas Uso Terapêutico
(Transtornos Mentais) or (Distúrbios psiquiátricos) or (Transtorno Mental) (DECs) (<i>Mental Disorders</i>) (Mesh)		

MeSh = vocabulário controlado da base Pubmed; DeCS = vocabulário controlado da base.

Foram incluídos estudos dos últimos dez anos (2014 a 2024), disponibilizados na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, de abordagem quantitativa e qualitativa que trazem evidências científicas para a temática abordada. Os critérios de exclusão são: que não traziam informações relevantes acerca do problema de pesquisa, estudos repetidos, teses e dissertações não publicadas ou estudos com evidências frágeis (literatura cinzenta).

Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2024 por meio do acesso

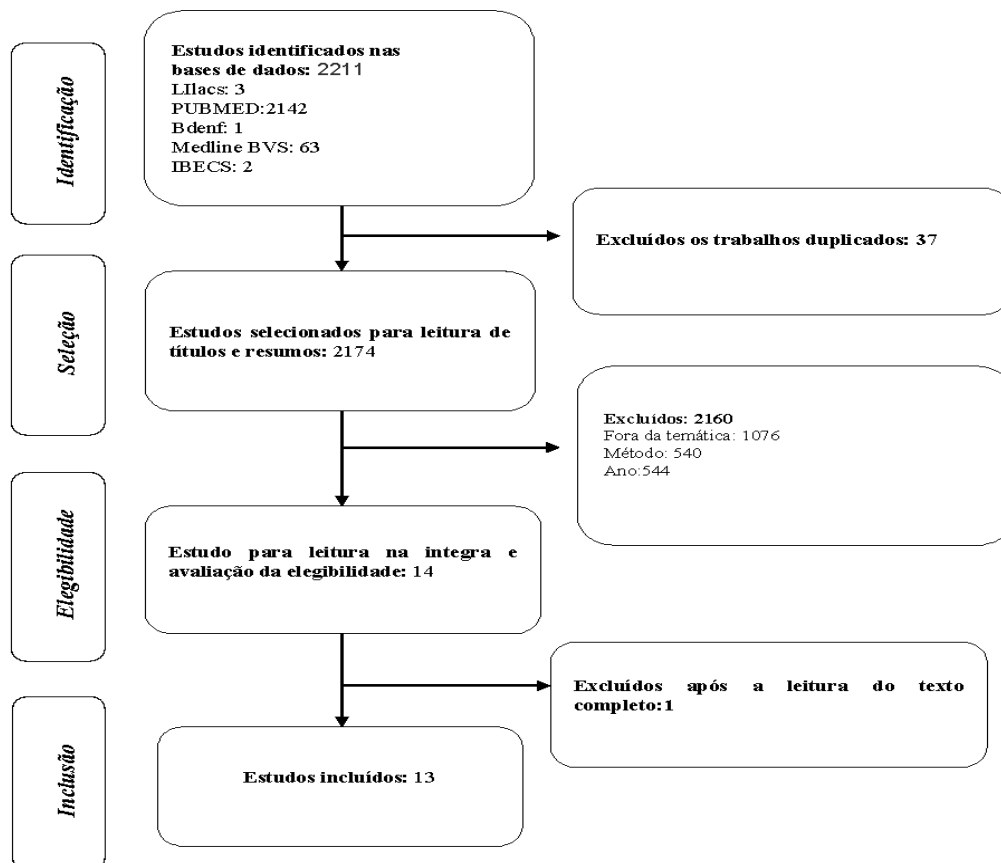
as bases de dados: BDENF (Base de Dados de Enfermagem), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca ocorreu na BVS (Biblioteca Virtual em saúde) e na PubMed através dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foi utilizada a ferramenta *Rayyan* para auxiliar a etapa de seleção e triagem dos estudos. Para a seleção das publicações, seguiu-se as re-

comendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme apresentado no estudo de Moher *et al.* (2009). O processo de triagem dos estudos originais encontra-se descrito na **Figura 23.1**.

As informações que foram coletadas nas buscas são: os aspectos conceituais e fisiopatológicos, fatores de risco, uso terapêutico de canabinoides na perspectiva da saúde mental e das síndromes neurológicas.

Figura 23.1 Fluxograma do processo de seleção e triagem dos estudos. Teresina-PI, 2024



A Análise dos dados coletados foi feita a partir da leitura criteriosa e minuciosa, destacando e coletando os pontos relevantes para pesquisa e excluindo pontos irrelevantes para o estudo.

O trabalho de revisão integrativa dispensa os procedimentos éticos e legais. Todavia, o presente trabalho respeita a dignidade humana, de acordo com as resoluções 466/12 e/ou 510/12. Caso ocorra algum dano oriundo da pesquisa, será de total responsabilidade dos pesquisadores e para qualquer informação, deverá ter acesso aos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compõe a amostra desta revisão catorze estudos originais. Os estudos foram publicados entre os anos de 2015 a 2023, nos idiomas português e inglês. As publicações são oriundas de periódicos das áreas de medicina, enfermagem e psicologia. A descrição dos estudos será apresentada no **Quadro 23.2**.

Na literatura científica, o uso terapêutico de canabinoides na perspectiva da saúde mental e das síndromes neurológicas é um campo em expansão, com evidências crescentes sobre os be-

nefícios do canabidiol (CBD) e outros compostos da cannabis. A farmacologia dos canabinoides, sua interação com o sistema endocanabinoide pode desempenhar um papel crucial no tratamento de várias condições médicas, incluindo dor crônica e distúrbios de humor. Os autores sublinham que a compreensão dessas interações é vital para o desenvolvimento de terapias mais eficazes (ŚMIAROWSKA, BIAŁECKA & MACHOY-MOKRZYŃSKA, 2022).

A variabilidade na composição dos produtos de cannabis pode afetar significativamente os resultados clínicos, o que aponta para a urgência em estabelecer padrões de qualidade. Portanto, a pesquisa contínua e a aplicação de diretrizes rigorosas são fundamentais para aproveitar o potencial terapêutico dos canabinoides de maneira segura (ŚMIAROWSKA, BIAŁECKA & MACHOY-MOKRZYŃSKA, 2022).

O uso do CBD em distúrbios neurológicos, como epilepsia e esclerose múltipla. O CBD demonstrou eficácia na redução da frequência das convulsões e na melhora da qualidade de vida de pacientes com essas condições. Este achado sugere que o CBD não apenas oferece um tratamento eficaz, mas também pode melhorar o bem-estar geral dos pacientes, o que é uma consideração importante na gestão de doenças crônicas (CHAYASIRISOBHON, 2021).

Ademais, a discussão sobre os mecanismos de ação do CBD, que incluem a modulação de neurotransmissores e a redução da inflamação, é crucial para entender sua eficácia. No entanto, o artigo enfatiza a necessidade de mais ensaios clínicos controlados para confirmar esses benefícios e esclarecer como diferentes dosagens e formulações podem impactar os resultados. Assim, a pesquisa rigorosa é essencial para validar o uso do CBD como uma terapia padrão em neurologia (CHAYASIRISOBHON, 2021).

As indicações médicas dos canabinoides, abordando sua eficácia em várias condições clínicas, como dor crônica e náuseas induzidas por quimioterapia. Os autores enfatizam que os canabinoides têm mostrado benefícios significativos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, particularmente em situações em que as terapias tradicionais falharam. A capacidade dos canabinoides de aliviar sintomas complexos ressalta seu valor no contexto médico. Além disso, a discussão sobre a regulamentação e a padronização dos produtos de canabinoides é fundamental. A falta de uniformidade nos produtos disponíveis pode impactar a eficácia do tratamento e a segurança dos pacientes. Portanto, a implementação de normas rigorosas e a realização de mais pesquisas são essenciais para garantir que os canabinoides sejam utilizados de forma segura e eficaz em ambientes clínicos (FRAGUAS-SÁNCHEZ & TORRES-SUÁREZ, 2018).

A concentra-se no potencial do CBD no tratamento de transtornos de ansiedade. Os autores relatam que o CBD demonstrou efeitos ansiolíticos em várias populações, indicando que pode ser uma opção terapêutica valiosa para pacientes que não respondem bem a outros tratamentos. Isso é particularmente importante em um cenário onde os transtornos de ansiedade são comuns e frequentemente subtratados, a pesquisa sugere que o CBD pode atuar em mecanismos biológicos que regulam a resposta ao estresse, proporcionando uma base neurobiológica para seus efeitos ansiolíticos. Os autores destacam a necessidade de estudos adicionais para explorar melhor esses mecanismos e confirmar os efeitos positivos do CBD em diferentes tipos de transtornos de ansiedade, garantindo assim sua posição como uma terapia reconhecida (BLESSING *et al.*, 2015).

Quadro 3.2 Descrição dos Estudos originais quanto ao ano, título, objetivo, principais resultados, e conclusão. Teresina-PI, 2024

Nº	AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO/ DESFECHO
1	ŚMIAROWSKA, BIAŁECKA & MACHOY-MOKRZYŃSKA, 2022	Cannabis e canabinoides: farmacologia e potencial terapêutico	Revisar o uso terapêutico dos canabinoides para saúde mental e síndromes neurológicas, com foco em CBD e THC, e suas interações com neurotransmissores.	CBD é eficaz em condições como epilepsia e ansiedade, sem efeitos psicoativos; THC ajuda em espasmos e dor, mas traz riscos de dependência e psicose.	Canabinoides, especialmente CBD, têm potencial terapêutico, mas requerem mais estudos e monitoramento devido aos efeitos adversos associados ao THC.
2	CHAYASIRISOBHON, 2021	O papel do canabidiol em distúrbios neurológicos	Analisar a eficácia e segurança do canabidiol (CBD) em distúrbios neurológicos humanos, com foco nos receptores canabinoides CB1 e CB2 e nos endocanabinoides, e revisar o impacto terapêutico do CBD versus THC.	O CBD mostra potencial terapêutico em várias condições neurológicas, sem efeitos psicotrópicos, sendo eficaz para reduzir dor neuropática e melhorar sintomas em doenças como esclerose múltipla, Parkinson e enxaqueca.	CBD é promissor como tratamento para distúrbios neurológicos devido à segurança e ausência de efeitos psicoativos, diferentemente do THC, cujo uso é limitado por efeitos psicotrópicos e riscos associados ao uso prolongado.
3	FRAGUAS-SÁNCHEZ & TORRES-SUÁREZ, 2018	Uso médico de canabinoides	Analisar o papel do sistema endocanabinoide em processos fisiológicos e condições patológicas, destacando o potencial terapêutico dos canabinoides para várias doenças e condições, como câncer, doenças neurológicas e transtornos emocionais.	O sistema endocanabinoide participa de funções fisiológicas como modulação da dor, equilíbrio energético e resposta imune, além de desempenhar um papel protetor em condições patológicas. Alterações nesse sistema estão associadas a várias doenças neurológicas (como Parkinson e Alzheimer), ao crescimento tumoral em cânceres, e a transtornos emocionais e de abuso de substâncias. Canabinoides mostraram-se promissores no alívio da dor neuropática, no tratamento de transtornos emocionais como o transtorno de estresse pós-traumático, e como adjuvantes em síndromes de abuso de opioides e etanol. Além disso, medicamentos como nabilona, dronabinol e spray de THC/CBD já foram aprovados em diversos países para tratamentos específicos, como náuseas associadas à quimioterapia e dor em esclerose múltipla.	O sistema endocanabinoide apresenta amplo potencial terapêutico para diversas condições médicas, especialmente no tratamento da dor, controle de náuseas, melhora dos estados emocionais e gerenciamento de doenças neurológicas e câncer. Os canabinoides, como nabilona e dronabinol, já são usados para indicações específicas, e novos estudos clínicos continuam a avaliar sua eficácia e segurança para ampliação do uso terapêutico em mais condições médicas.

4	BLESSING <i>et al.</i> , 2015	Canabidiol como um tratamento potencial para transtornos de ansiedade	Avaliar o potencial do CBD como tratamento para transtornos de ansiedade com base em estudos pré-clínicos, experimentais em humanos, clínicos e epidemiológicos.	Evidências pré-clínicas e estudos em humanos indicam o potencial do CBD como tratamento para transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático, sobretudo em dosagem aguda; poucos estudos examinaram o uso crônico.	O CBD apresenta considerável potencial ansiolítico para múltiplos transtornos de ansiedade, mas mais estudos são necessários para entender seus efeitos de longo prazo e eficácia em populações clínicas.
5	BERGER AMMINGER & MCGREGOR, 2022	Cannabis medicinal para o tratamento de transtornos de ansiedade	Resumir os avanços recentes no uso da cannabis medicinal para ansiedade e as tendências de prescrição na Austrália.	Evidências indicam efeitos ansiolíticos do CBD, mas insuficientes para recomendações de primeira linha; o THC apresenta efeitos ansiolíticos variáveis, podendo agravar a ansiedade em alguns pacientes. A prescrição de cannabis medicinal para ansiedade continua a crescer, sendo a forma líquida e herbácea as mais utilizadas.	A prescrição de cannabis medicinal para ansiedade aumenta rapidamente, apesar da falta de evidências robustas. Os médicos devem ponderar riscos e benefícios ao prescrever, seguindo a orientação de "começar com dose baixa e aumentar gradualmente".
6	GULDAGER <i>et al.</i> , 2024	Potencial terapêutico do canabidiol na depressão	Explorar os efeitos do CBD em estudos pré-clínicos e clínicos, investigando seus mecanismos moleculares e potencial como tratamento para o Transtorno Depressivo Maior (TDM).	O CBD apresenta resultados promissores em modelos pré-clínicos e estudos em humanos para o TDM, sugerindo que seu mecanismo envolve sinalização de monoamina e endocanabinoide, neuroplasticidade aumentada e controle da neuroinflamação.	O CBD pode oferecer uma alternativa promissora para o TDM, especialmente em pacientes que não respondem bem a tratamentos tradicionais; estudos adicionais são necessários para entender completamente seu mecanismo e eficácia terapêutica.
7	KAYIR <i>et al.</i> , 2023	A relação entre cannabis, cognição e esquizofrenia: é complicada	Investigar os efeitos do uso de cannabis na cognição de pacientes com esquizofrenia e indivíduos saudáveis, com foco nas consequências cognitivas e possíveis hipóteses para a variabilidade nos resultados observados.	O uso precoce e prolongado de cannabis, especialmente de alta potência, foi associado a déficits cognitivos em indivíduos saudáveis. Em pacientes com esquizofrenia, o uso de cannabis está ligado à piora dos sintomas, mas curiosamente, a um desempenho cognitivo superior em comparação com não usuários, especialmente em usuários ao longo da vida. Uso precoce e mais frequente de cannabis está associado a início mais precoce da esquizofrenia.	Estudos futuros, integrando métodos translacionais, como exposição ao vaping, avaliações comportamentais e investigações de circuitos congruentes (por exemplo, imagens), são necessários para entender melhor a relação complexa entre cannabis, função cognitiva e esquizofrenia. O CBD pode apresentar potencial terapêutico na mitigação de déficits cognitivos relacionados à esquizofrenia.
8	FRIEDMAN, FRENCH & MACCARRONE, 2019	Segurança, eficácia e mecanismos de ação dos canabinoides em distúrbios neurológicos	Explorar o potencial dos canabinoides como tratamento para distúrbios neurológicos, como	Tratamentos à base de cannabis foram aprovados em alguns países para dor e espasticidade em esclerose múltipla. Ensaios clínicos de canabidiol (CBD) demonstraram	Embora o CBD mostre potencial terapêutico em epilepsias específicas e esclerose múltipla, sua eficácia em outros distúrbios neurológicos ainda é incerta. Estudos adicionais são

			epilepsia, esclerose múltipla, dor e doenças neurodegenerativas.	efeitos anticonvulsivantes em síndromes epiléticas graves, como Lennox-Gastaut e Dravet, enquanto estudos menores em outras condições, como doença de Huntington e demência, não mostraram benefícios significativos.	fundamentais para ampliar a aplicabilidade e eficácia dos canabinoides em uma gama maior de distúrbios neurológicos e entender melhor seus mecanismos de ação.
9	BLOOMFIELD <i>et al.</i> , 2022	Os efeitos agudos do canabidiol no processamento emocional e na ansiedade: um estudo de imagem neurocognitiva	Investigar os efeitos comportamentais e neurais de uma única dose de CBD versus placebo em uma série de medidas relacionadas à emoção para testar modelos cognitivo-mecanicistas de seus efeitos na ansiedade.	O CBD não produziu efeitos nas respostas cerebrais a rostos emocionais e medidas cognitivas de processamento emocional, ou modulou a ansiedade induzida experimentalmente, em relação ao placebo.	Dada a crescente popularidade do CBD por seus supostos benefícios médicos, essas descobertas questionam se mais pesquisas são necessárias para investigar o potencial clínico do CBD para o tratamento de transtornos de ansiedade.
10	FIANI <i>et al.</i> , 2020	Aplicação atual do canabidiol (CBD) no tratamento e tratamento de distúrbios neurológicos	Avaliar os benefícios do CBD no tratamento de distúrbios neurológicos, destacando seu uso como terapia suplementar em condições neurológicas e psiquiátricas.	O CBD, um componente não intoxicante da cannabis, possui propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e neuroprotetoras. Estudos mostraram seu potencial terapêutico em condições como ansiedade, dor crônica, neuralgia do trigêmeo, epilepsia, tremores essenciais e distúrbios psiquiátricos. O FDA aprovou recentemente medicamentos com CBD para espasticidade na esclerose múltipla e nas síndromes de Dravet e Lennox-Gastaut.	O CBD exibe um potencial significativo como tratamento suplementar em distúrbios neurológicos e psiquiátricos, mas a expansão de sua aplicação exige ensaios clínicos adicionais e regulamentação mais rigorosa para garantir segurança e eficácia em seu uso médico.
11	VAN BOXEL <i>et al.</i> , 2023	O impacto do tratamento com canabidiol na conectividade funcional do estado de repouso, níveis de metabólitos pré-frontais e processamento de recompensa em pacientes de início recente com transtorno psicótico	Investigar os efeitos do tratamento adjuvante de 28 dias com CBD (600 mg/dia) na função cerebral, metabolismo e sintomatologia em pacientes com psicose de início recente.	O tratamento com CBD alterou significativamente a conectividade funcional na rede de modo padrão (DMN), aumentando a conectividade, enquanto o grupo placebo mostrou redução. A diminuição dos sintomas positivos foi associada a uma redução nos níveis de glutamato e N-acetil-aspartato (NAA) no grupo CBD. No entanto, não foram observados efeitos do CBD nas concentrações de metabólitos pré-frontais ou na atividade cerebral durante o processamento de recompensas.	O CBD demonstrou potencial terapêutico antipsicótico ao induzir alterações na conectividade do DMN em pacientes com psicose de início recente. Esse efeito pode estar relacionado aos benefícios clínicos do CBD, sugerindo que mudanças na conectividade DMN podem desempenhar um papel em seus efeitos antipsicóticos.
12	AZEVEDO & BENBADIS, 2023	Eficácia do canabidiol (CBD) altamente	Os ensaios clínicos para crises típicas de ausência	Após tomar CBD por 90 dias, 9 (64,3%) pacientes tiveram um aumento no SWC	Embora com base em um pequeno subconjunto de pacientes, nossos resultados

		purificado em crises típicas de ausência: um estudo piloto	são notoriamente difíceis, porque essas convulsões são clinicamente sutis e breves, de modo que as contagens de convulsões pelos cuidadores são imprecisas. Como resultado, as opções de tratamento são limitadas. Atualmente, não há estudos publicados sobre o uso de CBD em crises típicas de ausência. Este estudo piloto tem como objetivo avaliar a eficácia do CBD de grau farmacêutico em crises típicas de ausência.	(variando de 8% a 2876,5%) e 5 (35,7%) tiveram uma diminuição no SWC (variando de 62,3% a 98,9%). Dos 5 pacientes que tiveram uma diminuição, 3 (60%) estavam em uso concomitante de etossuximida (com ou sem outros ASMs). Todos os 3 pacientes em uso de CBD e etossuximida melhoraram.	sugerem que o CBD pode não ser eficaz para crises típicas de ausência. No entanto, os pacientes em uso concomitante de etossuximida ou monoterapia com CBD tiveram maior probabilidade de melhorar.
13	HUNDAL <i>et al.</i> , 2018	Os efeitos do canabidiol na ideação persecutória e ansiedade em um grupo paranoico de alto traço	Estudos anteriores sugeriram que o canabidiol tem propriedades ansiolíticas e antipsicóticas, aumentando as esperanças de que o canabidiol se traduza na clínica psiquiátrica. O canabidiol pode ser particularmente útil para ansiedade e paranoia em pessoas em risco de doenças mentais graves.	A imersão na sessão de realidade virtual provocou ansiedade indexada pelo inventário de ansiedade de Beck ($p < 0,005$) e aumento da concentração de cortisol ($p = 0,05$), frequência cardíaca ($p < 0,05$) e pressão arterial sistólica ($p < 0,05$). No entanto, o canabidiol não teve impacto em nenhum desses efeitos, exceto por uma forte tendência de aumento da ansiedade ($p = 0,09$). O canabidiol não teve efeito sobre a ideação persecutória, conforme testado pelo questionário <i>Community Assessment of Psychic Experiences</i> ou pela Escala de Paranoia Social do Estado.	Em contraste com estudos anteriores, não houve evidência de quaisquer benefícios do canabidiol na ansiedade ou ideação persecutória em voluntários saudáveis com paranoia de alto traço. No entanto, uma amostra maior será necessária para um estudo definitivo.

A discussão sobre a eficácia da cannabis medicinal no tratamento de transtornos de ansiedade. Os autores observam que muitos pacientes relatam alívio significativo dos sintomas ao utilizar cannabis, mas também enfatizam a variabilidade nas respostas individuais. Isso destaca a importância de personalizar o tratamento e entender as características únicas de cada paciente, a revisão aponta para a necessidade de mais investigações sobre as diferentes cepas de cannabis e suas composições químicas, pois isso pode influenciar a eficácia do tratamento. O entendimento aprofundado das variáveis que afetam a resposta à cannabis é crucial para otimizar os resultados e garantir que os pacientes recebam a melhor terapia possível (BERGER, AMMINGER & MCGREGOR, 2022).

O potencial antidepressivo do CBD. A pesquisa sugere que o CBD pode influenciar sistemas neurotransmissores, como a serotonina, e ajudar a aliviar os sintomas depressivos. Os resultados apresentados são promissores e indicam que o CBD pode ser uma opção viável para pacientes que buscam alternativas aos antidepressivos tradicionais, os autores ressaltam que, apesar dos resultados encorajadores, a necessidade de ensaios clínicos rigorosos é fundamental para validar esses achados e estabelecer protocolos de tratamento baseados em evidências. Isso é essencial para garantir que o uso do CBD como terapia para a depressão seja fundamentado em dados sólidos, permitindo sua aceitação na prática clínica (GULDAGER *et al.*, 2024).

A complexa interação entre o uso de cannabis e os efeitos cognitivos em indivíduos com esquizofrenia. Os autores discutem que, embora a cannabis possa agravar os sintomas psicóticos em algumas pessoas, o CBD também apresenta propriedades antipsicóticas que podem ser benéficas. Essa dualidade ressalta a necessidade

de uma avaliação cuidadosa dos pacientes antes de iniciar o tratamento, a pesquisa sugere que o CBD pode melhorar aspectos cognitivos em pacientes com esquizofrenia, oferecendo uma abordagem promissora para o tratamento. No entanto, a necessidade de mais estudos longitudinais e controlados é enfatizada para determinar a segurança e a eficácia do CBD em populações vulneráveis, contribuindo para uma compreensão mais abrangente de seu papel no tratamento de distúrbios psiquiátricos (KAYIR *et al.*, 2023).

A segurança e a eficácia dos canabinoides em distúrbios neurológicos, revelando que, apesar de serem geralmente bem tolerados, há preocupações em relação a efeitos adversos em certos grupos de pacientes. Os autores enfatizam que a segurança do uso de canabinoides é uma prioridade e que o monitoramento cuidadoso deve ser realizado, especialmente em populações com condições preexistentes, explora os mecanismos de ação dos canabinoides, sugerindo que a compreensão dessas interações é fundamental para desenvolver novas terapias e tratamentos. A pesquisa contínua sobre a eficácia e os efeitos adversos potenciais é essencial para estabelecer diretrizes clínicas que garantam a segurança dos pacientes e a eficácia dos tratamentos com canabinoides (FRIEDMAN, FRENCH & MACCARRONE, 2019).

Os efeitos do CBD no processamento emocional e na ansiedade. Os resultados indicam que o CBD pode alterar a forma como os indivíduos processam emoções, sugerindo um mecanismo subjacente que pode ajudar a reduzir a ansiedade. Essa descoberta é significativa, especialmente em um contexto em que os transtornos de ansiedade são prevalentes e afetam a qualidade de vida de muitos, a pesquisa aponta para a necessidade de estudos adicionais que investiguem os efeitos a longo prazo do uso do CBD e como esses efeitos podem variar entre

diferentes populações. O entendimento desses fatores é crucial para desenvolver tratamentos mais eficazes e personalizados para a ansiedade, aproveitando ao máximo o potencial terapêutico do CBD (BLOOMFIELD *et al.*, 2022).

A crescente popularidade do uso de canabinoides, especialmente o canabidiol (CBD), para tratar diversas condições de saúde mental e neurológicas está ancorada em evidências mistas sobre a eficácia e o potencial terapêutico da substância. Estudos recentes, examinam o papel do CBD em condições psiquiátricas e neurológicas, oferecendo insights importantes, mas também destacando as limitações e incertezas no uso terapêutico do CBD.

Primeiramente, o CBD possui um potencial promissor como terapia adjuvante para condições neurológicas, principalmente por suas propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e neuroprotetoras. O estudo aponta para o uso do CBD em condições como ansiedade, epilepsia e espasticidade na esclerose múltipla, sendo inclusive aprovado pela FDA para algumas dessas indicações. Essa aprovação ressalta a segurança e eficácia do CBD nessas condições, embora Fiani *et al.* (2020) também reconheça a necessidade de mais ensaios clínicos e de regulamentação para garantir resultados seguros e consistentes em usos médicos expandidos (FIANI *et al.*, 2020).

O impacto do CBD em pacientes com psicose de início recente, revelando que o CBD alterou a conectividade funcional na rede de modo padrão (DMN), um marcador importante em transtornos psicóticos. Esse efeito pareceu estar associado à redução dos sintomas positivos, sugerindo que o CBD pode ter propriedades antipsicóticas ao modificar a conectividade cerebral. No entanto, o estudo não encontrou efeitos significativos em áreas como metabolismo pré-frontal e processamento de recompensa, o que sugere que o impacto do CBD pode ser específico

co a certos circuitos neurais. Esse achado reforça a ideia de que o CBD tem potencial antipsicótico, mas também evidencia a complexidade de sua ação no cérebro, indicando a necessidade de mais estudos para uma compreensão completa de seus efeitos e limitações (VAN BOXEL *et al.*, 2023).

No contexto das epilepsias, a eficácia do CBD em crises típicas de ausência. Os resultados, embora limitados a um pequeno grupo, indicaram que o CBD pode não ser amplamente eficaz para esse tipo de crise. Pacientes que usavam concomitantemente etossuximida, porém, apresentaram melhorias, o que sugere que o CBD pode potencializar certos tratamentos tradicionais. Esse estudo destaca as limitações do CBD como terapia isolada em algumas condições neurológicas, mas sugere benefícios potenciais quando combinado com outras medicações (AZEVEDO & BENBADIS, 2023).

Finalmente, examinaram os efeitos do CBD em ansiedade e ideação persecutória em indivíduos com alta predisposição à paranoia. Em contraste com outros estudos que relatam efeitos ansiolíticos do CBD, Hundal *et al.* (2018) não encontraram benefícios significativos em ansiedade ou paranoia, exceto por uma tendência não significativa de aumento de ansiedade. Esses resultados indicam que o CBD pode não ser universalmente eficaz contra sintomas de paranoia e ansiedade, especialmente em indivíduos sem diagnóstico formal de psicose ou ansiedade clínica. Esse estudo aponta para uma possível limitação do CBD em contextos psiquiátricos específicos e a necessidade de maior investigação em amostras maiores e mais diversas (HUNDAL *et al.*, 2018).

Em conjunto, essas pesquisas sublinham o potencial terapêutico do CBD em condições neurológicas e psiquiátricas, mas também as lacunas e variações nos resultados. Para o uso mais seguro e eficaz do CBD, é imprescindível

um enfoque em ensaios clínicos maiores e bem desenhados, regulamentação rigorosa e uma compreensão mais abrangente de seus mecanismos de ação. A diversidade de resultados sugere que o CBD pode não ser uma solução única para distúrbios neurológicos e psiquiátricos, e seu uso ideal pode envolver combinações com outros tratamentos, dosagens personalizadas e foco nas características individuais de cada paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o uso de canabinoides, particularmente o canabidiol (CBD), como agentes terapêuticos para distúrbios mentais e neurológicos apresenta um cenário promissor, mas ainda incerto. As evidências revisadas mostram que, embora existam efeitos positivos e avanços clínicos com o uso de canabinoides, a variabilidade dos resultados e as limitações metodológicas dos estudos atuais indicam que ainda há muito a ser explorado. Cada estudo abordado nesta revisão contribuiu para entender as potencialidades e limitações dos canabinoides em diferentes quadros clínicos, mas a segurança e a eficácia de seu uso a longo prazo e em diferentes condições de saúde precisam de mais confirmação.

Os benefícios terapêuticos do CBD foram observados especialmente em condições como epilepsia e esclerose múltipla, sendo inclusive aprovados pela FDA para essas indicações. Essa aprovação indica que, para algumas condições específicas, o CBD pode ser uma opção viável e segura. No entanto, outros estudos apontam que o CBD não é igualmente eficaz em todos os quadros neurológicos, como as crises típicas de ausência, sugerindo que a eficácia do CBD pode estar diretamente relacionada à natureza específica do transtorno e à forma como ele interage com outras medicações.

No campo da saúde mental, os resultados são igualmente ambivalentes. Estudos sobre o uso do CBD em distúrbios de ansiedade e psicose revelaram efeitos benéficos na diminuição de sintomas de ansiedade e em quadros psicóticos recentes. Esses achados são animadores, especialmente no contexto de condições que muitas vezes não respondem bem aos tratamentos tradicionais. No entanto, outros estudos mostraram que o CBD não possui efeitos universais para ansiedade ou paranoia em indivíduos sem diagnóstico clínico formal, indicando uma resposta limitada em populações específicas.

As alterações na conectividade funcional observadas na rede de modo padrão (DMN) em pacientes com psicose sugerem que o CBD pode agir em circuitos neurais específicos. Esses achados indicam uma possível aplicação do CBD no manejo de sintomas psicóticos e na modulação de circuitos neurais disfuncionais, como aqueles associados ao processamento de recompensa. Contudo, é importante destacar que esses efeitos ainda são inconsistentes, e mais estudos são necessários para elucidar os mecanismos exatos de ação do CBD nesses circuitos.

Outro ponto importante é o papel do CBD em combinação com outras terapias e medicamentos. Para certas condições, como as crises típicas de ausência, os efeitos do CBD foram mais evidentes quando administrado com fármacos tradicionais, como a etossuximida. Essa sinergia terapêutica pode representar uma estratégia valiosa para ampliar o alcance dos tratamentos disponíveis e reduzir efeitos adversos, mas o entendimento dessa combinação é fundamental para evitar interações potencialmente prejudiciais.

Em termos de segurança, os canabinoides, em geral, apresentam um perfil de efeitos adversos relativamente bem tolerados. No entanto, a ausência de regulamentação rigorosa e a

crescente demanda por produtos de CBD e outras preparações à base de canabinoides destacam a necessidade urgente de regulamentação adequada e de ensaios clínicos de alta qualidade. A popularização de produtos à base de canabinoides, muitos dos quais sem evidências clínicas robustas, pode representar riscos à saúde dos pacientes, especialmente na ausência de orientação médica.

Outro aspecto relevante é o impacto dos canabinoides na prática clínica, que exige que os profissionais da saúde estejam informados sobre as evidências atuais e as limitações desses tratamentos. A formação dos profissionais sobre os mecanismos de ação e os possíveis benefícios e riscos dos canabinoides é crucial para garantir que o uso dessas substâncias ocorra de maneira responsável e embasada, respeitando a individualidade de cada paciente e as necessidades específicas de cada condição.

Os achados desta revisão apontam, portanto, para a necessidade de mais pesquisas clínicas e pré-clínicas que investiguem o impacto dos canabinoides em diversas condições neurológicas e psiquiátricas. A heterogeneidade dos resultados nos estudos até agora indica que a resposta ao tratamento com canabinoides pode variar amplamente, dependendo de fatores como dosagem, duração do tratamento, características individuais dos pacientes e comorbidades associadas.

Em suma, o uso de canabinoides na saúde mental e nas síndromes neurológicas representa uma fronteira terapêutica em desenvolvimento, com potencial para atender a necessidades clínicas ainda não satisfeitas por tratamentos convencionais. O futuro da aplicação dos canabinoides dependerá do avanço na compreensão de seus mecanismos de ação e na realização de ensaios clínicos rigorosos que possam solidificar seu papel na medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, M.; BENBADIS, S. R. Efficacy of highly purified cannabidiol (CBD) in typical absence seizures: A pilot study. *Epilepsy & Behavior*, v. 149, p. 109512. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109512>.
- BERGER, M.; AMMINGER, G. P.; MCGREGOR, I. S. Medicinal cannabis for the treatment of anxiety disorders. *Australian Journal of General Practice*, v. 51, n. 8, p. 586–592, 2022. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-21-5936>
- BLESSING, E. M. *et al.* Cannabidiol as a potential treatment for anxiety disorders. *Neurotherapeutics*, v.12, n. 4, p. 825–836, 2015. <https://doi.org/10.1007/s13311-015-0387-1>.
- BLOOMFIELD, M. A. P. *et al.* The acute effects of cannabidiol on emotional processing and anxiety: a neurocognitive imaging study. *Psychopharmacology*, v. 239, n. 5, 1539–1549, 2022. <https://doi.org/10.1007/s00213-022-06070-3>.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa autoriza primeiro produto à base de Cannabis, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/anvisa-autoriza-primeiro-produto-a-base-de-cannabis>. Acesso em: 17 fev. 2024
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Secretaria Nacional da Família. Observatório Nacional da Família. Boletim Fatos e Números: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Secretaria Nacional da Família, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/5.SADEMENTAL28.12.22.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2024.
- CHAYASIRISOBHON, S. The Role of Cannabidiol in Neurological Disorders. *The Permanente Journal*, v. 25, n. 20, p. 1–6, 2021. <http://dx.doi.org/10.7812/tpp/20.156>.
- FIANI, B. *et al.* Current application of cannabidiol (CBD) in the management and treatment of neurological disorders. *Neurological Sciences*, v. 41, n. 11, p. 3085–3098, 2020. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04514-2>
- FRAGUAS-SÁNCHEZ, A.I.; TORRES-SUÁREZ, A.I. Medical Use of Cannabinoids. *Drugs*, v. 78, n. 16, p. 1665–1703, 2018. <https://doi.org/10.1007/s40265-018-0996-1>.
- FRIEDMAN, D.; FRENCH, J. A.; MACCARRONE, M. Safety, efficacy, and mechanisms of action of cannabinoids in neurological disorders. *The Lancet. Neurology*, v. 18, n. 5, p. 504–512, 2019. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30032-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30032-8).
- GONTIJO, É.C. *et al.* Canabidiol e suas aplicações terapêuticas. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica de Ceres*, v. 5, n. 1, 2016. <https://doi.org/10.36607/refacer.v5i1.3360>.
- GULDAGER, M. B. *et al.* Therapeutic potential of cannabidiol in depression. *International Review of Neurobiology*, v. 177, p. 251–293, 2024. <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2024.06.001>.
- HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Ansiedade: conheça os principais sinais e como controlar. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/ansiedade/>. Acesso em: 20 fev. 2024.
- HUNDAL, H. *et al.* The effects of cannabidiol on persecutory ideation and anxiety in a high trait paranoid group. *Journal of Psychopharmacology*, v. 32, n. 3, p. 276–282, 2018. <https://doi.org/10.1177/0269881117737400>.
- KAYIR, H. *et al.* The relationship between cannabis, cognition, and schizophrenia: it's complicated. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, v. 63, p. 437–461, 2023. https://doi.org/10.1007/7854_2022_396.
- MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. 2 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PEREIRA, L.M.; LEMOS, V.A.; SARDINHA, L.S. A influência do uso terapêutico da *Cannabis sativa* no tratamento sintomatológico dos transtornos de ansiedade. Editora Licuri, p. 48–62, 2023. <https://doi.org/10.58203/Licuri.21335>.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.

SENADO FEDERAL. Legalização da maconha: tema polêmico é alvo de debate na CDH. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/10/26/legalizacao-da-maconha-tema-polemico-e-alvo-de-debate-na-cdh>. Acesso em: 20 fev. 2024.

ŚMIAROWSKA, M.; BIAŁECKA, M.; MACHOY-MOKRZYŃSKA, A. Cannabis and cannabinoids: pharmacology and therapeutic potential. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, v. 56, n. 1, p. 4–13, 2022. <http://dx.doi.org/10.5603/pjnns.a2022.0015>.

VAN BOXEL, R. *et al.* The impact of cannabidiol treatment on resting state functional connectivity, prefrontal metabolite levels and reward processing in recent-onset patients with a psychotic disorder. *Journal of psychiatric research*, v. 163, p. 93–101, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.019>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 5 mar. 2024.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 24

O TEATRO SUICIDA: A RELAÇÃO INTRÍNSECA DO SUICÍDIO E ARTE

GUILHERME ALCÂNTARA CARVALHO ANDRADE¹
KAMILA ALCÂNTARA SILVA¹
LUÍSA ATHAYDE DE AQUINO¹
ANA LUIZA BARROS LINS MAIA¹
BRUNO OLIVEIRA SANTOS²
JOSÉ ANÍSIO SANTOS JÚNIOR³
MURILO DO SACRAMENTO BASTOS⁴
VÍTOR LIMA NASCIMENTO⁴
JÉSSICA SARAH BARROSO MENESES⁴
TIFANNI NICOLY DA CRUZ MENDES⁴

¹Discente - Medicina em Universidade Tiradentes (UNIT- SE).

²Enfermeiro – Centro Universitário AGES - BA.

³Psiquiatra – Fundação Beneficente Hospital de Cirurgia (FBHC).

⁴Discente - Medicina em Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Palavras-Chave: Suicídio; Arteterapia; Ato-Dor.

INTRODUÇÃO

O teatro é uma das 11 manifestações artísticas da atualidade, estando presente na história humana desde a Antiguidade e servindo de base para outras manifestações, como o cinema. Assim, como as demais artes, o teatro iniciou-se como forma de cultuar e transmitir as passagens dos Deuses antigos, evoluindo para histórias fictícias ou reais (CEBULSKI, 2013). Ademais, essas exibições eram utilizadas como formas de didática ou alienação, seja pelos mitos (apresentações de “origem” de algum deus ou herói que servirão para estimular algum comportamento ao público) ou pelas tragédias.

É, pois, a Tragédia imitação de uma ação de caráter elevado, completa e de certa extensão, em linguagem ornamentada e com várias espécies de ornamentos distribuídas pelas diversas partes [do drama], [imitação que se efetua] não por narrativa, mas mediante atores, e que, suscitando o ‘terror e a piedade, tem por efeito a purificação dessas emoções (ARISTÓTELES, 1993).

A tragédia, subgênero das peças teatrais, é definida acima por Aristóteles como uma história iniciada por uma ação e que deve ser finalizada durante a narração até o seu fim (CEBULSKI, 2013). Logo, a narrativa evidencia a felicidade trocada por uma infelicidade que precisa ser solucionada em um período de tempo em algum lugar. Com o passar dos anos, essa modalidade sofreu algumas modificações e adaptações, como ser um gênero de fatalidade e/ou tensão, de modo que o público adquira o sentimento de perda, angústia e dor do personagem na tentativa de acolhê-lo (SILVA, 2009). Além disso, a tragédia é marcada, principalmente, pela morte, perda ou desaparecimento de algum elemento importante para a personagem principal que o leva a um fim trágico ou

superação, exemplificando “Romeu e Julieta” (1597) e “O mágico de Oz” (1987).

O historiador do teatro, ao contrário do estudioso da literatura e da pintura, não tem diante de si as obras do passado às quais se dedica estudar, estas existiram apenas no momento em que se processou o contato físico entre duas pessoas num espaço de representação (FONTANA & GUSMÃO, 2019).

Por sua vez, Gusmão *et al.* (2019), contempla os historiadores do teatro por serem capazes de entender as convenções e a linguagem das peças devido as suas dualidades: lúdico e ceticismo. Com isso, é possível assimilar o Teatro a um suicídio, uma vez que as nuances da consumação do ato de tirar a vida podem ser interpretados de diversas maneiras, as quais poucos são capazes de identificar o real significado.

Por definição, o suicídio compreende o ato de tirar a própria vida por meios, potencialmente, letais. Todavia, o sofrimento mental até chegar à consumação do ato suicida já pode ser enquadrado como suicídio. É estimado que ao menos 20 tentativas de suicídio ocorram para cada morte por suicídio de adulto, o que é traduzido em uma tentativa de suicídio a cada segundo (SILVA; MARCOLAN, 2021). Essa ampliação possibilita uma maior garantia de sobrevivência dessas pessoas, de modo que o acompanhamento se torna contínuo, curativo e preventivo. Assim, é possível alterar o desfecho da trama do teatro ato-dor causado pela dor psíquica.

Em sua pesquisa, Silva e Marcolan (2021) identificaram falha no sistema de notificação quanto aos índices de tentativa de suicídio e conclusão do mesmo. Além disso, é visto uma curva crescente entre 2013 e 2018 dos poucos dados obtidos nessa pesquisa. Diante dos resultados, é notável a baixa notificação desses casos, o que inviabiliza o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o sofrimento men-

tal, pois quanto mais alimentado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mais evidente ficam as lacunas e melhor direcionar as verbas públicas para a prevenção.

No livro, *Crise suicida: avaliação e manejo*, Botega (2022) consegue detalhar como cada fator de risco consegue, de alguma forma, levar ao suicídio. Entre eles, há os fatores de riscos ambíguos, como “família”. Como o ato suicida não possui fisiopatologia definida, causalidades tornam-se gatilhos e tratamento, de modo a inviabilizar a criação de protocolos rígidos de manejo. Nesse caso, Botega elucida essa dualidade, de como a família pode ser a causa do suicídio (conflitos, temperamentos, ausência), assim como pode ser uma forma de tratamento (vigília, acolhimento, lazer).

A partir disso, esse capítulo visa elucidar como o suicídio é, por si só, uma dinâmica dualística, a qual é “tudo ou nada”, desde fatores de risco à prevenção. Ainda, dispor-se a caracterizar esse dinamismo como uma peça teatral, de modo que consiga abranger um público ainda mais para que possa, enfim, tornar as medidas de prevenção mais efetivas e duradouras.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, realizado no recorte temporal do ano de 2020 ao ano de 2025, abrangendo questões sobre o suicídio, o prelúdios desse e arteterapia. Em virtude da dinâmica com as Ciências Humanas, a pesquisa em volta da temática teatral foi-se prolongada para 10 anos (2015 - 2025) devido a limitação de literatura atualizada.

As revisões narrativas são capazes de reunir e sintetizar publicações, a fim de encontrar o que há de exposto e útil. A revisão narrativa se apresenta como uma das principais formas de se mapear os saberes científicos produzidos em uma dada área técnicas-discursiva, consolidan-

do papéis pertinentes nas investigações literárias (Fernandes; Vieira; Castelhana, 2023).

O processo de seleção teve início com a leitura completa do livro de Botega, *Crise suicida: avaliação e manejo* (2022). Durante a apreciação, instalou-se a idealização desta monografia como medida de atualização sobre o “ato-dor”. Assim, iniciou-se a busca preliminar, de modo a utilizar os descritores de saúde DeCs/MeSH, como "suicídio" e "tentativa de suicídio", bem como termos relacionado, como "prevenção ao suicídio", “dor” e “Arteterapia”.

Ademais, por haver correlação com a História, houve necessidade da busca de materiais históricos sobre o teatro, suicídio e a relação entre eles. Com isso, utilizou-se de ferramentas de IA (ChatGPT) para iniciar a busca por locais com descritores e de pesquisa. Sendo assim, definiu-se “História”, “Teatro” e “Artes cênicas”, pelo Institute of Education (ERIC), e como meio de pesquisa, o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A coleta dos dados em saúde ocorreu no período de janeiro a maio do ano de 2025, sendo coletados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed (*Public Publisher Medline*), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A análise dos dados ocorreu pela leitura exhaustiva dos artigos, de documentos públicos e históricos, e periódicos.

Foram incluídos no estudo artigos que abordaram a temática do suicídio, em língua alemã, espanhola, francesa, inglesa e portuguesa, especialmente os que possuíam enfoque para a dor psíquica pré suicídio. A exclusão ocorreu por artigos incompletos ou com acesso financeiro, após a leitura de resumos, editoriais, teses e dissertações que não agregassem à temática ou re-

petissem outros artigos, e que encontrassem fora do período de busca pré-estabelecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O teatro:

A origem do Teatro é controversa, pois tudo pode ser uma cena. Para Leite (2020), o nascimento do teatro performático é na Grécia Antiga, onde surge a dramaturgia. Diante disso, oferendas e ritos a Dionísio, deus vinho e desrazão, deixam de ser cânticos de bênçãos para tornarem-se práticas corporais que possuem algo a ser dito. Além disso, Leite (2020) reforça que as manifestações cênicas, guiadas ou não por um texto, não são oriundas da Grécia, em virtude de outros ritos de celebrações em outros documentos históricos antigos. Ao passar dos séculos, as peças começaram a contracenar poemas heróicos, como a *Iliada* e a *Odisseia*. Assim, é possível notar a relação humana com entidades que lhes serviam de acalento ou súplica para algo em suas vidas.

Em outra parte da História, é possível ver a relação dionisiaca com as máscaras teatrais. Tendo as máscaras teatrais como um de seus símbolos (SANTOS *et al*, 2020), Dionísio consegue ramificar o teatro em duas grandes vertentes: Comédia e Tragédia. A sensação do cômico necessitava de auxílio de faces mais expressivas ou apáticas, como tentativa de reduzir o “real” (MACHADO, 2018). Já a Tragédia evoluía junto com o sofrimento do intérprete até a Fatalidade, categoria essa que, outrora, era associada ao drama psicológico (LEITE, 2020).

A partir de então, com a dominação romana sobre a Grécia, e consequentes guerras e conquistas de Alexandre, O Grande, as manifestações cênicas foram espalhadas e adaptadas a cada localidade, sem deixar perder a essência: ludificar algum conflito humano.

Uma dessas, é o teatro Nô e Kyôgen, no Japão. Ruzene (2020) explica a coexistência des-

ses dois como contra cena. Isto é, o Nô manifesta o espiritual do xintoísmo, enquanto o Kyôgen o cotidiano, o cômico oriental, durante os intervalos do Nô. Todavia, tais formas teatrais eram voltadas para os xoguns e suas famílias, sendo o Kabuki e Bunraku (teatro de bonecos) para a sociedade pobre da época.

Após o fim do xogunato, as cenas Kabuki tomaram maiores holofotes, principalmente pelo histórico do Japão em guerras nacionais e internacionais, para a população. Sá (2017) traduz o Kabuki em: Canto (Ka), Dança (bu) e Representação (Ki). Sendo assim, os kanjis explicitam, outra, capacidade das artes, não só do Teatro: Dá significado às emoções humanas a partir das suas manifestações artísticas.

Suicídio:

Em um dos modelos que tentam explicar a fisiologia do suicídio, existe a “Teoria dos 03 passos do suicídio”. A pesquisa de Henry (2021), guia esse conceito ao somar “dor” e “desespero” e encontrar o “desejo suicida”. Essa teoria reflete como o trio possui relação de proporcionalidade, cujo desejo aumenta à medida que a dor sobrecarrega as emoções, e, assim, agravando o desespero ao ponto de desejar evoluir com tentativas. Dessa forma, é possível observar a complexidade do suicídio, o qual cada teoria possui vértices entre outras teorias em prol de justificar, ou tentar, como cada fator de risco desencadeia um gatilho emocional, e, assim, gerando um emaranhado fenômeno multifatorial.

Um desses pontos, complementado pela teoria supracitada, é o “Modelo estresse-diátese”. Em sua produção, Mann, Michel e Auerbach (2021) definem “Transtorno” como situação ou condição que gere estresse emocional, enquanto que “Diátese” significa predisposição. Nessa mesma leitura, a resolução defendida aponta para o estresse como alterador de emoções, as quais estão propensas a sofrerem influência do

meio externo. Assim, a teoria e o modelo encontram-se no ponto: dor mental.

Apesar de não ser visível ou palpável, a dor é enquadrada como o quinto sinal vital, uma vez que trata-se de uma experiência sensitiva e/ou emocional desagradável ou semelhante a lesão tecidual (ROSA *et al.*, 2021). Ademais, a dor mental é justificada pelo próprio trânsito das vias da dor, onde a informação perpassa, também, pelo córtex da ínsula e outras estruturas límbicas relacionadas à memória e emoções.

Os aspectos afetivo - motivacionais da dor, como o seu desconforto e o humor negativo que evoca, são avaliados no núcleo parabraquial, no córtex cingulado, na amígdala e na ínsula anterior. O córtex pré-frontal e outras estruturas límbicas também estão envolvidos na transferência de informações relacionadas ao componente cognitivo da dor, que abrange a atenção, a antecipação da dor e a memória de experiências passadas. Essas áreas compõem uma rede cerebral que também pode contribuir para a transição da dor aguda para a dor crônica (LABRAKAKIS, 2023).

A partir disso, podemos utilizar o termo “*psychache*” para denominar a dor mental do suicídio. Botega (2022) revive o termo *psychache*, criado por Edwin Shneidman (ILYA BARYSHNIKOV, ISOMETSÄ, 2022) para exemplificar a dor mental como um outro tipo de dor, uma dor insustentável que faz o ser idealizar, tentar e cometer suicídio. Tal condição leva ao processo de autorregulação cerebral, como uma forma de defesa mental contra o autoextermínio. Isto é, o inconsciente busca movimentos de recusa da realidade para prevenir o suicídio, lutar ao invés de fugir. A *psychache* é o que leva a primeira dualidade da autodestruição: tudo ou nada.

Uma vez que, para o sistema nervoso, situações de adrenalina envolvam lutar ou fugir, para o sistema límbico em sofrimento extremo é tu-

do ou nada. Em seu livro, Botega (2022) traz estudos com pacientes sobreviventes de tentativas de suicídio, os quais não sabiam explicar o porquê fez aquilo, como uma sensação de anestesiamento emocional. Contudo, após realizarem acompanhamento psicológico, conseguiam dizer que era como se estivessem fora do seu mundo, dissociados. Para Labrakakis (2023) e Baryshnikov e Isometsä (2022), a descarga traumática sem meios de defesa viáveis e seguros leva a ativação do córtex pré frontal primitivo: Fuja. Todavia, para onde fugir se a ameaça está em meus pensamentos, em si mesmo? Silencie os pensamentos: Se mate. Em seus estudos, Baryshnikov e Isometsä (2022) apontam a *psychache* como sentimento de desagregação de si, próximo da vivência da morte. Logo, a expectativa da morte só pode ser única, sem erros, ou tudo dará errado: Tudo ou nada.

Na psicanálise, uma de suas vertentes é a lacaniana, a qual tenta trazer o inconsciente de forma simbólica pela linguística e filosofia (SALIM & HENRIQUES, 2021). Segundo essa linha de pensamento, o suicídio está relacionado aos princípios de acting out e passagem ao ato. O primeiro define-se como o que é dirigido ao outro, como forma de tentar atingir uma segunda pessoa, enquanto o segundo pode ser interpretado como uma caracterização de outro personagem, de modo a criar uma cena (DIAS, 2025). Em resumo, o indivíduo em *psychache* comete suicídio como tentativa de vingança ou por alívio próprio, em uma cena utópica, no seu imaginário doloroso. Tais definições podem ser correlacionadas com diversas formas de arte, entre elas o teatro e seus atos.

Ato e dor:

Seguindo a linha de pensamento do trauma como desencadeador do sofrimento mental intenso, Ribeiro (2021) reitera esse conceito ao citar Ferenczi (1873 - 1933): o trauma desestruturante diz respeito às experiências traumáticas que não puderam ser elaboradas, provocando

muito sofrimento para o paciente. Sendo assim, um evento traumático pode ser caracterizado como estruturante ou desestruturante, esse o iniciador da dor mental.

Ademais, a desestruturação pode evoluir para diversas catástrofes a medida que não lhe é atribuído um sentido. Isto é, o trauma precisa ser trabalhado, revivido e explicado pelo traumatizado a um profissional adequado, porque a incapacidade de representar o ocorrido é o que torna patológico (BOTEGA, 2022) e o choque traumático intenso tende a ser repetido como tentativa de fuga (RIBEIRO, 2021).

Nesse sentido, a noção de ato - dor traz as tentativas de suicídio como medida psíquica de conter a dor mental intensa. Ao passo que os planos de contenção psíquica cessam, o sofrimento em excesso ganha esse domínio e o ato é o alívio. Dessa forma, Botega (2022) chega à conclusão que “o traumático é vivenciado no escuro representativo” (p. 65), uma vez que a morte só pode ser única, e caso sobreviva, o paciente tende a não recordar da cena pré tentativa.

A arte não é um trabalho exclusivamente criativo, é uma forma disfarçada da vertente terapêutica (MONTEIRO, 2023). Sob o ponto de vista teatral e artístico, a conclusão de Botega assemelha-se a eventos fora de cena, apenas citados por terceiros, de jeito a deixar dúvidas sobre o fato. Para Ribeiro (2021), a dor é o encontro do psíquico e o somático, os quais conseguem desenhar a psiquê do indivíduo. Logo, as formas de representações artísticas permitem ao paciente alternativas lúdicas de extravasar o que não consegue organizar mentalmente e verbalizar.

A virtude do teatro é por ser única, semelhante ao suicídio. Ao ser trabalhado, o trauma é lembrado e cria novos sentidos ao que aconteceu (RIBEIRO, 2021), de modo a levar às tentativas de suicídio à novas interpretações. A correlação entre suicídio e teatro vai muito além de

atos e cenas, mas sim a experiência única de assistir e sentir o que se passa.

Em suma, a encenação ao vivo será encenada com outros atores, em outros momentos e situações, com públicos diferentes, mesmo que contenha o mesmo conteúdo, mas passará diferentes sentimentos e emoções em cada uma delas. O mesmo ocorre no suicídio: mesmo que se saiba do risco, a dor única será exaltada apenas uma vez. As demais tentativas são consequência da continuidade dos cuidados (COC), projetos de assistência pós tentativa de suicídio, falhas (ARNON *et al*, 2023), pois a passagem ao ato desencadeia a amnésia temporal - o que permite a pessoa sentir pela primeira vez, novamente, a *psychache*.

Arte e prevenção:

Em seus estudos, Sudarshan e Mehrotra (2021) retratam a Índia como um cenário próximo ao brasileiro, onde a população é grande e possui uma má assistência à saúde, principalmente na seara mental, o que implica no altos índices de suicídio. Contudo, diferente de lá, o Brasil vem desenvolvendo medidas preventivas mais eficazes e acessíveis à população, através do Plano Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2024). Entre elas, há a arteterapia.

Apesar de serem vistas apenas como manifestações humanísticas, as intervenções artísticas comunicam moral e educação, quando bem utilizadas. Davico *et al* (2022) definem arte como qualquer meio de expressar valores individuais e sociais por atividades criativas. A partir disso, é possível estabelecer a arteterapia como uma terapêutica e forma de diálogo, a qual permite uma melhor interação do paciente consigo mesmo.

A arte é o produto resultante da intuição, observação do consciente e inconsciente, da emoção, da técnica, do talento e da criatividade (MONTEIRO, 2023). A simbologia da arte é muito íntima, a qual cada um possui uma inter-

pretação individual, mesmo que semelhante, mas há sempre algo único. Utilizada como forma de desbloquear memórias guardadas (DAVICO *et al*, 2022), as artes em geral, conseguem evocar o que há de mais íntimo. Por isso, mesmo sendo uma via terapêutica, apresenta riscos.

Quando utilizada sob supervisão ou com intuito de terapêutico, a arte é tratamento. Contudo, quando utilizada de forma inequívoca, explícita e explicativa demais, pode, de certa forma, normalizar ou romantizar o sofrimento. Shaman *et al* (2024) apontam a dramatização (teatros, filmes, séries, livros) do suicídio como uma forma de contágio. Uma das medidas universais orientadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a regulação midiática quanto aos casos de suicídio (BRASIL, 2024), pois, a depender da forma como é noticiada, pode desencadear o efeito Werther.

O efeito Werther é mais uma das dualidades do suicídio, porque há a necessidade de falar-se sobre, mas de forma que não influencie. O livro “O sofrimento do jovem Werther” (1774) e a série “Os 13 porquês” (2017) são exemplos dessa romantização (SHAMAN *et al*, 2024). O primeiro retrata o suicídio de um jovem apaixonado, enquanto o segundo apresenta uma sequência de eventos traumáticos que culmina em suicídio. Em ambas as obras, revelam o método da morte e apenas ela como saída, o que desencadeou o efeito Werther - aumento dos registros de suicídio após sua divulgação midiática (OLIVEIRA, 2023)

Diferente dessas obras, Barreto (2022) exemplifica a importância de obras que retratem sobre suicídio, mas de formas que sejam um fator protetor (efeito Papageno). Dois exemplos audiovisuais são: a bankai de Shunsui Kyōraku, Bleach (2004), e a bailarina, Dandadan (2021). Em ambas as obras japonesas, o suicídio é representado de forma sutil, principalmente na a-

daptação para anime, a fim de dar sentimento humano à obra, chocar e prevenir.

Na primeira obra, a habilidade foi inspirada na peça teatral “Sonezaki Shinju” (Os suicídios amorosos em Sonezaki - 1703), a qual dois amantes cometem suicídio para seguirem juntos - semelhante à Romeu e Julieta - (Barreto, 2022), e é dividida em três atos - igual a peça. No segundo ato, a narrativa explicita uma dupla tentativa, mas apenas um consegue, sendo necessário o terceiro ato. Apesar de uma habilidade de batalha, o dano é em ambos e revela, entre linhas, um suicídio ao final.

Segundo Barreto (2022), as gerações atuais são mais adeptas ao audiovisual, o que permite uma maior liberdade a obras escritas, e restringe o cinematográfico. A segunda obra evidencia o risco, a arte - literal e lúdica - e a prevenção. A personagem, após ter sua filha raptada, entra em psychache e sobe até o telhado do prédio para dançar. Ao final da - bela - cena, é subentendido o suicídio da personagem (**Figura 24.1**). Diferente da obra física (mangá), é mostrado o salto para fora do prédio (**Figura 24.2**). A diferença artística e o modo em que é representado nas diferentes obras apontam, novamente, para a dualidade. A arte performática da personagem evidencia o ato-dor (RIBEIRO, 2021), cuja resposta emocional, ao anime, é diferente do mangá por trazer mais estímulo cognitivo.

Figura 24. 1.



Fonte: DANDADAN. Episódio 7. [S.l.]: Science SARU, 2024.

Figura 24.2



Fonte: TATSU, Yukinobu. Dandadan. São Paulo: Panini, 2022

Em seus estudos, Davico *et al* (2022) defendem o uso, principalmente, das artes performáticas por integrarem diálogos, movimentos e interação com o público. Com isso, é notável a correlação existente com o teatro Kabuki, citado anteriormente, e o seu uso nas cenas das figuras acima, onde a personagem interage com o público por meio da dança até o seu fim. Assim, seu ato-dor torna-se um espetáculo como

tentativa de amenizar a psychache e representar suas dores a quem olha.

CONCLUSÃO

Dessa forma, é notável como a relação interpessoal com o meio externo é fundamental para o equilíbrio emocional. A partir disso, em uma das metas do Plano Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, é necessário a implementação de a alternativa de metodologias implícitas e visuais em suas amostragens e em seus projetos, uma vez que todo fator de proteção e terapêutico possuem potencial para ser um fator de risco com alto potencial. Apesar disso, quando dada abertura sobre o tema, as parcelas de indivíduos em sofrimento vêm a ser acolhidas, de modo que possa prevenir uma fatalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M. (org.). Manual de avaliação e tratamento da dor. Belém: EDUEPA, 2020. ISBN: 978-65-88106-13-6. Disponível em: https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.
- ARISTÓTELES. Poética. Tradução de Eudoro de Souza. São Paulo: Abril Cultural, 1993. (Coleção Os Pensadores).
- ARNON, S., SHAHAR, G., KLOMEK, A. B. Continuity of care in suicide prevention: current statuts and future directions. Public Health, 2024. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1266717.
- BARRETO, R. S. SONEZAKI. 2022. 190 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Artes Cênicas) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2022.
- BARYSHNIKOV, I.; ISOMETSÄ, E. Psychological pain and suicidal behavior: a review. Frontiers in Psychiatry. 2022. DOI: 10.3389/fpsy.2022.981353.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231–236, 2014. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.
- BOTEGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Saúde com arte. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_com_arte.pdf. Acesso em 14 de jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha – Prevenção de suicídio. Série: Saúde mental e atenção psicossocial em desastres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view>. Acesso em: 27 de jun. 2025.
- CEBULSKI, M. C. Introdução à história do teatro no ocidente: dos gregos aos nossos dias. Guarapuava: Unicentro, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/handle/123456789/910>. Acesso em: 23 de jan. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM; 2014.
- CRUZ, M. S. Mitos – Suas Origens e Sua Importância para o Homem Contemporâneo. 2007. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/117457973/mitos-suas-origens-e-sua-importancia-para-o-homem-contemporaneo>. Acesso em: 23 de jan. 2025.
- DAVICO, C. *et al.* Artes Cênicas em Estratégias de Prevenção ao Suicídio: Uma revisão de Escopo. International Journal of Environmental Research and Public Health. v. 19, n. 22, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192214948.
- FONTANA, F. S.; GUSMÃO, H. B. O palco e o tempo: estudos de história e historiografia do teatro. Rio de Janeiro: Gramma, 2019.
- DIAS, L. Suicídio Infantil: Um Ato Lúcido e Real? . Conhecendo Online, /S. l./, v. 9, n. 1, p. 1–17, 2025.
- HENRY, M. Suicide prevention: A multisectorial public health concern. Preventive Medicine, v. 152, 2021. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106772.
- LABRAKAKIS, C. The Role of the Insular Cortex in Pain. International Journal of Molecular Sciences, v. 24, n. 6, 2023. DOI: 10.3390/ijms24065736.
- LEITE, R. M. História do teatro ocidental: da Grécia Antiga ao Neoclassicismo francês. Salvador: UFBA, Escola de Teatro, 2020.
- MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000200009>.

MACHADO, V. T. A máscara no teatro moderno: do avesso da tradição à contemporaneidade. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2018.

MANN, J. J.; MICHEL, C. A.; AUERBACH, R. P. Improving Suicide Prevention Through Evidenced-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, v. 178, n. 7, 2021. DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.20060864.

MONTEIRO, I. Arte e saúde mental: a criatividade artística como intervenção terapêutica. *Convergências: Revista de Investigação e Ensino das Artes*, v. 16, n. 32, p. 164–180, nov. 2023. DOI: 10.53681/c1514225187514391s.32.197.

OLIVEIRA, E. A. Sazonalidade de suicídios no Brasil e investigação de efeito Werther em campanha setembro amarelo - 1996 à 2021. 2023, Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Medicina) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2023.

RIBEIRO, I. N. F. Tentativa de suicídio: um olhar psicanalítico. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

SANTOS, C. S. *et al.* Dionísio, Trickster, Exu e Diadorim como representação mítica-arquetípica-religiosa-poética. *Numen: Revista de estudos e pesquisa da religião, Juiz de Fora*, v. 23, n. 1, 2020.

SALIM, A. L. D.; HENRIQUES, R. S. P. Psicanálise Lacaniana e Reduções de Danos: encontros e desencontros. *Mental, Barbacena*, v. 13, n. 23, p. 4-24, jun. 2021.

SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 54, n. 4, 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.181793>.

SHAMAN, J. *et al.* Quantifying suicide contagion at population scale. *Science Advances*, 2024. DOI: 10.1126/sciadv.adq4074.

SILVA, V. P. Tragédia: transição e ruptura. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SUNDARSHAN, S.; MEHROTRA, S. Suicide Prevention Mobile Apps for Indian Users: An Overview. *Cureus*, v. 13, n. 7, 2021. DOI: 10.7759/cureus.16770.

RIBEIRO, I. N. F. Tentativa de suicídio: um olhar psicanalítico. 2021, 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

RUVIARO, N.; CORRÊA, A. S.; SILVEIRA, K. S. S. Etiologia e manejo do comportamento suicida: a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. *Disciplinarum Scientia|Saúde, Santa Maria*, v. 20, n. 2, 2019. <https://doi.org/10.37777/2821>.

RUZENE, F. Chátro Nô: Ara técnica performática japonesa e suas relações com a tragédia grega. In: BUENO, A. [org.]. *Mundos em movimento: extremo oriente*. Rio de Janeiro: Projeto Orientalismo/UERJ, 2021.

TATSU, Y. Dandadan. Tóquio: Shueisha, 2021 - v. 3, Capítulo 16, p. 21, 2021. Disponível em: <https://mangaplus.shueisha.co.jp/>. Acesso em: 7 de ago. 2025.

TO A KINDER WORLD - DANDADAN. Episódio 7. [S.l.]: Science SARU, 2024. 1 episódio (00:16:00min.). Disponível em: <https://www.crunchyroll.com/>. Acesso em: 17 de ago. 2025.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 25

DOSAGENS DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS LÍCITOS E ILÍCITOS: PRINCÍPIOS E APLICAÇÕES CLÍNICAS

JÚLIA MORETTO DE LIMA¹
MOZART WICKERT COTRIM¹
MARIA FERNANDA PERUCI FELIPE¹
JAQUELINA GOMES ROSA¹
AMANDA COMETTI DE ANDRADE¹
LUANA FREESE²
HELENA MARIA TANNHAUSER BARROS³

¹Discente – Curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

²Biomédica, Pesquisadora Associada do Departamento de Farmacologia da Universidade Northwestern, Chicago.

³Docente – Cursos de Medicina e Psicologia e do PPG Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Palavras-Chave: Monitoramento Terapêutico de Fármacos; Triagem Toxicológica; Uso Correto de Medicamentos.

INTRODUÇÃO

A dosagem plasmática de psicofármacos, tanto lícitos quanto ilícitos, desempenha um papel crucial na assistência em saúde mental, auxiliando na identificação de riscos de abuso de drogas, na otimização dos tratamentos prescritos, na promoção da adesão terapêutica e na prevenção de dependência química. Nos cuidados de pacientes com transtornos mentais, o ajuste dos tratamentos psicofarmacológicos de acordo com as necessidades individuais, por meio de dosagens plasmáticas, melhora a eficácia, estabelecendo a menor dose capaz de produzir o efeito clínico desejado.

As dosagens de fármacos de abuso têm diversas aplicações diagnósticas e no acompanhamento dos tratamentos de dependentes químicos. Ao identificar problemas como interações medicamentosas, uso abusivo de substâncias e intoxicação, é possível diminuir riscos e melhorar a segurança dos pacientes. Neste capítulo, revisamos os aspectos farmacológicos que fundamentam a dosagem plasmática de psicofármacos prescritos e de drogas de abuso lícitas e ilícitas.

Utilizaremos as definições de psicotrópicos conforme a ANVISA e discutiremos as diferenças entre monitoramento terapêutico de fármacos (MTF) e triagem toxicológica. Apontaremos os princípios farmacocinéticos que explicam as concentrações dos psicofármacos em materiais biológicos e as indicações para medição dos níveis plasmáticos de fármacos prescritos ou usados de forma ilícita. Por fim, apresentaremos dados de monitoramento terapêutico relacionados à faixa plasmática, níveis tóxicos e sua relevância clínica.

Este capítulo tem como objetivo apresentar a importância da dosagem plasmática de psicofármacos na prática clínica, abordando seu papel na individualização do tratamento, na identificação de riscos de abuso e intoxicação, bem

como no acompanhamento de pacientes com dependência química. Serão discutidas as diferenças entre monitoramento terapêutico de fármacos e triagem toxicológica, os principais fundamentos farmacocinéticos que orientam a interpretação dos níveis plasmáticos e sua relevância clínica, incluindo faixas terapêuticas e concentrações tóxicas.

Os psicofármacos são medicamentos que atuam no sistema nervoso central (SNC), promovendo alterações no comportamento, no humor, na cognição e na consciência, com o objetivo de tratar transtornos mentais e neurológicos. Incluem classes como antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e estabilizadores de humor, amplamente utilizados para o controle de sintomas como ansiedade, depressão e psicose. Seu uso deve sempre ser realizado sob prescrição e supervisão médica especializada.

De acordo com a Portaria nº 344/1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), substâncias psicotrópicas são aquelas que atuam no SNC e apresentam potencial de causar dependência, podendo ser utilizadas de forma abusiva. Por esse motivo, estão sujeitas a controle especial, com regras específicas para prescrição, dispensação e manuseio, a fim de prevenir o uso inadequado e proteger a saúde pública.

Os psicofármacos abrangem tanto fármacos de uso terapêutico, como benzodiazepínicos e anfetaminas, quanto drogas ilícitas, como cocaína, maconha e derivados sintéticos. Além disso, a Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), promulgada no Brasil em 1964, reconhece os entorpecentes como substâncias capazes de gerar dependência física ou psíquica, sendo incluídas em listas internacionais de controle, muitas delas de uso proscrito.

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2020), a Monitorização Terapêutica de Fármacos (MTF), do inglês *Therapeutic Drug*

Monitoring (TDM), é definida pela *International Association of Therapeutic Drug Monitoring and Clinical Toxicology* (IATDMCT) como uma especialidade clínica multidisciplinar voltada para a melhoria da assistência ao paciente, por meio do ajuste individualizado das doses de medicamentos.

Do mesmo modo, a triagem toxicológica refere-se ao conjunto de exames laboratoriais realizados em pacientes, geralmente em situação aguda, que se apresentam com sinais ou sintomas relacionados à exposição a substâncias tóxicas ou agentes farmacológicos. Esse procedimento é especialmente relevante em ambientes de emergência, como pronto-socorros, e é aplicado em casos de envenenamentos acidentais, uso recreativo de substâncias, doping, tentativas de suicídio ou exposições ambientais suspeitas, principalmente para o diagnóstico de confirmação do contato com uma ou mais substâncias (ZELLNER *et al.*, 2024).

Dosagem Plasmática de Fármacos Lícitos

A monitorização da dosagem plasmática de fármacos psicotrópicos, como antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores do humor, constitui uma ferramenta importante para verificar se o paciente está recebendo a dose terapêutica adequada. Esse recurso contribui tanto para assegurar a eficácia do tratamento quanto para reduzir a ocorrência de efeitos adversos nos processos de MTF.

Além disso, permite identificar possíveis falhas de adesão ou interações medicamentosas de origem farmacocinética (SCHORETSANITIS *et al.*, 2022). O conhecimento, por parte do paciente, de que suas concentrações plasmáticas serão avaliadas, pode favorecer maior engajamento terapêutico.

A partir dos níveis obtidos no MTF, torna-se possível que os prescritores ajustem individualmente as doses, mantendo-as dentro da

faixa desejada e, assim, potencializando a resposta clínica e minimizando os riscos associados ao uso dos psicofármacos para cada paciente (SCHORETSANITIS *et al.*, 2018).

Dosagem Plasmática de Fármacos Ilícitos em Intoxicações Agudas e Crônicas

Em situações de intoxicação por substâncias ilícitas, a dosagem plasmática representa um recurso valioso para identificar o agente causador, determinar sua concentração no organismo e, consequentemente, orientar quanto à gravidade do quadro clínico.

Esse exame também possibilita detectar a presença de múltiplas drogas em dependentes químicos poliusuários, fornecendo subsídios fundamentais para o diagnóstico e a condução do tratamento em contextos de emergência. Além de cocaína, maconha e anfetaminas, diversas outras substâncias psicoativas podem ser identificadas por meio dessas técnicas analíticas (ZELLNER *et al.*, 2024).

No manejo da dependência química, a dosagem plasmática desempenha papel complementar, permitindo a avaliação do grau de exposição aguda ou crônica do paciente e contribuindo para a definição de estratégias terapêuticas individualizadas.

Durante o acompanhamento, pode ainda ser utilizada para monitorar a manutenção da abstinência e reconhecer precocemente possíveis recaídas, favorecendo intervenções oportunas e eficazes (HIEMKE *et al.*, 2018).

Princípios do Monitoramento de Fármacos ou Plasma e Outras Amostras Biológicas

O monitoramento terapêutico de fármacos é um recurso fundamental para individualizar o tratamento medicamentoso e garantir maior eficácia e segurança clínica. O princípio central é que a concentração plasmática de determinados medicamentos apresenta melhor correlação com os efeitos terapêuticos e tóxicos do que a

dose administrada isoladamente, devido à ampla variabilidade interindividual nos processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção (KANG; LEE, 2009).

Para que os resultados do MTF tenham valor clínico e comparativo inter e intraindividualmente, diversos fatores devem ser observados. Em primeiro lugar, a coleta de amostras deve ser realizada em condições padronizadas e dentro de momentos farmacocinéticos específicos: geralmente no nível de vale (concentração mínima em estado estacionário), imediatamente antes da próxima dose, quando o estado de equilíbrio já foi atingido, e após, aproximadamente, cinco meias-vidas (BRUNTON; KNOLLMANN, 2024; KANG; LEE, 2009).

Outro princípio essencial é que os ensaios laboratoriais utilizados sejam confiáveis e rápidos, com exatidão, precisão, sensibilidade e especificidade validadas regularmente, idealmente integrados a programas externos de garantia da qualidade. A disponibilidade ágil dos resultados (preferencialmente em até 24 horas) é crítica, especialmente em situações de ajuste de dose ou diagnóstico de toxicidade, em que decisões clínicas precisam ser tomadas com rapidez (HIEMKE *et al.*, 2018; SCHERF-CLAVEL *et al.*, 2024).

Além disso, a interpretação das concentrações plasmáticas deve considerar informações clínicas e demográficas do paciente, como idade, função renal e hepática, estado da doença, etnia, interações medicamentosas e polimorfismos genéticos. Fatores relacionados à absorção, como alimentação ou formulações farmacêuticas, também podem modificar os resultados (HIEMKE *et al.*, 2018; KANG; LEE, 2009).

Deve-se reconhecer que, em alguns medicamentos, a presença de metabólitos ativos influencia o efeito clínico. Nesses casos, a simples dosagem do fármaco original pode não refletir adequadamente o estado terapêutico ou tóxico

do paciente. Outro ponto importante é a ligação a proteínas plasmáticas: apenas a fração livre está disponível para atravessar membranas biológicas e exercer efeito farmacológico, o que pode justificar a dosagem dessa fração em situações clínicas específicas (HIEMKE *et al.*, 2018; SCHERF-CLAVEL *et al.*, 2024).

Embora o plasma seja a amostra de eleição para o monitoramento terapêutico, o uso de outras amostras biológicas tem ganhado relevância em contextos específicos. A saliva, por exemplo, é uma alternativa não invasiva que pode ser útil para medir a fração livre do fármaco, que é a porção biologicamente ativa. Já a urina é valiosa para a detecção de uso recente de substâncias e seus metabólitos, especialmente em triagens toxicológicas. Para uma visão do uso de longo prazo de um medicamento, o cabelo é a matriz preferencial, pois a substância se acumula e reflete o histórico de exposição ao longo de meses (MARTINIS; DORTA; COSTA, 2018; MOREAU, 2015). A utilização dessas amostras requer métodos analíticos rigorosos e validações específicas, garantindo a confiabilidade dos resultados para uma interpretação clínica precisa (SCHERF-CLAVEL *et al.*, 2024).

Assim, o monitoramento terapêutico não se restringe à mensuração laboratorial, mas deve ser entendido como um processo integrado, levando em conta as características farmacocinéticas da substância em questão. Esse processo envolve a escolha do momento adequado de coleta, a utilização de métodos analíticos validados e, sobretudo, a interpretação crítica dos resultados no contexto clínico do paciente, de modo a ajustar o regime posológico e alcançar a máxima eficácia com mínimo risco de toxicidade (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020; HIEMKE *et al.*, 2018; SCHORET-SANITIS *et al.*, 2018).

Indicações para Monitoramento Terapêutico de Fármacos (MTF) (Tabela 25.1)

Tabela 25.1 Indicações para Monitoramento Terapêutico de Fármacos

Indicação (HIEMKE <i>et al.</i> , 2018)	Justificativa Clínica
Índice terapêutico estreito	Risco elevado de toxicidade, pequena margem entre dose eficaz e tóxica (KANG; LEE, 2009)
Falta ou resposta clínica insuficiente, mesmo em doses adequadas	Detecta níveis subterapêuticos e orienta ajustes individuais (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020)
Recorrência ou agravamento da doença, apesar da adesão	Avalia falha terapêutica ou necessidade de ajuste farmacocinético (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020)
Efeitos adversos inesperados em doses usuais	Permite identificar concentrações plasmáticas excessivas ou metabolismo ou excreção alterados (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020)
Suspeita de toxicidade	Confirma intoxicação e orienta conduta imediata (HIEMKE <i>et al.</i> , 2018)
Avaliação da adesão ao tratamento	Identifica uso irregular, omissão de doses ou abandono (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020)
Interações medicamentosas conhecidas ou suspeitas	Detecta alterações de absorção, distribuição, excreção induzidas por fármacos de uso concomitante (BRUNTON; KNOLLMANN, 2024)
Situações especiais (gravidez, idoso, insuficiência hepática/renal)	Alterações farmacocinéticas podem modificar níveis plasmáticos (BRUNTON; KNOLLMANN, 2024)
Pacientes pediátricos	Variabilidade elevada na absorção e metabolismo requer ajustes individualizados (BRUNTON; KNOLLMANN, 2024)
Alterações genéticas no metabolismo (polimorfismos de CYPs, etc.)	Influenciam metabolismo rápido ou lento, afetando eficácia e segurança
Após trocas entre formulação de referência e genérico	Avalia diferenças de biodisponibilidade e eficácia clínica (BRUNTON; KNOLLMANN, 2024)
Contexto médico-legal / psiquiatria forense	Fornecer evidência sobre uso devido/indevido e concentração do fármaco em material biológico (MARTINIS; DORTA; COSTA, 2018)

Psicotrópicos Lícitos: Monitoramento Terapêutico

O MTF baseia-se na correlação entre a concentração sérica e os efeitos terapêuticos e tóxicos, sendo fundamental na prática clínica por permitir a otimização do tratamento farmacológico. No entanto, não está disponível para todos os psicofármacos prescritos, pois depende da evidência de sua utilidade clínica.

A faixa terapêutica indica a concentração ideal para efeito clínico com mínima toxicidade, enquanto os níveis tóxicos apontam para concentrações acima das terapêuticas e alertam para risco de intoxicação ou interações perigosas. A interpretação dos resultados deve considerar os fatores clínicos do paciente, o uso concomitante de medicamentos e as características farmacológicas da substância. Esse monitoramento contribui para ajustes individualizados

na prescrição, garantindo maior segurança e eficácia do tratamento, muitas vezes indicando a necessidade de considerar o uso de antídotos em quadros de intoxicação (HIEMKE *et al.*, 2018; SCHORETSANITIS *et al.*, 2018).

Segundo as diretrizes de MTF em neuropsiquiatria (SCHORETSANITIS *et al.*, 2018), os “intervalos de referência terapêutica” definem intervalos de concentrações de medicamentos no sangue, também conhecidos como faixa terapêutica. Esses intervalos especificam um limite inferior, abaixo do qual é relativamente improvável que ocorra uma resposta terapêutica induzida pelo fármaco, e um limite superior, acima do qual a tolerabilidade diminui ou é relativamente improvável que a melhora terapêutica ainda possa ser aprimorada.

Intervalos de referência terapêutica baseados em ensaios clínicos randomizados foram

encontrados para apenas 17 medicamentos neuropsiquiátricos na literatura. Para a maioria dos fármacos, esses intervalos foram obtidos a partir de estudos com dosagem terapeuticamente eficaz. Contudo, deve-se considerar que o intervalo de referência terapêutica é apenas uma orientação baseada na população e pode não ser necessariamente aplicável a todos os pacientes. Indivíduos específicos podem apresentar resposta terapêutica ideal sob concentrações de fármaco diferentes do intervalo de referência estabelecido.

Para uniformizar a aplicação do monitoramento terapêutico, diretrizes internacionais — como as estabelecidas por Hiemke *et al.* (2018) — classificam os medicamentos em diferentes níveis de recomendação, de acordo com o grau de evidência científica. Essa classificação auxilia os profissionais de saúde a determinar quando a dosagem de rotina é essencial e quando ela pode ser útil em situações específicas (SCHORETSANITIS *et al.*, 2018).

A **Tabela 25.2** apresenta um resumo desses níveis de recomendação, adaptado do artigo original.

Tabela 25.2 Níveis de Recomendação

Nível de Recomendação	Evidência	Recomendação	Consequências Clínicas
Nível 1: Fortemente recomendado	Faixas de referência terapêutica estabelecidas e quantificadas. Ensaios clínicos controlados demonstraram efeitos benéficos do MTF; relatórios sobre diminuição da tolerabilidade ou intoxicações.	MTF é fortemente recomendado para titulação de dose e para indicações especiais, por exemplo, para lítio ou carbamazepina. O MTF é um padrão de cuidado.	Com concentrações dentro da faixa terapêutica, a maior probabilidade de resposta ou remissão é esperada. Com concentrações subterapêuticas, a taxa de resposta pode ser similar à de placebo. Com concentrações suprat terapêuticas, há risco de intolerabilidade ou toxicidade franca.
Nível 2: Recomendado	Faixas de referência terapêutica foram obtidas a partir de concentrações de medicamentos em doses terapeuticamente eficazes e relacionadas a efeitos clínicos. Relatos de diminuição da tolerabilidade ou efeitos adversos em concentrações de medicamentos acima das terapêuticas no sangue.	MTF é recomendado para titulação de dose e para indicações especiais ou resolução de problemas.	O MTF aumentará a probabilidade de resposta ou remissão em pacientes que não respondem. Com concentrações subterapêuticas, há risco de má resposta; com concentrações suprat terapêuticas, risco de intolerabilidade ou intoxicação.
	Faixas de referência terapêutica foram calculadas a partir de concentrações em doses eficazes. As concentrações relacionadas aos efeitos terapêuticos não estão disponíveis ou são baseadas em análises retrospectivas, relatos de caso ou experiência clínica não sistemática.	MTF é útil para indicações especiais ou resolução de problemas.	O MTF pode ser usado para verificar se as concentrações do medicamento estão de acordo com a faixa de referência relacionada à dose, ou se a melhora clínica pode ser alcançada com o aumento da dose em pacientes que não respondem ao tratamento e que apresentam baixas concentrações do medicamento.
Nível 4: Potencialmente útil	As concentrações de medicamentos no sangue não se correlacionam com os efeitos clínicos devido a uma farmacologia única do medicamento.	MTF não é recomendado para titulação de dose, mas pode ser potencialmente útil para indicações especiais ou resolução de problemas.	O MTF deve ser restrito a indicações especiais.

Fonte: Adaptado de HIEMKE *et al.*, 2018 e SCHORETSANITIS *et al.*, 2018.

O grupo de medicamentos com o mais alto nível de recomendação para o MTF, o Nível 1, inclui os estabilizadores de humor e o lítio, para os quais o monitoramento é obrigatório, além da carbamazepina e do valproato.

Entre os antidepressivos tricíclicos, estão a amitriptilina e seu metabólito ativo nortriptilina, a clomipramina e seu metabólito ativo N-desmetil-clomipramina, e a imipramina e seu metabólito ativo desipramina.

Também fazem parte desse grupo os antipsicóticos amisulprida, clozapina, olanzapina, flufenazina, haloperidol, perazina, perfenazina e tioridazina, assim como os anticonvulsivantes fenobarbital e fenitoína.

Mais recentemente, o inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS) citalopram foi incluído nessa categoria, tornando-se um dos poucos ISRS com recomendação de MTF de Nível 1.

Embora o MTF não seja necessário para todos os medicamentos, ele é um recurso importante em diversas situações clínicas.

Conforme as diretrizes publicadas por Hiemke *et al.* (2018), existem indicações específicas que justificam a medição da concentração de um fármaco, seja de forma obrigatória ou em situações particulares, para a resolução de problemas clínicos.

Por conta dessas inúmeras indicações de monitoramento, é crucial compreender os parâmetros farmacológicos que guiam seu uso seguro e eficaz.

O monitoramento terapêutico baseia-se na identificação da faixa terapêutica, que representa a concentração ideal de um fármaco no sangue para alcançar a máxima eficácia e a menor toxicidade.

A medição permite identificar níveis que ultrapassam essa faixa e que, ao atingirem as concentrações de alerta laboratorial, indicam um risco significativamente aumentado de reações adversas (SCHORETSANITIS *et al.*, 2018).

A **Tabela 25.3**, adaptada do artigo original, resume as indicações mais comuns para o MTF em pacientes psiquiátricos e neurológicos.

Tabela 25.3 Indicações típicas para a medição da concentração de medicamentos em pacientes psiquiátricos ou neurológicos

MTF Obrigatório para medicamentos com altos níveis de recomendação	Otimização da dosagem após a prescrição inicial ou após a alteração da dose
	Medicamentos para os quais o MTF é obrigatório por razões de segurança (por exemplo, lítio ou carbamazepina)
Indicações específicas para o MTF para qualquer medicamento, independentemente do seu nível de recomendação	Falta de melhora clínica com a dosagem recomendada
	Recaída durante o tratamento de manutenção
	Prevenção de recaídas devido à adesão incerta à medicação
	Recorrência de sintomas com uma dosagem adequada
	Efeitos adversos e melhora clínica com a dosagem recomendada
	Tratamento em combinação com um medicamento conhecido por seu potencial de interação ou interação medicamentosa suspeita
	Presença de uma particularidade genética relativa ao metabolismo do medicamento (deficiência genética, multiplicação de genes)
	Paciente com etnia diferente
	Paciente com peso corporal anormalmente alto ou baixo
	Paciente grávida ou amamentando
	Paciente criança ou adolescente
	Paciente idoso (idade superior a 65 anos)

	Pacientes com deficiência intelectual
	Paciente psiquiátrico forense
	Caso judicial relacionado a medicamentos neuropsiquiátricos
	Paciente com comorbidade clinicamente relevante para a farmacocinética (insuficiência hepática ou renal, doença cardiovascular)
	Paciente com inflamações ou infecções agudas ou crônicas
	Paciente com ressecção gastrointestinal restritiva ou cirurgia bariátrica
	Problema que ocorre após a troca de um medicamento original para um genérico (e vice-versa)
	Programas de farmacovigilância

Fonte: Adaptado de HIEMKE *et al.*, 2018; SCHORETSANITIS *et al.*, 2018.

A **tabela 25.4** a seguir detalha as faixas terapêuticas, os níveis de alerta laboratorial, nível de recomendação para MTF e outros parâmetros para alguns dos principais medicamentos neuropsiquiátricos.

O uso de psicofármacos em populações especiais, como gestantes, idosos e pacientes com condições clínicas de risco, exige atenção redobrada e individualização do tratamento, principalmente com relação aos psicofármacos.

Durante a gestação, alterações fisiológicas modificam a farmacocinética, reduzindo os níveis plasmáticos de muitos fármacos e exigindo monitoramento terapêutico para garantir eficácia.

Nos idosos, a redução da função renal e hepática, associada à maior sensibilidade do sistema nervoso central e ao uso frequente de múltiplos medicamentos, aumenta a suscetibilidade a efeitos adversos, mesmo dentro da faixa terapêutica.

Da mesma forma, pacientes com insuficiência renal ou hepática, polimedicação ou variações genéticas no metabolismo enzimático podem apresentar respostas imprevisíveis. Nessas situações, o monitoramento terapêutico de fár-

macos torna-se uma ferramenta essencial, permitindo ajustar doses de forma precisa, prevenir toxicidade e otimizar os benefícios clínicos, reforçando a importância da individualização terapêutica (BRUNTON; KNOLLMANN, 2024; HIEMKE *et al.*, 2018; SCHORETSANITIS *et al.*, 2018).

O MTF é um processo sistemático que começa com a preparação, na qual se define a indicação e a disponibilidade de recursos. Em seguida, ocorre a requisição, na qual são fornecidos dados clínicos e demográficos do paciente, seja para monitoramento de rotina ou para resolução de um problema específico.

O próximo passo é a coleta e análise da amostra de sangue, feita no momento de menor concentração do fármaco e utilizando métodos laboratoriais validados. Os resultados obtidos são então interpretados e, com base neles, o profissional de saúde toma uma decisão clínica sobre a dose ou a continuidade da medicação. O processo é finalizado com a supervisão contínua da farmacoterapia, garantindo a eficácia e a segurança do tratamento (SCHORETSANITIS *et al.*, 2018).

Tabela 25.4 Concentrações ideais dos Psicofármacos Dosáveis

Fármaco	Grupo Farmacológico	Tempo de Meia-Vida	Nível Plasmático Terapêutico	Nível de Recomendação (ver Tabela 25.2)	Nível Tóxico	Antídoto (BRUNTON; KNOLLMANN, 2024)
Ácido Valpróico	Anticonvulsivante	8–20h	40–100 µg/mL	2	>150–200 µg/mL; Coma/morte: 556–720 µg/mL	L–Carnitina
Alprazolam	Ansiolítico	6–20h	0,005–0,05 µg/mL	3	0,1–0,4 µg/mL	Flumazenil
Amissulprida	Antipsicótico	12–20h	0,1–0,32 µg/mL	1	0,64 µg/mL	Não há antídoto específico
Amitriptilina	Antidepressivo	30–50h	0,05–0,3 µg/mL	1	0,5–0,6 µg/mL; Coma/morte: 1,5–2 µg/mL	Bicarbonato de sódio (antídoto funcional)
Atomoxetina	Antidepressivo	4h	0,2–1 µg/mL	1	>2 µg/mL	Não há antídoto específico
Bromazepam	Ansiolítico	8–22h	0,08–0,2 µg/mL	4	0,3–0,4 µg/mL; Coma/morte: 1–2 µg/mL	Flumazenil
Bupropiona	Antidepressivo	10–20h	0,01–0,02 µg/mL	2	1,2–2 µg/mL; Coma/morte: >4 µg/mL	Não há antídoto específico
Cafeína	Estimulante	2–10h	4–10 µg/mL	–	15–20 µg/mL; Coma/morte: 80–180 µg/mL	Não há antídoto específico
Carbamazepina	Anticonvulsivante	15–30h	4–12 µg/mL	2	>12 µg/mL	Não há antídoto específico
Citalopram	Antidepressivo	33h	0,05–0,11 µg/mL	1	>0,22 µg/mL; Coma/morte: 5–6 µg/mL	Não há antídoto específico
Clomipramina	Antidepressivo	20–26h	0,09–0,25 µg/mL	1	0,4–0,6 µg/mL; Coma/morte: 1–2 µg/mL	Bicarbonato de sódio (antídoto funcional)
Clonazepam	Ansiolítico	20–60h	0,02–0,08 µg/mL	4	>0,1 µg/mL	Flumazenil
Clordiazepóxido	Ansiolítico	6–24h	0,4–3,0 µg/mL	4	3,5–10,0 µg/mL	Flumazenil
Clorpromazina	Antipsicótico	10–30h	0,03–0,1 µg/mL	2	1–2 µg/mL; Coma/morte: 3–4 µg/mL	Biperideno
Clozapina	Antipsicótico	6–17h	0,35–0,6 µg/mL	1	0,16 µg/mL; Coma/morte: ≥1,2 µg/mL	Não há antídoto específico
Codeína	Opioide	3–4h	0,03–0,25 µg/mL	–	0,5–1 µg/mL; Coma/morte: ≥1,8 µg/mL	Naloxona
Desipramina	Antidepressivo	15–25h	0,01–0,5 µg/mL	2	0,01–0,5 µg/mL; Coma/morte: ≥3 µg/mL	Não há antídoto específico

Diazepam*	Ansiolítico	24–48h	0,1–2 µg/mL	4	3–5 µg/mL	Flumazenil
Escitalopram (RAO, 2007)	Antidepressivo	27–33h	0,015–0,08 µg/mL	2	0,16 µg/mL	Não há antídoto específico
Fenitoína	Anticonvulsivante	20–40h	10–20 µg/mL	1	>25 µg/mL	Não há antídoto específico
Fenobarbital	Anticonvulsivante	60–130 h	10–30 µg/mL	1	30–40 µg/mL; Coma/morte: 50–60 µg/mL	Não há antídoto específico
Flufenazina	Antipsicótico	16h	0,001–0,01 µg/mL	1	0,015 µg/mL	Não há antídoto específico
Flunitrazepam	Ansiolítico/Hipnótico	10–20h	0,005–0,015 µg/mL	4	0,05 µg/mL	Flumazenil
Fluoxetina	Antidepressivo	2–6h	0,12–0,5 µg/mL	3	1 µg/mL; Coma/morte: 6 µg/mL	Não há antídoto específico
Flurazepam	Ansiolítico/Hipnótico	2h	0,02–0,1 µg/mL	4	0,2–0,5 µg/mL; Coma/morte: 0,8 µg/mL	Flumazenil
Gabapentina	Anticonvulsivante	5–9h	0,5–20 µg/mL	3	> 25 µg/mL	Não há antídoto específico
Haloperidol	Antipsicótico	10–35h	0,005–0,017 µg/mL	1	0,05–0,5 µg/mL; Coma/morte: 0,188;0,5 µg/mL	Biperideno
Imipramina	Antidepressivo	6–20h	0,05–0,35 µg/mL	1	0,5–1 µg/mL; Coma/morte: 1,5–2 µg/mL	Bicarbonato de sódio (antídoto funcional)
Lamotrigina**	Anticonvulsivante	23–37h	3–14 µg/mL	2	>20–30 µg/mL; Coma/morte: >35,7 µg/mL	Não há antídoto específico
Levodopa (L–Dopa)	Antiparkinsoniano	1–3 h	0,3–2 µg/mL	3	5 µg/mL; Coma/morte: 650 µg/mL	Não há antídoto específico
Lítio*	Estabilizador do Humor	8–50h	0,5–1,0 mEq/L	1	>1,2 mEq/L	Não há antídoto específico
Lorazepam	Ansiolítico	10–40 h	0,08–0,25 µg/mL	4	0,3–0,5 µg/mL	Flumazenil
Metadona	Opioide	23–55h	0,1–0,5 µg/mL	2	0,2 µg/mL; Coma/morte: 0,4 µg/mL	Naloxona
Metilfenidato	Psicoestimulante	2–7h	10–60 µg/mL	3	100–500 ng/mL; Coma/morte: 2,3 µg/mL	Não há antídoto específico
Midazolam	Ansiolítico/Hipnótico	1,5–3 h	0,04–0,1 µg/mL	4	1–1,5 µg/mL	Flumazenil
Morfina	Opioide	1–4h	0,01–0,1 µg/mL	4	0,1 µg/mL; Coma/morte: 0,1–4 µg/mL	Naloxona
Nitrazepam	Ansiolítico/Hipnótico	20–30h	0,03–0,1 µg/mL	4	0,2–3 µg/mL; Coma/morte: 5 µg/mL	Flumazenil

Norfluoxetina	Antidepressivo	1–3 dias	100–600 ng/mL	3	>2.000 ng/mL	Não há antídoto específico
Nortriptilina	Antidepressivo	18–56h	0,02–0,2 µg/mL	1	0,3 µg/mL; Coma/morte: 1–3 µg/mL	Bicarbonato de sódio (antídoto funcional)
Olanzapina	Antipsicótico	30–60h	0,02–0,08 µg/mL	1	0,15–0,2 µg/mL; Coma/morte: 0,25–4,9 µg/mL	Não há antídoto específico
Oxcarbazepina**	Anticonvulsivante	1,2–5h	10–35 µg/mL	2	45 µg/mL	Não há antídoto específico
Paroxetina	Antidepressivo	16–24h	10–50 ng/mL	3	0,35–0,4 µg/mL; Coma/morte: 3,7–4 µg/mL	Não há antídoto específico
Perazina	Antipsicótico	8–16h	0,1–0,23 µg/mL	1	0,46 µg/mL	Não há antídoto específico
Perfenazina	Antipsicótico	8–12h	0,6–2,4 ng/mL	1	5 ng/mL	Não há antídoto específico
Risperidona	Antipsicótico	2–4h	0,002–0,02 µg/mL	2	0,12 µg/mL; Coma/morte: 1,8 µg/mL	Não há antídoto específico
Sertralina	Antidepressivo	24–28h	50–250 ng/mL	2	290 ng/mL; Coma/morte: 1,6–3 µg/mL	Não há antídoto específico
Tioridazina	Antipsicótico	30h	0,1–0,2 µg/mL	1	0,4 µg/mL	Não há antídoto específico
Topiramato	Anticonvulsivante	20–30h	2–10 µg/mL	3	16 µg/mL	Não há antídoto específico
Trazodona	Antidepressivo	4–8h	0,7–1 µg/mL	2	1,2–4 µg/mL; Coma/morte: 12–15 µg/mL	Não há antídoto específico
Triazolam	Ansiolítico/Hipnótico	2,5h	2–20 ng/mL	4	40 ng/mL	Flumazenil
Venlafaxina	Antidepressivo	3–5h	0,1–0,4 µg/mL	2	1–1,5 µg/mL; Coma/morte: 6,1–24 µg/mL	Não há antídoto específico
Zopiclona	Hipnótico	3,5–8 h	0,01–0,05 µg/mL	4	0,15 µg/mL; Coma/morte: 0,6–1,8 µg/mL	Não há antídoto específico, mas Flumazenil pode auxiliar
Zolpidem	Hipnótico	2–3h	0,08–0,15 µg/mL	4	0,5 µg/mL; Coma/morte: 2–4 µg/mL	Flumazenil

*Para todos os medicamentos listados, a coleta de amostras deve ser feita imediatamente antes da tomada do fármaco, com exceções: diazepam – coleta no pico, 1 hora após a tomada; lítio – coleta de 8 a 12 horas após a tomada.

** Lamotrigina e oxcarbazepina geralmente não requerem dosagem de rotina, mas a medição pode ser útil em situações específicas (toxicidade, falha terapêutica, gravidez) (HIEMKE *et al.*, 2018; SCHORETSANITIS *et al.*, 2018).

Fonte: Adaptado de SCHORETSANITIS *et al.*, 2018.

Substâncias Psicoativas Ilícitas ou Abusadas: Níveis Plasmáticos e Triagem Toxicológica

De acordo com o II Relatório Brasileiro sobre Drogas (2021), a realidade do Brasil em relação às drogas é multifacetada e complexa, marcada pelo predomínio do consumo de substâncias lícitas, como álcool e tabaco, em relação às ilícitas.

Em 2005, o álcool foi a droga mais consumida pela população (74,6% de uso na vida), seguido pelo tabaco (44%). Essas substâncias, além de amplamente utilizadas, são as que mais contribuem para internações e mortalidade. Embora tenha ocorrido redução nas mortes associadas ao álcool, as drogas lícitas ainda exercem impacto significativo na mortalidade geral da população.

Em contrapartida, dados recentes do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (2025) revelam o crescimento no consumo de novas substâncias, incluindo os Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEFs), experimentados por 8,8% da população brasileira com 14 anos ou mais. Além disso, o uso do LSD e do MDMA tem presença notável nesse cenário, por seu consumo generalizado, cuja popularidade varia ao longo da história das drogas recreativas.

Por isso, em toxicologia clínica e forense, há manuais com faixas plasmáticas interpretativas associadas a efeitos clínicos, intoxicação ou risco de morte (**Tabela 25.5**). Esses níveis, no entanto, variam de acordo com fatores individuais, como tolerância, padrão de uso (agudo ou crônico), tempo desde o último uso, associação de uso com alimentos ou outras substâncias, via de administração e velocidade do metabolismo (AGURTO *et al.*, 2020; MARTA, 2019; MARTINIS; DORTA; COSTA, 2018).

A vulnerabilidade social permanece um aspecto central entre os usuários de crack, que, em

sua maioria, são jovens, homens, com baixa escolaridade e em situação de extrema exclusão social. Apesar de expressarem desejo de tratamento, esses indivíduos enfrentam dificuldades de acesso efetivo aos serviços de saúde e assistência.

Além disso, observa-se que a resposta do poder público tem se concentrado fortemente na repressão, com aumento expressivo tanto nas ocorrências de tráfico quanto na população carcerária, especialmente a feminina (OPALEYE *et al.*, 2021).

As drogas ilícitas não possuem valores de referência terapêuticos, como acontece com os medicamentos de uso clínico. Enquanto fármacos como anticonvulsivantes ou antidepressivos apresentam faixas plasmáticas definidas que orientam eficácia e segurança, substâncias como cocaína, maconha, LSD ou MDMA não são utilizadas com finalidade médica padronizada e, portanto, não dispõem de níveis terapêuticos estabelecidos.

O que existe, na prática, são valores de corte de exposição (*cut-off*) utilizados em toxicologia forense, ocupacional ou clínica, que servem para diferenciar resultados positivos e negativos nos testes de detecção de uso. Esses limites, definidos por agências regulatórias, não indicam segurança ou toxicidade, apenas confirmam a exposição.

Por exemplo, para o THC o ponto de corte na urina costuma ser 50 ng/mL nos testes de triagem e 15 ng/mL nos confirmatórios; para a cocaína (benzoilecgonina), 150 ng/mL; e para opiáceos como a morfina, 2000 ng/mL (REILLY, 2021).

De modo geral, não existem antídotos para as substâncias abordadas. O tratamento para a maioria delas, incluindo álcool, cocaína e nicotina, concentra-se em cuidados de suporte, como a administração de benzodiazepínicos no caso da cocaína, visando apenas aliviar os sintomas e estabilizar o paciente.

Tabela 25.5 Análise comparativa sobre substâncias de abuso mais relevantes no Brasil

Droga	Informação Adicional	No Organismo	Clínica do Paciente Intoxicado	Efeitos de Uso Crônico	Doses	Métodos de Detecção
Álcool (JUNG; NAM-KOONG 2014)	É o etanol, substância amplamente consumida como bebida recreativa.	É metabolizado no fígado a uma taxa média de 15mg/dL por hora. Se a ingestão de álcool exceder essa taxa, ele se acumula no corpo, causando os sintomas de intoxicação.	Caracteriza-se por mudanças comportamentais e psicológicas problemáticas. Os sinais fisiológicos incluem: fala arrastada, incoordenação, marcha instável, nistagmo, prejuízo da atenção ou memória, estupor ou coma.	O consumo crônico e pesado pode resultar em aumento da pressão arterial, cardiomiopatia e arritmias. Também pode levar à supressão da medula óssea, causando diminuição na produção de células sanguíneas, fraqueza muscular, redução da densidade óssea e atrofia cerebral.	Uma concentração até de 0.2 g/L é o limite legal para dirigir; concentração acima de 40g/L pode levar a coma e morte.	Análises de álcool no sangue, análise da respiração e fitas de saliva são utilizadas para determinar a concentração de álcool. A análise laboratorial é necessária em casos de alteração do estado mental. O teste do bafômetro detecta a presença de álcool no ar expelido pelos motoristas. De acordo com a Lei Seca (Lei nº 11. 705/ 2008), qualquer concentração de álcool por litro de ar alveolar sujeita o condutor a sanções administrativas. Para a medição, a tolerância é de 0,04 mg/L de álcool no ar, devido à margem de erro do aparelho, conforme a Resolução 432/ 2013 do CONTRAN.
Cocaína (Cloridrato) (REILLY, 2021; ROQUE-BRAVO <i>et al.</i>, 2022)	É um alcaloide simpático, geralmente consumido nas formas de cloridrato de cocaína (pó branco) ou como 'crack' (base livre). Age como anestésico local e estimulante do sistema nervoso central (SNC).	Além da via intravenosa, a cocaína também é consumida por outras vias, como a oral, inalada e intranasal, sendo que a via de administração influencia a velocidade de absorção, a intensidade e a duração dos efeitos. Quando usada por via intravenosa, é absorvida quase instantaneamente, levando a um pico de concentração	Os efeitos agudos incluem euforia, aumento do estado de alerta e bem-estar. Efeitos indesejados podem ser insônia, ansiedade, irritabilidade, e comportamento impulsivo. Manifestações fisiológicas incluem vasoconstrição, taquicardia, hipertensão e hipertermia.	O uso crônico pode levar a neurodegeneração, envelhecimento cerebral prematuro, depressão e danos aos vasos sanguíneos.	Concentrações de 0.029mg/L de cocaína no sangue já foram encontradas em casos fatais, enquanto em outros casos, concentrações de 3.9 mg/L apresentaram poucos sintomas. A faixa de quantificação em urina pode variar desde 2.5 a 10 ng/mL	Rapidamente distribuída para órgãos como cérebro, coração e rins, a droga é metabolizada principalmente no fígado em benzoilecgonina, seu principal metabólito inativo, que permanece no corpo por muito mais tempo. Enquanto a cocaína é detectável em sangue e urina por pouco tempo, a análise de cabelo permite rastrear o uso crônico e criar um histórico de consumo de longo prazo, já que a droga e seus metabólitos se incorporam aos fios, crescendo a uma taxa média de 1 cm por mês. Ensaios imunoquímicos são usados para uma avaliação preliminar e qualitativa. Métodos confirmatórios e quantitativos

		no sangue em cerca de 30 segundos, resultando em um efeito eufórico intenso, porém de curta duração, e aumenta o risco de overdose e toxicidade, com meia-vida de 40 a 90 minutos.				incluem a cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas (GC-MS) e a cromatografia líquida de alta performance (HPLC).
Crack (REILLY, 2021; ROQUE BRAVO et al., 2022)	É a forma de base livre da cocaína.	A via inalatória (fumar) resulta em uma concentração de pico no plasma mais alta e alcançada mais rapidamente. A meia-vida é de 40-90 minutos, semelhante à da cocaína.	Os efeitos clínicos são semelhantes aos da cocaína, mas a via inalatória (fumar) resulta em um risco aumentado de toxicidade aguda.	O uso do crack está mais associado a padrões de uso crônico e intenso, e a danos mais profundos em órgãos como o cérebro.	O biomarcador específico, o éster de anidroecgonina metila (AEME), pode ser identificado em concentrações que variam de 5–1477ng/mL em urina, 5–18 ng/mL em saliva e de 0.20–21.56 ng/mg em cabelo de usuários.	Os mesmos métodos da cocaína se aplicam. O uso de cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas (GC-MS) é útil para a identificação do metabólito específico AEME.
LSD (MARTA, 2019)	É um composto semi-sintético derivado do ácido lisérgico. É um líquido incolor, inodoro e insípido, geralmente ingerido em papel, cubos de açúcar ou gelatina.	É o alucinógeno mais potente conhecido, cujo mecanismo de ação é como agonista nos receptores de serotonina (5-HT _{2A}). A meia-vida de eliminação plasmática é de 2.6 horas.	Causa efeitos alterados de consciência que podem durar de 6 a 12h. Sintomas somáticos incluem tontura, fraqueza, tremores, náusea e visão turva. Pode causar uma “viagem ruim” (<i>bad trip</i>) com pânico e comportamento imprevisível, levando a acidentes fatais.	A substância tem um baixo potencial de dependência. O uso persistente pode causar consequências psicológicas graves. Um risco é o Transtorno de Percepção Persistente por Alucinógeno (HPPD), onde alucinações podem ocorrer semanas, meses ou anos após o uso.	É usado em doses muito pequenas, na faixa de 40-800 µg. A concentração plasmática máxima após 100 µg é de 1.3ng/ mL. É considerado fisiologicamente seguro e de baixa toxicidade, porque a dose letal é muito alta, enquanto a dose que produz efeitos é muito baixa.	A análise é desafiadora devido às baixas doses e ao metabolismo extenso. Os métodos padrão incluem a cromatografia gasosa (GC-MS) e a cromatografia líquida (LC-MS/MS). É importante analisar o metabólito principal O-H-LSD para comprovar o consumo.

Maconha (FITZ-GERALD <i>et al.</i>, 2013)	É uma planta anual que produz canabinoides. O THC é o principal componente psicoativo.	O THC e seus metabólitos podem ser detectados na urina por vários dias após uma ingestão aguda.	Os efeitos em humanos incluem a interrupção da cognição e da memória, distúrbios nas atividades motoras e regulação da percepção da dor, náusea e vômito.	Fumantes crônicos de maconha têm uma alta prevalência de células imunes pulmonares, maior incidência de bronquite e células pré-cancerosas no epitélio brônquico.	Em análises de alimentos, foram documentados níveis de quantificação de 1ng/g para o Δ 9 - THC e o canabinol (CBN) e de 2ng/g para o canabidiol (CBD). Além disso, uma faixa de detecção de 3.75–37.5 ng/cm ³ para o Δ 9-THC foi registrada especificamente no óleo de semente de cânhamo.	A cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas (GC/MS) e a cromatografia líquida de alta performance (HPLC) são as técnicas mais utilizadas.
MDMA (AGURTO <i>et al.</i>, 2020; THEAKSTONE <i>et al.</i>, 2015)	É um composto semisintético, relacionado aos anfetamínicos, conhecido como “Ecstasy” ou “Molly”.	É classificado como um psicodélico não-clássico e um entactógeno. Os efeitos principais duram de 3 a 5 horas.	Causa efeitos simpaticomiméticos agudos, como aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. A toxicidade do “Ecstasy” em ambientes recreativos pode levar a hipertermia e hiponatremia. Em casos de overdose, a detecção de MDMA/nafetaminas está associada a agitação, agressão, ansiedade, alucinações e psicose.	O uso recreativo crônico e pesado pode levar a uma diminuição na densidade do transportador de serotonina (SERT) no cérebro e pode estar associado a doenças cardíacas valvulares. O prejuízo neurocognitivo associado ao Ecstasy é conflitante e muitas vezes é confundido pelo uso de múltiplas substâncias.	Doses terapêuticas em ensaios clínicos variam de 75–125 mg. O uso recreativo pode chegar a uma dose média de 386 mg.	A detecção é feita por meio de análise toxicológica de urina, usando imunoensaios e métodos mais precisos como cromatografia gasosa e cromatografia líquida para confirmação. Métodos experimentais incluem a análise de fala automatizada para detectar os efeitos e a tomografia por emissão de pósitrons (PET) para pesquisa.
Nicotina (ALKAM; NABESHIMA, 2019; TAULOR)	A nicotina é uma alcaloide bioativo e neurotoxina obtida das folhas e caules da planta	É uma neurotoxina com propriedades parassimpatomínicas e viciantes. A meia-vida de eliminação no sangue de adultos não grávidas	Na intoxicação leve, os sintomas colinérgicos incluem náusea, vômito, diarreia e dificuldade respiratória. A ingestão de nicotina concentrada pode	A exposição pré-natal (PNE) à nicotina pode levar a anormalidades no desenvolvimento cerebral, déficits de atenção e prejuízos na memória. A exposição	A dose letal é estimada em 40–60 mg para adultos e cerca de 10 mg para crianças. E-líquidos de uma marca popular podem conter	A nicotina e seus metabólitos são eliminados pela urina. A cotinina é o principal marcador usado para detectar o uso de nicotina. Métodos baseados em cromatografia gasosa e líquida são preferidos para analisar a nicotina.

<i>et al., 2021)</i>	do tabaco. A nicotina pode ser administrada através de <i>e-liquidos</i> em cigarros eletrônicos, muitas vezes na forma de sais de nicotina.	é de aproximadamente 2 horas.	causar convulsões, hipotensão, depressão respiratória e morte. Lesão pulmonar (EVALI) é uma preocupação, com sintomas como tosse e falta de ar.	neonatal é um fator de risco para a síndrome da morte súbita do lactente (SIDS) e pode causar neurocomportamentos anormais em bebês, como excitação e estresse. O uso prolongado de nicotina também pode causar inflamação das vias aéreas e prejudicar o ritmo circadiano.	entre 56 e 75 mg/mL de nicotina, o que é quase quatro vezes o limite regulamentado em alguns países.
----------------------	--	-------------------------------	---	---	--

Fonte: Adaptado de BRUNTON; KNOLLMANN, 2024; KLAASSEN; WATKINS III, 2012.

Para drogas como crack, LSD, maconha e MDMA também não há antídotos específicos disponíveis. Nesses casos, a abordagem clínica se restringe a monitorar de perto os sinais vitais e gerenciar qualquer complicação que possa surgir, reforçando a ideia de que a reversão direta dos efeitos dessas substâncias não é uma opção viável no cenário médico atual (BASELT, 2020; KLAASSEN; WATKINS III, 2012; ZELLNER *et al.*, 2024).

Além disso, em toxicologia clínica e de emergência, alguns manuais apresentam intervalos interpretativos relacionados ao risco de intoxicação com manifestações clínicas. Níveis plasmáticos mais altos podem indicar risco de sintomas graves ou até morte.

No caso da cocaína, concentrações acima de 0,5 mg/L no plasma já podem causar manifestações clínicas, e valores acima de 5 mg/L são

potencialmente letais. Para o THC, níveis de 1 a 2 ng/mL no plasma sugerem uso recente, enquanto valores acima de 5 ng/mL estão associados a prejuízo psicomotor. Já o MDMA pode produzir efeitos clínicos em concentrações acima de 0,2 mg/L e risco de intoxicação grave quando atinge 1 a 2 mg/L (BASELT, 2020; DEBATTISTA; SCHATZBERG, 2021; FITZGERALD *et al.*, 2013; HIEMKE *et al.*, 2018; ROQUE BRAVO *et al.*, 2022; KLAASSEN; WATKINS III, 2012; ZELLNER *et al.*, 2024).

Em resumo, enquanto não existem faixas terapêuticas para drogas ilícitas, a interpretação laboratorial se apoia em valores de corte para indicar exposição e em níveis plasmáticos que, em situações de intoxicação, ajudam a estimar a gravidade do quadro clínico ou o risco de letalidade (**Tabela 25.6**).

Tabela 25.6 Valores de referência para drogas de abuso (detecção e toxicologia)

Droga / Substância	Matriz (teste)	Cut-off de detecção (positividade)	Concentração plasmática – efeitos / tóxica
Álcool (etanol)	Sangue	Positivo legal: $\geq 0,2$ g/L (Brasil) $\geq 0,5$ g/L (Europa)	0,3–0,5 g/L: euforia, desinibição; >1,5 g/L: prejuízo motor acentuado; >3,5–4 g/L: risco de coma e morte
Tabaco (nicotina / cotinina)	Urina	Cotinina: 200 ng/mL (fumante ativo) 2–20 ng/mL (fumante passivo)	Nicotina plasmática: 10–50 ng/mL em fumantes regulares
Cocaína (benzoilecgonina)	Urina	150 ng/mL (REILLY, 2021)	Plasma: >0,5 mg/L → risco de sintomas >5 mg/L → potencialmente letal
Maconha (THC)	Urina	Triagem: 50 ng/mL Confirmatório: 15 ng/mL	Plasma: 1–2 ng/mL → uso recente > 5 ng/mL → prejuízo psicomotor
LSD	Urina	0,5 ng/mL (confirmatório LC/MS)	Plasma: 1–3 ng/L (efeitos psíquicos) > 10 ng/L → risco de toxicidade severa
MDMA (<i>Ecstasy</i>)	Urina	500 ng/mL	Plasma: >0,2 mg/L → efeitos clínicos 1–2 mg/L → risco de intoxicação grave

Fonte: Adaptado de BASELT, 2020)

A triagem toxicológica das substâncias ilícitas retratadas, para ser eficaz, depende do momento correto da coleta, tanto para a detecção quanto para a correlação clínica de riscos. Idealmente, para maior precisão, a amostra deve

ser obtida após o paciente alcançar o estado de equilíbrio (*steady state*), o que geralmente ocorre entre quatro e seis meias-vidas de eliminação da substância.

No entanto, para a análise de detecção, havendo a presença da substância já pode-se afirmar que houve contato direto ou indireto. Esse princípio se torna particularmente relevante diante da grande variabilidade das substâncias.

A cocaína, por exemplo, com uma meia-vida de apenas 40 a 90 minutos, exige uma coleta rápida. Já para drogas como a nicotina em recém-nascidos, a meia-vida pode ser três a quatro vezes mais longa do que em adultos.

Para drogas de eliminação rápida, ou quando se busca uma janela de detecção estendida, a análise de metabólitos é crucial. É o caso do crack, cujo biomarcador específico (AEME) pode ser detectado por períodos mais longos em urina e cabelo, e do LSD, em que a busca por metabólitos como o 2-oxo-3-hidroxi-LSD é essencial para comprovar o consumo.

Com relação ao MDMA, as amostras em casos de overdose são coletadas o mais rápido possível na admissão hospitalar (MARTA, 2019; MARTINIS; DORTA; COSTA, 2018; ROQUE BRAVO *et al.*, 2022; TAYLOR *et al.*, 2021).

A análise comparativa das substâncias apresentadas revela um panorama complexo e multifacetado do uso de drogas. Cada substância, desde estimulantes como a cocaína até psicodélicos como o LSD, manifesta-se no organismo de maneira distinta, com mecanismos de ação únicos e perfis de risco variados.

O perigo inerente a uma droga não reside apenas em sua dose ou grupo químico, mas também na forma de consumo e no contexto em que é utilizada. Diante da imprecisão dos relatos de pacientes em casos de overdose, a análise toxicológica emerge como uma ferramenta fundamental.

As complexidades na detecção sublinham a necessidade de abordagens científicas rigorosas para a compreensão e o tratamento da toxicidade por drogas. A gestão eficaz da saúde pública

e clínica exige uma visão que integre não apenas a farmacologia e a toxicologia de cada substância, mas também as dinâmicas de uso, os padrões de consumo e os impactos sociais e legais que as cercam (KLAASSEN; WATKINS III, 2012; MARTINIS; DORTA; COSTA, 2018; MOREAU, 2015; ZELLNER *et al.*, 2024).

A dosagem plasmática de psicofármacos, sejam eles lícitos ou ilícitos, exerce papel fundamental na assistência em saúde mental. Esse recurso auxilia na identificação de riscos relacionados ao uso abusivo de substâncias, na detecção de interações medicamentosas e em situações de intoxicação, promovendo maior segurança ao paciente.

Além disso, contribui para a otimização dos tratamentos prescritos, favorecendo a adesão terapêutica e possibilitando ajustes individualizados conforme as necessidades clínicas de cada caso. Dessa forma, é possível estabelecer a menor dose eficaz capaz de alcançar o efeito terapêutico desejado, garantindo melhores resultados clínicos e reduzindo potenciais efeitos adversos.

Nesse contexto, a contínua necessidade de novos estudos e o desenvolvimento de métodos de confirmação mais sensíveis e padronizados são cruciais para aprofundar o entendimento sobre o metabolismo e os efeitos de diversas substâncias, garantindo assim a segurança e a precisão na assistência ao paciente (HIEMKE *et al.*, 2018).

Conforme Schoretsanitis *et al.* (2018), nas diretrizes atualizadas a MTF deve ser entendida como uma ferramenta clínica fundamental na psiquiatria e na neurologia, especialmente diante da grande variabilidade interindividual no metabolismo, resposta e tolerância aos psicofármacos.

O objetivo central é aumentar a eficácia e minimizar riscos de toxicidade ou falha tera-

pêutica, permitindo ajustar doses de forma personalizada. O uso de TDM é fortemente recomendado em situações como: falta de resposta clínica apesar do uso de doses usuais; ocorrência de efeitos adversos inesperados ou graves; dúvida sobre adesão ao tratamento; presença de interações medicamentosas relevantes ou comorbidades que alterem a farmacocinética; uso em populações especiais (idosos, crianças, gestantes, pacientes com insuficiência renal/hepática).

As diretrizes também lembram que a TDM não deve ser usada isoladamente, mas sempre integrada à avaliação clínica, a exames complementares e ao contexto do paciente. Dessa forma, o recurso auxilia na construção de uma prática médica individualizada, baseada em evidências e mais segura, ampliando o potencial dos psicofármacos na clínica cotidiana

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGURTO, C. *et al.* Detection of acute 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) effects across protocols using automated natural language processing. *Neuropsychopharmacology*, v. 45, n. 5, p. 823-832, 2020. DOI: 10.1038/s41386-020-0620-4.

ALKAM, T.; NABESHIMA, T. Molecular mechanisms for nicotine intoxication. *Neurochemistry International*, v. 125, p. 117-126, 2019. DOI:10.1016/j.neuint.2019.02.006.

BASELT, R. C. *Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man*. 12th ed. Seal Beach: Biomedical Publications, 2020.

BRASIL. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 set. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19503.htm. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jun. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111705.htm. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID): Sumário Executivo. [S. l.]: SENAD, 2025. 20 p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/108UOGdVlyEYTLjrZOxLH6vJc8vyL3fo1/view>. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. In: *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1998. Seção 1.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964. Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes. In: *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1º set. 1964.

BRUNTON, L. L.; KNOLLMANN, B. C. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman*. 14. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2024.

CENTRO DE ESTUDO E PESQUISA EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMUNITÁRIO (CDESC) *et al.* Observatórios Nacionais sobre Drogas na América Latina. [S. l.]: CDESC, 2025. 46 p. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1HHr0BcKNyoGVqc_Ti9BNvM6K0jx2b2w3/view. Acesso em: 23 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Monitorização Terapêutica de Medicamentos*. Brasília, DF: CFF, 2020. 88 p. (Documento de Consulta Pública).

CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO (CONTRAN). Resolução nº 432, de 23 de janeiro de 2013. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jan. 2013. Disponível em: https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/arquivos-denatran/contran/resolucoes/resolucao_contran_432_2013. Acesso em: 28 ago. 2025.

DEBATTISTA, C.; SCHATZBERG, A. F. *The Black Book of Psychotropic Dosing and Monitoring*. *Psychopharmacology Bulletin*, v. 51, n. 1, p. 8-58, 2021.

FITZGERALD, K. T. *et al.* Marijuana poisoning. *Topics in Companion Animal Medicine*, v. 28, n. 1, p. 8-12, 2013. DOI:10.1053/j.tcam.2013.03.004.

HIEMKE, C. *et al.* Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*, v. 51, n. 1-02, p. 9-62, 2018. DOI: 10.1055/s-0043-116492.

JUNG, Y.-C.; NAMKOONG, K. Alcohol: intoxication and poisoning - diagnosis and treatment. *Handbook of Clinical Neurology*, v. 125, p. 115-121, 2014. DOI: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00007-0.

KANG, J. S.; LEE, M. H. Overview of therapeutic drug monitoring. *Korean Journal of Internal Medicine*, Seoul, v. 24, n. 1, p. 1-10, mar. 2009. DOI: 10.3904/kjim.2009.24.1.1.

KLAASSEN, C. D.; WATKINS III, J. B. *Fundamentos da toxicologia de Casarett e Doull (Lange)*. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

MARTA, R. F. L. O. Metabolism of lysergic acid diethylamide (LSD): an update. *Drug Metabolism Reviews*, v. 51, n. 3, p. 378-387, 2019. DOI:10.1080/03602532.2019.1638931.

MARTINIS, B. S. de; DORTA, D. J.; COSTA, J. L. da. *Toxicologia forense*. São Paulo: Editora Blucher, 2018.

MOREAU, R. L. de M. *Ciências Farmacêuticas – Toxicologia Analítica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015

OPALEYE, E. S. *et al.* II Relatório Brasileiro sobre Drogas: sumário executivo. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2021. 49 p. Coedição com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). ISBN 978-65-87762-13-5. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/SumarioExecutivoIIRelatorioBrasileirosobreDrogas.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2025.

RAO, N. The clinical pharmacokinetics of escitalopram. *Clinical Pharmacokinetics*, v. 46, n. 4, p. 281-290, 2007. DOI: 10.2165/00003088-200746040-00002.

REILLY, J. Standard Drug Testing Cut-Off Levels from our SAMHSA Certified Labs. *National Drug Screening*, 18 jun. 2021. Disponível em: <https://www.nationaldrugscreening.com/blogs/standard-drug-testing-cut-off-levels-from-our-samhsa-certified-labs/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

ROQUE R. B. *et al.* Cocaine: An Updated Overview on Chemistry, Detection, Biokinetics, and Pharmacotoxicological Aspects including Abuse Pattern. *Toxins*, v. 14, n. 4, art. 278, 13 abr. 2022. DOI:10.3390/toxins14040278.

SCHERF-CLAVEL, M. *et al.* Behind the Curtain: Therapeutic Drug Monitoring of Psychotropic Drugs from a Laboratory Analytical Perspective. *Ther Drug Monit*, v. 46, n. 2, p. 143-154, abr. 2024. DOI: 10.1097/FTD.0000000000001092.

SCHORETSANITIS, G. *et al.* TDM in psychiatry and neurology: A comprehensive summary of the consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology, update 2017; a tool for clinicians. *The World Journal Biological Psychiatry*, v. 19, n. 3, p. 162-174, abr. 2018. DOI: 10.1080/15622975.2018.1439595.

TAYLOR, A. *et al.* A review of nicotine-containing electronic cigarettes-Trends in use, effects, contents, labelling accuracy and detection methods. *Drug Testing and Analysis*, v. 13, n. 2, p. 242-260, 2021. DOI: 10.1002/dta.2998.

THEAKSTONE, A. G. *et al.* Chemiluminescence detection of MDMA in street drug samples using tris(2,2'-bipyridine)ruthenium(III). *Drug Testing and Analysis*, v. 7, n. 5, p. 428-432, 2015. DOI:10.1002/dta.1780.

ZELLNER, T. *et al.* Recreational Drug Overdose-Clinical Value of Toxicological Analysis. *Toxics*, v. 12, n. 9, art. 662, 10 set. 2024. DOI:10.3390/toxics12090662.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Capítulo 26

TRANSTORNOS BIPOLARES: DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

PAULA NOBILI FUNCKE¹
ANA CAROLINA SIMON¹
GIOVANA ZAFFARI LACERDA¹
GIOVANNA VISSOKY CÉ¹
JOÃO PEDRO CABRAL GOELZER¹
JÚLIA GIFFONI KREY¹
ELIZABETH CORRÊA GOMES¹
JÚLIA GALLINA HOFFMANN¹
HELENA FERNANDES DE AZEVEDO¹
ISADORA MENDES BERWANGER¹
NATÁLIA BALBINOT ZANINI¹
KARINE DOS SANTOS MARTINS¹
ANA SFOGGIA²

¹Discente – Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

²Docente – Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Palavras-Chave: Transtorno Bipolar; Diagnóstico Diferencial; Tratamento Multimodal.

DOI: 10.59290/1710292963

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar (TB) e os transtornos relacionados configuram um grupo complexo de condições psiquiátricas caracterizadas por alterações significativas do humor, que oscilam entre episódios de mania, hipomania e depressão. Essas alterações impactam profundamente o funcionamento psíquico, social e ocupacional dos indivíduos acometidos, podendo levar a prejuízos severos na qualidade de vida e no convívio interpessoal (VIGO *et al.*, 2021).

De acordo com estimativas de 2022 da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 140 milhões de pessoas no mundo sofrem com transtornos do espectro bipolar, levando a condição a estar entre as 10 principais causas de incapacidade, o que reforça a relevância do tema para a saúde pública global.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-5) classifica os transtornos bipolares em diferentes categorias, sendo as principais o Transtorno Bipolar tipo I, caracterizado por pelo menos um episódio maníaco completo, e o Transtorno Bipolar tipo II, no qual ocorrem episódios de hipomania alternados com episódios de depressão maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Além desses, incluem-se o transtorno ciclotímico, os transtornos bipolares induzidos por substâncias/medicamentos, os secundários a outras condições médicas gerais, bem como os transtornos especificados e não especificados.

O diagnóstico de "transtornos afetivos bipolares" na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), foi modificado para "transtornos bipolares" na CID-11 (OMS, 2019; 2023). A seção onde estão os transtornos bipolares, intitulada "transtornos bipolares e relacionados", é consistente com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtor-

nos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Sua etiologia é multifatorial, envolvendo uma interação complexa entre fatores genéticos, neuroquímicos, estruturais e ambientais (GREWAL *et al.*, 2022). A Sociedade Brasileira de Psiquiatria ressalta a importância do reconhecimento precoce dos sintomas e da implementação de um tratamento contínuo, com vistas à estabilização do humor e à prevenção de recaídas e hospitalizações, considerando a característica de neuroprogressão do transtorno (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS, 2022).

Diante desse cenário, o presente capítulo tem como objetivo apresentar uma revisão atualizada sobre os critérios diagnósticos e os principais tratamentos dos transtornos bipolares e seus correlatos. Serão abordadas intervenções farmacológicas — como o uso de estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos — e psicossociais, incluindo psicoeducação, psicoterapia e suporte familiar. Dessa forma, o capítulo busca oferecer uma visão abrangente e fundamentada do tema, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde mental.

MÉTODO

A presente pesquisa foi conduzida nos meses de maio e junho de 2025, seguindo o formato de uma revisão narrativa da literatura. Para a coleta de dados, foram realizadas buscas nas bases SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores DeCS/MeSH: “transtorno bipolar”, “diagnóstico clínico” e “tratamento”. Esses termos foram combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. A pesquisa inicial gerou um grande volume de publicações, que passaram por critérios de seleção previamente estabelecidos.

Foram incluídos estudos escritos em português, inglês ou espanhol, publicados nos últi-

mos quinze anos, desde que estivessem alinhados aos temas centrais do estudo. Artigos originais, revisões de literatura e diretrizes clínicas foram considerados elegíveis. Por outro lado, foram excluídas publicações repetidas, materiais sem acesso livre e trabalhos que não abordassem diretamente o foco da investigação.

A etapa final de seleção priorizou os conteúdos mais relevantes e recentes, entre eles artigos científicos e documentos técnico-normativos. Esses materiais foram analisados de forma criteriosa e interpretados criticamente. Os achados foram organizados de maneira descritiva, estruturados em categorias temáticas que abordam: o diagnóstico do transtorno bipolar tipo 1, do tipo 2, do transtorno ciclotímico, de outros transtornos relacionados, além das abordagens de tratamento farmacológico e psicossocial para os transtornos bipolares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diagnóstico do transtorno bipolar tipo 1

O Transtorno Bipolar Tipo I (TBI) é uma doença mental crônica, caracterizada por um curso clínico de episódios de humor recorrentes (maníaco, depressivo e hipomaníaco), sendo uma condição que pode abranger desde adolescentes até adultos, tendo influências genéticas e ambientais para a sua ocorrência. A doença caracteriza-se pela presença de pelo menos um episódio maníaco, que pode ser antecedido ou seguido por episódios depressivos maiores ou episódios mistos, mas a ocorrência de ao menos um episódio maníaco é necessário para o diagnóstico. No entanto, o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Segundo o DSM-5, o episódio maníaco consiste em um período distinto e definido de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável, diagnosticado por três sintomas, tais como: autoestima inflada ou grandiosidade, diminuição da necessidade de

sono, taquialia, fuga de ideias, agitação psicomotora, hiperfoco ou atividade dirigida a objetos; a sua duração deve ser de no mínimo 2 semanas ou necessidade de contenção hospitalar. Os sintomas se fazem presentes na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária). O episódio maníaco causa pre-juízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou requer hospitalização para prevenir danos a si mesmo ou a terceiros; ademais, em alguns casos, podem ocorrer sintomas psicóticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Kaplan & Sadock complementa ressaltando que o transtorno é recorrente e o quadro pode ter apresentação mais complexa quando apresenta episódios mistos de sintomas maníacos e depressivos. Ainda, embora os episódios depressivos não sejam necessários para o diagnóstico, eles são frequentes e contribuem para a gravidade da doença. O transtorno impacta profundamente a qualidade de vida e o funcionamento do indivíduo, aumentando o risco de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e abuso de substâncias (SADOCK 2017).

Em resumo, o Transtorno Bipolar Tipo 1 é marcado por episódios maníacos graves, com comprometimento funcional significativo, podendo apresentar episódios depressivos ou mistos, sendo uma condição psiquiátrica complexa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Diagnóstico do transtorno bipolar tipo 2

O Transtorno Bipolar Tipo 2 (TB2) é caracterizado pela ocorrência de pelo menos um episódio depressivo maior e pelo menos um episódio hipomaníaco, sem que jamais tenha ocorrido um episódio maníaco completo. Segundo o DSM-5, a hipomania envolve um período de humor anormal e persistentemente elevado, expan-

sivo ou irritável, seguindo as mesmas características diagnósticas do episódio maníaco, mencionado acima, mas que difere em sua duração mais curta, no mínimo quatro dias consecutivos, e a um menor prejuízo funcional, uma vez que, não exige hospitalização e não apresenta sintomas psicóticos. Ainda assim, é importante ressaltar que o sofrimento clínico significativo ocorre, sobretudo, durante os episódios depressivos maiores, que são mais frequentes e duradouros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Kaplan & Sadock destaca uma importante dificuldade no diagnóstico do TB2 já que os episódios hipomaniacos muitas vezes não são percebidos, ou até, são vistos como períodos positivos de mais produtividade; dessa forma, estes pacientes procuram serviços de saúde apenas nos períodos depressivos. Esses fatores contribuem, não só, para o subdiagnóstico, mas também para o uso inadequado de antidepressivos, o que pode agravar a instabilidade do humor (SADOCK *et al.*, 2017).

O episódio depressivo maior, também necessário para o diagnóstico de TB2, dura pelo menos duas semanas e envolve humor deprimido ou perda de interesse/prazer, acompanhado de sintomas como fadiga, insônia ou hipersonia, sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração e pensamentos suicidas. O início do TB2 ocorre, assim como o TB1, na adolescência ou início da idade adulta, e segue o mesmo curso de cronicidade e recaídas depressivas. A presença de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e uso de substâncias, também é comum. Sendo assim, o TB2 é uma condição marcada por flutuações entre depressão grave e hipomania, exigindo diagnóstico cuidadoso, acompanhamento e tratamento contínuo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Diagnóstico do transtorno ciclotímico

O transtorno ciclotímico é uma forma leve do transtorno bipolar tipo II (TBII). Nesse sentido, o paciente apresenta episódios de hipomania e de depressão de forma crônica e flutuante, por períodos mais curtos entre as crises quando em comparação com o TBII. Acerca da personalidade do portador do diagnóstico, Kraepelin e Schneider a descreveram como uma alternância entre as personalidades depressiva e maníaca (SADOCK *et al.*, 2017).

Quanto à epidemiologia, os ciclotímicos compreendem entre 3-5% dos pacientes ambulatoriais em psiquiatria e cerca de 1% da população geral. O transtorno tem maior prevalência entre mulheres, em uma proporção de 3:2. Em relação ao início dos sintomas, até 75% dos pacientes instalam o quadro entre os 15-25 anos, daí sua relevância na pediatria. A instalação do quadro no período da adolescência é um marcador relevante para o prognóstico geral do quadro clínico (SADOCK *et al.*, 2017).

No que tange à etiologia, coexistem fatores biológicos e psicossociais. Há estudos que realizam uma associação entre portadores do transtorno ciclotímico e seu parentesco de 1º grau com portadores do transtorno bipolar tipo I. Quanto aos psicossociais, há associações entre uma tentativa supressiva do ego sobre o superego punitivo e severo sob a ótica freudiana (SADOCK *et al.*, 2017).

O diagnóstico do transtorno ciclotímico é clínico. Os sintomas são idênticos àqueles do transtorno bipolar tipo II, porém de menor gravidade e com duração mais breve. A manifestação mais comum é um quadro depressivo com períodos mistos de irritabilidade acentuada. As mudanças de humor são súbitas e irregulares, por vezes com alternância de apenas horas. Além disso, o abuso de álcool e outras substâncias é comum entre os portadores desse transtorno (SADOCK *et al.*, 2017). Mais além, a ciclotimia pode ser diferenciada de transtornos não relacio-

nados ao humor com base na irritabilidade, distúrbios do sono, idade de início dos sintomas, diagnósticos comórbidos e histórico familiar (VAN MEETER *et al.*, 2011).

No que tange à pediatria, além de o quadro do transtorno ciclotímico iniciar em grande parte da população a partir dos 15 anos de idade, existem algumas características no desenvolvimento da personalidade da criança e do adolescente que auxiliam a suspeitar da patologia. Isso se deve ao fato de que os pacientes portadores são muitas vezes crianças sensíveis, hiperativas ou mal-humoradas. Concomitantemente, há prejuízo nas atividades escolares e na capacidade de estabelecer relações interpessoais entre amigos e familiares (SADOCK *et al.*, 2017).

O tratamento do transtorno ciclotímico envolve terapia biológica com lítio, carbamazepina e valproato de sódio com dosagens idênticas àquelas para o tratamento do transtorno bipolar tipo I. É preciso cautela na prescrição de antidepressivos para não precipitar a instalação de um episódio de mania, o que ocorre em cerca de 50% dos pacientes. Por fim, o tratamento também compreende a psicoterapia para o desenvolvimento de mecanismos para enfrentar as oscilações de humor (SADOCK *et al.*, 2017). Na pediatria, é extremamente relevante a participação da família e da escola para compreensão e acolhimento do portador do diagnóstico, sobretudo na adolescência (BARLOW, 2020).

Diagnóstico dos outros transtornos relacionados

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é uma das condições que mais frequentemente se confunde com o transtorno bipolar, sobretudo o tipo II. Ambos os transtornos compartilham instabilidade emocional, impulsividade e comportamento autolesivo. Entretanto, enquanto os episódios afetivos no transtorno bipolar são episódicos e ocorrem independentemente de estímulos externos, os estados afetivos no TPB

tendem a ser reativos a eventos interpessoais e muito mais breves, geralmente durando horas. Além disso, o TPB se manifesta de forma persistente desde a adolescência ou início da vida adulta, com prejuízo crônico no funcionamento interpessoal e na identidade, o que não é observado no transtorno bipolar interepisódico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Outra condição frequentemente confundida com o transtorno bipolar é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), especialmente em adultos. Ambos os transtornos compartilham traços de impulsividade, distração e labilidade emocional. Contudo, o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que se inicia na infância e apresenta curso contínuo, enquanto o transtorno bipolar é episódico e, muitas vezes, com início mais tardio. Além disso, a presença de períodos de humor e energia anormalmente elevados é um marcador mais específico do transtorno bipolar (MALHI *et al.*, 2023).

Por fim, condições médicas e uso de substâncias também devem ser considerados no diagnóstico diferencial, uma vez que diversos quadros clínicos, como hipertireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico ou intoxicação por substâncias estimulantes, podem provocar sintomas que mimetizam episódios maníacos. A exclusão de causas secundárias requer avaliação laboratorial e anamnese detalhada.

Assim, a diferenciação entre o transtorno bipolar e outros quadros com sintomas afetivos e comportamentais sobrepostos depende de uma análise acurada da cronologia dos sintomas, sua relação com eventos externos, história familiar, presença de traços de personalidade e exclusão de causas orgânicas ou induzidas.

Tratamento farmacológico dos transtornos bipolares

O tratamento farmacológico do transtorno bipolar tem evoluído significativamente nas úl-

timas décadas, fundamentando-se no uso de estabilizadores de humor, antipsicóticos atípicos e, de maneira restrita e cautelosa, antidepressivos. A terapêutica deve ser ajustada conforme o subtipo clínico (TB1 ou TB2), e a fase do transtorno – mania, depressão ou manutenção –, com especial atenção à eficácia, segurança e perfil de tolerabilidade dos agentes disponíveis (YATHAM *et al.*, 2018).

No manejo da mania aguda do TB1, recomenda-se como primeira linha o uso de lítio, quetiapina, divalproato de sódio, asenapina, aripiprazol, paliperidona (≥ 6 mg), risperidona e cariprazina. Esses agentes demonstraram eficácia semelhante em ensaios clínicos randomizados, com medidas de efeito variando entre pequeno e moderado. O lítio permanece como a principal escolha na ausência de contraindicações, particularmente devido à sua eficácia preventiva ao longo de múltiplas fases do transtorno (YATHAM *et al.*, 2018).

A posologia do lítio inicia-se com 300 mg duas a três vezes ao dia, ajustando-se para alcançar níveis plasmáticos entre 0,8 e 1,2 mEq/L durante a fase aguda. Na manutenção, almeja-se níveis entre 0,6 e 0,8 mEq/L. A quetiapina é utilizada entre 300 e 600 mg/dia, administrada em dose única ou fracionada. O divalproato de sódio, por sua vez, é iniciado com 750 mg/dia e titulado para níveis séricos de 50 a 125 $\mu\text{g/mL}$, podendo-se empregar dose de ataque de 20–30 mg/kg/dia em situações críticas (YATHAM *et al.*, 2018).

No TB 2, episódios de hipomania não requerem necessariamente tratamento agudo com antipsicóticos, exceto em casos atípicos ou com sintomas intensos. Nessas situações, fármacos como lítio, lamotrigina ou quetiapina podem ser utilizados, com preferência para abordagens que visem estabilização do humor a longo prazo, dada a menor gravidade dos episódios de elevação do humor (YATHAM *et al.*, 2018).

Nos episódios maníacos com agitação psicomotora grave, especialmente no TB1, fármacos de ação rápida são essenciais. Se o paciente concordar em tomar medicamentos por via oral, agentes antimaniacos eficazes e com início rápido devem ser considerados primeiro. Portanto, uma dose de ataque de divalproato de sódio, de antipsicóticos atípicos ou típicos ou de benzodiazepínicos pode ser apropriada. Em caso de persistência do quadro, pode ser usada farmacoterapia por via intramuscular (IM), como aripiprazol 9,75 mg IM, olanzapina 10 mg IM e lorazepam 1–2 mg IM. Estes agentes de-monstram início de ação rápido e são preferidos ao haloperidol por apresentarem menor risco de efeitos extrapiramidais (YATHAM *et al.*, 2018).

A fase depressiva é predominante em ambos os subtipos, mas especialmente proeminente no TB2. No TB1, as primeiras opções farmacológicas incluem quetiapina 300 mg/dia, lítio, lamotrigina, lurasidona (20 a 120 mg/dia) e a combinação olanzapina (6–12 mg) e fluoxetina (25–50 mg). A cariprazina (1,5 a 3 mg/dia) também é eficaz como monoterapia (YATHAM *et al.*, 2018).

Para o TB2, o quadro depressivo tende a ser mais duradouro e é o principal alvo terapêutico. A quetiapina possui a evidência mais sólida (nível 1) como monoterapia para TB2. A lamotrigina, com dose-alvo de 200 mg/dia e titulação lenta (iniciando com 25 mg/dia), é especialmente útil na prevenção e no tratamento da depressão bipolar, sendo preferida em pacientes com histórico de predomínio depressivo (YATHAM *et al.* 2018).

Os antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou bupropiona) não são recomendados como monoterapia no tratamento da depressão bipolar. Contudo, seu uso pode ser considerado em casos específicos, principalmente no TB2, e sempre em associação com estabilizadores do humor, como lítio ou di-

alproex, devido ao risco de virada maníaca. A combinação de olanzapina 6–12 mg com fluoxetina 25–50 mg é uma das mais bem estudadas, especialmente para depressão bipolar I (YATHAM *et al.*, 2018).

A fase de manutenção visa prevenir recorrências, minimizar hospitalizações e restaurar o funcionamento psicossocial. No TB1, os medicamentos com maior evidência de eficácia incluem o lítio, quetiapina, divalproato, lamotrigina, aripiprazol e asenapina. O lítio, em particular, apresenta benefícios comprovados tanto na prevenção de mania quanto de depressão (YATHAM *et al.*, 2018).

Terapias combinadas, como lítio + quetiapina ou divalproato + aripiprazol, apresentam eficácia superior à monoterapia em casos de maior gravidade ou resposta prévia inadequada. Essas combinações são particularmente recomendadas quando se busca prevenir tanto episódios maníacos quanto depressivos (YATHAM *et al.*, 2018).

Em contrapartida, no TB2, o foco do tratamento de manutenção recai sobre a prevenção de episódios depressivos, dada a baixa incidência de hipomania. Nesse contexto, lamotrigina e quetiapina são as principais recomendações, com boa tolerabilidade e eficácia sustentada. O lítio pode ser considerado em pacientes com episódios hipomaníacos mais intensos ou histórico familiar relevante (YATHAM *et al.*, 2018).

Em ambas as formas do transtorno, combinações farmacológicas podem ser indicadas para casos de resposta parcial ou refratários. Exemplos incluem lítio + quetiapina, divalproato + aripiprazol e lamotrigina + lítio, conforme tolerabilidade e histórico de resposta individual (YATHAM *et al.*, 2018).

Tratamento psicossocial dos transtornos bipolares

O tratamento psicossocial é um complemento essencial à farmacoterapia no manejo do

transtorno bipolar, abordando aspectos como prevenção de recaídas, adesão ao tratamento medicamentoso, recuperação funcional e qualidade de vida. As intervenções psicossociais mais amplamente estudadas e com maior respaldo em evidências incluem a psicoeducação, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia interpessoal e de ritmo social (IPSRT), terapia focada na família (FFT) e terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT) (SALCEDO *et al.*, 2016).

A psicoeducação, realizada de forma individual ou em grupo, tem como foco a conscientização sobre a doença, o reconhecimento precoce dos sintomas e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso. Demonstrou eficácia na redução das taxas de recaída, especialmente quando combinada com a TCC, e está associada à melhora da adesão ao tratamento e dos desfechos funcionais. A TCC, adequada ao transtorno bipolar, tem como objetivo a identificação e modificação de crenças e comportamentos disfuncionais, sendo eficaz em prolongar o tempo até a recaída e reduzir os sintomas maníacos, principalmente quando combinada à psicoeducação (MILIC *et al.*, 2025).

A IPSRT enfatiza a estabilização das rotinas diárias e dos ciclos de sono e vigília, com base na observação de que perturbações nos ritmos sociais podem precipitar episódios de humor. Essa abordagem demonstrou benefícios na redução do risco de recaídas e na melhora do funcionamento geral.

CONCLUSÃO

O transtorno bipolar, em suas diferentes manifestações, configura uma condição psiquiátrica de grande complexidade, impacto funcional e relevância clínica. O reconhecimento das especificidades do Transtorno Bipolar tipo I, tipo II e dos demais transtornos relacionados — incluindo seus critérios diagnósticos, curso clínico

co, comorbidades e diagnósticos diferenciais — é fundamental para o manejo adequado dos pacientes. O diagnóstico precoce e preciso contribui para evitar intervenções inadequadas, como o uso isolado de antidepressivos em pacientes com episódios hipomaníacos não reconhecidos, o que pode agravar a instabilidade do humor e comprometer a evolução do quadro.

O tratamento eficaz do transtorno bipolar exige uma abordagem integrada, combinando intervenções farmacológicas baseadas em evidências com estratégias psicossociais direcionadas à promoção da adesão terapêutica, à reabilitação funcional e à melhora da qualidade de vida. Medicamentos como o lítio, a quetiapina, o divalproato e a lamotrigina ocupam papel central na estabilização do humor e na prevenção de

recaídas, enquanto terapias como a psicoeducação e a TCC demonstram benefícios consistentes no manejo a longo prazo.

Considerando a cronicidade e a gravidade da doença, bem como o risco aumentado de suicídio e hospitalizações, torna-se indispensável que o cuidado ao paciente bipolar seja contínuo, individualizado e centrado em múltiplas dimensões — clínica, emocional, social e familiar. Ao lançar luz sobre os aspectos diagnósticos, terapêuticos e psicossociais do transtorno bipolar, este capítulo busca contribuir para o aprimoramento da prática em saúde mental, promovendo uma atenção mais qualificada, empática e eficaz às pessoas acometidas por esse transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS. Transtorno bipolar afeta cerca de 140 milhões de pessoas no mundo. Brasília: ABRATA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtorno-bipolar-afeta-cerca-de-140-milhoes-de-pessoas-no-mundo>. Acesso em 03/03/2025.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M.; HOFMANN, S. G. Psicopatologia: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2020.

GREWAL S, *et al.* Biomarkers of neuroprogression and late staging in bipolar disorder: A systematic review. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, n. 57, v. 3, p. 328-343, 2022. doi: 10.1177/00048674221091731.

MALHI, G. S. *et al.* The 2023 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, n. 57, v. 1, p. 5-117, 2023.

MILIC J, *et al.* Short Communication on Proposed Treatment Directions in Bipolar Disorder: A Psychotherapy Perspective. Journal of Clinical Medicine, v. 14, n. 6, p. 1857, 2025. doi: 10.3390/jcm14061857.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/organizacao-mundial-da-saude-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>. Acesso em 03/03/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Internacional de Doenças Décima Primeira Revisão (CID-11). Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em 03/03/2025.

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

SALCEDO, S. *et al.* Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. Journal of the International Society for Affective Disorders, v. 201, p. 203-214, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.018.

VAN METER, A. *et al.* Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample. Journal of the International Society for Affective Disorders, v. 132, n. 1-2, p. 55-63, 2011. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.004.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. 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. The Lancet Psychiatry, n. 8, v. 2, p. 171–184, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2022.

YATHAM, L.N. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders, v. 20, n. 2, p. 97–170, 2018. doi:10.1111/bdi.12609.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXVI

Índice Remissivo

<i>Adolescência</i>	16	<i>Probióticos</i>	169
<i>Ansiedade</i>	118, 169	<i>Psicologia Ambiental</i>	105
<i>Aplicação Terapêutica</i>	211	<i>Psicopatia</i>	7
<i>Arteterapia</i>	226	<i>Psicose Puerperal</i>	32
<i>Ato-Dor</i>	226	<i>Psicoterapia</i>	81
<i>Autoimagem</i>	72	<i>Psiquiatria</i>	195
<i>Baby Blues</i>	32	<i>Puerpério</i>	40
<i>Burnout</i>	26, 189	<i>Qualidade de Vida</i>	180
<i>Canabinoides</i>	211	<i>Quarto Infantil</i>	105
<i>Construção da Identidade</i>	16	<i>Redes Sociais</i>	16, 72
<i>Cuidador Familiar</i>	132	<i>Revisão</i>	189
<i>Cuidados Paliativos</i>	180	<i>Saúde</i>	97
<i>Depressão</i>	26, 152, 169	<i>Saúde do Trabalhador</i>	140
<i>Depressão Pós-Parto</i>	32	<i>Saúde Mental</i>	40, 62, 72, 132, 180, 195
<i>Desafios</i>	26	<i>Síndrome de Burnout</i>	97, 140
<i>Diagnóstico</i>	152	<i>Suicídio</i>	226
<i>Diagnóstico Diferencial</i>	257	<i>Telemarketing</i>	140
<i>Epigenética</i>	1	<i>Terapia Cognitivo-Comportamental</i>	123
<i>Estudantes</i>	189	<i>Término de Relacionamento</i>	53
<i>Exercício Físico</i>	118	<i>Transtorno Bipolar</i>	257
<i>Experiências Adversas na Infância</i>	1	<i>Transtorno de Personalidade</i>	195
<i>Gestalt Terapia</i>	81	<i>Transtornos de Ansiedade</i>	123
<i>Gravidez</i>	40	<i>Transtornos do Comportamento</i>	211
<i>Idosos</i>	132	<i>Transtornos Mentais</i>	7
<i>Insônia</i>	162	<i>Transtornos Mentais Ocupacionais</i>	97
<i>Luto</i>	53	<i>Tratamento</i>	118, 152
<i>Medicina</i>	189	<i>Tratamento Multimodal</i>	257
<i>Monitoramento Terapêutico de Fármacos</i>	236	<i>Trauma Precoce</i>	1
<i>Mulheres</i>	62	<i>Triagem Toxicológica</i>	236
<i>Música</i>	53	<i>Uso Correto de Medicamentos</i>	236
<i>Neuroarquitetura</i>	105	<i>Vício</i>	162
<i>Neurobiologia</i>	7	<i>Violência Doméstica</i>	81
<i>Prevenção</i>	62	<i>Zolpidem</i>	162