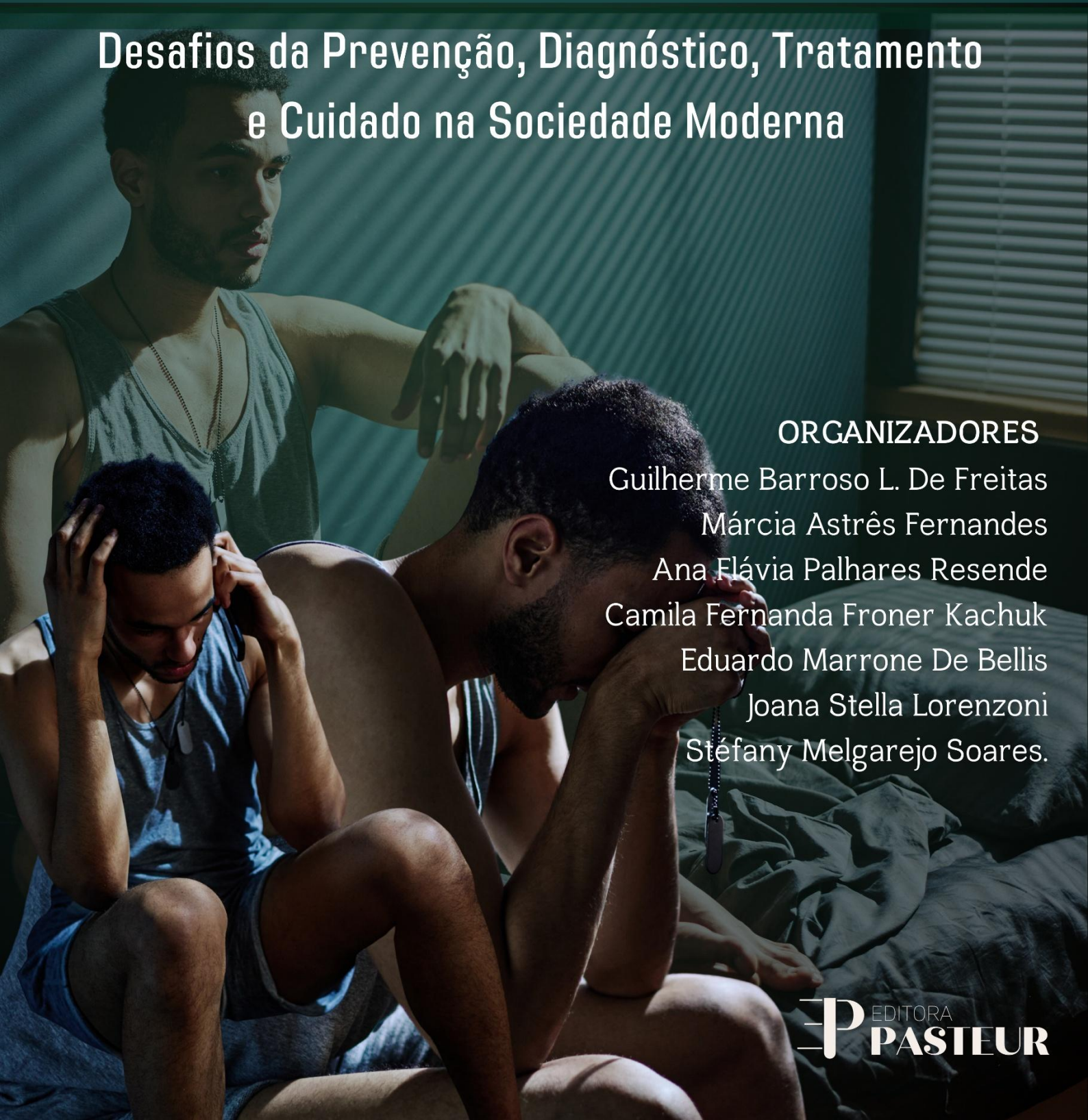
Edição XXIX

SAÚDE MENTAL

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



ORGANIZADORES

Guilherme Barroso L. De Freitas

Márcia Astrês Fernandes

Ana Flávia Palhares Resende

Camila Fernanda Froner Kachuk

Eduardo Marrone De Bellis

Joana Stella Lorenzoni

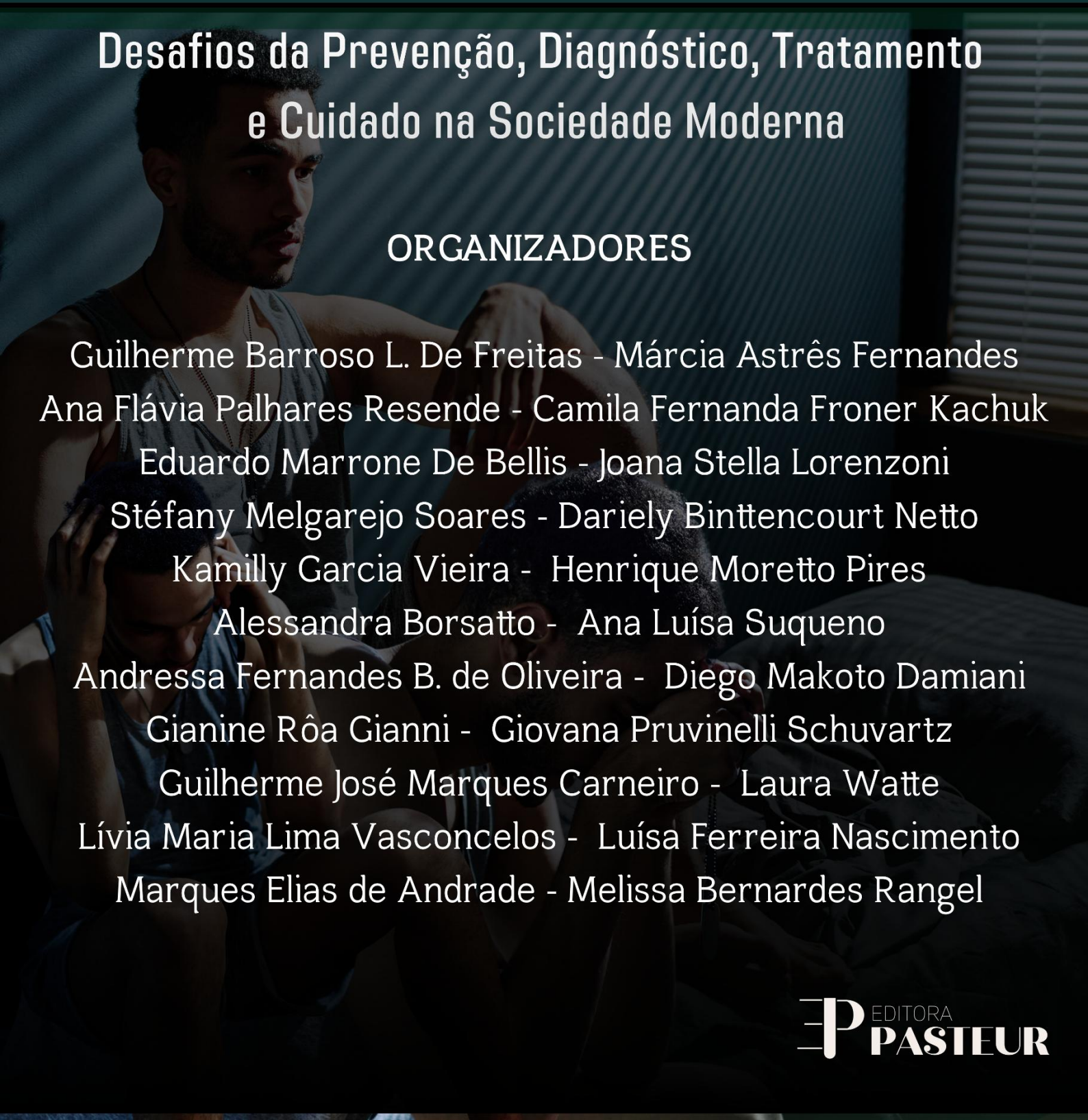
Stéfany Melgarejo Soares.

EDITORA PASTEUR

Edição XXIX

SAÚDE MENTAL

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



ORGANIZADORES

Guilherme Barroso L. De Freitas - Márcia Astrês Fernandes
Ana Flávia Palhares Resende - Camila Fernanda Froner Kachuk
Eduardo Marrone De Bellis - Joana Stella Lorenzoni
Stéfany Melgarejo Soares - Dariely Binttencourt Netto
Kamilly Garcia Vieira - Henrique Moretto Pires
Alessandra Borsatto - Ana Luísa Suqueno
Andressa Fernandes B. de Oliveira - Diego Makoto Damiani
Gianine Rôa Gianni - Giovana Pruvinelli Schuvartz
Guilherme José Marques Carneiro - Laura Watte
Lívia Maria Lima Vasconcelos - Luísa Ferreira Nascimento
Marques Elias de Andrade - Melissa Bernardes Rangel

EDITORA PASTEUR

2026 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur

Editor Chefe:
Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:
Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira
(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)
Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
MSc. Aline de Oliveira Brandão
(Universidade Federal de Minas Gerais - MG)
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 Libano)
MSc. Guilherme Augusto G. Martins
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)
Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas
(Departamento de Farmacologia e Terapêutica 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)
Paula Caroline de Faveri Dias
(Centro Universitário Univel, UNIVEL, Brasil)
Dr. Paulo Alex Bezerra Sales
MSc. Raul Sousa Andreza
MSc. Renan Monteiro do Nascimento
Saulo Barreto Cunha dos Santos
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN)
MSc. Suelen Aline de Lima Barros
Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)
Dra. Teresa Leal

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

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Saúde Mental / FREITAS, G.B.L.; FERNANDES, M.A.; RESENDE, A.F.P.; *et al*.- Irati: Pasteur, 19/03/2026.
1 livro digital; 307 p.; ed. XXIX; il.

Modo de acesso: Internet
ISBN: 978-65-6029-350-2
https://doi.org/10.59290/978-65-6029-350-2
1. Medicina 2. Tratamento Farmacológico 3. Mental
I. Título.

CDD 610
CDU 612.6

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

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

EDITORA PASTEUR

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Sumário

Capítulo 1

O EIXO MICROBIOTA-INTESTINO-CÉREBRO NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE: EVIDÊNCIAS ATUAIS 1

Capítulo 2

PERSPECTIVAS ATUAIS SOBRE BIOMARCADORES NEUROENDÓCRINOS NA PREDIÇÃO DE RESPOSTA AO TRATAMENTO ANTIDEPRESSIVO 6

Capítulo 3

A PERSONALIDADE COMO LENTE DA DOR: IMPACTO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL NA FIBROMIALGIA 12

Capítulo 4

REGULAÇÃO EMOCIONAL E PERCEPÇÃO DA DOR CRÔNICA: INTERFACES ENTRE PERSONALIDADE, COPING E SAÚDE MENTAL 19

Capítulo 5

INDICADORES DE SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA 27

Capítulo 6

ETILISMO NA PESSOA IDOSA: TENDÊNCIAS E PERFIL RELACIONADO AO PADRÃO DE CONSUMO 35

Capítulo 7

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NO RIO GRANDE DO SUL ENTRE 2020 E 2024 42

Capítulo 8

O USO DE REALIDADE ARTIFICIAL PARA O TRATAMENTO DO TIIC: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 48

EDITORA PASTEUR

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Sumário

Capítulo 9

TRANSTORNO BIPOLAR E DIAGNÓSTICO TARDIO: FATORES, IMPACTOS E DESAFIOS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA ATUAL 55

Capítulo 10

TRANSTORNOS DO SONO NÃO ORGÂNICOS NO SUS: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA (2020–2024) 62

Capítulo 11

AUTOCUIDADO NO DIA A DIA: ESCOLHAS SIMPLES QUE IMPACTAM A SAÚDE 70

Capítulo 12

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E NO ACOLHIMENTO DE ADOLESCENTES COM ANSIEDADE: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA 80

Capítulo 13

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DEFINIÇÃO, SINTOMAS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO INICIAL 91

Capítulo 14

INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL NO PIAUÍ (2019–2024): UM PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO 102

Capítulo 15

TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE ESTRATÉGIAS PSICOTERAPÊUTICAS E FARMACOLÓGICAS 110

Capítulo 16

TRANSTORNOS DISRUPTIVOS NA INFÂNCIA: TRANSTORNO DE CONDUTA E EVOLUÇÃO PARA TRAÇOS DE PSICOPATIA NA ADOLESCÊNCIA 125

Capítulo 17

SAÚDE MENTAL DOS PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA: DESAFIOS, ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EFICAZES 130

EDITORA PASTEUR

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Sumário

Capítulo 18

A CONTRIBUIÇÃO DAS TECNOLOGIAS ASSISTIVAS NAS SALAS DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO 140

Capítulo 19

ADOLESCÊNCIA, SAÚDE MENTAL E REDES SOCIAIS: REFLEXOS DO AUTODIAGNÓSTICO DIGITAL 149

Capítulo 20

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PSICOTERAPÊUTICAS E FARMACOLÓGICAS 159

Capítulo 21

ENFERMAGEM NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA 170

Capítulo 22

DIFERENCIAÇÃO CLÍNICA ENTRE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E TRANSTORNO BIPOLAR: EVIDÊNCIAS ATUAIS E ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS 180

Capítulo 23

BASES BIOLÓGICAS DO SONO E DA INSÔNIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL 187

Capítulo 24

DIFERENCIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA ENTRE ILUSÃO, ALUCINAÇÃO E PSEUDOALUCINAÇÃO: REVISÃO CLÁSSICA 203

Capítulo 25

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: ABORDAGENS TERAPÊUTICAS 208

EDITORA PASTEUR

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Sumário

Capítulo 26

PSIQUIATRIA NUTRICIONAL E O EIXO INTESTINO-CÉREBRO: UMA REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS CLÍNICAS 214

Capítulo 27

SAÚDE NO PERÍODO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA 222

Capítulo 28

SOBREPOSIÇÃO SINTOMÁTICA E ACURÁCIA DIAGNÓSTICA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE 236

Capítulo 29

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS COM IDOSOS FRENTE AO AUMENTO DE HOSPITALIZAÇÕES POR TRANSTORNOS DE HUMOR 246

Capítulo 30

ASSOCIAÇÃO ENTRE FILIAÇÃO RELIGIOSA E INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS BRASILEIROS 257

Capítulo 31

INFLUÊNCIA DA MICROBIOTA INTESTINAL NOS TRANSTORNOS MENTAIS 271

Capítulo 32

CRISE CONVERSIVA NA PSIQUIATRIA: COMPREENSÃO CLÍNICA E MANEJO 279

Capítulo 33

CONSEQUÊNCIAS NEUROPSIQUIÁTRIAS DA SÍNDROME PÓS-COVID-19 290

EDITORA PASTEUR

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 1

O EIXO MICROBIOTA-INTESTINO-CÉREBRO NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE: EVIDÊNCIAS ATUAIS

MARIA VALLENTINA ARAÚJO MATIAS[1]
AMANDA LIMA DIAS SOUZA[1]
NIELLY CAROL SANTOS DE MAGALHÃES[1]
LARISSA SOFIA TRINDADE SANTOS[1]
LUISA KECYANE BATISTA CARDOSO[1]
THAIS DA SILVA TORRES[1]
LYDIA MARIA LEÃO DE OLIVEIRA[1]
ANA LIVIA SOUZA BITENCOURT OLIVEIRA[1]
THEMIS CARVALHO DE SANTANA NARVAES[1]
GABRIEL CHAVES PEREIRA[1]
LETICIA NOVAES LUZ ARAÚJO[1]
ANELÍSIA TEIXEIRA SILVA[1]
AMANDA LUISA SANTOS SILVA[1]

[1]*Discente - Medicina do Centro Universitário UNIFG – Campus Brumado.*

Palavras-Chave: *Microbiota; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Eixo Intestino-Cérebro.*

DOI: 10.59290/0203022611

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) configura-se como uma das condições psiquiátricas mais incidentes na contemporaneidade, impactando severamente a funcionalidade e a qualidade de vida. Tradicionalmente, sua fisiopatologia foi centrada em desequilíbrios de neurotransmissores monoaminérgicos. Contudo, a medicina moderna tem voltado o olhar para a psiconeuroimunologia, identificando que o estado mental é indissociável da saúde sistêmica e do equilíbrio homeostático do hospedeiro.

A relação com o meio ambiente e a alimentação influencia diretamente a composição da microbiota intestinal. No caso de indivíduos com TAG, a literatura aponta para a presença frequente de disbiose, um desequilíbrio microbiano que agrava a resposta inflamatória sistêmica. Variáveis como estresse crônico e a dieta ocidentalizada realçam as desigualdades no prognóstico clínico. Portanto, a compreensão do eixo microbiota-intestino-cérebro torna-se vital para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas. O objetivo deste estudo foi analisar as evidências científicas atuais sobre a influência da microbiota intestinal na patogênese e no manejo do transtorno de ansiedade generalizada.

Fisiopatologia do Eixo Intestino-Cérebro

Mecanismos de comunicação neuroendócrina

A comunicação entre a microbiota e o sistema nervoso central ocorre por três vias principais: nervosa, endócrina e imunológica.

A via nervosa é mediada predominantemente pelo nervo vago, que atua como uma "via expressa" para sinais microbianos. Na via endócrina, as bactérias intestinais produzem neurotransmissores idênticos aos humanos, como o ácido gama-aminobutírico (GABA), a serotonina e a dopamina. Estima-se que cerca de 90% da serotonina do organismo seja sintetizada no lumen intestinal.

Além disso, a via imunológica envolve a produção de citocinas. Em um estado de eubiose (equilíbrio), a barreira intestinal permanece íntegra. Contudo, no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), observa-se frequentemente o fenômeno de leaky gut (intestino permeável). Esse aumento da permeabilidade permite que fragmentos bacterianos, como os lipopolissacarídeos (LPS), entrem na corrente sanguínea, gerando uma inflamação sistêmica de baixo grau que atinge o hipotálamo, exacerbando os sintomas de ansiedade e hiperatividade do eixo HHA.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada com foco em evidências de alto impacto clínico. A busca foi conduzida na base de dados PubMed/MEDLINE, utilizando os descritores MeSH: "Gastrointestinal Microbiome", "*Anxiety Disorders*" e "*Gut-Brain Axis*". Foram selecionados estudos originais, ensaios clínicos e metanálises publicados no período de 2021 a 2026, disponíveis na íntegra nos idiomas português e inglês. Os critérios de inclusão contemplaram pesquisas que investigaram a correlação direta entre perfis de microbiota e desfechos clínicos de ansiedade em humanos. Foram excluídos relatos de caso isolados, estudos com modelos animais sem correlação clínica direta e artigos que não abordavam os mecanismos do eixo intestino-cérebro. Após a triagem inicial de títulos e resumos, 15 artigos foram submetidos à leitura minuciosa para extração de dados. Os resultados foram sintetizados de forma descritiva, divididos em categorias que abordam os mecanismos neuroinflamatórios, a permeabilidade intestinal e o potencial uso terapêutico de

psicobióticos no tratamento adjuvante do TAG na prática médica atual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura revela que a microbiota intestinal atua como um sistema endócrino complexo, produzindo metabólitos como os ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) — incluindo butirato e propionato — que possuem propriedades neuroprotetoras e anti-inflamatórias. Em estados de disbiose, observa-se a redução desses metabólitos e o aumento da permeabilidade intestinal (*leaky gut*), permitindo a translocação de lipopolissacarídeos (LPS) para a circulação. Esse processo desencadeia uma cascata inflamatória com liberação de citocinas pró-inflamatórias (IL-6 e TNF-α) que atravessam a barreira hematoencefálica, ativando a microglia e perturbando a sinalização do ácido gama-aminobutírico (GABA) e da serotonina.

Estudos indicam que pacientes com TAG apresentam menor diversidade microbiana, com redução de gêneros como Bifidobacterium e Lactobacillus. Além disso, a comunicação via nervo vago e a modulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) são influenciadas pela composição bacteriana, afetando diretamente a resiliência ao estresse. A introdução de psicobióticos, especificamente cepas como Lactobacillus rhamnosus e Bifidobacterium longum, tem demonstrado reduzir os níveis de cortisol Salivar e melhorar significativamente os escores de ansiedade. Conforme detalhado na **Tabela 1.1**, diferentes cepas bacterianas atuam por vias distintas, desde a modulação direta de neurotransmissores até a redução da inflamação sistêmica. Assim, a modulação da microbiota surge como um aliado indispensável à farmacoterapia convencional, visando a remissão sustentada dos sintomas.

Tabela 1.1 Principais cepas de psicobióticos e seus efeitos clínicos na redução da ansiedade

Cepa Probiótica	Mecanismo de Ação Sugerido	Desfechos Clínicos
Lactobacillus rhamnosus	Modulação de receptores GABA via nervo vago.	Redução da ansiedade e níveis de cortisol.
Bifidobacterium longum	Inibição de citocinas (IL-6/TNF-α) e eixo HHA.	Melhora na resiliência e humor subjetivo.
Lactobacillus helveticus	Redução da neuroinflamação e *leak gut*.	Menores escores em escalas de ansiedade (HAD).

Fonte: Adaptado de SIMPSON *et al*., 2022.

Adicionalmente, as evidências sugerem que a dieta ocidental (Western Diet), rica em gorduras saturadas e açúcares refinados, é um fator de risco primário para a disbiose associada à ansiedade. Esse padrão alimentar reduz a abundância de Akkermansia muciniphila, uma bactéria essencial para a manutenção do muco intestinal. Em contrapartida, dietas ricas em fibras prebióticas favorecem a produção de Ácidos Graxos de Cadeia Curta (AGCC), como o butirato, que possui efeito epigenético ao inibir a histona desacetilase, promovendo a expressão de fatores neurotróficos como o BDNF (Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro), essencial para a plasticidade neuronal e controle da ansiedade.

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS E PERSPECTIVAS FUTURAS

A aplicação clínica do eixo intestino-cérebro no TAG vai além da suplementação isolada. A abordagem integrativa propõe a "dieta para o cérebro", priorizando alimentos fermentados (como kefir e kombucha) e polifenóis que atuam como prebióticos. Além disso, a medicina de precisão começa a desenhar o transplante de

microbiota fecal (TMF) como uma possibilidade futura para casos de TAG refratários, embora ainda necessite de protocolos de segurança mais robustos.

A implementação dessas intervenções exige que o médico assistente compreenda que a saúde mental é multissistêmica. O manejo da ansiedade na sociedade contemporânea deve abandonar o modelo simplista de "falta de serotonina na fenda sináptica" para adotar um modelo de "inflamação sistêmica e disbiose".Integrar a gastroenterologia à psiquiatria é, portanto, o próximo passo para reduzir a carga global dos transtornos mentais.

INTERVENÇÕES BASEADAS NO EIXO MICROBIOTA-CÉREBRO

As principais estratégias para modulação da saúde mental incluem:

De acordo com as evidências atuais, as principais estratégias para modulação da saúde mental via trato gastrointestinal incluem:

Administração de Psicobióticos: Utilização de cepas específicas, como *Lactobacillus helveticus e Bifidobacterium longum*, que demonstraram reduzir escores de ansiedade e níveis de cortisol circulante;

Intervenções Dietéticas: Adoção de padrões alimentares como a Dieta Mediterrânea, rica em polifenóis e fibras prebióticas, que favorecem a produção de Ácidos Graxos de Cadeia Curta (AGCC);

Suplementação de Prebióticos: Uso de fibras não digeríveis (como inulina e FOS) que servem de substrato para o crescimento de bactérias benéficas, melhorando a integridade da barreira intestinal;

Ajuste do Estilo de Vida: Práticas que aumentam o tônus vagal, como exercícios físicos aeróbicos e técnicas de manejo de estresse, que auxiliam na manutenção da homeostase do eixo HHA.

CONCLUSÃO

Este estudo observou que a microbiota intestinal exerce uma influência profunda na saúde mental, atuando como um mediador crítico na patogênese do transtorno de ansiedade generalizada. As evidências indicam que a saúde do trato gastrointestinal reflete na estabilidade neurobiológica e na resposta ao estresse do indivíduo. Por conseguinte, a integração da saúde intestinal deve ser foco de novos protocolos clínicos, permitindo que o manejo da ansiedade obtenha uma redução na incidência de resistência ao tratamento. A inclusão de orientações nutricionais e o uso criterioso de psicobióticos podem ser importantes aliados no contexto da medicina de precisão. Este estudo sugere que a avaliação da saúde intestinal deve ser considerada na rotina diagnóstica para personalizar as intervenções. Contudo, novos estudos longitudinais são necessários para padronizar as dosagens ideais para cada perfil de paciente. A transição para uma abordagem integrativa é fundamental para enfrentar os desafios da saúde mental na sociedade moderna, promovendo um cuidado que considera o ser humano em sua totalidade biológica e sistêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTON, W. *et al*. The microbiome-gut-brain axis in psychiatric disorders. Frontiers in Psychiatry, v. 14, p. 112, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.00112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado de pessoas com transtornos mentais. Brasília: MS, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 27 jan. 2026.

CRYAN, J. F. *et al*. The Microbiota-Gut-Brain Axis. Physiological Reviews, v. 101, n. 4, p. 1799–1846, 2021. DOI: https://doi.org/10.1152/physrev.00018.2020.

SIMPSON, C. A. *et al*. Probiotics for anxiety: A systematic review. Journal of Affective Disorders, v. 295, p. 450–463, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.095.

TOLLESFSBOLL, T. O. (Ed.). Biological aging. New Jersey: Humana Press, 2007..

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 2

PERSPECTIVAS ATUAIS SOBRE BIOMARCADORES NEUROENDÓCRINOS NA PREDIÇÃO DE RESPOSTA AO TRATAMENTO ANTIDEPRESSIVO

MARIA VALLENTINA ARAÚJO MATIAS[1]
LISIANE ALCÂNTARA MAGALHÃES[1]
CAMILA CONTI OLIVEIRA[1]
LAYSA DE CÁSSIA MACHADO MEIRA[1]
FÁBIO LUIZ LEITE FERRAZ[1]
GILBERTO FERNANDES BRITO JÚNIOR[1]
THEMIS CARVALHO DE SANTANA NARVAES[1]
EDILEUZA B. VIEIRA MACHAD O[1]
SÁVIO VIEIRA MACHADO[1]
MAYRA GEÓRGIA BATISTA SARAIVA[1]
RAFAELA GOMES RIBEIRO[1]
JAKELINE STEFANY SINZERVICH CAMELO[1]
OTELINO ALVES LACERDA NETO[1]
LAURA LUIZA ARAÚJO SANTANA[1]
LORRANA VIEIRA MACHADO[2]

[1]Discente - Medicina do Centro Universitário UNIFG – campus Brumado.
[2]Discente – Medicina da Faculdade de Ciências Médicas AFYA – Guanambi.

Palavras-Chave: *Depressão Maior; Biomarcadores; Eixo HHA.*

DOI: 10.59290/6259120330

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição debilitante que afeta milhões de indivíduos globalmente, sendo uma das principais causas de incapacidade funcional. Atualmente, a prática clínica para a escolha de antidepressivos ainda é baseada em um modelo de "tentativa e erro", onde cerca de apenas um terço dos pacientes atinge a remissão completa após o primeiro ciclo de tratamento. Essa latência terapêutica prolongada aumenta o risco de suicídio e a cronicidade da doença.

A busca por biomarcadores neuroendócrinos surge como uma necessidade imperativa para a implementação da medicina de precisão na psiquiatria. Biomarcadores são características mensuráveis que servem como indicadores de processos biológicos normais ou patogênicos. No contexto do TDM, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) tem sido o foco principal, uma vez que a desregulação do cortisol e a resistência dos receptores de glicocorticoides parecem estar intrinsecamente ligadas à fisiopatologia da depressão.

Além do cortisol, outros mediadores neuroendócrinos, como o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) e as citocinas inflamatórias, interagem diretamente com os circuitos neuronais de recompensa e processamento emocional. A identificação de padrões específicos nesses marcadores antes do início da farmacoterapia pode permitir ao clínico prever se o paciente responderá melhor a um ISRS ou a um antidepressivo dual. O objetivo deste estudo foi analisar as perspectivas atuais sobre biomarcadores neuroendócrinos na predição de resposta ao tratamento antidepressivo por meio de uma revisão sistemática.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura realizada conforme os preceitos do protocolo PRISMA. A busca foi conduzida nas bases de dados PubMed, SciELO e Medline, utilizando-se os descritores: "*Depressive Disorder", "Biomarkers", "Neuroendocrine"* e *"Antidepressive Agents"*. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais e revisões sistemáticas publicados nos últimos 5 anos, nos idiomas português e inglês.

A análise qualitativa focou em estudos que correlacionassem níveis basais de hormônios e neurotrofinas com a taxa de redução de sintomas em escalas validadas (HAM-D e MADRS). Após a aplicação dos filtros de exclusão (amostras reduzidas ou metodologias inconsistentes), a base de dados final foi composta por estudos que demonstram a viabilidade clínica do uso de biomarcadores na triagem psiquiátrica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados compilados demonstram que a heterogeneidade da depressão reflete diferentes assinaturas neuroendócrinas, que por sua vez determinam o sucesso ou o fracasso da farmacoterapia.

O Eixo HHA como Preditor de Resistência

A hipercortisolemia é reconhecida como o marcador neuroendócrino mais consistente de prognóstico reservado e resistência farmacológica. Pacientes que apresentam o fenótipo de "não-supressão" no teste de dexametasona exibem uma disfunção crítica na sensibilidade dos receptores de glicocorticoides (GR). Esta resistência de receptor impede que os medicamentos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) exerçam sua função secundária de restaurar o feedback negativo do eixo HHA. Sob uma perspectiva molecular, o excesso de cortisol plasmático promove um ambiente de estresse oxidativo que inibe a sinalização do receptor de serotonina 5-HT1A, "embotando" a eficácia

de fármacos como a fluoxetina e o escitalopram.

Além disso, a literatura recente aponta que a análise do cortisol salivar em múltiplos pontos do dia (curva de despertar) oferece uma sensibilidade superior para prever a refratariedade. Pacientes com níveis elevados de cortisol noturno, indicando uma perda da supressão fisiológica, apresentam uma probabilidade significativamente menor de atingir a remissão completa em oito semanas. Nestes casos, a biologia do paciente sugere uma necessidade precoce de estratégias de potencialização, como o uso de antidepressivos com ação dual (serotonina e noradrenalina) ou até mesmo o emprego de moduladores glutamatérgicos, que possuem uma capacidade superior de restaurar a homeostase endócrina e proteger a integridade dos circuitos neurais límbicos

Biomarcadores de Inflamação e Neuroplasticidade

Abaixo, a **Tabela 2.1** sintetiza os principais marcadores identificados e como eles orientam a conduta clínica moderna.

Tabela 2.1 Correlação entre Biomarcadores e Resposta Terapêutica Estimada

Biomarcador	Perfil Biológico	Predição de Resposta	Nível de Evidência
Cortisol Salivar	Hipercortisolemia matinal	Baixa resposta a ISRS (Fluoxetina)	Alto
BDNF Plasmático	Níveis basais reduzidos	Resposta terapêutica lenta (>8 semanas)	Alto
PCR Ultrasensível	PCR >3 mg/L	Melhor resposta a Dopaminérgicos/Duais	Moderado
Interleucina-6 (IL-6)	Concentração elevada	Indica necessidade de terapia adjunta	Moderado
Alopregnanolona	Níveis basais baixos	Fenótipo de alta ansiedade/insônia	Emergente

Neuroesteróides e a modulação gabaérgica

Além do eixo HHA clássico, a alopregnanolona surge como uma nova fronteira. Como modulador alostérico positivo do receptor GABA-A, níveis baixos deste neuroesteroide estão associados a fenótipos de depressão com alta ansiedade e insônia. A identificação deste perfil bioquímico permite que o clínico priorize medicamentos que atuem na via GABAérgica, evitando meses de tratamento ineficaz com antidepressivos puramente serotoninérgicos.

Mecanismos epigenéticos e a expressão do gene NR3C1

Um ponto crucial e de vanguarda na predição de resposta envolve a epigenética, especificamente o estudo dos padrões de metilação do gene NR3C1. Este gene é responsável por codificar o receptor de glicocorticoide, a peça-chave para o encerramento da resposta ao estresse no organismo. Evidências científicas robustas indicam que pacientes que sofreram estresse precoce ou traumas na infância apresentam assinaturas epigenéticas de alta metilação neste gene, o que resulta em um eixo HHA "travado" em estado de alerta máximo e crônico.

Este biomarcador de metilação permite ao clínico prever, com precisão molecular e antes mesmo da administração da primeira dose de medicação, se o paciente terá uma resposta convencional ou se o caso evoluirá para uma depressão resistente ao tratamento (DRT). A importância clínica desta descoberta é vasta, pois a reversão desses padrões de metilação via tratamento farmacológico prolongado ou psicoterapia intensiva tem sido correlacionada com a remissão clínica estável. Assim, a monitorização epigenética do NR3C1 deixa de ser uma cu-

riosidade laboratorial para se tornar um marcador de acompanhamento dinâmico essencial na medicina de precisão, orientando intervenções que vão além da psicofarmacologia tradicional e visam a modulação da expressão gênica do indivíduo.

Interface neuroimunoendócrina e o papel das citocinas

A depressão moderna é cada vez mais interpretada pela ciência como uma forma de "inflamação sistêmica de baixo grau". Citocinas pró-inflamatórias, como o fator de necrose tumoral alfa (TNF-α) e a interleucina-6 (IL-6), possuem a capacidade deletéria de atravessar a barreira hematoencefálica, onde interferem agressivamente no metabolismo do triptofano. Em um ambiente inflamatório, o triptofano é desviado para a via da quinurenina em vez de ser convertido em serotonina, resultando na produção de metabólitos neurotóxicos como o ácido quinolínico, que promove a morte neuronal via excitotoxicidade.

Pacientes que exibem este perfil inflamatório elevado — clinicamente identificável por uma Proteína C-Reativa (PCR) ultrassensível superior a 3 mg/L — raramente atingem a remissão satisfatória utilizando apenas fármacos serotoninérgicos clássicos. A presença deste biomarcador imunoendócrino funciona como um sinal de alerta para a equipe médica, orientando o uso precoce de estratégias adjuntas, como moduladores da inflamação ou a preferência por antidepressivos que atuem simultaneamente na dopamina, como a bupropiona. Essa abordagem baseada no perfil de citocinas permite uma segmentação assertiva do paciente, otimizando o tempo de resposta e prevenindo a progressão do transtorno para quadros de neurodegeneração associada à depressão crônica.

Abaixo, a **Tabela 2.2** apresenta uma síntese das recomendações terapêuticas baseadas no perfil de biomarcadores identificados, estabelecendo uma correlação direta entre o estado neuroendócrino basal e a escolha da classe farmacológica com maior probabilidade de remissão.

Tabela 2.2 Seleção farmacológica baseada no perfil neuroimunoendócrino do paciente

Biomarcador Predominante	Classe de Antidepressivo Sugerida	Mecanismo de Ajuste Predito
PCR <1 mg/L (Inflamação baixa)	ISRS (Escitalopram, Sertralina)	Alta sensibilidade serotoninérgica
PCR >3 mg/L (Inflamação alta)	Inibidores Duais (Venlafaxina)	Modulação da via da quinurenina
Cortisol Noturno Elevado	Antidepressivos Tricíclicos ou Agomelatina	Restauração do ritmo circadiano
BDNF Basal Elevado	ISRS ou Psicoterapia isolada	Alta capacidade de plasticidade sináptica
IL-6 Elevada	Bupropiona ou Adjuvantes Anti-inflamatórios	Redução da neurotoxicidade oxidativa

A interpretação conjunta das **Tabelas 2.1 e 2.2** revela que a psiquiatria está deixando de ser uma especialidade puramente observacional para se tornar uma disciplina de alta precisão biológica. A evidência de que pacientes com PCR elevada respondem melhor a fármacos que atuam na dopamina e noradrenalina, enquanto aqueles com inflamação baixa apresentam excelentes desfechos com ISRS, permite uma economia substancial de tempo clínico. Além disso, a predição baseada no BDNF e no Cortisol oferece uma janela de oportunidade para intervenções mais agressivas em pacientes que, biologicamente, já dão sinais de que não responderão à monoterapia convencional. Essa estrati-

ficação é o que define o sucesso da medicina personalizada no século XXI.

Discussão sobre a variabilidade dos neuroesteroides

Adicionalmente ao eixo HHA clássico, a modulação por neuroesteroides, como a alopregnanolona, surge como uma fronteira determinante na predição de resposta. A alopregnanolona atua como um modulador alostérico positivo do receptor GABA-A, exercendo efeitos ansiolíticos naturais.

A literatura recente demonstra que doentes com depressão que exibem uma proporção desequilibrada entre progesterona e alopregnanolona apresentam perfis de alta ansiedade e resistência aos ISRS. Este "biotipo neuroendócrino" beneficia de abordagens que visem diretamente o sistema GABAérgico ou glutamatérgico. Portanto, a integração da dosagem de neuroesteroides no painel de triagem inicial permite uma segmentação mais assertiva dos pacientes, garantindo que o esquema terapêutico seja desenhado sob medida para a biologia do indivíduo.

CONCLUSÃO

Em suma, a presente revisão demonstra de forma inequívoca que os biomarcadores neuroendócrinos não são meros indicadores de patologia, mas bússolas fundamentais para a decisão terapêutica assertiva. A hipercortisolemia basal, a baixa expressão de BDNF e os marcadores de inflamação sistémica emergem como os indicadores mais fiáveis de resistência aos tratamentos convencionais.

Conclui-se que a transição para uma psiquiatria de precisão, que utilize estes parâmetros bioquímicos para substituir o obsoleto modelo de "tentativa e erro", é o único caminho viável para elevar as taxas de remissão e reduzir a carga global do Transtorno Depressivo Maior. A personalização da terapia baseada na biologia individual é, hoje, uma necessidade ética e clínica imperativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, P. T. B. & UCHÔA, S. A. C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, supl. 1, p. 1107–1114, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700030.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde. O Mundo da Saúde, v. 35, n. 3, p. 319–331, 2011. DOI: https://doi.org/10.15343/0104-7809.20113319331.

TOLLEFSBOL, T. O. (Ed.). Biological aging: Methods and protocols. Methods in Molecular Biology, v. 371. New Jersey: Humana Press, 2007. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-59745-201-4.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 3

A PERSONALIDADE COMO LENTE DA DOR: IMPACTO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL NA FIBROMIALGIA

HENRIQUE MORETTO PIRES[1]
ALESSANDRA BORSATTO[1]
ANA LUÍSA SUQUENO[1]
ANDRESSA FERNANDES BARBOSA DE OLIVEIRA[1]
DIEGO MAKOTO DAMIANI[1]
GIANINE RÔA GIANNI[1]
GIOVANA PRUVINELLI SCHUVARTZ[1]
LAURA WATTE[1]
LÍVIA MARIA LIMA VASCONCELOS[1]
LUÍSA FERREIRA NASCIMENTO[1]
MARQUES ELIAS DE ANDRADE[1]
GUILHERME JOSÉ MARQUES CARNEIRO[2]
MELISSA BERNARDES RANGEL[3]

[1]Discente - Graduação de Medicina em Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
[2]Discente – Graduação de Medicina em Universidade de Caxias do Sul.
[3]Discente – Graduação de Medicina em Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos.

Palavras-Chave: *Fibromialgia; Personalidade; Dor Crônica.*

DOI: 10.59290/6199316020

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A fibromialgia constitui uma das principais síndromes dolorosas crônicas da atualidade, caracterizando-se por dor musculoesquelética difusa, fadiga persistente, distúrbios do sono, alterações cognitivas e comprometimento funcional significativo. Trata-se de uma condição de elevada prevalência, especialmente entre umlheres, associada a importante impacto psicossocial, afastamento laboral e maior utilização de serviços de saúde (GONZALEZ *et al*., 2020; LOPEZ-RUIZ *et al*., 2023). Apesar de amplamente reconhecida, sua etiopatogenia permanece multifatorial e complexa, envolvendo mecanismos de sensibilização central e múltiplos fatores biológicos e psicossociais.

Historicamente, a fibromialgia foi compreendida predominantemente sob uma perspectiva biomédica, centrada na investigação de alterações musculoesqueléticas ou inflamatórias. Entretanto, nas últimas décadas, modelos explicativos mais integrativos têm sido propostos, reconhecendo o papel relevante de fatores psicológicos e emocionais na modulação da dor e na evolução clínica da síndrome (GARCIA-FONTANALS *et al*., 2017). Nesse contexto, observa-se elevada prevalência de comorbidades psiquiátricas, especialmente transtornos de ansiedade e depressão, o que reforça a necessidade de uma compreensão que ultrapasse a dimensão exclusivamente somática (GONZALEZ *et al*., 2020). Além disso, evidências recentes provenientes de estudos comparativos de base populacional indicam que pacientes com fibromialgia apresentam risco significativamente aumentado para transtornos de personalidade, em magnitude superior à observada tanto em indivíduos saudáveis quanto em pacientes com outras condições crônicas, sugerindo um perfil psicopatológico distintivo da síndrome (AVNI *et al*., 2025).

Entre os fatores psicológicos associados à fibromialgia, a personalidade emerge como um aspecto potencialmente relevante e ainda pouco explorado de forma sistemática. Traços de personalidade influenciam a forma como os indivíduos percebem e interpretam experiências corporais, regulam emoções e lidam com situações de estresse, podendo interferir na vivência da dor e no funcionamento psicossocial (LAMM *et al*., 2025; SILVA *et al*., 2022). A identificação desses padrões contribui para uma compreensão mais ampla da heterogeneidade clínica observada na fibromialgia.

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é revisar, de forma narrativa, a literatura científica acerca da associação entre fibromialgia, traços de personalidade e transtornos de personalidade, discutindo suas implicações clínicas, psicossociais e terapêuticas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de 2 a 15 de janeiro de 2026, por meio de buscas nas bases de dados PubMed, PsycINFO, Scopus e SciELO. Foram utilizados descritores em inglês relacionados ao tema, incluindo "*fibromyalgia", "personality", "personality traits" e "personality disorders*".

Foram priorizados estudos observacionais, revisões sistemáticas, meta-análises e pesquisas clínicas que investigassem a relação entre fibromialgia e aspectos de personalidade, abrangendo tanto diagnósticos formais de transtornos de personalidade quanto abordagens dimensionais de traços de personalidade. Os critérios de inclusão contemplaram artigos publicados no período de 2017 a 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês ou português, e que abordassem diretamente a temática proposta. Foram excluídos artigos duplicados, estudos de caso isolados e publicações que não apresentassem relação direta com os objetivos do capítulo.

A busca inicial resultou em um conjunto mais amplo de publicações, das quais nove artigos foram selecionados após a aplicação dos critérios de elegibilidade e relevância temática. Embora a estratégia de busca tenha incluído publicações em diferentes idiomas, os estudos selecionados foram publicados em inglês. Os artigos incluídos foram submetidos à leitura minuciosa, e os dados foram organizados de forma descritiva, permitindo a construção de categorias temáticas relacionadas à prevalência de psicopatologia, perfis de personalidade, impacto clínico e implicações terapêuticas no contexto da fibromialgia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados convergem ao demonstrar que pacientes com fibromialgia apresentam taxas significativamente mais elevadas de transtornos psiquiátricos quando comparados tanto à população geral quanto a indivíduos com outras condições crônicas. Em especial, transtornos de ansiedade e depressão maior aparecem de forma recorrente, associando-se a maior intensidade da dor, pior qualidade de vida e maior comprometimento funcional (AVNI *et al*., 2025; GARCIA-FONTANALS *et al*., 2017; GONZALEZ *et al*., 2020). Esses achados reforçam que a fibromialgia se associa a um perfil psicopatológico mais complexo, que não pode ser explicado apenas como reação emocional secundária à dor crônica.

Estudos comparativos indicam que esse perfil psiquiátrico é mais pronunciado na fibromialgia do que em outras condições dolorosas crônicas, como doenças musculoesqueléticas inflamatórias ou síndromes dolorosas localizadas. Avni *et al*. (2025), em uma análise populacional de grande escala, demonstraram que pacientes com fibromialgia apresentam maior prevalência de diagnósticos psiquiátricos ao longo da vida, mesmo após controle para variáveis sociodemográficas e clínicas, sugerindo um padrão distintivo da síndrome.

Transtornos de personalidade: evidência diagnóstica e magnitude do risco

Entre as comorbidades psiquiátricas associadas à fibromialgia, os transtornos de personalidade têm recebido atenção crescente. Evidências provenientes de estudos baseados em registros diagnósticos indicam que pacientes com fibromialgia apresentam risco significativamente aumentado para transtornos de personalidade, em magnitude superior à observada tanto em indivíduos saudáveis quanto em pacientes com outras condições crônicas (AVNI *et al*., 2025). Esse achado sugere que os transtornos de personalidade não representam apenas uma comorbidade incidental, mas podem integrar o perfil psicopatológico característico de parte desses pacientes.

Embora nem todos os estudos incluam avaliação diagnóstica formal de transtornos de personalidade, a consistência dos achados epidemiológicos reforça a relevância clínica dessa associação. Avni *et al*. (2025) destacam que os riscos relativos mais elevados foram observados para transtornos de personalidade do cluster B, além de transtornos de personalidade em geral, o que pode contribuir para maior instabilidade emocional, dificuldades interpessoais e maior utilização de serviços de saúde observadas na fibromialgia.

Traços de personalidade e modulação da experiência dolorosa

Além dos diagnósticos categóricos, estudos que adotam uma abordagem dimensional da personalidade demonstram associações consistentes entre determinados traços e a manifestação clínica da fibromialgia. Avaliações baseadas no modelo dos Cinco Grandes Fatores indicam que pacientes com fibromialgia apresentam níveis significativamente mais elevados de

neuroticismo, caracterizado por tendência a experimentar emoções negativas, instabilidade emocional e vulnerabilidade ao estresse, bem como menores escores de extroversão e conscienciosidade, quando comparados a controles saudáveis (SETO *et al*., 2018; SILVA *et al*., 2022).

O neuroticismo, em particular, associa-se de forma consistente a maior intensidade da dor, maior sofrimento psicológico e pior qualidade de vida. Esse traço reflete uma maior tendência à experiência de emoções negativas e à reatividade ao estresse, o que pode amplificar a percepção dolorosa e contribuir para a cronificação dos sintomas (LAMM *et al*., 2025; SILVA *et al*., 2022). Em contraste, traços como conscienciosidade e extroversão parecem exercer efeito parcialmente protetor, associando-se a melhores estratégias de enfrentamento e maior funcionalidade.

Esses achados individuais (maior gravidade sintomática associada a níveis mais elevados de neuroticismo e melhores desfechos associados à maior estabilidade emocional) também aparecem de forma consistente em revisões sistemáticas e meta-análises sobre a relação entre personalidade e transtornos somáticos funcionais. Lamm *et al*. (2025) demonstraram que altos níveis de neuroticismo constituem um fator de risco robusto para maior gravidade sintomática em condições caracterizadas por dor crônica, enquanto traços associados à maior estabilidade emocional relacionam-se a melhores desfechos funcionais.

Personalidade, sensibilização central e mecanismos integrativos

Os mecanismos integrativos na fibromialgia referem-se à interação dinâmica entre processos neurofisiológicos, imunológicos, endocrinos, genéticos e psicossociais que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da síndrome. Nesse sentido, estudos recentes sugerem que a personalidade pode interagir com esses mecanismos na fibromialgia, em especial a sensibilização central, conceito que descreve os mecanismos espinhais que amplificam o input nociceptivo periférico após estímulos nocivos traumáticos, incluindo uma pletora de mecanismos espinhais e supraespinhais capazes de causar, amplificar ou perpetuar a dor, com ênfase operacional no processamento nociceptivo central. Na FM, a sensibilização central manifesta-se clinicamente como hiperalgesia (resposta aumentada a estímulos dolorosos) e alodinia (dor em resposta a estímulos normalmente não dolorosos) (LOPEZ-RUIZ *et al*., 2023).

Além da dor difusa e sensibilidade aumentada, pacientes apresentam outros sintomas sugestivos de envolvimento do SNC, incluindo fadiga, distúrbios do sono, dificuldades de memória e concentração, e sensibilidade a estímulos sensoriais não nociceptivos como luz (fotossensibilidade) e som (hiperacusia) (AVNI *et al.*, 2025; SETO *et al.*, 2018). Outrossim, Lopez-Ruiz *et al*. (2023) observaram que pacientes com maior grau de sensibilização central apresentavam perfis de personalidade marcados por maior afetividade negativa, hipervigilância corporal e tendência à catastrofização. Esses fatores parecem contribuir tanto para a amplificação da dor quanto para sua manutenção ao longo do tempo.

Esses dados sustentam modelos integrativos nos quais fatores psicológicos e biológicos interagem de forma bidirecional. A personalidade pode influenciar a forma como estímulos dolorosos são interpretados e modulados centralmente, enquanto a experiência persistente de dor pode reforçar padrões emocionais e comportamentais desadaptativos, criando um ciclo de retroalimentação entre dor e sofrimento psíquico (GONZALEZ *et al*., 2020; LOPEZ-RUIZ *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

Os achados reunidos neste capítulo reforçam a compreensão da fibromialgia como uma condição multifatorial, na qual aspectos psicológicos e de personalidade exercem influência relevante sobre a experiência dolorosa, o impacto funcional e o sofrimento psicossocial. A elevada prevalência de comorbidades psiquiátricas, bem como o risco aumentado de transtornos de personalidade descrito em parte da literatura, indica que a fibromialgia não pode ser adequadamente compreendida nem manejada a partir de uma perspectiva exclusivamente somática.

Evidências consistentes apontam que determinados traços de personalidade, especialmente aqueles relacionados à afetividade negativa, associam-se a maior intensidade da dor, pior qualidade de vida e maior comprometimento emocional, enquanto características ligadas à estabilidade emocional e à organização comportamental tendem a se relacionar a desfechos mais favoráveis. Esses achados sugerem que a personalidade não atua apenas como um fator concomitante, mas como um modulador ativo da vivência clínica da fibromialgia.

Do ponto de vista assistencial, tais evidências reforçam a importância da avaliação integrada de aspectos psicológicos e psicopatológicos no cuidado desses pacientes. A incorporação de intervenções psicoterapêuticas voltadas à regulação emocional, ao manejo do estresse e à reestruturação cognitiva emerge como componente fundamental de estratégias terapêuticas mais eficazes, especialmente quando articuladas a abordagens farmacológicas e não farmacológicas já consolidadas.

Além disso, a articulação entre traços de personalidade e mecanismos de sensibilização central aponta para a necessidade de modelos de cuidado que integrem dimensões psicológicas e neurobiológicas, favorecendo intervenções mais precisas e centradas no paciente. Investigações futuras, especialmente com delineamentos longitudinais e abordagens multimodais, poderão aprofundar a compreensão desses mecanismos e orientar estratégias terapêuticas ainda mais direcionadas.

Compreender a fibromialgia exige reconhecer que a dor não é apenas um fenômeno neurofisiológico, mas também uma experiência subjetiva mediada por características emocionais e de personalidade. Nesse sentido, a personalidade pode ser entendida como uma lente pela qual a dor é percebida, interpretada e vivida; uma lente que amplia ou atenua o sofrimento e que, quando adequadamente considerada no cuidado clínico, pode transformar de forma significativa o impacto da fibromialgia sobre a vida dos pacientes.

Por fim, este capítulo destaca a necessidade de novos estudos que aprofundem a compreensão dos mecanismos pelos quais a personalidade e a psicopatologia influenciam a fibromialgia, particularmente por meio de delineamentos longitudinais e de investigações que integrem avaliações clínicas, psicométricas e neurobiológicas. O avanço nesse campo poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes e personalizadas, com impacto direto na qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVNI, C. *et al.* Comorbidities in fibromyalgia: a comparison with chronic conditions and healthy controls. The Journal of Nervous and Mental Disease, v. 213, n. 8, p. 187–195, 2025. DOI: https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001807.

GARCIA-FONTANALS, A.; PORTELL, M.; GARCÍA-BLANCO, S.; *et al*. Vulnerability to psychopathology and dimensions of personality in patients with fibromyalgia. The Clinical Journal of Pain, v. 33, n. 11, p. 991–998, 2017. DOI: https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000495.

GONZALEZ, B.; NOVO, R.; FERREIRA, A. S. Fibromyalgia: heterogeneity in personality and psychopathology and its implications. Psychology, Health & Medicine, v. 25, n. 6, p. 703–709, 2020. DOI: https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1695869.

GONZALEZ, B.; NOVO, R.; PERES, R. Personality and psychopathology heterogeneity in MMPI-2 and health-related features in fibromyalgia patients. Scandinavian Journal of Psychology, v. 62, n. 2, p. 203–210, 2021. DOI: https://doi.org/10.1111/sjop.12672.

LAMM, T. T.; VON SCHROTTENBERG, V.; RAUCH, A.; *et al*. Five-factor personality traits and functional somatic disorder: a systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, v. 115, 102529, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102529.

LOPEZ-RUIZ, M.; DORESTE SOLER, A.; PUJOL, J.; *et al*. Central sensitization and chronic pain personality profile: is there new evidence? A case-control study. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 20, n. 4, 2935, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20042935.

QUIRK, S. E.; KOIVUMAA-HONKANEN, H.; HONKANEN, R. J.; *et al*. A systematic review of personality and musculoskeletal disorders: evidence from general population studies. Frontiers in Psychiatry, v. 15, 1288874, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1288874.

SETO, A.; HAN, X.; PRICE, L. L.; *et al*. The role of personality in patients with fibromyalgia. Clinical Rheumatology, v. 38, n. 9, p. 2907–2915, 2018. DOI: https://doi.org/10.1007/s10067-018-4198-2.

SILVA, M. P. S.; CARVALHO, J. F.; RODRIGUES, C. E. M. Evaluation of Big Five personality factors in women with fibromyalgia: a cross-sectional study. Rheumatology International, v. 42, n. 3, p. 503–510, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s00296-021-04988-5.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 4

REGULAÇÃO EMOCIONAL E PERCEPÇÃO DA DOR CRÔNICA: INTERFACES ENTRE PERSONALIDADE, COPING E SAÚDE MENTAL

HENRIQUE MORETTO PIRES[1]
ALESSANDRA BORSATTO[1]
ANA LUÍSA SUQUENO[1]
ANDRESSA FERNANDES BARBOSA DE OLIVEIRA[1]
DIEGO MAKOTO DAMIANI[1]
GIANINE RÔA GIANNI[1]
GIOVANA PRUVINELLI SCHUVARTZ[1]
LAURA WATTE[1]
LÍVIA MARIA LIMA VASCONCELOS[1]
LUÍSA FERREIRA NASCIMENTO[1]
MARQUES ELIAS DE ANDRADE[1]
GUILHERME JOSÉ MARQUES CARNEIRO[2]
MELISSA BERNARDES RANGEL[3]

[1]*Discente - Graduação de Medicina em Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.*
[2]*Discente – Graduação de Medicina em Universidade de Caxias do Sul.*
[3]*Discente – Graduação de Medicina em Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos.*

Palavras-Chave: *Regulação Emocional; Dor Crônica; Personalidade.*

DOI: 10.59290/5109180110

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A dor crônica representa um dos maiores desafios contemporâneos em saúde, tanto pela sua elevada prevalência quanto pelo impacto significativo que exerce sobre a funcionalidade, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos. Diferentemente da dor aguda, cuja função protetora é amplamente reconhecida, a dor crônica caracteriza-se por sua persistência e por um curso frequentemente dissociado de lesões teciduais ativas, exigindo modelos explicativos que ultrapassem uma abordagem estritamente biomédica.

Nesse contexto, o modelo biopsicossocial consolidou-se como um referencial fundamental para a compreensão da dor crônica, ao integrar fatores neurofisiológicos, emocionais, cognitivos e sociais na explicação da experiência dolorosa. Evidências acumuladas ao longo das últimas décadas demonstram que variáveis psicológicas não apenas modulam a percepção da dor, mas também influenciam sua cronificação, a resposta ao tratamento e a coexistência de sintomas ansiosos e depressivos, reforçando a necessidade de abordagens integradas no manejo clínico.

Entre esses fatores, a regulação emocional tem recebido atenção crescente na literatura científica. A regulação emocional refere-se ao conjunto de processos envolvidos na identificação, avaliação e modulação das respostas emocionais diante de demandas internas e externas. Estudos recentes sugerem que dificuldades nesses processos associam-se a maior intensidade da dor, maior interferência funcional e pior adaptação psicológica em indivíduos com dor crônica, configurando-se como um possível mecanismo transdiagnóstico compartilhado entre dor persistente e psicopatologia (KOECHLIN *et al*., 2018; RENZ *et al*., 2025).

Além disso, estratégias de enfrentamento desadaptativas, como ruminação, evitação experiencial e supressão emocional, têm sido consistentemente associadas à amplificação da experiência dolorosa e ao aumento do sofrimento psicológico. Nesse cenário, a catastrofização da dor emerge como um mediador relevante entre estados emocionais desregulados e pior evolução clínica, ocupando posição central na literatura recente (YUAN *et al*., 2024).

Traços de personalidade também exercem influência significativa sobre a forma como a dor é percebida e manejada. Características como a alexitimia, marcada por dificuldades persistentes na identificação e expressão emocional, associam-se a piores desfechos de dor e saúde mental, independentemente de estratégias específicas de enfrentamento, sugerindo que a regulação emocional geral pode exercer papel clínico mais abrangente do que o coping centrado exclusivamente na dor (AARON *et al*., 2022). Adicionalmente, experiências adversas na infância têm sido reconhecidas como fatores de risco importantes para o desenvolvimento de dor crônica na vida adulta, sendo esse efeito parcialmente mediado por padrões duradouros de desregulação emocional (THOMAS *et al*., 2024).

Diante desse panorama, este capítulo tem como objetivo explorar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, as interfaces entre regulação emocional, estratégias de enfrentamento, traços de personalidade e saúde mental no contexto da dor crônica, discutindo suas implicações clínicas e terapêuticas para um manejo mais integrado e individualizado dessa condição.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de janeiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados Pub-

Med e MEDLINE, com o objetivo de explorar as interfaces entre regulação emocional, estratégias de enfrentamento, traços de personalidade e saúde mental no contexto da dor crônica. Foram utilizados descritores em português e inglês, incluindo: dor crônica, regulação emocional, coping, catastrofização da dor, ruminação, traços de personalidade, alexitimia e saúde mental.

A busca inicial resultou em um conjunto ampliado de artigos, que foram posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão contemplaram: artigos publicados nos idiomas português e inglês; estudos publicados no período de 2014 a 2026; trabalhos que abordassem diretamente as temáticas propostas para esta pesquisa; estudos do tipo revisão narrativa, revisão sistemática, meta-análise, estudos observacionais e estudos longitudinais; e artigos disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão incluíram: artigos duplicados entre as bases de dados; estudos disponibilizados apenas na forma de resumo; publicações que não abordavam diretamente a relação entre dor crônica e processos emocionais ou de personalidade; e estudos que não atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Após a aplicação dos critérios de seleção, os artigos elegíveis foram submetidos à leitura minuciosa para extração e análise qualitativa dos dados. Análise foi conduzida à luz de um referencial biopsicossocial e transdiagnóstico, buscando integrar os achados e discutir suas contribuições para a prática clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Catastrofização, ruminação e flutuações emocionais: mediadores dinâmicos entre desregulação emocional e experiência dolorosa

Historicamente, a interface entre processos emocionais e dor crônica foi explorada a partir de mediadores cognitivos e comportamentais diretamente relacionados à experiência dolorosa. Entre esses, a catastrofização da dor ocupa lugar central na literatura, sendo definida como um padrão de resposta caracterizado por ruminação persistente sobre a dor, magnificação de suas consequências e sentimentos de desamparo diante do sofrimento físico. Esses componentes não apenas acompanham a dor, mas contribuem ativamente para sua intensificação e para o aumento da interferência funcional no cotidiano.

Estudos recentes têm aprofundado essa relação ao investigar de que maneira a catastrofização se articula com dificuldades mais amplas de regulação emocional. Yuan *et al*. (2024), utilizando modelagem por equações estruturais em uma amostra de adultos com dor crônica não oncológica, demonstraram que a catastrofização atua como mediadora completa entre dificuldades em regulação emocional e desfechos de dor, incluindo intensidade e interferência funcional. Em termos práticos, isso significa que a relação entre desregulação emocional e pior experiência dolorosa ocorre, em grande parte, por meio da ativação de padrões cognitivos catastrofizantes.

Os autores detalham que aspectos específicos da desregulação emocional, como a não aceitação das emoções, a baixa consciência emocional e a dificuldade em manter clareza sobre o que se sente, aumentam a probabilidade de o indivíduo interpretar a dor de forma amplificada, ameaçadora e incontrolável (YUAN *et al*., 2024).

Complementando essa visão, estudos que utilizam avaliações ecológicas momentâneas (*ecological momentary assessment – EMA*) oferecem uma compreensão mais fina e dinâmica desses processos no cotidiano. Diferentemente de questionários retrospectivos, a EMA permite observar como emoções, estratégias de regulação e dor variam ao longo do dia, dentro do mesmo indivíduo. Rogers *et al*. (2024), ao

acompanharem adultos com dor crônica por meio de múltiplas avaliações diárias, demonstraram que o uso momentâneo de estratégias desadaptativas, como ruminação, preocupação excessiva, evitação experiencial e supressão expressiva, associa-se, em tempo real, a aumentos subsequentes na intensidade da dor, na interferência funcional e no afeto negativo relacionado à dor.

Esses achados reforçam a ideia de que mediadores como ruminação e catastrofização não são apenas traços estáveis, mas processos flutuantes, sensíveis ao contexto, ao nível de estresse e às exacerbações da própria dor. Em consonância com isso, Mema *et al*. (2026) observaram que indivíduos com dor crônica apresentam menor sucesso na regulação emocional justamente nos momentos em que a dor e o afeto negativo estão mais elevados. Ou seja, os picos de dor parecem sobrecarregar os sistemas regulatórios, criando um ciclo no qual dor intensa dificulta a regulação emocional, que por sua vez retroalimenta a experiência dolorosa.

Para além do coping da dor: a regulação emocional geral como eixo organizador do sofrimento crônico

À medida que a literatura sobre dor crônica evoluiu, tornou-se evidente que a experiência dolorosa não pode ser compreendida apenas a partir de estratégias cognitivas diretamente relacionadas à dor. Os estudos analisados convergem para a concepção da dor crônica como um fenômeno regulado por múltiplos sistemas interdependentes, nos quais processos emocionais exercem papel modulador central. Nesse contexto, a regulação emocional (RE), entendida como o conjunto de capacidades envolvidas em identificar, avaliar, tolerar e modificar respostas emocionais, emerge como um mecanismo-chave na intensificação da dor, na interferência funcional e na associação com sintomas ansiosos e depressivos (KOECHLIN *et al*., 2018).

Importante destacar que essas capacidades regulatórias não se distribuem de forma homogênea entre os indivíduos. Pelo contrário, elas tendem a se organizar em padrões relativamente estáveis ao longo do tempo, frequentemente associados a traços de personalidade. Características como alta afetividade negativa, sensibilidade ao estresse e dificuldade em modular emoções intensas, comumente descritas no espectro do traço de personalidade intitulado neuroticismo, dialogam com a noção de que parte da vulnerabilidade para dor crônica e comorbidades se ancora em estilos afetivos relativamente persistentes (RENZ *et al*., 2025). Assim, a regulação emocional pode ser compreendida não apenas como um conjunto de estratégias situacionais, mas também como uma expressão funcional de estilos de personalidade mais amplos.

Historicamente, grande parte da pesquisa e da prática clínica concentrou-se em estratégias específicas de enfrentamento da dor, como catastrofização, aceitação e evitação. Esses mediadores continuam sendo altamente relevantes, sobretudo por sua relação consistente com a amplificação do sofrimento e da incapacidade. No entanto, evidências mais recentes indicam que tais estratégias não operam de forma isolada. Em muitos casos, elas parecem representar a face mais visível de dificuldades regulatórias mais profundas e globais, que dizem respeito à forma como o indivíduo lida com emoções em geral, um padrão frequentemente enraizado em características de personalidade, e não apenas com a dor.

Essa mudança de foco é sustentada por dados prospectivos robustos. Aaron *et al*. (2022) demonstraram que dificuldades em regulação emocional geral, particularmente a alexitimia, predizem maior intensidade da dor e maior interferência funcional em seguimento longitudinal, mesmo após o controle de variáveis clássicas como catastrofização e aceitação. A alexitimia, nesse contexto, pode ser compreendida

como um traço de personalidade caracterizado por dificuldade persistente em identificar, diferenciar e descrever emoções, refletindo um estilo emocional mais global. Em termos clínicos, isso sugere que déficits básicos no processamento emocional constituem um fator de risco transdiagnóstico, capaz de influenciar a experiência dolorosa independentemente do conteúdo cognitivo específico relacionado à dor.

Esse argumento ganha força quando se observa que diferentes combinações de habilidades e dificuldades regulatórias coexistem na população com dor crônica. Em estudo baseado em perfis, Aaron *et al*. (2023) identificaram subgrupos com dificuldades predominantes em regulação emocional geral, dificuldades predominantes em regulação emocional específica da dor, e um grupo com dificuldades combinadas, sendo este último o que apresentou, de forma consistente, pior prognóstico em dor, interferência e carga psicopatológica no seguimento. Esse achado reforça a ideia de "camadas" mais globais, relacionadas à personalidade (por exemplo, traços como alexitimia), que podem potencializar ou limitar o benefício de intervenções focadas apenas em mediadores específicos da dor (AARON *et al*., 2023).

Essa perspectiva permite reinterpretar mediadores tradicionais sob uma nova lente. A catastrofização, por exemplo, pode ser compreendida como um "tradutor cognitivo" de estados emocionais mal regulados. Quando o indivíduo não consegue reconhecer, nomear ou tolerar suas emoções, algo comum em certos estilos de personalidade marcados por elevada reatividade emocional ou baixa consciência afetiva, o sofrimento tende a ser organizado em narrativas mentais centradas na dor, frequentemente marcadas por urgência, gravidade e desesperança. Nesse sentido, pensamentos catastróficos não surgem apenas como erros cognitivos isolados, mas como tentativas, ainda que disfuncionais, de dar sentido a um mal-estar emocional pouco diferenciado.

Essa leitura ajuda a explicar por que intervenções focadas exclusivamente na reestruturação cognitiva da catastrofização apresentam eficácia limitada em determinados pacientes. Se a dificuldade central reside na regulação emocional básica, muitas vezes ancorada em traços de personalidade como alta sensibilidade emocional, baixa tolerância ao afeto negativo ou dificuldade crônica de simbolização emocional, a modificação de pensamentos sobre a dor pode não alcançar o núcleo do sofrimento. O resultado pode ser uma melhora parcial ou transitória, sem impacto duradouro sobre a experiência dolorosa e o funcionamento global.

Do ponto de vista clínico, esse conjunto de evidências sustenta duas conclusões complementares. Em primeiro lugar, mediadores específicos da dor, como catastrofização e ruminação, permanecem alvos legítimos de intervenção, dada sua relevância na amplificação do sofrimento. Em segundo lugar, e de forma mais sutil, porém decisiva, esses mediadores parecem funcionar como manifestações de dificuldades regulatórias mais amplas, frequentemente associadas a estilos de personalidade específicos, que operam em nível emocional básico e de forma dinâmica ao longo do tempo. Estudos que integram medidas de vida diária e marcadores psicobiológicos também sustentam essa leitura transdiagnóstica, aproximando dor crônica e depressão por padrões compartilhados de desregulação afetiva e reatividade ao estresse (RENZ *et al*., 2025).

Ao deslocar o foco do "conteúdo" dos pensamentos sobre a dor para a "capacidade" de regular emoções — e, por extensão, para os traços de personalidade que moldam essa capacidade — essa abordagem abre espaço para intervenções mais precisas, flexíveis e oportunas. Estratégias voltadas ao fortalecimento da regulação emocional geral, incluindo intervenções breves

e just-in-time, permitem identificar e modular estados emocionais desregulados antes que se traduzam em ciclos de catastrofização, evitação e agravamento da dor. Assim, a literatura recente aponta que a regulação emocional geral, entendida como expressão funcional de padrões emocionais mais estáveis da personalidade, pode representar o verdadeiro eixo organizador do sofrimento crônico e um alvo central para abordagens terapêuticas integradas.

Desregulação emocional, vulnerabilidade ao longo da vida e implicações terapêuticas na dor crônica

A compreensão contemporânea da dor crônica aponta para a necessidade de ultrapassar modelos estritamente episódicos ou situacionais, incorporando uma perspectiva desenvolvimental e transdiagnóstica. Nessa abordagem, a desregulação emocional emerge não apenas como um modulador da experiência dolorosa atual, mas como um possível elo etiológico entre vulnerabilidades precoces, psicopatologia e a cronificação da dor. Evidências recentes sugerem que padrões persistentes de reatividade emocional, sensibilidade ao estresse e dificuldades regulatórias podem atravessar diferentes quadros clínicos, organizando trajetórias de sofrimento ao longo da vida.

A sobreposição clínica entre dor crônica e transtornos depressivos tem sido amplamente documentada, e estudos recentes contribuem para esclarecer os mecanismos subjacentes a essa associação. Renz *et al*. (2025), integrando medidas de autorrelato, avaliações ecológicas momentâneas e neurofeedback por ressonância magnética funcional, demonstraram que pacientes com fibromialgia e transtorno depressivo maior apresentam perfis semelhantes de desregulação afetiva e maior reatividade ao estresse quando comparados a indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico. Esses achados sugerem a existência de processos emocionais compartilhados, que transcendem categorias diagnósticas específicas.

De particular relevância, os autores observaram que déficits na capacidade de modular a atividade da amígdala, estrutura central no processamento emocional e na detecção de ameaça, associaram-se a maior afeto negativo, ansiedade e ruminação no cotidiano. Esse padrão reforça a hipótese de que a desregulação emocional constitui um substrato neuroafetivo comum tanto à dor crônica disseminada quanto à depressão, com manifestações clínicas específicas moduladas pelo contexto, pela história individual e por outros fatores biológicos e psicossociais (RENZ *et al*., 2025). Assim, a dor crônica talvez possa ser compreendida, em parte, como uma expressão somática de sistemas emocionais persistentemente hiperreativos e pouco modulados.

Essa leitura transdiagnóstica ganha profundidade quando se consideram fatores desenvolvimentais. Evidências longitudinais indicam que experiências adversas na infância, como negligência, abuso ou ambientes familiares imprevisíveis, associam-se a maior risco de dor crônica na vida adulta. Thomas *et al*. (2024) demonstraram que, em adultos com lombalgia crônica, a relação entre adversidades precoces e maior gravidade da dor é mediada por dificuldades em regulação emocional. Esses resultados sugerem que padrões regulatórios disfuncionais, adquiridos em contextos de estresse precoce, podem se consolidar como estilos emocionais relativamente estáveis, aumentando a vulnerabilidade tanto para psicopatologia quanto para a cronificação da dor.

Do ponto de vista etiológico, esse conjunto de evidências permite conceber a dor crônica não apenas como consequência de lesões periféricas ou sensibilização central, mas também como o resultado de trajetórias de desenvolvimento marcadas por dificuldade em identificar, tolerar e modular estados emocionais. Ao longo

do tempo, essas dificuldades podem favorecer respostas fisiológicas exacerbadas ao estresse, maior vigilância interoceptiva, padrões cognitivos de ameaça e comportamentos de evitação, criando um terreno fértil para a manutenção do sofrimento doloroso.

Essas formulações têm implicações diretas para o manejo terapêutico. Se a desregulação emocional atua como um mecanismo transdiagnóstico e, em alguns casos, como um fator etiológico relevante, torna-se insuficiente limitar a intervenção à modificação de pensamentos ou comportamentos diretamente relacionados à dor. Nesse sentido, intervenções focadas no desenvolvimento de habilidades de regulação emocional despontam como estratégias promissoras. Uma meta-análise recente demonstrou que intervenções centradas em habilidades regulatórias produzem redução significativa da intensidade da dor quando comparadas ao tratamento usual, apresentando eficácia semelhante à terapia cognitivo-comportamental tradicional (NORMAN-NOTT *et al*., 2024).

Esses achados reforçam a regulação emocional como um alvo clínico legítimo e potencialmente prioritário, especialmente em pacientes com múltiplos déficits regulatórios, elevada comorbidade psiquiátrica ou história de adversidades precoces. Além disso, ao fortalecer capacidades básicas como consciência emocional, aceitação, tolerância ao afeto e flexibilidade regulatória, essas intervenções podem produzir efeitos mais amplos e duradouros, impactando não apenas a dor, mas também a qualidade de vida, o funcionamento emocional e a resiliência ao estresse.

CONCLUSÃO

A literatura analisada converge de forma consistente para a compreensão da dor crônica como um fenômeno profundamente entrelaçado a processos emocionais, cognitivos e desenvolvimentais, nos quais a regulação emocional ocupa papel central. Os achados discutidos ao longo deste capítulo indicam que mediadores clássicos da experiência dolorosa, como catastrofização e ruminação, embora clinicamente relevantes, não operam de forma isolada. Ao contrário, esses processos parecem emergir como expressões dinâmicas de dificuldades regulatórias mais amplas, frequentemente ancoradas em estilos emocionais relativamente persistentes e em traços de personalidade que moldam a forma como o indivíduo percebe, interpreta e responde ao sofrimento.

Nesse sentido, a regulação emocional geral desponta como um eixo organizador do sofrimento crônico, articulando vulnerabilidades disposicionais, experiências adversas ao longo da vida e mecanismos cognitivos específicos da dor. Evidências longitudinais e ecológicas reforçam que tais processos não são estáticos, mas flutuam em função do contexto, do nível de estresse e das exacerbações da própria dor, criando ciclos autorreforçadores nos quais picos de dor e afeto negativo sobrecarregam os sistemas regulatórios e amplificam a experiência dolorosa. Essa leitura transdiagnóstica aproxima a dor crônica de quadros como depressão e ansiedade, sugerindo a existência de substratos emocionais e neuroafetivos compartilhados, que transcendem categorias diagnósticas tradicionais.

Do ponto de vista clínico, esses achados sustentam a necessidade de ampliar o foco das intervenções psicológicas, deslocando-o de abordagens centradas exclusivamente no conteúdo cognitivo da dor para estratégias que fortaleçam capacidades regulatórias mais básicas, como consciência emocional, aceitação, tolerância ao afeto e flexibilidade regulatória. Intervenções baseadas em habilidades de regulação emocional mostram-se particularmente promissoras, tanto por sua eficácia na redução da dor quanto por seu potencial de impacto mais am-

plo sobre a saúde mental e o funcionamento global, especialmente em pacientes com perfis de maior vulnerabilidade emocional e histórica.

Em conjunto, os dados discutidos sugerem que a avaliação sistemática da regulação emocional, dos estilos de coping e dos traços de personalidade deve ocupar lugar central no manejo multidimensional da dor crônica. Ao reconhecer a dor não apenas como um fenômeno sensorial, mas como uma experiência emocionalmente organizada ao longo do tempo, abre-se espaço para abordagens terapêuticas mais precisas, integradas e sensíveis à complexidade do sofrimento humano, com potencial para promover benefícios clínicos mais duradouros e significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARON, R. V. *et al*. The longitudinal relationship between emotion regulation and pain-related outcomes: results from a large, online prospective study. The Journal of Pain, v. 23, n. 6, p. 981–994, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.01.005.

AARON, R. V. *et al*. Determining profiles of pain-specific and general emotion regulation skills and their relation to 12-month outcomes among people with chronic pain. The Journal of Pain, v. 24, n. 4, p. 667–678, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.11.004.

KOECHLIN, H. *et al*. The role of emotion regulation in chronic pain: a systematic literature review. Journal of Psychosomatic Research, v. 107, p. 38–45, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002.

MEMA, C. *et al*. Emotion regulation in chronic pain is impaired when pain is high. European Journal of Pain, v. 30, n. 1, e70204, 2026. DOI: https://doi.org/10.1002/ejp.70204.

NORMAN-NOTT, N. *et al*. Emotion regulation skills-focused interventions for chronic pain. European Journal of Pain, v. 28, n. 8, p. 1276–1293, 2024. DOI: https://doi.org/10.1002/ejp.2156.

RENZ, M. P. *et al*. Neural, psychological, and daily life evidence for a transdiagnostic process of affective dysregulation in depression and chronic widespread pain. Pain, v. 166, n. 12, e788–e806, 2025. DOI: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002888.

ROGERS, A. H. *et al*. Momentary emotion regulation strategies and pain experience among adults with chronic pain: an ecological momentary assessment study. The Journal of Pain, v. 40, n. 5, p. 269–277, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.11.006.

THOMAS, P. A. *et al*. Adverse childhood experiences and chronic low back pain in adulthood: the role of emotional regulation. The Journal of Pain, v. 25, n. 9, 104551, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.04.551.

YUAN, Y. *et al*. The relationship between emotion regulation and pain catastrophizing in patients with chronic pain. Pain Medicine, v. 25, n. 7, p. 468–477, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/pm/pnad007 (doi.org in Bing).

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 5

INDICADORES DE SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

ALESSANDRA VITÓRIA DE LIMA[1]
VITORIA TONSICA MARCATO[1]
HELOIZA MATOS DE OLIVEIRA[1]
ELIENE CESCO PORTO NOVAIS[1]
BRENO DA SILVA OLIVEIRA[1]
IARA BARBOSA RAMOS[2]
MURIEL FERNANDA DE LIMA[2]
INGRID MOURA DE ABREU[3]
ROBERTA AVELINO DOS SANTOS[4]
ITALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO[2]
KARYANNA ALVES DE ALENCAR ROCHA[5]
ALLAN ARAÚJO RODRIGUES[6]
LAELSON ROCHELLE MILANÊS SOUSA[7]
DANIEL DE MACEDO ROCHA[2]

[1]*Discente - Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.*
[2]*Docente - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.*
[3]*Docente - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.*
[4]*Doutoranda – Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí.*
[5]*Doutora – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.*
[6]*Discente - Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão.*
[7]*Docente - Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão.*

Palavras-Chave: *Pessoal da Saúde; Saúde Mental; Urgência e Emergência.*

DOI: 10.59290/5051246171

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos profissionais que atuam na urgência e emergência tem despertado um crescente interesse científico, político e assistencial em virtude das exigências físicas, cognitivas e emocionais inerentes ao contexto de trabalho. Estes ambientes caracterizam-se por elevada imprevisibilidade, contato contínuo com situações de risco, fluxo elevado de atendimentos, alta rotatividade, sobrecarga de trabalho e necessidade de tomada de decisão rápida, fatores que combinados podem contribuir para o desenvolvimento ou potencializar condições psicológicas pré-existentes (FERREIRA *et al.,* 2022; GOMES & VARGAS, 2023).

Na literatura, os profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência estão expostos a uma carga mental elevada, expressa na maioria das vezes por estresse, fadiga, sintomas de ansiedade e de depressão. Estes indicadores manifestam-se de forma multidimensional, impactando o bem-estar individual, o desempenho clínico, a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar no ambiente de trabalho (ÁVILA & PASSOS, 2023).

Apesar do reconhecimento da importância do tema, verifica-se uma lacuna significativa na literatura sobre a avaliação integrada dos indicadores de saúde mental em diferentes categorias profissionais dentro das equipes de urgência e emergência. Muitos estudos concentram-se em dimensões isoladas, como burnout ou estresse, sem explorar a interação múltipla desses indicadores. Outro aspecto pouco explorado envolve as especificidades culturais e organizacionais que influenciam a carga mental. Esta escassez limita a compreensão do problema e compromete o desenvolvimento de estratégias de intervenção capazes de minimizar essas repercussões ocupacionais (VIEIRA *et al.,* 2023).

Além disso, a natureza dinâmica e exigente das situações de urgência reforça a necessidade de estudos que considerem não apenas indicadores individuais, mas também fatores organizacionais, como carga de trabalho, disponibilidade de recursos e suporte institucional. A inclusão de múltiplas variáveis permitirá a compreensão robusta do problema e a formulação de políticas de saúde ocupacional integradas, efetivas, sustentáveis e baseadas em evidências (TRINDADE *et al.,* 2025).

Ainda, as evidências atuais permanecem limitadas para identificar os fatores protetores ou de risco específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, torna-se necessário aprofundar a análise em diferentes cenários, equipes e níveis de atenção à saúde. Diante disso, este estudo objetiva analisar, na literatura, os indicadores de saúde mental dos profissionais que atuam no serviço de urgência.

MÉTODO

Revisão integrativa da literatura, fundamentada no referencial teórico proposto por Whitmore & Knalf (2005), e conduzida em seis etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estratégia de busca e amostragem; definição dos critérios de elegibilidade; extração de dados; avaliação crítica dos estudos incluídos; e síntese do conhecimento.

A questão de pesquisa “Quais os indicadores de saúde mental dos profissionais que atuam nos serviços nacionais de urgência e emergência?”, foi estruturada conforme os domínios do acrônimo PICo. Nessas condições, o População (P) considerado para este estudo foram trabalhadores da saúde; o Fenômeno de Interesse (I) envolveu os indicadores de saúde mental; e o Contexto de investigação (Co) foi expresso pela atuação em serviços de urgência e emergência.

O levantamento bibliográfico foi realizado em agosto de 2025 mediante consulta eletrônica as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MED-

LINE) via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O acesso por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior em área com Internet Protocol (IP), reconhecida na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Os descritores controlados e não controlados foram selecionados após consulta de termos indexados no vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A operacionalização da busca foi adaptada às especificidades de cada base e os termos foram cruzados por meio dos operadores booleanos OR e AND (**Tabela 5.1**).

Tabela 5.1 Descritores controlados e não controlados utilizados para operacionalização da busca. Coxim, MS, Brasil, 2025

PICo	Descritor controlado	Descritor Não Controlado
P	Pessoal de Saúde Técnicos de Enfermagem Enfermeiro Enfermeira Médicos Condutor socorrista Paramédico	*Licensed Practical Nurses; Enfermeros no Diplomados;* Pessoal da Saúde*;* Profissional da Saúde; Trabalhador da Saúde; Enfermeira e Enfermeiro; Enfermeiro e Enfermeira; *Paramedics;* Paramédico*; Emergency Responders;* Socorrista; Paramédico de Emergência; Paramédico Técnico em Emergências Médicas; Pessoal Paramédico.
I	Saúde mental	*Mental Health; Salud Mental;* Higiene Mental.
Co	Serviços Médicos de Emergência *Emergency Medical Services* *Servicios* Médicos de Urgência	Atendimento Pré-Hospitalar; Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar; Centro de Emergência; SAMU; Serviço Médico de Emergência; Serviços de Atendimento de Emergência; Serviços de Saúde de Emergência.
Expressão de busca	((mh:(Pessoal de Saúde)) OR (*Health Personnel*) OR (*Personal de Salud*) OR (Pessoal da Saúde) OR (Profissional da Saúde) OR (Trabalhador da Saúde) OR (mh:(Técnicos de Enfermagem)) OR (*Licensed Practical Nurses*) OR (Enfermeros no Diplomados) OR (mh:(Enfermeiro)) OR (Nurses) OR (*Enfermeras y Enfermeros*) OR (Enfermeira) OR (Enfermeira) OR (mh:(Médicos)) OR (*Physicians*) OR (Médicos) OR (mh:(Condutor socorrista: Paramédico)) OR (*Paramedics*) OR (Paramédico) OR (Socorrista) OR (Paramédico de Emergência)) AND ((*Mental Health*) OR (mh:(Saúde mental)) OR (*Salud Mental*) OR (Higiene Mental)) AND ((mh:(SAMU)) OR (Serviço Médico de Emergência) OR (Serviços de Atendimento de Emergência) OR (Serviços de Saúde de Emergência) OR (Atendimento Pré-Hospitalar) OR (Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar))	

Esta revisão considerou estudos observacionais e de intervenção que avaliou os indicadores de incidência e prevalência de sintomas de saúde mental vivenciados por trabalhadores de saúde que atuam nos dispositivos nacionais de atenção às urgências e emergências. Nenhuma limitação quanto ao idioma ou período de publicação foi considerada no processo de seleção. A exclusão foi condicionada às seguintes condições: (1) registros duplicados entre as bases consultadas; (2) teses, dissertações, estudos de revisão e editoriais.

Dois revisores, de forma independente, avaliaram os títulos e resumos, assim como determinaram o potencial de inclusão. Os conflitos foram gerenciados por um terceiro revisor com experiência no método de investigação. Após essa etapa, foi realizada a análise de texto completo de todas as referências incluídas.

A extração de dados também foi conduzida por pares, de forma independente e cega. Nesta etapa, foi utilizado um formulário proposto pelo *Joanna Briggs Institut* (JBI) e as variáveis de interesse compreenderam aspectos referenciais, delineamento metodológico, composição

amostral, Nível de Evidência (NE), dimensões avaliadas, principais resultados, conclusões e limitação.

As recomendações propostas pelo *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* foram utilizadas para classificação do nível de evidência, considerando: 1A - revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados; 1B – ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito; 1C - resultados terapêuticos do tipo "tudo ou nada"; 2A - revisão sistemática de estudos de coorte; 2B - estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade); 2C - observação de resultados terapêuticos ou estudos ecológicos; 3A - revisão sistemática de estudos caso-controle; 3B - estudo caso-controle; 4 - relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade); 5 - opinião de especialistas (CEBM, 2009).

A análise e síntese dos resultados foram realizadas de forma descritiva. Destaca-se que as evidências apresentadas neste estudo são de caráter secundário. Portanto, não será necessária apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 9 estudos. As evidências demonstraram um aumento crescente do interesse em compreender o impacto da dinâmica laboral sobre a saúde mental de profissionais do atendimento pré-hospitalar e dos serviços de urgência. Foram identificados que a carga mental vivenciada nessa população é expressa por sintomas de ansiedade, estresse, depressão, assim como alterações do sono, sobretudo entre a equipe de enfermagem, que se apresentou como uma categoria de vulnerabilidade para esses eventos. Os estudos transversais (nível de evidência 2C), predominaram nesta revisão e evidenciaram a alta prevalência de transtornos mentais comuns.

Os preditores foram frequentemente associados a eventos evitáveis relacionados ao ambiente e à organização do ocupacional. Nessa perspectiva, a violência representou um elemento central, frequentemente referenciado pelos trabalhadores. Trataram-se de agressões físicas, verbais, psicológicas, comportamentais e sexuais, praticadas tanto por pacientes, acompanhantes e populares, quanto por colegas de trabalho e profissionais da gestão da rede. Esse contexto de hostilidade e pressão constante gerou impactos negativos sobre o bem-estar biopsicossocial dos profissionais e contribui para a intensificação dos níveis de sofrimento e desgaste emocional.

Fatores como sobrecarga de trabalho, estratégias de enfrentamento inadequadas, exaustão emocional, despersonalização e hábitos de risco também aumentaram o risco de adoecimento mental. Diante desse contexto, a estruturação de espaços de diálogo e escuta foram apontadas como essenciais para ressignificar os sentimentos, fortalecer os vínculos de trabalho e proteger a saúde mental das equipes. A **Tabela 5.2** apresenta a síntese dos estudos incluídos conforme autor referencial, objetivo do estudo, método e nível de evidência, categoria profissional avaliada, indicadores de saúde mental, principais resultados e conclusões.

Esta revisão evidencia que os trabalhadores de urgência e emergência estão expostos a uma elevada carga mental, caracterizada por altos níveis de ansiedade, estresse e sintomas depressivos. Esse panorama confirma estudos que apontam a enfermagem como uma das categorias profissionais mais vulneráveis ao adoecimento psicológico no contexto da assistência hospitalar, sobretudo entre mulheres, que representam a maior força de trabalho nesses serviços (SILVA, 2020; ALMEIDA & SOUZA, 2021).

Tabela 5.2 Síntese dos estudos incluídos sobre os indicadores de saúde mental de profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência. Coxim, MS, Brasil, 2025

Autor, ano e periódico	Objetivo	Método NE	Categoria profissional	Resultados e conclusões
SÉ *et al.* 2023 PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva	Compreender a violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel.	Transversal 2C	Enfermeiros	Violência no trabalho através de atos físicos, verbais, psicológicos, comportamentais e sexuais, perpetrados por pacientes, populares, colegas de profissão e profissionais com postos hierarquicamente superiores, durante o processo de trabalho externo e interno à organização. Foram identificadas consequências biopsicossociais negativas.
LIANDRA *et al.* 2022 Cuidarte Enfermagem	Avaliar a prevalência e os fatores associados a Transtornos Mentais Comuns no contexto da pandemia da Covid-19 no ambiente de trabalho de uma equipe de atenção pré-hospitalar	Estudo descritivo e quantitativo 2C	Médicos, equipe de enfermagem e condutores de ambulâncias.	Altas pontuações no fator “sentem-se nervosos, tensos ou "preocupados” entre enfermeiros e condutores. Na categoria médica, foram prevalentes problemas com sono.
OLIVEIRA *et al.* 2022 Revista Nursing.	Rastrear sintomas de ansiedade em profissionais do SAMU	Transversal 2C	Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e condutores de ambulância	Ansiedade
SANTOS *et al.* 2022 Revista Mineira de Enfermagem	Conhecer as vivências de prazer e sofrimento de trabalhadores de Enfermagem de serviços de urgência e emergência.	Qualitativa 2C	Equipe de enfermagem	As vivências de prazer coexistem com as de sofrimento no cotidiano do trabalho, sendo importantes espaços de fala e escuta para a ressignificação dos sentimentos e proteção à saúde mental.
MOURA *et al.* 2022 Acta Paulista de Enfermagem.	Analisar as variáveis sociodemográficas e de trabalho quanto ao risco de transtorno mental comum.	Transversal 2C	Enfermeiros e Técnicos de enfermagem	Os transtornos mentais comuns podem prejudicar o padrão de saúde mental do trabalhador e impactar, negativamente, na prática profissional, levando risco tanto a assistência ao paciente, quanto a própria saúde.
MASS *et al.* 2022 Revista Gaúcha de Enfermagem	Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência quanto às cargas de trabalho e a relação com sua saúde.	Qualitativo 2C	Técnicos de enfermagem e enfermeiros	A sobrecarga de trabalho culmina em risco de adoecimento psíquico.
SILVIA *et al*. 2015	Avaliar a influência do burnout e das estratégias de enfrentamento no estado de saúde mental.	Estudo transversal descritivo. 2C	Médicos e enfermeiros	As dimensões de exaustão emocional e despersonalização, enfrentamento centrado na evitação, ser médico e fumante diário aumentam o risco de um caso psiquiátrico.
CAVALCANTE *et al*. 2018 Revista Brasileira de Medicina do Trabalho	Investigar as redes de relações entre trabalhadores do SAMU	Qualitativa 2C	Enfermeiros	Foram identificados danos à saúde devido aos estressores do local e do trabalho desenvolvido.

Observa-se que fatores ocupacionais e organizacionais exercem influência significativa sobre a saúde mental dos profissionais. A insatisfação com o ambiente de trabalho, as longas jornadas, o acúmulo de funções e a pressão por produtividade são descritos como elementos capazes de potencializar o desgaste emocional e comprometer o bem-estar dos trabalhadores (PEREIRA *et al.,* 2019). Tais condições reforçam a necessidade urgente de dimensionamento adequado das equipes, fator amplamente discutido em estudos nacionais e internacionais.

Além da sobrecarga mental, a violência ocupacional se destacou como um fenômeno intimamente relacionado ao sofrimento psíquico dos profissionais de enfermagem. A literatura aponta que situações de desvalorização, críticas hierárquicas e hostilidade provenientes de supervisores ou colegas configuram fatores de risco que contribuem para a ocorrência de agressões físicas, verbais e psicológicas no ambiente laboral (FERREIRA & CARVALHO, 2020). Esses episódios intensificam sintomas de estresse, ansiedade e burnout, além de favorecer conflitos interpessoais.

Outro aspecto relevante envolve a insuficiência de apoio institucional. A ausência de políticas de prevenção, protocolos específicos para denúncia e suporte emocional adequado aos trabalhadores expostos à violência amplifica a sensação de vulnerabilidade e medo, dificultando o enfrentamento dos conflitos (MENDES, 2022). Estudos apontam que instituições com baixa estrutura de acolhimento apresentam índices mais elevados de agressões e desgaste emocional.

As dificuldades nas relações interpessoais também se mostram determinantes no adoecimento dos trabalhadores. Atitudes como individualismo, falta de respeito e ausência de cooperação entre colegas favorecem a hostilidade, alimentam a insatisfação profissional e criam um ambiente propício para assédio moral e agressões verbais, conforme evidenciado por Santos & Barros (2018). Dessa forma, fortalecer a comunicação e o trabalho em equipe torna-se fundamental para prevenir conflitos e reduzir o sofrimento ocupacional.

Somado a isso, a precariedade das condições estruturais dos serviços, marcada pela falta de equipamentos, recursos insuficientes e infraestrutura inadequada, intensifica a sobrecarga física e emocional dos profissionais. A escassez de materiais e a desorganização dos ambientes assistenciais aumentam a frustração, dificultam a execução segura das atividades e ampliam o risco de conflitos interpessoais (OLIVEIRA *et al.,* 2021).

Diante desses achados, a discussão evidencia que tanto a sobrecarga mental quanto a violência ocupacional são fenômenos multifatoriais, resultantes da interação entre fatores organizacionais, estruturais e relacionais. A literatura demonstra, de forma consistente, que ambientes de urgência e emergência demandam políticas institucionais robustas, estratégias de proteção ao trabalhador e gestão humanizada para promover segurança, valorização profissional e saúde mental.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa possibilitou identificar que os profissionais de enfermagem atuantes em serviços de urgência e emergência estão expostos a um conjunto complexo de fatores que comprometem sua saúde mental e suas condições de trabalho. Altos níveis de nasiedade, estresse e sintomas depressivos são recorrentes e reforçam as evidências de que a enfermagem constitui uma das categorias mais afetadas ao adoecimento mental no âmbito hospitalar. Aspectos organizacionais exerceram influência direta sobre o desgaste emocional, indicando a necessidade urgente de dimensionamento adequado das equipes e melhoria da ges-

tão institucional. A violência ocupacional também foi um fator determinante desses eventos.

A insuficiência de políticas de apoio institucional, aliada à ausência de protocolos eficazes de prevenção e denúncia, contribui para a sensação de vulnerabilidade, medo e desamparo entre os profissionais, dificultando o enfrentamento de situações de violência. Além disso, fragilidades nas relações interpessoais mostram-se relevantes no processo de adoecimento. Somam-se as limitações estruturais presentes nos serviços de urgência e emergência que intensificam a sobrecarga física e emocional dos trabalhadores. Recomenda-se que gestores e instituições de saúde adotem políticas de prevenção da violência, ofereçam suporte psicossocial aos trabalhadores, invistam em ambientes de trabalho seguros e promovam práticas de gestão humanizada. Tais ações são fundamentais para assegurar condições adequadas de trabalho, proteção aos profissionais e qualidade assistencial, além de contribuírem para a promoção da saúde mental e para a valorização da enfermagem no contexto dos serviços de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, B. L. C. & DE PASSOS, S. G. Saúde mental do enfermeiro que atua na urgência e emergência. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 6, n. 13, p. 2608–2616, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0367.

CAVALCANTE, J. B. *et al*. Rede de relações em um serviço de atendimento móvel de urgência: análise de uma equipe de trabalho. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 16, n. 2, p. 158–166, 2018. DOI: 10.5327/Z1679443520180220.

CEBM – Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009). Oxford: University of Oxford, 2009. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>. Acesso em: 04 fev. 2026.

FERREIRA, L. B.; LOPES, M. C. A.; SPINA, G. Saúde mental de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no contexto da pandemia COVID-19. CuidArte, Enferm, p. 245–251, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0367.

GOMES, A. C. B. & VARGAS, A. F. M. A saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam no setor de urgência e emergência. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 9, p. 3419–3429, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0367.

MASS, S. F. L. S. *et al*. Rotina do imprevisível: cargas de trabalho e saúde de trabalhadores de enfermagem de urgência e emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 43, p. e20210007, 2022. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210007.

MOURA, R. C. D. *et al*. Transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de serviços de emergência. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, p. eAPE03032, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO03032.

OLIVEIRA, L. B. *et al*. Sintomatologia de ansiedade em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. Nursing (Ed. bras., Impr.), p. 8540–8555, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0367.

SANTOS, A. F. *et al*. Prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem em urgência e emergência. REME – Revista Mineira de Enfermagem, v. 26, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.37218.

SÉ, A. C. S. *et al*. Violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 33, p. e33046, 2023. DOI: 10.1590/S0103-7331202333046.

SILVA, R. P. *et al*. Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 67, n. 1, p. 130–145, 2015. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0367.

TRINDADE, L. L. *et al*. Fadiga por compaixão em profissionais de serviços de urgência e emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 78, p. e20230367, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0367.

VIEIRA, R. S. S.; MARTINS, G. M. T.; DE SÁ RIBEIRO, R. Desafios e esgotamento: profissionais de saúde na linha de frente dos serviços de urgência e emergência. Humanidades & Inovação, v. 10, n. 14, p. 88–97, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0367.

WHITTEMORE, R. & KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 6

ETILISMO NA PESSOA IDOSA: TENDÊNCIAS E PERFIL RELACIONADO AO PADRÃO DE CONSUMO

DARLENE MARQUES FERNANDES[1]
VITORIA TONSICA MARCATO[1]
HELOIZA MATOS DE OLIVEIRA[1]
BRENO DA SILVA OLIVEIRA[1]
ELIENE CESCO PORTO NOVAIS[1]
IARA BARBOSA RAMOS[2]
MURIEL FERNANDA DE LIMA[2]
INGRID MOURA DE ABREU[3]
ROBERTA AVELINO DOS SANTOS[4]
ITALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO[2]
KARYANNA ALVES DE ALENCAR ROCHA[5]
ALLAN ARAUJO RODRIGUES[6]
LAELSON ROCHELLE MILANÊS SOUSA[7]
DANIEL DE MACEDO ROCHA[2]

[1]*Discente - Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.*
[2]*Docente - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.*
[3]*Docente - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.*
[4]*Doutoranda – Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí.*
[5]*Doutora – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.*
[6]*Discente - Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão.*
[7]*Docente - Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão.*

Palavras-Chave: *Etilismo; Pessoa Idosa; Comportamento de Saúde.*

DOI: 10.59290/0512102627

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno evidenciado no Brasil, está intrínsecamente relacionado à redução da mortalidade infantil, ao declínio da taxa de natalidade e ao aumento da expectativa de vida. Esse cenário resulta na maior proporção de idosos em comparação às demais faixas etárias (LOPES *et al.*, 2024). Trata-se de um processo fisiológico natural, permeado por transformações biológicas, psicológicas e sociais que podem acarretar desafios adaptativos e predispor essa população ao consumo de substâncias psicoativas (SENGER *et al.*, 2011).

Nesse contexto, destaca-se o etilismo, patologia complexa caracterizada pela dependência química e pelo uso abusivo do álcool, e seus efeitos podem desencadear desfechos graves, incluindo violência, acidentes e óbito (MOURA *et al.*, 2023). Por configurar um problema crítico de saúde pública, as intervenções e políticas de prevenção devem ser estruturadas em uma perspectiva interdisciplinar, integrando as dimensões social, psicoemocional e biológica para a redução do padrão abusivo de consumo.

Devido às alterações fisiológicas no metabolismo e na composição corporal, as pessoas idosas apresentam menor tolerância ao álcool. Consequentemente, a ingestão de quantidades mínimas pode resultar em concentrações plasmáticas elevadas quando comparadas às de indivíduos de menor idade (COSTA *et al.*, 2022; MOURA *et al.*, 2023; BEZERRA *et al.*, 2023). O etilismo nessa faixa etária compromete severamente os indicadores de saúde e a qualidade de vida, favorecendo o desenvolvimento ou agravamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e hepatopatias, além de elevar o risco de quedas e acidentes (OLIVEIRA *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2023).

Outro aspecto crítico reside na associação entre o consumo de etanol e a carcinogênese. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a ingestão de bebidas alcoólicas, independentemente da quantidade, eleva o risco de neoplasias na cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, cólon, reto e mama. Esse risco é exacerbado quando associado ao tabagismo, prática frequentemente concomitante. Ademais, o consumo excessivo e prolongado é um fator de risco estabelecido para o desenvolvimento de demências, síndrome geriátrica de alta prevalência (SBGG, 2023).

Portanto, o etilismo na população idosa é uma questão que deve ser abordada sistemáticamente, em virtude do seu impacto na saúde coletiva e no bem-estar individual. A subestimação dessa problemática frequentemente culmina na escassez de intervenções precoces e no agravamento do quadro clínico do idoso (BEZERRA *et al.*, 2023). Estudos recentes confirmam a lacuna de conhecimento sobre o perfil epidemiológico e as especificidades do consumo de álcool nesse grupo (SENGER *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2022). Nesse sentido, a investigação do etilismo em idosos permite elucidar os fatores biológicos, psicossociais e ambientais subjacentes a esse comportamento, contribuindo para a consolidação do conhecimento científico sobre os desafios do envelhecimento (COSTA *et al.*, 2022; MOURA *et al.*, 2023). Diante do exposto, este estudo objetivou analisar as evidências científicas acerca das tendências e padrão de consumo etilismo na pessoa idosa

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para atingir os objetivos propostos, percorreremos as seguintes etapas: (1) identificação do problema (elaboração da pergunta norteadora), (2) busca e amostragem, (3) coleta de

dados, (4) análise dos estudos incluídos, (5) discussão e interpretação dos resultados e (6) síntese do conhecimento. (WHITTEMORE & KNAFL, 2005).

Este estudo foi conduzido pela seguinte questão: "Qual o perfil, o padrão de consumo e os impactos do etilismo na pessoa idosa". A busca e seleção foram realizadas de forma online entre os meses de outubro e novembro do ano de 2024, através do banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados na busca dos estudos primários foram selecionados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Alcoolismo; Comportamentos de risco à saúde; Pessoa idosa; Saúde do idoso.

Neste estudo os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, publicados nos últimas dez anos. Os critérios de exclusão foram: estudos com populações mistas (não exclusivamente idosos) e que avaliou o padrão de consumo de outras substâncias.

Durante a seleção, foram avaliados os títulos, resumos e/ou o texto completo dos artigos encontrados. Após esta busca, foram selecionados os artigos mais pertinentes e fundamentamos nosso estudo de modo a alcançar nossos objetivos. Após concluir essa etapa, iniciou-se a coleta de dados extraindo as informações dos estudos incluídos: amostra, objetivos do estudo, métodos utilizados, resultados e as principais conclusões. Essas informações foram organizadas formando um banco de dados de fácil acesso e manejo em uma planilha do programa *Excel*. Esta revisão utilizou os métodos descritivos de dados para síntese do conhecimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão incluiu 6 estudos primários. A análise conjunta dos seis estudos apresentados na **Tabela 6.1** revela um panorama abrangente sobre o consumo abusivo de álcool em idosos, destacando fatores epidemiológicos, emocionais, sociais e clínicos que influenciam esse comportamento. Em síntese, os artigos demonstram que o consumo de álcool nessa população é um problema de saúde pública relevante, frequentemente invisibilizado nos serviços de saúde e impactos significativos na qualidade de vida dessas pessoas afetadas.

O primeiro estudo (A1), de delineamento transversal, evidenciou que mesmo entre idosos com doenças crónicas, o consumo abusivo persiste e apresenta prevalência expressiva. A associação entre alcoolismo e baixa adesão ao tratamento medicamentoso demonstra como o etilismo pode interferir diretamente no controle clínico de condições preexistentes, ampliando inclusive o risco de complicações metabólicas. Ainda, reforça a necessidade de que a APS investigue sistematicamente o consumo de álcool entre idosos com condições clínicas pré-existentes.

O artigo A2 identifica que o abuso de álcool está fortemente vinculado a sentimentos de solidão, abandono e experiências familiares prévias com etilismo. Essa compreensão destaca que o alcoolismo na velhice não é um evento isolado, mas sim um fenômeno relacionado ao curso de vida, às redes de apoio fragilizadas e às trajetórias emocionais acumuladas. Compreender essas histórias ajuda os profissionais a direcionarem intervenções mais humanas e empáticas.

Já o estudo A3 discute o papel da resiliência enquanto fator protetor. A capacidade de lidar com adversidades, perdas e mudanças emerge como elemento central na prevenção ao consumo abusivo. Contudo, quando a resiliência é baixa, o álcool pode ser utilizado como estratégia de enfrentamento. A reflexão reforça que ações preventivas devem envolver o fortalecimento de habilidades emocionais e sociais.

Tabela 6.1 Caracterização dos estudos incluídos

Artigo	Nome dos autores	Título	Periódico/Revista	Ano
A1	OLIVEIRA *et al.*	Consumo abusivo de álcool em idosos com diabetes mellitus tipo 2 da atenção primária à saúde: um estudo transversal	Ciência & Saúde Coletiva	2023
A2	OLIVEIRA *et al.*	Aspectos relacionados ao abuso e dependência de álcool por idosos	Revista de Enfermagem UFPE on line	2017
A3	DULLIUS *et al.*	Consumo/dependência de álcool e resiliência na pessoa idosa: análise reflexiva	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	2020
A4	MOURA *et al.*	Representações sociais de idosos sobre o alcoolismo	Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento	2023
A5	LIMA	Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos na atenção primária à saúde	Universidade de São Paulo (Tese de Doutorado)	2023
A6	BEZERRA *et al.*	O impacto comportamental e o prejuízo na saúde do idoso por uso abusivo de álcool	Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida	2023

O estudo A4, baseou-se na Teoria das Representações Sociais e mostra que a forma como o idoso percebe o alcoolismo influencia diretamente sua disposição em buscar ajuda. As representações encontradas oscilam entre a banalização do consumo e a visão moralizante que associa o etilismo à vergonha e ao fracasso individual. O estudo A5 apresenta evidências práticas, demonstrando que intervenções breves na atenção primária são eficazes para reduzir o consumo de álcool em idosos. Além de serem estratégias rápidas e de baixo custo, mostram boa aceitação entre os participantes, o que sugere que sua implementação em larga escala poderia representar grande avanço na prevenção do alcoolismo na terceira idade.

Por fim, o estudo A6 evidencia os danos associados ao uso abusivo de álcool, que vão desde prejuízos mentais como depressão e ansiedade, e complicações físicas que incluem quedas, piora funcional e interações medicamentosas prejudiciais. Como a maioria dos idosos apresenta comorbidades e faz uso contínuo de medicamentos, o álcool torna-se um fator adicional de risco que agrava o estado geral de saúde (**Tabela 6.2**).

De forma integrada, os achados desses estudos mostram que o alcoolismo na velhice é multifatorial, exigindo uma abordagem que articule dimensões biomédicas, psicológicas e socioculturais. Não basta identificar o padrão de consumo, é essencial compreender os motivos, contextos e percepções que permeiam esse comportamento. Isso aponta para a necessidade de uma abordagem interprofissional na APS, contemplando desde triagem sistemática até intervenções psicossociais.

Além disso, fica evidente que fatores socioeconómicos e emocionais desempenham papel decisivo no comportamento de risco, reforçando que políticas públicas precisam incluir estratégias que fortaleçam vínculos sociais, promovam bem-estar emocional e diminuam desigualdades. O idoso deve ser reconhecido como sujeito ativo, com história de vida e necessidades próprias, e não apenas como portador de doenças crónicas.

Por fim, a síntese dos estudos evidencia que é urgente qualificar o cuidado ao idoso em relação ao consumo de álcool, com ações contínuas de educação em saúde, intervenções breves, fortalecimento da resiliência e desconstrução de estigmas. Somente assim será possível promover um envelhecimento mais saudável, autónomo e digno, reduzindo os impactos físicos, emocionais e sociais do etilismo nesta população.

Tabela 6.2 Síntese dos estudos incluídos

Artigo	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados	Conclusões
A1	Estudo transversal com coleta de dados domiciliar	Analisar o consumo abusivo de álcool em idosos com diabetes mellitus tipo 2 da atenção primária à saúde	Foram avaliados 338 idosos com diabetes mellitus tipo 2, dos quais 19,2% (IC95%: 15,0–23,4) apresentaram consumo abusivo de álcool. Observou-se maior frequência entre homens (63,1%), na faixa etária de 60 a 64 anos (35,4%), baixa classe econômica (49,2%), escolaridade de 1 a 4 anos (53,8%) e presença de multimorbidade (92,3%).	A frequência do consumo abusivo de álcool e a não adesão ao tratamento medicamentoso mostraram-se preocupantes, pois podem contribuir para o agravamento e complicações do diabetes mellitus.
A2	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	Compreender aspectos relacionados ao abuso de álcool por idosos	Evidenciou-se associação entre o alcoolismo e sentimentos de solidão, abandono e histórico familiar de consumo abusivo de álcool.	As experiências de vida e as relações sociais influenciam diretamente o uso de álcool na velhice, reforçando a necessidade de cuidado mais atento, empático e sensível às particularidades dessa fase da vida.
A3	Estudo reflexivo de base qualitativa	Investigar a influência da resiliência nos padrões de consumo de álcool em pessoas idosas, considerando fatores emocionais, sociais e psicológicos	Identificou-se que a resiliência atua como fator de proteção contra o uso abusivo de álcool, embora alguns idosos apresentem dificuldades para lidar com perdas e mudanças associadas ao envelhecimento.	A promoção da resiliência mostra-se estratégica na prevenção do etilismo, especialmente em contextos de fragilidade emocional.
A4	Estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais	Compreender como idosos percebem o alcoolismo	Os participantes apresentaram percepções ambíguas sobre o consumo de álcool, alternando entre a normalização social e a concepção de dependência. O etilismo foi associado a aspectos morais, vergonha e perda de controle.	As representações sociais influenciam a busca por ajuda e a adesão ao tratamento, evidenciando a importância de ações de educação em saúde direcionadas à população idosa.
A5	Tese de doutorado com intervenção quase experimental	Avaliar a eficácia da intervenção breve na redução do consumo de álcool em idosos na atenção primária à saúde	Após a intervenção breve, observou-se redução significativa no consumo de álcool. A estratégia foi considerada viável e bem aceita pelos participantes.	As intervenções breves são eficazes na redução de comportamentos de risco, sobretudo quando aplicadas na atenção básica com enfoque preventivo.
A6	Estudo quantitativo de abordagem descritiva	Investigar os impactos do uso abusivo de álcool na saúde física e mental de idosos	Identificaram-se prejuízos relevantes à saúde mental, como depressão e ansiedade, além de comprometimento funcional, quedas recorrentes e interações medicamentosas adversas.	O consumo abusivo de álcool compromete a qualidade de vida e aumenta a vulnerabilidade clínica do idoso, especialmente em contextos de multimorbidade.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados demonstram que o consumo abusivo de álcool entre idosos é um problema complexo e multifatorial, influenciado por condições clínicas, fatores emocionais, representações sociais e vulnerabilidades sociais acumuladas ao longo da vida. Os resultados evidenciam que o etilismo nessa faixa etária agrava as comorbidades, compromete a adesão terapêutica, aumenta os riscos físicos e mentais e está relacionado à solidão, fragilidade emo-

cional e percepções culturais que dificultam a busca por suporte. Ainda, destacam-se estratégias eficazes, como intervenções breves na atenção primária e o fortalecimento da resiliência para reduzir comportamentos de risco e promover o envelhecimento saudável. Torna-se imprescindível que as políticas públicas e os serviços de saúde adotem abordagens integradas, sensíveis e humanizadas, capazes de responder às necessidades específicas da pessoa idosa, minimizando os impactos do alcoolismo e favorecendo uma vida com autonomia, dignidade e qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, T. A. R. *et al*. O impacto comportamental e o prejuízo na saúde do idoso por uso abusivo de álcool. Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, v. 15, n. 1, 2023. DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201710.

COSTA, I. P. da *et al*. Aspectos relacionados ao abuso e dependência de álcool por idosos. Revista de Enfermagem UFPE on line, p. 2323–2328, 2017. DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201710.

COSTA, L. F. L. da *et al*. Processo de envelhecimento do idoso e suas alterações físicas, psicológicas e sociais. Open Science Research VIII, v. 8, n. 1, p. 285–297, 2022. DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201710.

LIMA, D. W. da C. Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos na atenção primária à saúde. 2023. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo.

LOPES, M. G. P. *et al*. Envelhecimento populacional: desafios e estratégias na integração da geriatria com a saúde coletiva. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 1, p. 114–123, 2024. DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201710.

MOURA, S. G. *et al*. Representações sociais de idosos sobre o alcoolismo. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, v. 9, n. 3, p. 121–136, ago. 2023. DOI: 10.60468/r.riase.2023.9(3).608.121-136.

OLIVEIRA, F. K. S. *et al*. Aspectos relacionados ao abuso e dependência de álcool por idosos. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 6, p. 2323–2328, 2017. DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201710.

OLIVEIRA, R. E. M. de *et al*. Consumo abusivo de álcool em idosos com diabetes mellitus tipo 2 da atenção primária à saúde: um estudo transversal. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 2355–2362, 2023. DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201710.

SANTOS DULLIUS, A. A. *et al*. Consumo/dependência de álcool e resiliência na pessoa idosa: análise reflexiva. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 10, 2020 DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201710.

SBGG – SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. O consumo de álcool e a saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://sbgg.org.br/o-consumo-de-alcool-e-a-saude-da-populacao-idosa/. Acesso em: 09 fev. 2026.

SENGER, A. E. V. *et al*. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, n. 4, p. 713–719, out. 2011.

WHITTEMORE, R. & KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 7

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NO RIO GRANDE DO SUL ENTRE 2020 E 2024

ISABELA KLETT MICHEL[1]
RICARDO KLETT MICHEL[2]

[1]*Graduação em Medicina pela Universidade Luterana do Brasil.*
[2]*Discente da Universidade Luterana do Brasil.*

Palavras-Chave: *Suicídio; Óbito; Perfil Epidemiológico.*

DOI: 10.59290/6259922501

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O suicídio é um tipo de violência autoprovocada no qual a vítima intencionalmente interrompe a própria vida. É um fenômeno complexo e multidimensional no qual se interseccionam diferentes fatores: biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021), morrem por suicídio, a cada ano, mais de 700 mil pessoas no mundo, sendo uma das principais causas de morte à frente de guerras e de homicídios. Embora seja um fenômeno presente em todas as regiões do globo, 80% de todos os óbitos ocorrem em países de média e baixa renda (BRASIL, 2024). No mundo, entre jovens de 15 a 19 anos, o suicídio é a segunda principal causa de morte, o que é preocupante por ser uma faixa etária em que se deveria poder esboçar um projeto para a vida (BRASIL, 2024).

Em 2022, no Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 8,28 por 100 mil habitantes. Se comparada aos demais países, a taxa brasileira não é considerada alta. Contudo, pelo fato do Brasil ser um país populoso, em números absolutos, ocorreram 16.439 óbitos por esse agravo. A distribuição de mortes, no território, ocorre de forma desigual, sendo que em alguns estados brasileiros o fenômeno é mais preocupante, como é o caso do Rio Grande do Sul, cuja taxa de mortalidade, para o mesmo ano, foi de 14,59 por 100 mil habitantes, quase o dobro da taxa nacional (RIO GRANDE DO SUL,2024).

O Rio Grande do Sul, historicamente conhecido por liderar as estatísticas nacionais de suicídio, voltou a apresentar números preocupantes. O novo Boletim Epidemiológico da Secretaria Estadual da Saúde (SES), divulgado em 23 de setembro de 2025, aponta que, entre 2015 e 2023, a taxa de mortalidade por suicídio no Estado cresceu 47,7%, passando de 10,88 para 16,07 óbitos por 100 mil habitantes, o maior valor já registrado na série histórica (O NACIONAL).

Desta forma, essa pesquisa tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio no Rio Grande do Sul no período entre 2020 e 2024.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, de análise espacial e temporal, de abordagem quantitativa, que analisou o perfil epidemiológico das mortes por suicídio no estado do Rio Grande do Sul entre 2020 e 2024.

Para a coleta de dados, foram utilizadas informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Durante a pesquisa, considerou-se os óbitos por residência e foram selecionadas as categorias entre X60 e X84 da décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

Para o cálculo das taxas de mortalidade foi considerado como numerador a quantidade de óbitos ocorridos por suicídio no ano, e como denominador, a estimativa populacional do ano fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

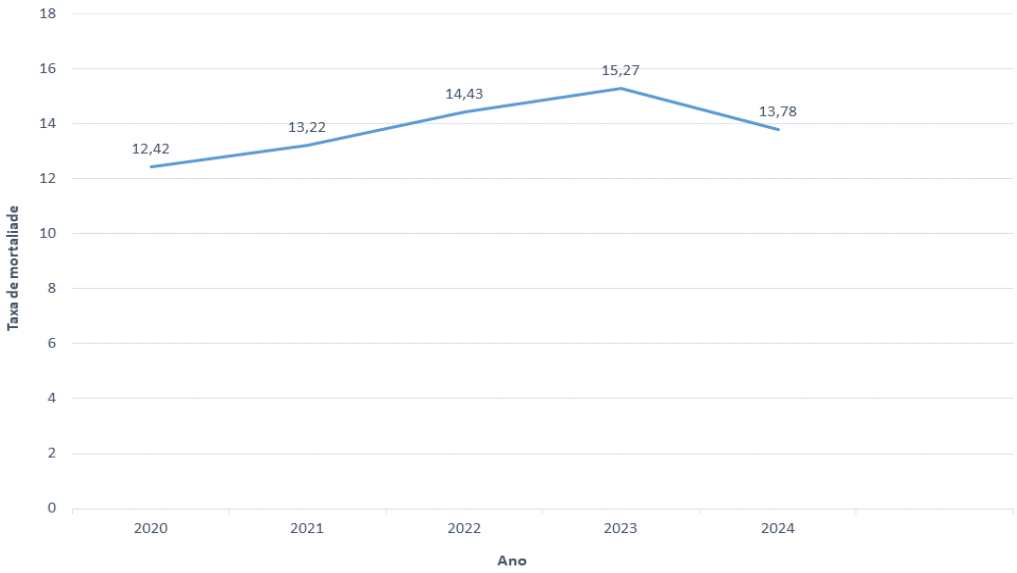
As variáveis selecionadas para análise foram sexo, faixa etária e etnia. Para a tabulação dos dados, empregou-se o programa *Microsoft Office Excel*. Os dados usados são de acesso público e irrestrito, sem identificação dos indivíduos. Assim, o presente estudo não precisou ser aprovado por comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 2020 a 2024, identificaram-se 7.717 mortes por suicídio no Rio Grande do Sul. No

que diz respeito ao período estudado, o ano com maior taxa de mortalidade por suicídio foi 2023, com um total de 15,2 casos/100.000 habitantes, seguido de 2022 com 14,4 casos/100.000 habitantes (**Figura 7.1**).

Figura 7.1 Taxa de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul entre 2020 e 2024



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS), 2024

No que se refere ao sexo (Gráfico), a maioria das notificações originaram-se de indivíduos do sexo masculino, com 6.102 das notificações (79,07%). Tal fato se repete em todos os anos estudados, enquanto ocorreram apenas 1.529 casos no sexo feminino (20,27%). No sexo masculino, faixa etária mais acometida foi entre 50 e 59 anos, correspondendo a 1.143 casos. Entretanto, no sexo feminino, houve empate entre duas faixas etárias, 40 a 49 anos, e 50 a 59 anos, ambas com e 291 casos (**Figura 7.2**).

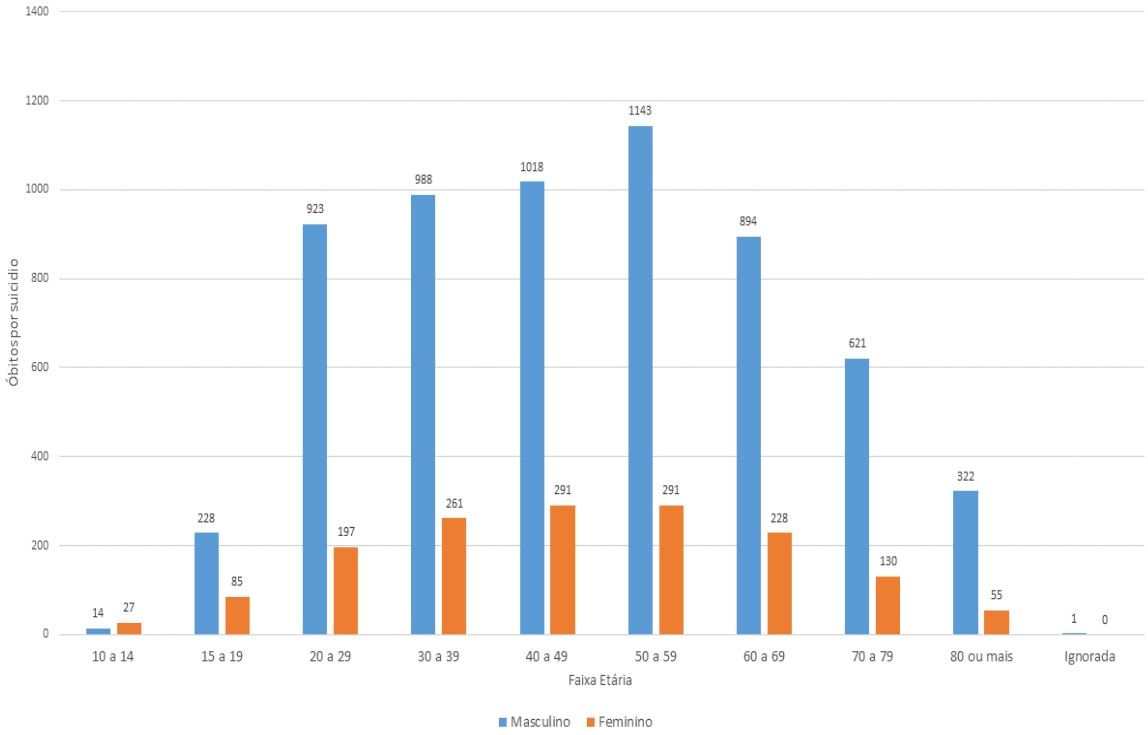
Como demonstrado no Gráfico, verifica-se que a maioria dos casos notificados de mortes por suicídio foram em indivíduos autodeclarados brancos, com 6909 notificações (85,52%), seguida de indivíduos de raça parda, com 387 casos (5,01%) (**Figura 7.3**).

O enforcamento foi o meio mais utilizado em ambos os sexos, correspondendo a 74,93% dos casos em homens e 60,51% nas mulheres. Os demais meios diferem entre os sexos: as armas de fogo ocupam o segundo lugar (13,1%) nos homens. Para as mulheres, em segundo lugar ocupam as autointoxicações (20,38%) (**Figura 7.4**).

Visto o número de casos registrados entre os anos de 2020 a 2024, pessoas brancas somam quase 90% dos óbitos por suicídio, refletindo a composição demográfica do estado do Rio Grande do Sul. Conforme o Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), aproximadamente 80% da população do Rio Grande do Sul é da raça branca.

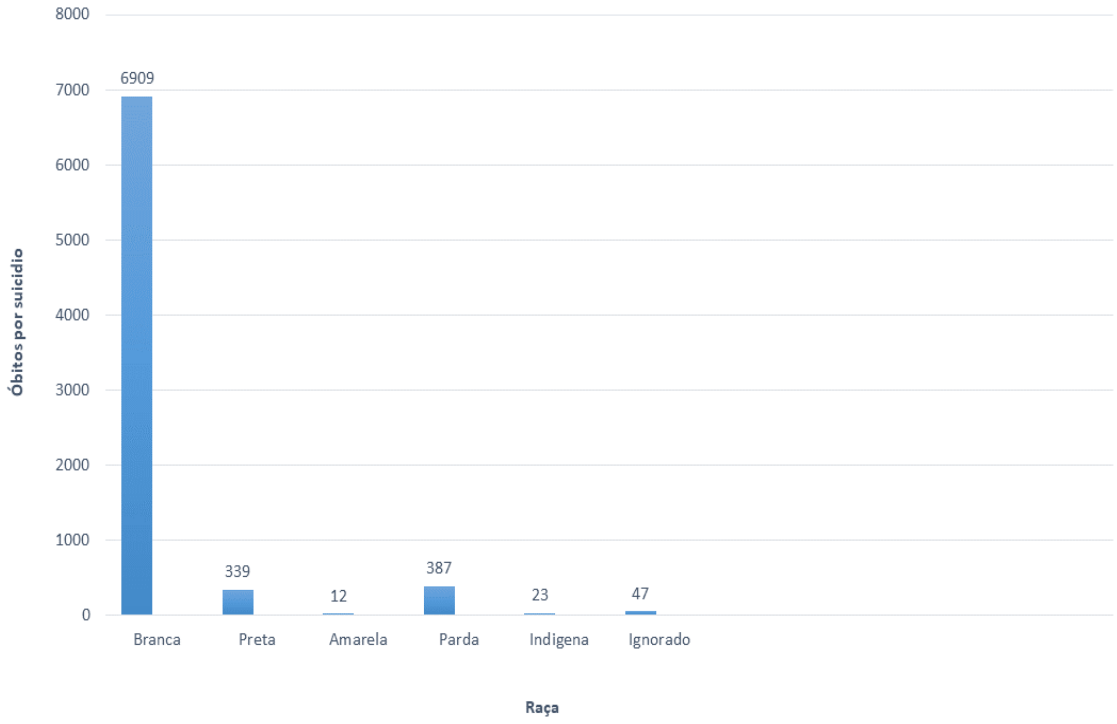
Os maiores números de morte por suicídio ocorrerem em indivíduos do sexo masculino podem ser relacionadas com as expectativas sociais em relações aos homens. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expectativa dos homens de serem provedores de suas famílias, terem condutas de risco, serem sexualmente dominantes, evitarem discutir suas emoções ou procurar ajuda, está contribuindo para maiores taxas de suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Figura 7.2 Número de óbitos por suicídio no Rio Grande do Sul entre 2020 e 2024, de acordo com o sexo e faixa etária



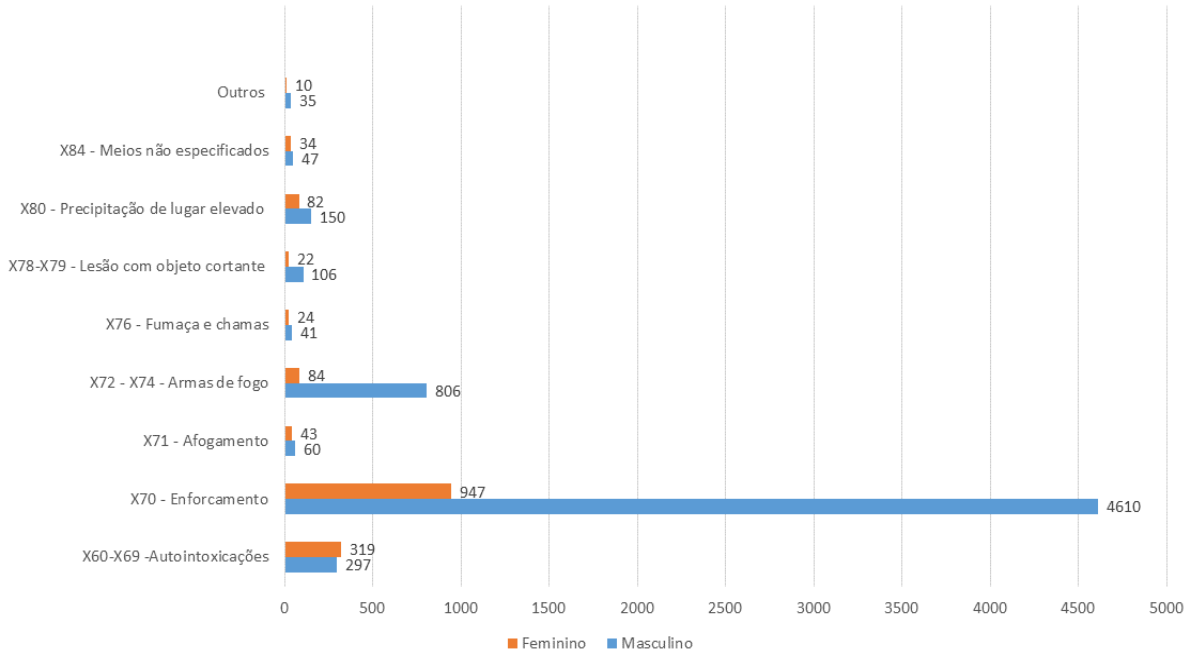
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS), 2024

Figura 7.3 Número de óbitos por suicídio no Rio Grande do Sul entre 2020 e 2024, de acordo com a raça



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS), 2024

Figura 7.4 Número de óbitos por suicídio no Rio Grande do Sul entre 2020 e 2024, de acordo com o método utilizado e o sexo



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS), 2024

Nesse estudo, observa-se que há diferença entre os sexos na escolha do método de suicídio. Em relação a essa variável, podemos verificar que os homens escolhem métodos mais letais e agressivos. Tal fato ocorre visto que os homens apresentam comportamentos, como a impulsividade e a agressividade, que influenciam na escolha (LOPES, 2022).

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo confirmam que o suicídio segue sendo um grave problema de saúde pública no Rio Grande do Sul, com índices que se mantiveram acima da média nacional entre 2020 e 2024. Nota-se uma predominância de óbitos entre homens, sobretudo em idades mais avançadas, e uma maior ocorrência entre pessoas autodeclaradas brancas, achados que espelham não apenas o perfil demográfico do estado, mas também fatores socioculturais e comportamentais ligados ao fenômeno. A escolha por métodos mais letais entre a população masculina reforça, ainda, o peso de questões relacionadas à masculinidade, à impulsividade e à relutância em buscar ajuda, alinhando-se ao que já apontam estudos nacionais e internacionais.

Frente a esse quadro, é urgente fortalecer estratégias de prevenção que levem em conta as particularidades regionais e os grupos em maior vulnerabilidade, com foco especial nos homens. Ampliar a atuação da Atenção Primária, qualificar a vigilância epidemiológica, reduzir o estigma associado à saúde mental e fomentar ações intersetoriais mostra-se fundamental para conter esse agravo. Por fim, ressalta-se a necessidade de produzir pesquisas epidemiológicas de forma contínua, capazes de embasar políticas públicas informadas por evidências, sempre com o objetivo maior de preservar vidas e reduzir as mortes por suicídio no estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 467 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_estados_2018_analise_situacao_saude_mortalidade.pdf. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 55, n. 4, 6 fev. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view. Acesso em: 21 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Panorama do Censo 2022: Indicadores – Tema 10. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR&tema=10. Acesso em: 27 dez. 2025.

LOPES DE FRANÇA LIMA, P. *et al*. Análise da mortalidade por suicídio no estado de Pernambuco. Revista Ciência Plural, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 1–15, 2022. DOI: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n3ID26478.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Barreiras culturais contribuem para maior taxa de suicídio e doenças não transmissíveis entre os homens. Brasília, DF, 15 jul. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/barreiras-culturais-contribuem-para-maior-taxa-de-suicidio-e-doencas-nao-transmissiveis-entre-os-homens. Acesso em: 27 dez. 2025.

ONACIONAL. Taxa de suicídio cresce 47,7% no RS em menos de uma década e atinge o maior índice da série histórica. Passo Fundo: O Nacional – Notícias de Passo Fundo e Região, 23 set. 2025. Disponível em: https://www.onacional.com.br/estado,4/2025/09/23/taxa-de-suicidio-cresce-477-no-r,131262. Acesso em: 21 jan. 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Lesão autoprovocada e suicídio. Boletim Epidemiológico, Porto Alegre, set. 2024. Disponível em: https://www.cevs.rs.gov.br. Acesso em: 21 jan. 2026.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 8

O USO DE REALIDADE ARTIFICIAL PARA O TRATAMENTO DO TIIC: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANTONIO CLARET RATTI FILHO[1]
IGOR OLIVEIRA DE FARIA[1]
LAIS CASSALHO EVANGELISTA[1]
CAROLINA SCARDUA DADERIA FRAGA[1]
ADRIANA HADAD CHERULLI[1]
LEONARDO DE PÁDUA VILELA[1]
LUANA AMERICANO ALMADA PEREIRA[1]
GABRIELLA SANTOS MARTINS[1]
MÁRCIO FILIPE FERNANDES DE SOUSA[1]
CAROLINA FIGOLI AGUIRRE ZÜRCHER [1]
NATALIA ESTEVAM MELO[1]
LAURA TELLES DA COSTA FERNANDES[1]
MARIA RENATA GUILHERMETE GUAZZELLI[3]
SOFIA ZACHARKIV PINTO E SILVA[2]
HELENA GABRIELLE MOTA GOMES[1]

[1]Discente - Medicina pela Faculdade de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
[2]Discente - Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC.
[3]Medica pela Faculdade de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Palavras-Chave: *Realidade Artificial; Transtorno de Identidade de Integridade Corporal; Disforia de Integridade Corporal.*

DOI: 10.59290/0000090650

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Integridade Corporal (TIIC), também chamado de Xenomelia ou de Apotemnofilia experimentam um descontentamento profundo em relação à configuração ou funcionalidade do próprio corpo, geralmente iniciado na infância. Na variação de amputação, o indivíduo identifica-se com um corpo amputado, apesar de possuir todos os membros funcionais. Estudos anteriores relacionam essa dissonância entre o corpo completo e a imagem corporal desejada com a qual a pessoa se identifica pode ser provocada por uma baixa conectividade neural na região parieto-occipital (SAETTA, *et al*., 2025; ODDO-SOMMERFELD. *et al*., 2018). É comum o paciente desejar a amputação do membro para se sentir completo (SAETTA, *et al*., 2025).

Atualmente, a única alternativa para a solução definitiva dos sintomas é a amputação do membro, contudo, nenhum país aceita como justificativa para a realização desse procedimento a não identificação do indivíduo com o membro.

Para reduzir esse sentimento, muitos pacientes recorrem à tentativa de simular a condição desejada, para isso, dobram ou prendem os próprios membros utilizando cadeira de rodas e muletas. Porém essa prática de forma excessiva pode provocar problemas no membros como o comprometimento da circulação sanguínea. Nesse contexto, o uso de ferramentas de realidade virtual aumentada, capazes de isolar o indivíduo e proporcionar a oportunidade de controlar um avatar que representa sua imagem corporal desejada , possui potencial utilidade no tratamento e diagnóstico da condição.

Apesar do desejo por amputação, os pacientes nessa condição são considerados saudáveis sob outros aspectos clínicos. Como apontado por Oddo-Sommerfeld *et al*. (2018), avaliações psiquiátricas e neurocognitivas desses indivíduos não revelam nenhuma doença conhecida que justifique tal desejo, sendo relatada repetidamente, inclusive, a ausência de transtornos psicóticos. Esse cenário, associado ao tabu que envolve a condição, faz com que muitos pacientes não procurem ou evitem relatar essa demanda a profissionais de saúde.

O objetivo deste estudo é organizar as evidências do uso de realidade virtual para o tratamento do Transtorno de Identidade de Integridade Corporal, indicando possíveis benefícios, bem como eventuais malefícios advindos dessa técnica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de agosto de 2025 até janeiro de 2026, por meio de pesquisas realizadas na data 19 de agosto de 2025 nas bases de dados: ex. PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores: (*Apotemnofilia) or (TIIC) or (Body integrity identity disorder) or (Xenomelia) and (augmented reality) or (Virtual Reality*). Desta busca foram encontrados 8 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês ou português; publicados no período de 2015 a 2025 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo relato de caso, série de casos, experimental, revisão ou meta-análise, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados 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 4 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em

categorias temáticas abordando: Realidade virtual, realidade aumentada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realidade virtual

Estudos trataram sobre o uso de inteligência artificial. O primeiro estudo 18 indivíduos com TIIC (5 mulheres e 13 homens) e grupo controle de 18 (4 mulheres e 14 homens) pacientes de grupo controle com idade semelhante. *Utilizaram um head-mounted display (HMD, Oculus Rift S*) e um modelo tridimensional criado na plataforma Blender sem o membro indesejado respeitando a altura,a largura e os controles adequados para idade, gênero e tamanho da amputação (SAETTA, *et al*., 2025). O protocolo de estímulo era composto por 8 rounds cada um de 120 segundos, sendo cada round composto por uma das duas possíveis tarefas: explorar o avatar observando o movimento da perna ou participar de um jogo virtual de estourar bolhas de sabão com o coto virtual. Após cada *round*, os participantes responderam um questionário com uma escala analógica de 0 a 100 contendo os itens: Posse do corpo virtual, Controle do corpo virtual, Pertencimento da perna virtual, Controle da perna virtual. Nesse mesmo trabalho, houve a realização de ressonância magnética antes e após as tarefas, utilizando como estímulo imagens que simulam o corpo desejado em diferentes ângulos (SAETTA, *et al*., 2025).

A avaliação dos pacientes demonstrou que os grupos não apresentaram diferenças relevantes no valor de controle do corpo virtual e da perna virtual para ambos os grupos, assim como não apresentaram diferenças relevantes com a amputação virtual (SAETTA, *et al*., 2025). Já as respostas favoráveis ao pertencimento do corpo e da perna foram maiores no grupo portador de desordem de identidade da integridade corporal (SAETTA, *et al*., 2025). Em concordância com essas respostas, a ressonância magnética demonstrou que o lóbulo parietal superior estava com maior estimulação e normalizou após a exposição ao VR (SAETTA, *et al*., 2025). A importância dessa área para integrar o giro angular direito, área motora acessória faz com que o portador TIIC perceba o membro "estranho" mas não integre (SAETTA, *et al*., 2025). Entretanto, após a utilização da realidade virtual, ocorreu um aumento da atividade dessa área seguida da normalização após a interrupção do uso (SAETTA, *et al*., 2025).

Semelhantemente, a área suplementar motora também mostrou maior atividade, e os pacientes com TIIC não perceberam quando os movimentos foram realizados por atores ao invés de si mesmo, diferentemente do grupo controle (SAETTA, *et al*., 2025). Isso ocorre pois a percepção do corpo desejado pode se alinhar com uma estimulação da área motora e sensitiva para simular o estado desejado, o que não ocorre no grupo controle por causa da ausência dessa conexão forte com o corpo simulado na realidade virtual (SAETTA, *et al*., 2025). Tal achado demonstra a relação da área suplementar motora direita na integração de ações baseadas em intenções mesmo contrariando o estado físico do paciente, enfatizando a importância dessa área nos comportamentos específicos de TIIC (SAETTA, *et al*., 2025).

A conexão funcional do giro angular direito e o lóbulo parietal superior direito e as regiões núcleo caudado esquerdo e córtex cuneal direito também se encontram reduzidas anteriormente ao estímulo demonstrando a importância do processamento visual para a integração do membro ao corpo (SAETTA, *et al*., 2025). Assim como o giro angular direito apresentou hiperconectividade ao pólo frontal direito e ao giro do cíngulo direito junto à redução do contato entre pólo frontal esquerdo, o núcleo caudado esquerdo e o giro temporal médio esquerdo (SAETTA, *et al*., 2025). O uso da rede de neu-

rônios espelhos entre indivíduos foi normalizada em indivíduos com TIIC após o uso de VR (SAETTA, *et al*., 2025).

Por outro lado, observa-se o aumento da conectividade funcional entre o sistema de recompensa e o trato córtico espinal dopaminérgico, conectando o núcleo accumbens ao giro frontal, ao giro pré central direito, ao giro pré central esquerdo e ao lóbulo parietal superior (SAETTA, *et al*., 2025).

Estudos fenomenológicos associaram isso ao ato de pretender a condição desejada e concluiu que esse ato pode agravar os pensamentos intrusivos de TIIC, atuando semelhantemente à um vício (SAETTA, *et al*., 2025). Nesse contexto, VR pode ser uma forma terapêutica de restaurar conexão funcional com o sistema de recompensa, uma vez que esse método cria uma pretensão sem incorporação (SAETTA, *et al*., 2025).

Realidade aumentada

E o estudo de Turbyne *et al*., os pesquisadores queriam investigar os efeitos da amputação virtual em pacientes com TIIC , com intuito de determinar se isso poderia influenciar ou não como eles vivenciaram essa condição.

Nessa pesquisa foram recrutados dois pacientes adultos do sexo masculino diagnosticados com TIIC e por meio de realidade aumentada foram virtualmente amputados. Além disso, estímulos elétricos ajustados para causar um moderado nível de desconforto foram fornecidos em intervalos regulares, tanto nas regiões desejáveis quanto nas regiões não desejáveis do membro.

Ambos os pacientes relataram melhora nos sintomas da TIIC e expressaram o desejo de experimentar novamente essa técnica.

Ambos os pacientes afirmaram que a exposição não aumentou o desejo de amputação. O Paciente 1, porém, disse que a experiência validou seu desejo e relatou redução dos sintomas por vários dias após o teste, sugerindo um possível efeito residual da intervenção.

A equipe Kannape *et al*. (2019) realizou uma sequência de 3 estudos usando como base o antigo modelo da Ilusão da Mão de Borracha (RHI) para compreender a TIIC. Neste trabalho, a equipe usa um modelo denominado paradigma da Ilusão da Mão Real (ReHI), que se resume ao uso de realidade aumentada para criar a ilusão virtual de uma mão que condiz em proporção e posição com a mão real. Enquanto essa imagem é exibida, cria-se um estímulo com o toque de um pincel na mão real e na mão virtual em sincronia, a fim de aumentar o sentimento de pertencimento da mão virtual, em seguida, ambos estímulos são realizados em assincronia, entre a mão e a ilusão virtual, para verificar os efeitos ocorridos no sentimento de pertencimento da mão, ou seja sua representatividade.

No estudo 1 a equipe provocou tal sentimento nos membros de voluntários sadios, demonstrando que a representatividade de um membro pode ser atenuada por meio de estímulos externos. Além disso, o segundo estudo demonstrou que tal sentimento foi mais forte para a mão esquerda, trazendo uma possível explicação para a prevalência na metade esquerda do corpo que ocorre nos casos de TIIC.

Por fim, no terceiro estudo da mesma equipe, analisou o envolvimento das redes parietais direitas em manter a representação do corpo durante a ilusão da mão de plástico. Para isso, pacientes receberam estímulo e corrente direta transcranial anodal, catodal ou nulo. Como resultado, ocorreu a redução do sentimento de pertencimento do membro real, o que coincide com a descoberta anterior do aumento na credibilidade na ilusão pelo mesmo estímulo.

Tal resultado demonstra que a experiência de posse do próprio corpo é um estado dinâmico, guiado pela integração multisensorial. Tal

achado evidencia que a xenomelia é caracterizada por uma representação corporal instável e vulnerável a conflitos sensoriais, o que explica como o paciente deixa de reconhecer parte do seu próprio corpo, além disso, esse estudo mostra a capacidade de neuro estímulos não invasivos afetar o sentimento de pertencimento do corpo, podendo auxiliar futuramente em tratamentos.

Um estudo de neuroimagem comparou a atividade cerebral, via ressonância magnética, de 12 indivíduos com xenomelia e 11 controles saudáveis enquanto visualizavam imagens de seus próprios corpos, tanto na versão real quanto em uma versão editada virtualmente amputada que representa o "estado corporal desejado ou indesejado".

Os resultados identificaram padrões de ativação neuronal distintos que permitiram diferenciar o grupo com xenomelia dos controles. No entanto, a atividade cerebral registrada quando os indivíduos com xenomelia viam seu corpo real (estado indesejado) foi notavelmente similar à observada nos controles ao visualizarem seu corpo real (estado desejado), indicando que a aversão específica na xenomelia não pode ser explicada por uma assinatura neural simples nessas condições.

Apesar das descobertas, ainda não está claro como traduzir esses resultados em tratamentos efetivos, embora intervenções como terapia de realidade virtual, estimulação magnética e elétrica sejam citadas como abordagens promissoras para futuras investigações terapêuticas.

Discussão

A presente revisão identificou, em todos os artigos analisados, diferentes abordagens sobre o uso da realidade aumentada. Três das pesquisas tinham como foco principal a compreensão ou o desenvolvimento de tratamentos para a TIIC, enquanto, no quarto estudo, esse não era o objetivo principal. Ainda assim, ele apresentou descobertas que apoiam e reforçam as conclusões obtidas pelos demais.

Outra diferença observada está nos equipamentos utilizados em cada estudo, que possuem especificações distintas. No entanto, todos empregam realidade aumentada. Apesar dessas variações, todos os trabalhos apresentaram evidências do impacto que as ferramentas de realidade aumentada exercem na xenomelia.

Dificuldades

O principal fator limitante que encontramos durante nossa revisão foi o reduzido número de artigos disponíveis sobre o tema.

Entre as principais dificuldades relatadas pelos autores dos estudos analisados estão a relativa raridade da condição, o que dificulta o recrutamento de voluntários com TIIC, e o elevado custo dos equipamentos necessários para a aplicação da técnica. Além disso, o estigma em torno da doença e o receio dos pacientes de expor publicamente sua condição representam barreiras adicionais.

Outro aspecto limitante que identificamos entre os estudos foi a curta duração das pesquisas e a falta de acompanhamento a longo prazo, o que impossibilitou avaliar os efeitos da realidade aumentada ao longo do tempo ou em tratamentos prolongados.

CONCLUSÃO

A revisão realizada evidenciou a escassez de pesquisas, amostras reduzidas e a falta de um padrão nas metodologias. Essas limitações reforçam a necessidade de pesquisas mais consistentes, com amostras ampliadas e maior tempo de acompanhamento, para a validação da eficácia dessas intervenções e sua aplicação no contexto médico. Contudo, os achados apontam para a relevância da realidade artificial no aprofundamento da compreensão e como recurso

complementar no tratamento da TIIC, ao ampliar as possibilidades de manejo clínico e potencialmente como intervenção em outras disforias corporais. Diante desse cenário, mostra-se promissor ampliar a investigação para os usos em potencial de intervenções digitais no tratamento de disforias corporais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KANNAPE, O. A. *et al*. Experimentally induced limb-disownership in mixed reality. Neuropsychologia, v. 124, p. 161–170, 2019. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2018.12.014.

ODDO-SOMMERFELD, S. *et al*. Brain activity elicited by viewing pictures of the own virtually amputated body predicts xenomelia. Neuropsychologia, v. 108, p. 135–146, 2018. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.11.025.

SAETTA, G. *et al*. Feeling at home in a virtually amputated body; neural and phenomenological effects of illusory embodiment in body integrity dysphoria. Journal of Psychiatric Research, v. 184, p. 395–404, 2025. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2025.02.055.

TURBYNE, C. *et al*. Body integrity identity disorder using augmented reality: a symptom reduction study. BMJ Case Reports, v. 14, n. 1, p. e238554, 2021. DOI: 10.1136/bcr-2021-238554.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 9

TRANSTORNO BIPOLAR E DIAGNÓSTICO TARDIO: FATORES, IMPACTOS E DESAFIOS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA ATUAL

ATHALÍCIA VICTÓRIA GOMES CARDOSO[1]
DIEGO SIMEONE FERREIRA DA SILVA[2]
JAQUELINE DE LIMA GOMES DA SILVA[1]
JÉSSICA CIELLY ANTUNES ROCHA[1]
JONATHAN SOARES LIMA MORAIS[1]
LUIZA LEITE FREITAS[1]
LUDMILA LIMA MESQUITA QUADROS[1]
MARIA EDUARDA NASCIMENTO MARQUES FASCIO[1]
WANESSA MORAIS PINTO[1]

[1]Discente - Medicina da Faculdade de Ciências Médicas (Afya) Brangança.
[2]Coordendor e Docente – Área de Internacionalização e Projetos Acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas (Afya) Bragança.

Palavras-Chave: *Transtorno Bipolar; Diagnóstico Tardio; Risco de Suicídio.*

DOI: 10.59290/1290210021

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB), também conhecido como transtorno bipolar (TB), foi classicamente denominado “insanidade maníaco-depressiva”, refletindo a alternância de episódios de humor elevado (mania ou hipomania) e humor deprimido que caracterizam essa condição psiquiátrica crônica e complexa (MCINTYRE & CALABRESE, 2019; JAMESON *et al*., 2019). De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), o TAB é classificado principalmente em dois subtipos: o Tipo I, caracterizado por episódios maníacos graves, e o Tipo II, com episódios hipomaníacos menos intensos associados a depressões maiores (APA, 2014; BOSAIPO *et al*., 2017).

O TAB integra o grupo dos transtornos do humor, que englobam condições marcadas por disfunções na regulação emocional, no comportamento e no afeto. Enquanto pacientes com apenas episódios depressivos maiores recebem o diagnóstico de transtorno depressivo maior (depressão unipolar), aqueles que apresentam oscilações entre episódios depressivos e maníacos ou hipomaníacos são classificados como portadores de transtorno bipolar (SADOCK *et al*., 2017). Essa variabilidade de sintomas ao longo da vida contribui para que o reconhecimento correto da doença esteja frequentemente atrasado.

Estudos clínicos, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos multicêntricos longitudinais demonstram que, apesar da existência de critérios diagnósticos bem estabelecidos, o diagnóstico do transtorno bipolar costuma ser tardio, com longos intervalos entre o início dos sintomas e a identificação formal da doença. Revisão sistemática e meta-análise conduzida por Scott *et al*. (2022), envolvendo mais de 40 mil indivíduos, evidenciou atraso mediano diagnóstico de aproximadamente 6,7 anos. De forma semelhante, dados do estudo multicêntrico naturalístico HOPE-BD (Keramatian *et al*., 2022) demonstraram mediana de atraso de cerca de 5 anos no transtorno bipolar tipo I e aproximadamente 11 anos no tipo II. Adicionalmente, estudos de coorte populacional, como o conduzido por Lublóy *et al*. (2020), indicam atraso médio diagnóstico superior a 6 anos, podendo alcançar até 10 a 15 anos em determinados contextos clínicos.

Esse atraso diagnóstico está associado a diversos fatores clínicos e contextuais. A predominância inicial de episódios depressivos faz com que muitos indivíduos sejam erroneamente diagnosticados com depressão unipolar ou transtornos de ansiedade, levando a tratamentos inadequados e à falta de intervenção específica para bipolaridade. Além disso, a presença de comorbidades psiquiátricas, como abuso de substâncias, aumenta o tempo até o diagnóstico correto, enquanto a hospitalização psiquiátrica pode reduzir esse atraso ao facilitar a identificação de episódios maníacos ou psicóticos (HOPE-BD STUDY, 2022; DELAYS BEFORE DIAGNOSIS, 2015).

O diagnóstico tardio tem implicações clínicas e prognósticas importantes. A literatura aponta que períodos prolongados sem tratamento apropriado estão associados a maior número de episódios de humor, maior risco de recaídas, maior morbidade e pior prognóstico funcional ao longo da vida. Além disso, indivíduos com transtorno bipolar apresentam risco substancialmente elevado de comportamento suicida em comparação com a população geral, e episódios depressivos não reconhecidos contribuem significativamente para esse risco (MCINTYRE & CALABRESE, 2019; QUEVEDO & CARVALHO). Fatores como impulsividade, predominância de depressão, início precoce dos sintomas e histórico de tentativas de suicídio estão

entre os principais preditores de risco nessa população.

Diante da elevada morbidade e mortalidade associadas ao diagnóstico tardio, torna-se crucial analisar criticamente as evidências existentes na literatura sobre os determinantes, magnitude e consequências desse atraso no reconhecimento do transtorno bipolar. Compreender esses aspectos é fundamental para informar estratégias diagnósticas mais eficazes, com vistas à intervenção precoce, redução das consequências adversas e melhoria nos desfechos clínicos dos pacientes.

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao atraso diagnóstico do transtorno afetivo bipolar e suas implicações clínicas e prognósticas.

MÉTODO

O presente capítulo foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura de caráter integrativo, com o objetivo de analisar evidências científicas relacionadas ao diagnóstico tardio no transtorno bipolar, incluindo fatores associados, dificuldades no reconhecimento clínico e repercussões clínicas e psicossociais decorrentes desse atraso. A coleta das informações foi realizada no período de setembro de 2025 a fevereiro de 2026, por meio de buscas sistematizadas em bases de dados amplamente reconhecidas na área da saúde e das ciências médicas.

Foram consultadas as bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Google Acadêmico, selecionadas devido à sua relevância na indexação de publicações científicas nacionais e internacionais. A estratégia de busca utilizou descritores em português e inglês relacionados ao tema, combinados por operadores booleanos, estruturados da seguinte forma: ("*bipolar disorder" OR "bipolar affective disorder*" OR "transtorno bipolar") AND ("*delayed diagnosis" OR "diagnostic delay" OR misdiagnosis OR subdiagnosis OR "late diagnosis*" OR "diagnóstico tardio").A busca teve como finalidade identificar estudos que abordassem o intervalo entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico de transtorno bipolar, bem como os fatores que contribuem para esse atraso e suas consequências clínicas.

Foram considerados elegíveis artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português ou inglês, no período de 2012 a 2025, que abordassem especificamente o transtorno bipolar em associação com atraso diagnóstico, erros diagnósticos, confusão com outros transtornos mentais ou impacto do diagnóstico tardio no prognóstico. Foram excluídos artigos duplicados, estudos disponíveis apenas em formato de resumo, publicações fora do recorte temporal estabelecido, trabalhos que não tratavam diretamente do processo diagnóstico do transtorno bipolar e materiais sem caráter científico, como textos opinativos ou não acadêmicos.

Após a etapa de busca, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para triagem inicial, seguida da leitura completa dos estudos potencialmente relevantes. Os trabalhos selecionados compuseram o corpus desta revisão e foram analisados de forma descritiva e comparativa. As informações extraídas foram organizadas de maneira a possibilitar a síntese dos achados, contemplando aspectos como fatores clínicos associados ao atraso diagnóstico, erros diagnósticos mais frequentes, influência de comorbidades e consequências do diagnóstico tardio sobre a evolução da doença, funcionalidade e risco de desfechos adversos. A análise buscou integrar os resultados encontrados na literatura, permitindo uma visão abrangente e crítica sobre o fenômeno investigado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura analisada demonstra de forma consistente que o diagnóstico tardio do transtorno bipolar constitui uma realidade frequente nos serviços de saúde mental, sendo descrito como um dos principais desafios clínicos relacionados a esse transtorno. Não se trata apenas de uma dificuldade pontual de reconhecimento, mas de um processo prolongado no qual o indivíduo pode passar anos recebendo interpretações parciais de seus sintomas, tratamentos inadequados e explicações que não contemplam a complexidade de sua experiência subjetiva (MCINTYRE & CALABRESE, 2019). Durante esse período, o sofrimento não é apenas sintomatológico, mas também existencial, marcado pela sensação de instabilidade constante, frustração e incompreensão por parte do meio social.

Os estudos apontam que um dos fatores centrais para o atraso diagnóstico é o padrão de início da doença, frequentemente caracterizado por episódios depressivos. Como a depressão é mais prevalente e amplamente reconhecida na prática clínica, o raciocínio diagnóstico tende a se concentrar nesse eixo, especialmente quando os episódios de elevação do humor ainda não se manifestaram de forma evidente ou foram breves e pouco valorizados. Episódios hipomaníacos, sobretudo no transtorno bipolar tipo II, podem ser percebidos como períodos de maior energia, sociabilidade e produtividade, o que dificulta sua identificação como manifestações patológicas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Esse aspecto revela um paradoxo: momentos subjetivamente percebidos como positivos podem, na realidade, fazer parte do ciclo de adoecimento.

Além disso, a presença de comorbidades psiquiátricas se mostrou um fator importante na confusão diagnóstica. Transtornos de ansiedade, uso de substâncias e sintomas compatíveis com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade frequentemente coexistem com o transtorno bipolar, criando quadros clínicos complexos e heterogêneos. Nesses casos, os sintomas são tratados de forma fragmentada, sem que a oscilação do humor seja compreendida como elemento central do quadro (WHITTEMORE & KNAFL, 2005). Essa fragmentação do cuidado contribui para a manutenção de diagnósticos incompletos e para o prolongamento do sofrimento.

Outro aspecto discutido na literatura refere-se às limitações estruturais dos sistemas de saúde. A avaliação clínica, muitas vezes restrita ao momento atual, pode não contemplar a história longitudinal do humor do paciente, elemento essencial para o diagnóstico do transtorno bipolar. A ausência de investigação sistemática sobre episódios prévios de elevação do humor, alterações do padrão de sono e mudanças comportamentais significativas contribui para a subidentificação do transtorno. Soma-se a isso o estigma relacionado aos transtornos mentais, que pode levar o paciente a minimizar sintomas ou evitar relatar comportamentos considerados socialmente inadequados, como impulsividade ou condutas de risco.

As repercussões do diagnóstico tardio são amplamente descritas e ultrapassam o âmbito clínico. A literatura indica que indivíduos que permanecem longos períodos sem tratamento adequado apresentam maior número de episódios de humor ao longo da vida, maior instabilidade emocional e maior necessidade de hospitalizações psiquiátricas. A recorrência de episódios não tratados está associada a prejuízos progressivos no funcionamento psicossocial, afetando relações interpessoais, desempenho acadêmico e inserção profissional. Muitos pacientes relatam histórico de rupturas afetivas, conflitos familiares e dificuldades financeiras de-

correntes de decisões impulsivas tomadas durante episódios de elevação do humor.

No plano subjetivo, o atraso diagnóstico pode gerar impacto profundo na identidade do indivíduo. Sem uma explicação clínica para suas oscilações, a pessoa tende a internalizar a ideia de que suas dificuldades decorrem de fa-lhas pessoais, falta de força de vontade ou "instabilidade de caráter". Essa autopercepção negativa agrava sintomas depressivos, intensifica sentimento de culpa e reduz a busca por ajuda, criando um ciclo de sofrimento que se retroalimenta (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A associação entre transtorno bipolar e comportamento suicida também foi um achado recorrente nos estudos analisados. O risco de suicídio é consideravelmente mais elevado nessa população, especialmente em contextos de episódios depressivos recorrentes e não tratados de forma adequada. O diagnóstico tardio, ao prolongar a ausência de estabilização do humor, pode contribuir para a manutenção de estados depressivos intensos, nos quais a desesperança e a impulsividade aumentam a vulnerabilidade a comportamentos autolesivos (MCINTYRE & CALABRESE, 2019). Assim, o atraso diagnóstico deve ser compreendido não apenas como um problema de classificação clínica, mas como um fator potencialmente relacionado à morbimortalidade.

Por outro lado, a literatura demonstra que o reconhecimento precoce do transtorno bipolar altera de maneira significativa o curso da doença. A introdução de estabilizadores de humor, o acompanhamento psiquiátrico contínuo e a psicoeducação permitem que o paciente reconheça sinais iniciais de recaída, desenvolva estratégias de enfrentamento e reduza a intensidade e frequência dos episódios. A partir do momento em que o diagnóstico é estabelecido, muitos pacientes relatam sensação de alívio por compreenderem sua condição, o que favorece maior adesão ao tratamento e reconstrução da autoestima.

De forma integrada, os achados reforçam que o diagnóstico tardio do transtorno bipolar resulta de uma interação entre fatores clínicos, percepções individuais e limitações estruturais do cuidado em saúde mental. Entretanto, seus efeitos não se limitam ao campo médico, repercutindo na trajetória de vida, nos vínculos afetivos e na forma como o indivíduo se percebe. Compreender essas dimensões é essencial para uma abordagem mais sensível, que considere não apenas os critérios diagnósticos, mas também a experiência humana de viver com um transtorno do humor não reconhecido por anos.

CONCLUSÃO

A análise da literatura permite compreender que o transtorno bipolar não se caracteriza apenas por oscilações de humor, mas por um curso clínico complexo, frequentemente marcado por reconhecimento tardio, sofrimento prolongado e importantes repercussões funcionais e emocionais. O diagnóstico tardio emerge como um fator crítico, pois prolonga a exposição do indivíduo a episódios de humor não tratados de forma adequada, especialmente episódios depressivos, que estão fortemente associados ao aumento do risco de comportamento suicida.

A predominância de sintomas depressivos ao longo da evolução do transtorno bipolar contribui para que muitos pacientes sejam inicialmente tratados como portadores de depressão unipolar, o que pode retardar a introdução de terapêuticas estabilizadoras do humor. Esse cenário não apenas dificulta o controle dos episódios, mas também pode aumentar a vulnerabilidade a desfechos graves, incluindo tentativas de suicídio, sobretudo em indivíduos com impulsividade elevada, início precoce da doença e histórico prévio de comportamento autolesivo. Assim, o risco de suicídio no transtorno bipolar

deve ser compreendido como resultado de múltiplos fatores clínicos e contextuais, e não apenas como manifestação isolada de um episódio depressivo.

Embora o suicídio ainda represente um desfecho de difícil previsão individual, a literatura aponta que ele pode ser prevenido por meio de acompanhamento contínuo, identificação precoce de sinais de descompensação do humor e intervenções terapêuticas adequadas. Nesse sentido, avanços têm sido observados na ampliação das abordagens farmacológicas, no uso de estratégias psicoterapêuticas e em recursos biológicos, como a eletroconvulsoterapia, especialmente em casos graves ou resistentes ao tratamento. Entretanto, desafios éticos e metodológicos ainda limitam a realização de estudos experimentais voltados diretamente à redução do risco de suicídio, o que torna o desenvolvimento de estratégias preventivas um campo em constante construção.

Os achados discutidos ao longo deste capítulo reforçam que o diagnóstico oportuno do transtorno bipolar constitui uma medida de grande relevância clínica e preventiva. Reconhecer precocemente a natureza bipolar dos sintomas possibilita intervenções mais específicas, maior estabilidade do humor, redução de recaídas e melhora da qualidade de vida. Além disso, o acesso a um diagnóstico adequado pode promover alívio psicológico ao oferecer uma explicação clínica para experiências antes compreendidas como falhas pessoais, favorecendo a adesão ao tratamento e o fortalecimento do suporte familiar.

Destarte, conclui-se que o transtorno bipolar está significativamente relacionado ao risco de suicídio, especialmente quando associado a episódios depressivos não reconhecidos ou mal manejados. O enfrentamento desse cenário exige não apenas avanços terapêuticos, mas também maior sensibilidade diagnóstica, acompanhamento longitudinal e abordagem integral do paciente, considerando sua história de vida, contexto social e necessidades emocionais. Investir em estratégias de detecção precoce e cuidado contínuo representa um caminho fundamental para reduzir o sofrimento e os desfechos adversos associados ao transtorno bipolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Washington, DC: APA, 2014.

BALDESSARINI, R. J. *et al*. Suicidal risk in bipolar disorder: clinical and research implications. Harvard Review of Psychiatry, v. 28, p. 289, 2020. DOI: https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000276.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade, v. 5, p. 121, 2011. DOI: https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220.

BOSAIPO, N. *et al*. Transtorno bipolar: aspectos clínicos e diagnósticos. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1973.

DELAYS before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder. PLoS ONE, v. 10, 2015. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126530.

JAMESON, J. *et al*. Classificação e epidemiologia dos transtornos do humor. The Lancet Psychiatry, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30266-7.

KERAMATIAN, K. *et al*. Clinical and demographic factors associated with delayed diagnosis of bipolar disorder: results from the HOPE-BD study. Journal of Affective Disorders, v. 301, p. 336, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.050.

LUBLÓY, Á. *et al*. Factors associated with delayed diagnosis of bipolar disorder: a population-based cohort study. BMC Psychiatry, v. 20, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-020-02773-0.

MCINTYRE, R. S. & CALABRESE, J. R. Bipolar disorder: clinical characteristics and diagnosis. The Lancet, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31562-4.

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, p. 758, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.

NORMAN, R. *et al*. A systematic review and meta-analysis of delayed diagnosis in bipolar disorders. Journal of Psychiatric Research, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.012.

QUEVEDO, L. & CARVALHO, A. Suicídio e transtornos psiquiátricos: uma revisão. Revista de Psiquiatria Clínica, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0101-60830000000238.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

SCOTT, J. *et al*. Duration of untreated bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 146, p. 389, 2022. DOI: https://doi.org/10.1111/acps.13463.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8, p. 102, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134.

WHITTEMORE, R. & KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, p. 546, 2005. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide: global health estimates. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/suicide-worldwide-global-health-estimates. Acesso em: 02/10/2025.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 10

TRANSTORNOS DO SONO NÃO ORGÂNICOS NO SUS: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA (2020–2024)

ANDRE MASSAHIRO SHIMAOKA[1]
PAULO BANDIERA-PAIVA[2]
MYLENA MARQUES RIBEIRO[3]
LUCIANO RODRIGO LOPES[4]

[1]Pesquisador e Analista de TI - Departamento de Informática em Saúde, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
[2]Docente - Departamento de Informática em Saúde, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
[3]Discente - Biomedicina pela Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
[4]Docente - Departamento de Informática em Saúde, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Palavras-Chave: *Transtornos do Sono; Sistema Único de Saúde; Atenção Ambulatorial.*

DOI: 10.59290/7041090922

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O sono é fundamental para a regulação de funções cognitivas, emocionais e fisiológicas, sendo um componente essencial da saúde e do bem-estar (HYNDYCH *et al.*, 2025). Alterações do sono são altamente prevalentes na população geral e configuram um relevante problema de saúde pública, estando associadas a desfechos adversos como transtornos mentais, ideação suicida, incapacidades físicas e mentais, redução da qualidade de vida e impacto econômico sobre os sistemas de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, os distúrbios do sono constituem um grupo heterogêneo de condições caracterizadas por alterações na duração, na qualidade ou na organização do sono (PEVERNAGIE *et al.*, 2025). Queixas relacionadas ao sono figuram entre os motivos frequentes de procura por serviços de saúde, especialmente no contexto ambulatorial e da prática em saúde mental, refletindo tanto a elevada prevalência desses transtornos quanto o reconhecimento crescente de seus impactos clínicos e psicossociais (RAUCH *et al.*, 2024).

A Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), reconhece os transtornos do sono como entidades diagnósticas independentes e estabelece uma distinção central entre os distúrbios do sono não orgânicos e os outros distúrbios do sono. Os distúrbios não orgânicos, agrupados no código F51, caracterizam-se pela predominância de fatores psicológicos, comportamentais e contextuais, enquanto os transtornos classificados no grupo G47 estão associados a mecanismos fisiológicos ou neurológicos identificáveis, como alterações respiratórias do sono e síndromes neurológicas específicas (SPIEGELHALDER *et al.*, 2023).

Essa distinção possui implicações clínicas e assistenciais relevantes. Os distúrbios do sono não orgânicos exigem estratégias específicas, com ênfase em abordagens multidisciplinares, intervenções psicossociais e manejo comportamental (EDINGER *et al.*, 2021). A ausência de reconhecimento adequado compromete a recuperação do sono e afeta o funcionamento diário, com fadiga persistente, déficits cognitivos, alterações do humor e redução do desempenho nas atividades laborais (SAN & ARRANZ, 2024).

No âmbito dos sistemas públicos de saúde, o monitoramento dos distúrbios do sono não orgânicos representa um desafio relevante. No Brasil, o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) constitui uma fonte estratégica para a análise dos atendimentos ambulatoriais em saúde mental (ALVES *et al.*, 2022). Nesse contexto, este estudo contribui para a caracterização da produção ambulatorial relacionada aos distúrbios do sono não orgânicos registrados no SIA-SUS, incluindo insônia, distúrbios do ciclo sono–vigília, hipersonia, terrores noturnos, sonambulismo e pesadelos, bem como para a compreensão do perfil dos atendimentos e de sua evolução temporal.

O objetivo deste estudo foi analisar os procedimentos ambulatoriais relacionados aos distúrbios do sono não orgânicos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), descrevendo a distribuição por diagnóstico, o perfil etário e por sexo dos pacientes, bem como a evolução temporal dos registros no período de 2020 a 2024.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, baseado na análise de registros secundários de atendimentos ambulatoriais relacionados aos distúrbios do sono não orgânicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, no período de 2020 até 2024. Os dados foram obtidos a partir do SIA-SUS, que reúne registros de procedimentos am-

bulatoriais realizados no SUS, classificados segundo o diagnóstico principal informado, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) (BRASIL, 2025).

A população do estudo correspondeu ao conjunto de procedimentos ambulatoriais classificados no grupo CID-10 F51, que engloba os transtornos do sono não orgânicos como insônia (F51.0), hipersonia não orgânica (F51.1), transtornos do ciclo sono–vigília (F51.2), sonambulismo (F51.3), terrores noturnos (F51.4), pesadelos (F51.5), outros transtornos do sono não orgânicos (F51.8) e transtornos do sono não orgânicos não especificados (F51.9).

As variáveis analisadas incluíram o diagnóstico principal, a idade, categorizada em faixas etárias (crianças/adolescentes, adultos e idosos), o sexo (feminino e masculino) e a data do procedimento. Inicialmente, realizou-se análise descritiva da distribuição absoluta e relativa dos procedimentos por diagnóstico. Em seguida, foram examinadas as distribuições percentuais dos diagnósticos segundo faixa etária e sexo. Para minimizar possíveis distorções decorrentes da estrutura demográfica da população brasileira, essas distribuições foram ajustadas proporcionalmente com base nas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2024). Esse ajuste foi realizado dividindo-se a participação percentual observada de cada faixa etária ou sexo pela respectiva proporção populacional e, posteriormente, normalizando-se os valores para totalizar 100%, permitindo a comparação relativa entre os grupos independentemente do tamanho populacional.

A associação entre os diagnósticos de transtornos do sono não orgânicos e a faixa etária, bem como entre os diagnósticos e o sexo, foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado de independência, utilizando tabelas de contingência com frequências absolutas. A magnitude das associações foi estimada pelo V de Cramér, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A análise temporal dos procedimentos foi realizada por meio de uma série temporal mensal, obtida pela agregação dos registros por data. Para a suavização da série observada e extração da tendência, aplicou-se a decomposição sazonal aditiva com periodicidade anual de 12 meses (HYNDMAN & ATHANASOPOULOS, 2021). Foram apresentados conjuntamente os valores observados e a tendência suavizada, bem como intervalos empíricos de confiança de 95% para a tendência, estimados a partir do desvio padrão dos resíduos.

As análises foram realizadas em Python, utilizando as bibliotecas pandas, numpy, matplotlib e statsmodels. Por tratar-se de estudo baseado exclusivamente em dados secundários e públicos, sem identificação individual, a pesquisa dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

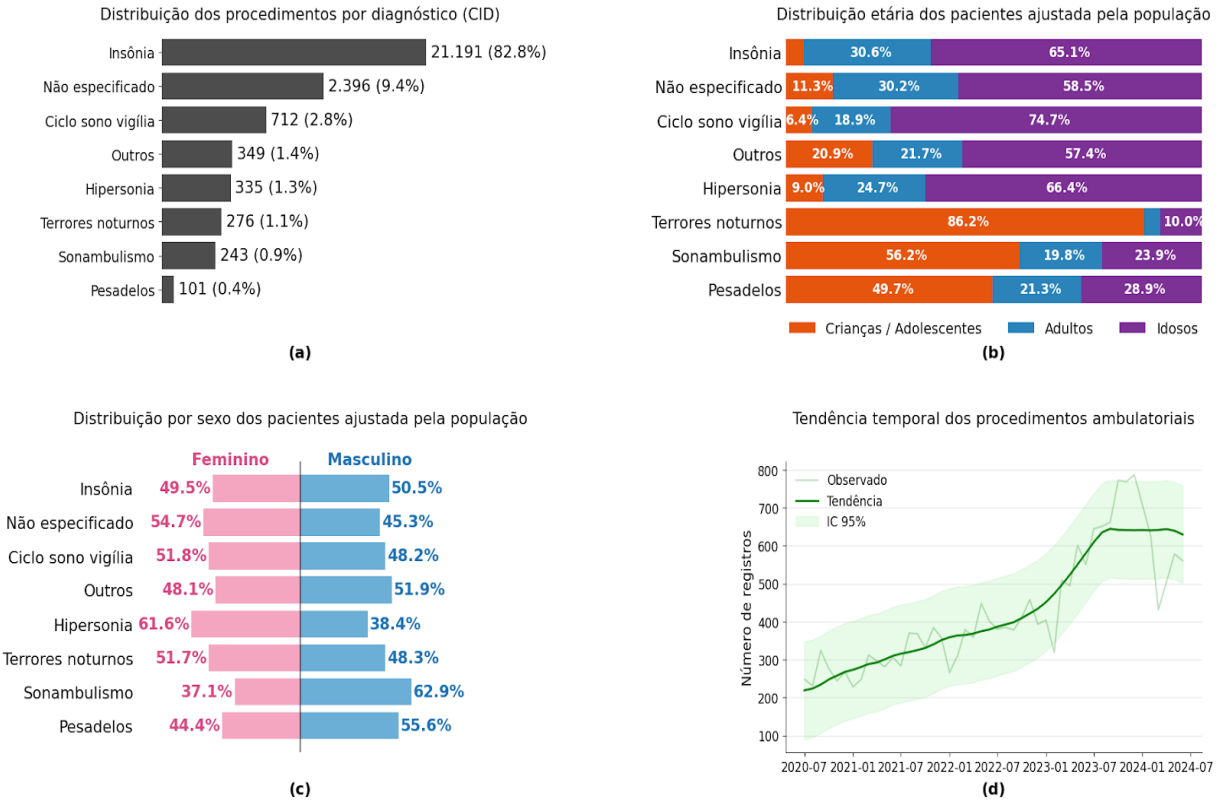
RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2020 a 2024, foram registrados 25.603 procedimentos ambulatoriais relacionados aos transtornos do sono não orgânicos (CID-10 F51) no SIA-SUS. Desses, mais de 80% corresponderam ao diagnóstico de insônia (n = 21.191), seguida pelos transtornos do sono inespecíficos, que apresentaram frequência em torno de 9%, enquanto os demais diagnósticos apresentaram proporções residuais, individualmente inferiores a 3% (**Figura 10.1**).

O padrão observado é consistente com evidências epidemiológicas que apontam a insônia como o transtorno do sono mais prevalente na população geral (ARAÚJO *et al.*, 2022; BENJAFIELD *et al.*, 2025; CANEVER *et al.*, 2023). A elevada frequência desse diagnóstico reflete tanto sua alta prevalência clínica quanto o fato de a insônia manifestar-se com sintomas co-

muns, como dificuldade para iniciar ou man-ter o sono, despertares noturnos frequentes ou sono prolongado, sendo frequentemente regis-trada como queixa primária ou como comor-bidade associada a transtornos psiquiátricos, doenças crônicas e condições psicossociais (CANEVER *et al.*, 2023).

Figura 10.1 Distribuição e tendência dos procedimentos ambulatoriais por transtornos do sono não orgânicos no SUS, Brasil, 2020–2024



Fonte: SIA-SUS, com ajustes populacionais baseados em estimativas do IBGE. Elaboração própria.

Em contraste, distúrbios do ciclo sono-vigília, sonambulismo, pesadelos, terrores noturnos e hipersonia apresentam menor representatividade nos registros ambulatoriais, possivelmente em função de limitações nos processos de reconhecimento e registro diagnóstico em serviços ambulatoriais (KARNA *et al.*, 2025). Adicionalmente, a elevada proporção de diagnósticos classificados como inespecíficos reforça a necessidade de aprimoramento dos processos e registros diagnósticos, bem como da capacitação dos profissionais de saúde.

A distribuição etária ajustada à estrutura populacional brasileira revelou forte heterogeneidade entre os diagnósticos, com predominância de insônia, transtornos do sono não especificados, distúrbios do ciclo sono–vigília e hipersonia entre idosos, enquanto sonambulismo, pesadelos e terrores noturnos concentraram-se predominantemente entre crianças e adolescentes (**Figura 10.1**). A associação entre diagnóstico e faixa etária foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4523{,}0$; $p < 0{,}001$), com V de Cramér = 0,30, indicando associação de magnitude moderada entre os transtornos do sono não orgânicos e as diferentes faixas etárias.

O aumento da frequência de insônia, distúrbios do ciclo sono–vigília e hipersonia entre idosos está associado a mudanças fisiológicas do envelhecimento, incluindo alterações da ar-

quitetura do sono, como redução do sono profundo, fragmentação do sono noturno e queda na produção de melatonina, que comprometem a regulação do ritmo sono–vigília (CANEVER *et al.*, 2023; PEREIRA; SAMPAIO; PESSOA, 2025). Além disso, a maior prevalência de doenças crônicas (hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes), o uso frequente de medicamentos com impacto sobre o sono e a maior ocorrência de ansiedade e depressão contribuem para a persistência dos distúrbios do sono nessa faixa etária (PEREIRA *et al.* 2025; SANTOS-ORLANDI *et al.*, 2024).

Por outro lado, a maior concentração de sonambulismo, pesadelos e terrores noturnos entre crianças pode ser explicada por fatores relacionados ao desenvolvimento neurobiológico e comportamental (VAN HORN & STREET, 2025). Nessa população, os distúrbios do sono estão frequentemente associados a rotinas de sono inconsistentes, higiene do sono inadequada, exposição a estímulos ambientais como ruído, luz e dispositivos eletrônicos, além de fatores emocionais, como ansiedade, medo e estresse (LLAGUNO *et al.* 2021). Parassonias, em particular, são descritas como mais frequentes durante a infância, período marcado pela imaturidade dos mecanismos de controle do sono, apresentando, em muitos casos, caráter transitório ao longo do desenvolvimento (EL HALAL & NUNES, 2026).

No que se refere à distribuição por sexo, observou-se discreta predominância feminina em diagnósticos como hipersonia, enquanto sonambulismo e pesadelos foram mais frequentes entre indivíduos do sexo masculino, após ajuste pela proporção populacional. A insônia apresentou distribuição praticamente equilibrada entre os sexos, sugerindo ausência de diferenças relevantes no padrão assistencial (**Figura 10.1**). Apesar de estatisticamente significativa (χ^2 = 60,3; p <0,001), a associação entre diagnós-tico e sexo apresentou baixa magnitude (V de Cramér = 0,05), indicando que o sexo exerce in-fluência limitada sobre a distribuição dos trans-tornos do sono não orgânicos em comparação com a faixa etária.

Diferenças por sexo nos transtornos do sono podem refletir fatores hormonais, padrões de procura por serviços de saúde e vieses diagnósticos. Estudos descrevem maior frequência de queixas de insônia entre mulheres, especialmente em períodos de maior vulnerabilidade hormonal e psicológica, como a menopausa (DRAGER *et al.*, 2023). No entanto, a análise de registros ambulatoriais não evidenciou diferenças significativas na distribuição da insônia entre os sexos, mesmo quando considerada apenas a população idosa.

A maior frequência de hipersonia entre mulheres observada neste estudo é compatível com achados que descrevem maior relato feminino de sonolência excessiva, cansaço e fadiga diurna, bem como a associação da hipersonia não orgânica a transtornos de humor e sintomas depressivos, condições mais frequentemente diagnosticadas em mulheres nos serviços de saúde (GEOFFROY *et al.*, 2025).

A análise da série temporal mostrou crescimento progressivo da tendência dos procedimentos ambulatoriais ao longo do período estudado, com elevação do número médio mensal de registros de aproximadamente 250 procedimentos em 2020 para cerca de 640 em 2023, representando aumento de quase três vezes. O maior valor mensal observado ocorreu em dezembro de 2023, com 787 registros e a tendência suavizada manteve-se consistentemente ascendente, com intervalos de confiança de 95% que reforçam a interpretação de crescimento estável (**Figura 10.1**).

O padrão temporal sugere redução inicial dos atendimentos ambulatoriais no contexto da pandemia de COVID-19, período em que serviços não relacionados à COVID apresentaram menor volume assistencial, seguida por cresci-

mento expressivo a partir de 2022, culminando no pico observado em 2023. Esse aumento pode refletir tanto a reorganização gradual da oferta de serviços quanto os impactos psicossociais da pandemia, incluindo aumento do estresse, da ansiedade e da desregulação dos ritmos de sono (AMINI-RARANI *et al.*, 2025; SALEHINEJAD *et al.*, 2022). Em 2024, observou-se relativa estabilização da tendência, devendo os resultados ser interpretados com cautela, uma vez que os dados ainda são preliminares e alterações nos registros, especialmente no segundo semestre, ainda podem ocorrer.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados do SIA-SUS, que refletem registros de procedimentos ambulatoriais, e não o número de casos clínicos únicos, podendo haver múltiplos registros para um mesmo indivíduo. Além disso, os resultados dependem da qualidade e completude dos registros, estando sujeitos a sub-registro, inconsistências de codificação e uso de diagnósticos inespecíficos, o que pode impactar a distribuição observada dos transtornos do sono não orgânicos. A ausência de informações clínicas detalhadas, como gravidade dos sintomas, comorbidades e desfechos, também limita interpretações mais aprofundadas.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a predominância da insônia como principal motivo de atendimento ambulatorial por transtornos do sono não orgânicos no SUS entre 2020 e 2024. A maior concentração de insônia e hipersonia entre idosos e de parassonias, especialmente sonambulismo, pesadelos e terrores noturnos, na infância indica distribuição heterogênea desses transtornos ao longo do ciclo de vida, demandando abordagens assistenciais diferenciadas. As diferenças discretas por sexo sugerem que a faixa etária constitui o principal eixo estruturante da demanda ambulatorial, com implicações diretas para o planejamento da atenção em saúde mental e para a organização dos serviços no SUS.

O crescimento sustentado dos procedimentos, intensificado após a pandemia de COVID-19, evidencia o impacto duradouro de fatores psicossociais sobre a saúde do sono da população, configurando os transtornos do sono não orgânicos como demanda persistente e estrutural nos serviços ambulatoriais. Esse cenário reforça a necessidade de incorporação permanente da saúde do sono nas estratégias de atenção ambulatorial e de saúde mental, com fortalecimento da capacidade assistencial, ações de promoção e prevenção e integração do cuidado no contexto pós-pandêmico. A elevada proporção de diagnósticos inespecíficos aponta lacunas nos processos diagnósticos e de registro, destacando a importância da capacitação dos profissionais de saúde e do uso qualificado dos sistemas de informação para subsidiar o planejamento e a avaliação de políticas públicas.

Ao demonstrar o potencial dos dados administrativos do SUS para o monitoramento longitudinal dos transtornos do sono, este estudo contribui para a vigilância em saúde mental. Pesquisas futuras podem avançar por meio de análises comparativas entre transtornos do sono orgânicos e não orgânicos, da incorporação de recortes regionais e da integração de informações clínicas, ampliando a compreensão do impacto desses transtornos sobre o sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, F. J. O. *et al*. Using routine clinical and administrative data to produce information on mental health in Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 56, p. 81, 9 set. 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004818.

AMINI-RARANI, M. *et al*. The prevalence of stress during the COVID-19 pandemic: an umbrella review. BMC Public Health, v. 25, n. 1, p. 4022, 18 nov. 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-18139-5.

ARAÚJO, M. F. S. *et al*. Fatores associados aos problemas de sono e ao uso de medicação para dormir em brasileiros. Revista de Saúde Pública, v. 56, p. 68, 25 jul. 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004088. .

BENJAFIELD, A. V. *et al*. Estimation of the global prevalence and burden of insomnia: a systematic literature review-based analysis. Sleep Medicine Reviews, v. 82, p. 102121, ago. 2025. DOI: 10.1016/j.smrv.2025.102121.

BRASIL. IBGE – Projeção da População, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html. Acesso em: 27 jan. 2026.

BRASIL. DATASUS – Conjunto de Dados do SUS, 2025. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/. Acesso em: 27 jan. 2026.

CANEVER, J. B. *et al*. A nationwide study on sleep complaints and associated factors in older adults: ELSI-Brazil. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 10, p. e00061923, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN061923. .

DRAGER, L. F. *et al*. 2023 Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Insomnia in Adults – Brazilian Sleep Association. Sleep Science, v. 16, n. S02, p. 507–549, out. 2023. DOI: 10.5935/1984-0063.20230039.

EDINGER, J. D. *et al*. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. Journal of Clinical Sleep Medicine, v. 17, n. 2, p. 255–262, fev. 2021. DOI: 10.5664/jcsm.8986.

EL HALAL, C. S. & NUNES, M. L. Sleep disorder assessment in children and adolescents with neurodevelopmental disorders. Jornal de Pediatria, v. 102, p. 101441, mar. 2026. DOI: 10.1016/j.jped.2025.11.008.

GEOFFROY, P. A. *et al*. Sex differences in insomnia and hypersomnia complaints during major depressive episode: results from a national sample. Journal of Affective Disorders, v. 369, p. 202–210, jan. 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2024.11.010.

HYNDMAN, R. J. & ATHANASOPOULOS, G. Forecasting: principles and practice. 3rd ed. Melbourne, Australia: Otexts, 2021.

HYNDYCH, A.; EL-ABASSI, R.; MADER, E. C. The role of sleep and the effects of sleep loss on cognitive, affective, and behavioral processes. Cureus, 16 maio 2025. DOI: 10.7759/cureus.81234.

KARNA, B.; SANKARI, A.; TATIKONDA, G. Sleep Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

LLAGUNO, N. S.; PINHEIRO, E. M.; AVELAR, A. F. M. Elaboração e validação da cartilha “Higiene do Sono para Crianças”. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, p. eAPE001125, 5 nov. 2021. DOI: 10.37689/actaape/v34/eAPE001125.

OLIVEIRA, S. *et al*. Sleep disorders and subjective well-being in Portuguese adults: evidence from a representative study. Sleep Science, v. 17, n. 01, p. e1–e6, mar. 2024. DOI: 10.5935/1984-0063.20240001.

PEREIRA, R. R.; SAMPAIO, M. R.; PESSOA, B. P. Fatores associados à má qualidade do sono em brasileiros mais velhos: uma análise transversal do ELSI-Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, n. 8, p. e19642023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232023230.19642023.

PEVERNAGIE, D. A. *et al*. Sleep Medicine—What’s in a Name? Journal of Sleep Research, v. 34, n. 5, p. e70150, out. 2025. DOI: 10.1111/jsr.70150.

RAUCH, L.; SCHNEIDER, T.; WENDT, C. Seeking professional help for sleep-related complaints. Frontiers in Public Health, v. 12, p. 1430574, 5 dez. 2024. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1430574.

SALEHINEJAD, M. A. *et al*. Circadian disturbances, sleep difficulties and the COVID-19 pandemic. Sleep Medicine, v. 91, p. 246–252, mar. 2022. DOI: 10.1016/j.sleep.2021.11.018.

SAN, L. & ARRANZ, B. The night and day challenge of sleep disorders and insomnia: a narrative review. Actas Españolas de Psiquiatría, v. 52, n. 1, p. 45–56, fev. 2024. DOI: 10.1016/j.acp.2023.12.007.

SANTOS-ORLANDI, A. A. Dos *et al*. Sleep quality of vulnerable elderly people: associated factors. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 77, n. suppl. 3, p. e20230283, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-e20230283.

SPIEGELHALDER, K. & RIEMANN, D. Sleep disorders: comparison of ICD-11 and ICD-10. Der Nervenarzt, v. 96, n. S1, p. 22–25, dez. 2025. DOI: 10.1007/s00115-025-01377-2.

TUMURBAATAR, E. *et al*. Nonorganic sleep disorders and sleep quality among the general population of Mongolia. Proceedings of the Mongolian Academy of Sciences, p. 35–46, 27 maio 2023. DOI: 10.5564/pmas.v59i1.1357.

VAN HORN, N. L. & STREET, M. Night Terrors. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 11

AUTOCUIDADO NO DIA A DIA: ESCOLHAS SIMPLES QUE IMPACTAM A SAÚDE

ANA CLARA BRUNELLI CAMARGO[1]
LIA ABIB CRISTOFOLETTO[1]

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

Palavras-Chave: *Autocuidado; Promoção da Saúde; Estilo de Vida.*

DOI: 10.59290/2191091452

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O autocuidado tem ocupado lugar de destaque nas discussões sobre promoção da saúde e estilos de vida, especialmente diante do aumento das doenças crônicas, das mudanças nos modos de viver e da crescente complexidade das demandas em saúde. Mais do que um conjunto de recomendações pontuais, o autocuidado pode ser compreendido como uma prática cotidiana, construída ao longo do tempo e influenciada por fatores individuais, sociais, culturais e ambientais, desempenhando papel central na manutenção da saúde e da qualidade de vida (GOLDBAUM, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Nesse sentido, o autocuidado manifesta-se por meio de escolhas e comportamentos incorporados à rotina diária, como a adoção de uma alimentação adequada, a valorização do sono de qualidade, a prática regular de atividades físicas e a atenção aos sinais emitidos pelo corpo e pela mente. Essas práticas, quando realizadas de forma contínua, contribuem para a construção de estilos de vida mais saudáveis e para o fortalecimento da autonomia dos indivíduos em relação ao cuidado com a própria saúde (BRASIL, 2023). A atenção aos sinais físicos e emocionais, por exemplo, permite o reconhecimento precoce de alterações no estado de saúde, favorecendo intervenções oportunas e a prevenção de agravos.

A incorporação do autocuidado como parte da vida cotidiana está diretamente associada à melhoria da qualidade de vida e à redução do risco de adoecimento, especialmente no contexto das condições crônicas. Evidências apontam que hábitos relacionados à alimentação, ao sono e à atividade física exercem impacto significativo sobre a saúde cardiovascular, metabólica e mental, reforçando a importância de práticas regulares e sustentáveis ao longo do tempo (BOOTH *et al*., 2012; CHAPUT *et al*., 2018).

Assim, compreender o autocuidado como parte da rotina cotidiana significa reconhecer que cuidar de si envolve atenção contínua, autoconhecimento e a construção de responsabilidades compartilhadas ao longo da vida. Essa perspectiva amplia o entendimento do autocuidado para além da ausência de doença, valorizando-o como estratégia essencial para o bem-estar físico e mental ao longo da vida.

Além de integrar a vida cotidiana, o autocuidado desempenha papel relevante na prevenção de agravos à saúde e na adesão aos tratamentos, especialmente no acompanhamento de condições crônicas, sendo influenciado pelo acesso à informação, pela educação em saúde e pelo apoio dos serviços. Nesse processo, destaca-se a importância do trabalho multiprofissional e da Atenção Primária à Saúde, que favorecem uma abordagem ampliada, contínua e humanizada do cuidado. O capítulo também contempla uma perspectiva integral do autocuidado, reconhecendo a interdependência entre corpo e mente e a relevância da saúde emocional, do manejo do estresse, do descanso e do estabelecimento de limites. Soma-se a isso a reflexão sobre o uso consciente das tecnologias e seus impactos na saúde, bem como a análise do autocuidado ao longo dos diferentes ciclos da vida, considerando as particularidades e necessidades específicas de cada fase. Dessa forma, este capítulo propõe uma abordagem ampliada do autocuidado como prática contínua, dinâmica e fundamental para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.

AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO

Autocuidado em saúde mental refere-se ao conjunto de práticas que indivíduos adotam para preservar o equilíbrio emocional, cognitivo e social, prevenindo o sofrimento psíquico e

promovendo o bem estar. A Organização Mundial da Saúde define saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece suas capacidades, lida com os estresses normais da vida e contribui para sua comunidade. Nesse contexto, o autocuidado inclui hábitos como sono adequado, alimentação equilibrada, atividade física, lazer, manejo do estresse e fortalecimento de vínculos sociais, sendo considerado um dos pilares da promoção da saúde mental (OMS, 2014).

Na prevenção de agravos em saúde mental, o autocuidado atua reduzindo fatores de risco associados ao desenvolvimento de transtornos mentais, como estresse crônico, isolamento social, sobrecarga emocional e uso abusivo de álcool e outras substâncias. Evidências apontam que práticas regulares de autocuidado reduzem a incidência de depressão, ansiedade e síndrome de burnout, além de favorecem maior resiliência emocional frente às adversidades cotidianas (BRASIL, 2019; WHO, 2022).

O autocuidado também desempenha papel fundamental no reconhecimento precoce de sinais de adoecimento mental. O conhecimento sobre o próprio estado emocional possibilita a identificação de alterações persistentes no humor, no sono, no apetite, na concentração e no comportamento social, que podem indicar sofrimento psíquico. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, reconhecer precocemente esses sinais permite intervenções oportunas, reduzindo a cronificação dos transtornos e a necessidade de tratamentos mais complexos (OPAS, 2021).

Na Atenção Primária à Saúde, o incentivo ao autocuidado em saúde mental é estratégico para a promoção do cuidado integral. A educação em saúde favorece o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilização do indivíduo pelo próprio bem-estar psíquico. De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, ações educativas e de promoção do autocuidado fortalecem o vínculo entre usuários e serviços, ampliam o acesso ao cuidado e reduzem estigmas relacionados aos transtornos mentais (BRASIL, 2018).

No que se refere à adesão ao tratamento em saúde mental, o autocuidado é um fator determinante. Pacientes que compreendem seu transtorno e participam ativamente do plano terapêutico apresentam maior adesão ao uso de psicofármacos, à psicoterapia e às mudanças no estilo de vida. A Organização Mundial da Saúde destaca que a adesão ao tratamento em transtornos mentais está diretamente relacionada à educação em saúde, ao suporte social e à percepção de autoeficácia do indivíduo (SABATÉ, 2003).

Aspectos psicossociais como autoestima, suporte familiar e relações interpessoais influenciam diretamente a capacidade de autocuidado em saúde mental. A Teoria do Autocuidado de Orem sustenta que, quando o indivíduo é capaz de reconhecer suas necessidades e agir para supri-las, ocorre maior autonomia e melhora da qualidade de vida. Em saúde mental, isso se traduz na capacidade de buscar ajuda, manter rotinas saudáveis e lidar de forma adaptativa com emoções e conflitos (OREM, 2001).

O fortalecimento do autocuidado em saúde mental deve ser compreendido como uma responsabilidade compartilhada entre indivíduos, profissionais de saúde e políticas públicas. Ambientes que promovem acolhimento, acesso à informação qualificada e serviços de saúde mental acessíveis são fundamentais para a prevenção de agravos psíquicos. Investir em estratégias de promoção do autocuidado contribui para a redução do sofrimento mental, para a efetividade dos tratamentos e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (OMS, 2022).

APOIO MULTIDISCIPLINAR

A importância do apoio multidisciplinar no contexto do autocuidado e da saúde mental é

amplamente reconhecida na literatura científica e nas políticas públicas de saúde. Embora o autocuidado esteja relacionado à capacidade do indivíduo de promover a própria saúde, prevenir agravos e lidar com condições crônicas, esse processo não depende exclusivamente do conhecimento ou da iniciativa individual. Ao contrário, ele é fortalecido pelo suporte oferecido por equipes multiprofissionais, capazes de orientar, acompanhar e apoiar a população de forma contínua e integrada (NEVES & WINK, 2007; BRASIL, 2023).

A atuação de diferentes profissionais da saúde permite a construção de um cuidado pautado na integralidade, considerando simultaneamente os aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo saúde-doença. Médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, contribuem com saberes complementares que ampliam a compreensão das necessidades individuais e favorecem intervenções mais eficazes e humanizadas. Essa abordagem integrada mostra-se especialmente relevante no cuidado às pessoas com condições crônicas, nas quais o autocuidado exige mudanças sustentadas no estilo de vida e acompanhamento longitudinal (GOLDBAUM, 2000; MENDIETA *et al*., 2019).

Nesse contexto, a promoção da literacia em saúde assume papel central para o fortalecimento do autocuidado. De acordo com o Ministério da Saúde, a capacidade de acessar, compreender e utilizar informações em saúde é fundamental para que o indivíduo participe ativamente do cuidado e tome decisões mais conscientes sobre sua própria saúde. As equipes multidisciplinares exercem papel estratégico nesse processo ao adaptar informações, facilitar a comunicação e considerar as particularidades culturais, sociais e emocionais de cada pessoa, favorecendo a autonomia com suporte adequado (BRASIL, 2023).

A dimensão da saúde mental é um elemento essencial do autocuidado, especialmente no manejo do estresse, na adesão aos tratamentos e no enfrentamento das demandas impostas pelas condições crônicas. O suporte psicológico, integrado às demais ações de cuidado, contribui para o reconhecimento precoce de sinais de sofrimento psíquico e para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes. A articulação entre psicólogos, psiquiatras e outros profissionais possibilita uma abordagem ampliada, na qual corpo e mente são compreendidos de forma indissociável, reforçando a importância do cuidado integral (NEVES & WINK, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Além disso, o envolvimento da família e da comunidade amplia o alcance das ações de autocuidado. Profissionais como assistentes sociais e educadores em saúde atuam na articulação de redes de apoio e na promoção de ambientes mais favoráveis à adoção e à manutenção de práticas saudáveis. No manejo de condições crônicas, como diabetes, hipertensão arterial ou transtornos mentais, a atuação conjunta da equipe multiprofissional possibilita ações de educação em saúde personalizadas, monitoramento contínuo dos sintomas, intervenções precoces diante de complicações e suporte emocional e social, elementos fundamentais para a continuidade do cuidado (MENDIETA *et al*., 2019; BRASIL, 2023).

Dessa forma, o apoio multidisciplinar fortalece o autocuidado ao favorecer a autonomia dos indivíduos, sem romper com a lógica da responsabilidade compartilhada, contribuindo para maior adesão terapêutica e para a melhoria da qualidade de vida. A integração de saberes e práticas são indispensáveis para a construção de um cuidado efetivo, integral e humanizado, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo o autocuidado como estra-

tégia central da promoção da saúde (GOLDBAUM, 2000; BRASIL, 2023).

CORPO E MENTE

A compreensão do autocuidado como prática integral parte do reconhecimento de que o corpo e mente não operam como esferas separadas, mas como dimensões interdependentes da experiência humana. A literatura em saúde coletiva e psicossomática demonstra que processos emocionais influenciam diretamente respostas fisiológicas, modulando sistemas como o neuroendócrino e o imunológico. Assim, negligenciar a saúde emocional compromete o equilíbrio corporal, enquanto a sobrecarga física tende a repercutir no sofrimento psíquico, evidenciando que o cuidado integral exige atenção simultânea aos aspectos subjetivos e biológicos do viver (OMS, 2022; MCEWEN, 2017).

Nesse contexto, o estabelecimento de limites configura-se como uma prática central de autocuidado, frequentemente invisibilizada nas abordagens tradicionais em saúde. Limites não se restringem à recusa de demandas externas, mas envolvem a capacidade de reconhecer sinais internos de exaustão, desconforto ou saturação emocional. A incapacidade de estabelecer limites está associada a quadros de estresse crônico, burnout e adoecimento psicossomático, sobretudo em contexto marcados por exigências produtivistas e pela naturalização da sobrecarga (HAN, 2017)

O descanso, por sua vez, deve ser compreendido para além da ausência de atividade, assumindo um papel ativo na regulação do organismo e na elaboraçãopsíquica das experiências cotidianas. Estudos em neurociência indicam que períodos adequados de descanso e sono são essenciais para processos como consolidação da memória, emulação emocional e recuperação fisiológica. A privação crônica de descanso compromete a capacidade de tomada de decisão, reduz a tolerância ao estresse e aumenta a vulnerabilidade a transtornos mentais, evidenciando que descansar é uma necessidade biológica e psíquica, e não um privilégio (WALKER, 2018)

No que se refere ao estresse, o autocuidado integral não busca sua eliminação total, mas o desenvolvimento de recursos para lidar com ele de forma adaptativa. O estresse torna-se patológico quando persistente e não elaborado, gerando sobrecarga alostática e desgaste progressivo do organismo. Estratégias de manejo, como pausas conscientes, reorganização de rotinas e práticas corporais, contribuem para a restauração do equilíbrio interno e para a prevenção de agravos relacionados ao estresse prolongado (MCEWEN, 2017).

A autoconsciência emerge como eixo estruturante do autocuidado integral, pois possibilita ao indivíduo reconhecer padrões corporais, emocionais e comportamentais que antecedem o adoecimento. Desenvolver autoconsciência não implica vigilância excessiva sobre si, mas a construção de uma escuta sensível às próprias necessidades. Essa capacidade. Favorece escolhas mais alinhadas aos limites pessoais e amplia a percepção sobre como emoções não reconhecidas podem se manifestar corporalmente, como tensões musculares, dores persistentes e alterações funcionais (DAMASIO, 2012).

Práticas que interagem corpo e mente, como abordagens somáticas e técnicas da atenção plena, têm sido reconhecidas como dispositivos importantes para o fortalecimento da autoconsciência. Essas práticas auxiliam na reconexão com o corpo vivido, frequentemente dissociado em contextos de sofrimento psíquico. Ao favorecerem a percepção das sensações corporais associadas às emoções, contribuem para a regulação emocional e para a redução da reati-

vidade automática frente a situações estressores (KABATZINN, 2013)

O autocuidado integral também envolve a revisão de narrativas culturais que valorizam a produtividade constante em detrimento do bem estar. A dificuldade em descansar e em respeitar limites muitas vezes está associada à internalização de ideias de desempenho que consideram a finitude do corpo e a complexidade da vida emocional. Questionar essas narrativas é parte do cuidado, pois permite ao sujeito construir uma relação menos instrumentalizada consigo mesmo e mais orientado à preservação da saúde (HAN, 2017).

Do ponto de vista clínico e coletivo, promover o autocuidado integral implica reconhecer que sofrimento emocional nem sempre se expressa verbalmente, mas pode ser comunicado pelo corpo. Dores inespecíficas, fadiga persistente e alterações funcionais recorrentes podem ser compreendidas como sinais de desajustes entre demandas externas e internas. A compreensão integrada desses sinais amplia as possibilidades de intervenção precoce e reduz a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2018).

Por fim, o cuidado integrado de corpo e mente exige condições sociais e institucionais que legitimam o descanso, o cuidado emocional e a escuta de si. Políticas públicas, práticas profissionais e espaços comunitários que reconhecem a inseparabilidade entre saúde física e emocional contribuem para trajetórias de cuidado mais sustentáveis. Dessa forma, o autocuidado deixa de ser uma prática isolada e passa a constituir um eixo ético de promoção da saúde integral, orientado pela preservação da vida (OMS, 2022).

TECNOLOGIAS

O uso de tecnologias digitais tornou-se parte integrante da vida cotidiana, influenciando comportamentos, estilos de vida e práticas de autocuidado. Embora esses recursos representem importantes ferramentas para o acesso à informação, comunicação e apoio à gestão da saúde, seu uso excessivo ou inadequado pode gerar impactos negativos sobre a saúde física, mental e social, exigindo uma abordagem crítica e consciente no contexto da promoção da saúde (CASTIEL & VASCONCELLOS-SILVA, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

O aumento do tempo de exposição a telas tem sido associado a comportamentos sedentários e a alterações nos hábitos de vida, contribuindo para o risco de doenças crônicas e para a redução da qualidade de vida. Evidências apontam que a inatividade física relacionada ao uso prolongado de dispositivos digitais exerce influência direta sobre a saúde metabólica e cardiovascular, reforçando a necessidade de equilibrar o uso das tecnologias com a prática regular de atividades físicas (BOOTH *et al*., 2012; BODAI *et al*., 2018). Nesse contexto, estratégias como pausas regulares durante o uso de telas e reorganização da rotina diária configuram-se como medidas simples e eficazes de autocuidado.

Além disso, o uso contínuo de celulares e computadores frequentemente ocorre em condições posturais inadequadas, favorecendo dores musculoesqueléticas e desconfortos físicos que podem comprometer o bem-estar. A atenção à postura, à ergonomia e aos sinais corporais torna-se, portanto, parte essencial do autocuidado cotidiano, especialmente diante do aumento da dependência das tecnologias nas atividades de trabalho, estudo e lazer (GOLDBAUM, 2000).

A saúde do sono também é impactada pelo uso excessivo de dispositivos eletrônicos, especialmente quando ocorre no período noturno. A exposição prolongada às telas pode interferir nos ritmos biológicos e na qualidade do des-

canso, afetando funções cognitivas, emocionais e metabólicas. Estudos indicam que a organização de rotinas que limitem o uso de tecnologias antes de dormir contribui para a melhoria da duração e da qualidade do sono, favorecendo a saúde global (CHAPUT *et al*., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Por outro lado, as tecnologias podem atuar como aliadas do autocuidado quando utilizadas de forma orientada e consciente. Algumas ferramentas digitais são voltadas à educação em saúde, à literacia em saúde e ao acompanhamento de condições crônicas, demonstrando potencial para fortalecer a autonomia dos indivíduos e apoiar a autogestão da saúde, especialmente quando associadas ao suporte profissional (BRASIL, 2023; KOO *et al*., 2024; CAJAMARCA *et al*., 2020). Assim, a educação digital e a orientação adequada tornam-se fundamentais para que os benefícios das tecnologias superem seus riscos.

Dessa forma, o uso consciente das tecnologias digitais deve ser compreendido como uma dimensão contemporânea do autocuidado, que envolve equilíbrio, atenção aos sinais do corpo e da mente e responsabilidade compartilhada entre indivíduos e serviços de saúde. Ao integrar práticas de autocuidado ao uso cotidiano das tecnologias, será possível minimizar seus efeitos negativos e potencializar seu papel na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida ao longo do ciclo de vida.

CICLOS DA VIDA

O autocuidado em saúde mental assume características distintas ao longo dos ciclos da vida, pois as demandas emocionais, cognitivas e sociais variam conforme o desenvolvimento humano e os contextos históricos e culturais nos quais o sujeito está inserido. Compreender essas especificidades evita abordagens universalizantes e permite reconhecer que o cuidado psíquico não é estático, mas atravessado por processos de amadurecimento, perdas, aquisições de autonomia e transformação identitárias. Assim, o autocuidado deve ser entendido como uma construção progressiva, que se reorganiza em cada etapa da vida (OMS, 2022)

Na infância, o autocuidado em saúde mental não se expressa como uma prática consciente do indivíduo, mas como um processo mediado principalmente por cuidadores e pelo ambiente. A qualidade dos vínculos afetivos, a previsibilidade das rotinas e a possibilidade de expressão emocional segura são determinantes para a formação da autorregulação emocional. Experiências precoces de acolhimento ou negligência influenciam a forma como a criança aprende a lidar com emoções, estresse e frustrações, impactando diretamente sua saúde mental futura (BRASIL, 2015).

Durante a adolescência, o autocuidado passa a envolver a construção da identidade e o manejo de intensas transformações emocionais e corporais. Trata-se de um período marcado por maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, devido à pressão social, às mudanças neurobiológicas e à ampliação das exigências de autonomia. O autocuidado nessa fase está relacionado à capacidade de reconhecer limites, buscar apoio e desenvolver estratégias de enfrentamento que não sejam autodestrutivas, como o isolamento extremo ou o uso de substâncias (OMS, 2021).

Na vida adulta, incluindo a fase adulta intermediária, o autocuidado articula-se de forma intensa com as demandas do trabalho, das relações afetivas e das responsabilidades socias frequentemente acompanhadas por expectativas de desempenho e estabilidade. O acúmulo dessas exigências pode resultar em sobrecarga emocional, estresse crônico e desgaste psíquico progressivo, especialmente quando não há espaços para reflexão e elaboração das próprias

trajetórias de vida. Nesse ciclo, o autocuidado envolve a capacidade de estabelecer limites, reconhecer sinais precoces de adoecimento, como exaustão emocional, irritabilidade persistente e perda de sentido, e ressignificar projetos pessoais frente a frustrações, lutos simbólicos e mudanças nos papéis sociais (HAN, 2017; MCEWEN, 2017).

Na velhice, o autocuidado em saúde mental é atravessado por perdas funcionais, mudanças na autonomia e reconfiguração dasredes sociais. Manter vínculos afetivos, preservar a participação social e reconhecer limites corporais sem reduzir a identidade ao adoecimento são aspectos centrais do cuidado psíquico nessa fase. Estudos indicam que o autocuidado na velhice está diretamente associado à preservação do sentido de vida e à redução de quadros depressivos e de isolamento social (WHO, 2017).

Em todas as etapas, o autocuidado em saúde mental é profundamente influenciado pelo contexto social e pelas condições de acesso ao cuidado. Desigualdades socioeconômicas, estigmas e barreiras institucionais podem limitar a capacidade de o indivíduo exercer práticas de autocuidado, mesmo quando há consciência de sua importância. Reconhecer esses atravessamentos é fundamental para evitar a responsabilização individual do sofrimento e para fortalecer estratégias coletivas e intersetoriais de cuidado.

Compreender o autocuidado em saúde mental nos diferentes ciclos da vida implica reconhecer que ele não é uma habilidade inata, mas um processo construído ao longo do tempo, influenciado por fatores individuais, relacionais e institucionais. Políticas públicas e práticas profissionais que consideram essas especificidades favorecem intervenções mais sensíveis e eficazes, promovendo continuidade do cuidado e prevenção de agravos psíquicos ao longo da vida. Dessa forma, o autocuidado consolida-se como um eixo estruturante da promoção da saúde mental em todas as fases do desenvolvimento humano (OMS, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: https://www.fiocruz.br/brasilia/content/sa%C3%BAde-mental-e-aten%C3%A7%C3%A3o-psicossocial. Acesso em: 26 jan. 2026.

BODAI, B. I. *et al*. Lifestyle medicine: a brief review of its dramatic impact on health and survival. The Permanente Journal, v. 22, 2018. DOI: https://doi.org/10.7812/TPP/17-025.

BOOTH, F. W.; ROBERTS, C. K.; LAYE, M. J. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. Comprehensive Physiology, v. 2, n. 2, p. 1143–1211, 2012. DOI: https://doi.org/10.1002/cphy.c110025.

BORDINI, B. & ROSENFIELD, R. L. Normal pubertal development. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.

BOWLBY, J. Apego e perda. vol. 1. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BRASIL. Autocuidado em saúde e literacia para a saúde no controle e na promoção da saúde em condições crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autocuidado_saude_literacia_condicoes_cronicas.pdf. Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/saude-mental. Acesso em: 26 jan. 2026.

CAJAMARCA, G. *et al*. Enabling older adults' health self-management through mobile health technologies: a systematic review. Sensors, v. 20, n. 15, p. 4348, 2020. DOI: https://doi.org/10.3390/s20154348.

CASTIEL, L. D. & VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 2, p. 291–314, 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000200003.

CHAPUT, J. P.; DUTIL, C.; SAMPASA-KANYINGA, H. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this? Nature and Science of Sleep, v. 10, p. 421–430, 2018. DOI: https://doi.org/10.2147/NSS.S163071.

DAMASIO, A. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

DESVIAT, M. A reforma psiquiátrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

ERIKSON, E. H. O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GOLDBAUM, M. Qualidade de vida e saúde: além das condições de vida e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 19–31, 2000. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100003.

HAN, B.-C. Sociedade do cansaço. Petrópolis: Vozes, 2017.

KABAT-ZINN, J. Full catastrophe living. New York: Bantam Books, 2013.

KOO, K. *et al*. The use of digital technologies in the promotion of health literacy and empowerment of informal caregivers: scoping review. Journal of Medical Internet Research, v. 26, e38655, 2024. DOI: https://doi.org/10.2196/38655.

LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2015.

MCEWEN, B. S. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. Chronic Stress, v. 1, 2017. DOI: https://doi.org/10.1177/2470547017692328.

MENDIETA, M. C. *et al*. Ações de autocuidado na saúde escolar: revisão integrativa. Revista Baiana de Enfermagem, v. 33, e31799, 2019. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v33.31799.

NEVES, E. P. & WINK, S. O autocuidado no processo de viver: enfermeiras compartilham concepções e vivências em sua trajetória profissional. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 172–179, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100023.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Mental Health Report. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338. Acesso em: 26 jan. 2026.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Avaliação de serviços de saúde mental. Campinas: Unicamp, 2019.

OREM, D. E. Nursing: concepts of practice. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.

SABATÉ, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MNC-03.01. Acesso em: 26 jan. 2026.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_equilibrio.pdf. Acesso em: 26 jan. 2026.

WALKER, M. Why we sleep: unlocking the power of sleep and dreams. New York: Scribner, 2018. Disponível em: https://www.simonandschuster.com/books/Why-We-Sleep/Matthew-Walker/9781501144318. Acesso em: 26 jan. 2026. DOI: não possui.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health of older adults. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults. Acesso em: 26 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Self-care for health and well-being. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions. Acesso em: 26 jan. 2026.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 12

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E NO ACOLHIMENTO DE ADOLESCENTES COM ANSIEDADE: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

KEILA CRISTINA BARBOSA DA SILVA CÂMARA[1]
FERNANDA EGGEA[1]
ANA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS BESSA[2]

[1]*Discente - Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.*
[2]*Docente e Orientadora – Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.*

Palavras-Chave: *Ansiedade; Adolescente; Enfermagem; Acolhimento em Saúde.*

DOI: 10.59290/2619004011

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A adolescência, conforme definição da Organização Mundial da Saúde, compreende o período dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias, caracterizando-se por intensas transformações biopsicossociais que aumentam a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico. Nesse contexto, estima-se que 4,1% dos adolescentes entre 10 e 14 anos e 5,3% daqueles entre 15 e 19 anos apresentam algum transtorno de ansiedade, evidenciando a expressiva magnitude desse agravo. Em nível global, aproximadamente um em cada sete adolescentes convivem com algum transtorno mental, o que corresponde a cerca de 15% da carga global de doenças nessa faixa etária, sendo a depressão, a ansiedade e os transtornos comportamentais as principais causas de adoecimento e incapacidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). No Brasil, essa realidade se reflete nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019), que apontam elevadas prevalências de sentimentos de tristeza, preocupação excessiva, irritabilidade, sensação de desamparo e percepção negativa da própria saúde mental entre adolescentes de 13 a 17 anos, reforçando a relevância do tema como um importante problema de saúde pública.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) e o Pacto de San José da Costa Rica (OEA, 1969) reforçam o compromisso dos Estados com a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, assegurando-lhes o direito à integridade, à convivência familiar e ao desenvolvimento pleno.

Esses indicadores mostram-se mais frequentes entre adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 16 e 17 anos, matriculados em escolas públicas, revelando a influência de desigualdades estruturais de gênero e classe social sobre a saúde mental. Diante desse cenário, torna-se fundamental ampliar o debate e o investimento em políticas públicas voltadas à promoção, prevenção e cuidado em saúde mental de adolescentes no contexto escolar e comunitário (REME, 2022).

As transformações vivenciadas na adolescência, associadas às pressões sociais, familiares e escolares, podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes aos problemas de saúde mental, especialmente aos transtornos de ansiedade (OPAS, 2022).

Relatórios internacionais apontam que fatores psicossociais e desigualdades estruturais ampliam esse risco, reforçando a necessidade de ações de cuidado mais acessíveis e integradas (OPAS/OMS, 2022).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os transtornos de ansiedade estão entre os problemas de saúde mental mais prevalentes nessa faixa etária em nível mundial.

No contexto brasileiro, os dados epidemiológicos evidenciam a relevância do tema, de acordo com o Boletim 52 volume 33 Epidemiológico de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2021), observa-se um crescimento significativo dos transtornos mentais entre crianças e adolescentes, com destaque para os quadros ansiosos.

Dados epidemiológicos indicam um aumento significativo das taxas de mortalidade por suicídio entre adolescentes de 10 a 19 anos, com crescimento aproximado de 81% no período de 2010 a 2019, o que evidencia uma tendência ascendente desse fenômeno na última década e reforça a urgência da implementação de estratégias de prevenção e identificação precoce. Esses achados ressaltam a necessidade de ações efetivas de saúde pública voltadas à promoção da saúde mental dos adolescentes (BRASIL, 2021).

Desse modo, considerando que o acolhimento constitui uma diretriz operacional das

unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhece-se seu papel essencial na qualificação das práticas de cuidado na atenção psicossocial, favorecendo uma assistência centrada na pessoa (SOUSA *et al.,* 2023).

Por meio da escuta qualificada, do acolhimento humanizado e da construção de vínculo, esse profissional contribui para o fortalecimento das redes de apoio familiar e comunitário, além de possibilitar o encaminhamento oportuno aos serviços especializados quando necessário (TEIXEIRA *et al*., 2020).

O enfermeiro é o profissional da saúde que atua em todos os dispositivos da rede e passa a ocupar um lugar de protagonismo na atenção em saúde mental ofertada à clientela adstrita. A Atenção Primária à Saúde configura-se como um espaço estratégico para o cuidado em saúde mental, por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde e possibilitar o acompanhamento contínuo dos adolescentes e de suas famílias (SIMÃO *et al*.,2022).

A equipe de enfermagem, com destaque para o enfermeiro, ocupa posição estratégica na atenção à saúde mental, uma vez que seu contato contínuo com a comunidade possibilita a identificação precoce de sinais e sintomas de ansiedade (TEIXEIRA *et al*., 2020).

1.1 Objetivo Geral

Analisar por meio de uma revisão bibliográfica a atuação do enfermeiro na identificação precoce e no acolhimento de adolescentes com ansiedade.

1.2 Objetivos Específicos

Descrever os principais aspectos conceituais da ansiedade na adolescência

MÉTODO

Trata-se do método de revisão narrativa da literatura, cujo tema é a atuação da enfermagem no acolhimento de adolescentes com ansiedade. A revisão narrativa caracteriza-se por uma análise crítica e interpretativa da literatura existente, fundamentada em perspectivas teóricas e contextuais, embora não sistemática, a revisão seguiu critérios metodológicos explícitos**,** evitando a impressão de fragilidade científica.

Dessa forma, permite a ampliação das fontes, o que possibilita maior flexibilidade conhecimento, a discussão de diferentes abordagens e a identificação de novos caminhos teórico-metodológicos, a partir de diversas fontes documentais, considerando também a subjetividade dos pesquisadores na seleção e interpretação das informações (SOUZA *et al*., 2018).

Os dados foram analisados por meio de análise temática, a partir da leitura exaustiva e categorização dos achados".

A pesquisa foi realizada no ano de 2025, por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), e PubMed (*U.S. National Library of Medicine*), LILACS (Literatura latino-americano e do Caribe em ciência e saúde) BDENF (base de dados da enfermagem) fontes essas reconhecidas na área da saúde e da enfermagem. Além disso, foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, relacionados à saúde mental de adolescentes.

A questão norteadora da revisão foi: "Como a enfermagem atua na identificação precoce e no acolhimento de adolescentes com ansiedade?"

O recorte temporal (2020–2025) foi definido com o objetivo de contemplar produções científicas atualizadas, alinhadas às mudanças recentes nas políticas públicas de saúde mental e às diretrizes internacionais voltadas à saúde do adolescente.

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, de forma manual. Em situações de divergência quanto à inclusão dos

artigos, estas foram resolvidas por consenso entre as autoras. Para a extração dos dados, utilizou-se : identificação do artigo, autores, ano, tipo de estudo, objetivo, principais achados e eixo temático correspondente.

Para a busca dos estudos, foram utilizados os descritores: Ansiedade, Adolescente, Enfermagem, Acolhimento,combinados entre si por meio do operador booleano AND, de acordo com a estratégia de busca adotada em cada base de dados. Foram incluídas publicações no período de 2020 a 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem diretamente a atuação do enfermeiro em intervenções de enfermagem para acolhimento de adolescentes com transtorno de ansiedade.

Foram excluídos artigos duplicados, resumos simples, editoriais, teses, dissertações e estudos que não contemplassem o público adolescente ou que abordassem outros transtornos mentais sem relação com a ansiedade. A seleção dos estudos ocorreu inicialmente pela leitura dos títulos e resumos, e posteriormente pela leitura integral dos textos selecionados.

Os dados obtidos foram organizados e discutidos de forma descritiva, agrupados em quatro eixos temáticos:

(1) ansiedade na adolescência;

(2) impactos sociais e escolares;

(3) identificação precoce e acolhimento;

(4) atuação do enfermeiro e estratégias de cuidado.

Esses eixos permitiram articular os achados da literatura com a prática profissional da enfermagem e com as políticas públicas voltadas à saúde mental na adolescência, favorecendo uma análise coerente com os objetivos propostos no estudo (**Tabela 12.1**).

Tabela 12.1 Objetivos e principais achados da amostra final (n = 13)

ID	Objetivo	Principais achados	Dados quantitativos	Eixo
A1	Analisar o acolhimento na APS	Escuta qualificada fortalece vínculo e adesão	—	Acolhimento
A2	Avaliar intervenção escolar	Redução dos sintomas e melhora no desempenho	↓ 32% sintomas	Impactos escolares
A3	Analisar ações de promoção	Promoção fortalece fatores protetores	—	Estratégias
A4	Mapear intervenções	Enfermeiro é central no rastreio precoce	—	Atuação
A5	Analisar dados nacionais	Alta prevalência de ansiedade em adolescentes	—	Ansiedade
A6	Avaliar modelo preventivo	Redução de riscos emocionais	↑ 28% fatores protetores	Estratégias
A7	Analisar acolhimento psicossocial	Redução do estigma e sofrimento	—	Acolhimento
A8	Estratégias de enfrentamento	Apoio profissional melhora coping emocional	—	Identificação
A9	Avaliar intervenção	Melhor autocontrole da ansiedade	↓ intensidade	Estratégias
A10	Identificar necessidades	Lacunas no cuidado e escuta qualificada	—	Atuação
A11	Analisar intersetorialidade	Integração saúde-educação melhora cuidado	—	Estratégias
A12	Analisar sintomas	Sintomas centrais orientam prevenção	—	Identificação
A13	Avaliar rastreio digital	Rastreio precoce melhora encaminhamentos	—	Identificação

ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

Os transtornos de ansiedade na adolescência compreendem diferentes categorias diagnósticas descritas no DSM-5 (APA, 2022), incluindo transtorno de ansiedade generalizada, fobias específicas, ansiedade social, transtorno do pânico e ansiedade de separação. Contudo, mais do que a classificação clínica, a literatura analisada evidencia que a ansiedade deve ser compreendida como fenômeno multifatorial, influenciado por condições biológicas, emocionais e, sobretudo, sociais.

Os estudos convergem ao apontar que as transformações próprias da adolescência — associadas à qualidade das relações familiares, à construção da identidade e às estratégias de enfrentamento — podem atuar tanto como fatores de proteção quanto de risco (SULISTIOWATI *et al.*, 2023). Entretanto, enquanto pesquisas internacionais enfatizam modelos preventivos baseados em fortalecimento de fatores protetores, estudos nacionais evidenciam maior foco na identificação de agravos já instalados, revelando diferença importante na abordagem do cuidado.

A literatura internacional destaca com maior ênfase a influência das desigualdades estruturais e das necessidades socialmente complexas como determinantes do sofrimento psíquico (STILES-SHIELDS *et al.*, 2025). Já estudos brasileiros tendem a concentrar-se em indicadores epidemiológicos e prevalência de sintomas, apontando a magnitude do problema, mas nem sempre aprofundando estratégias estruturais de enfrentamento. Essa diferença sugere a necessidade de maior integração entre análise epidemiológica e proposições práticas no contexto nacional.

Além disso, Tang *et al.* (2022) evidenciam a coexistência frequente entre ansiedade e depressão, especialmente em adolescentes do sexo feminino. Enquanto os estudos internacionais exploram modelos analíticos mais sofisticados, como análise de rede para identificação de sintomas centrais, a produção nacional ainda apresenta menor incorporação dessas metodologias. Tal cenário indica oportunidade de avanço científico no Brasil, especialmente no que se refere ao uso de ferramentas preditivas que possam qualificar a prática clínica do enfermeiro.

Assim, compreender a ansiedade na adolescência exige ultrapassar a descrição sintomatológica e incorporar análise crítica dos determinantes sociais, das desigualdades e das fragilidades do modelo assistencial vigente.

IMPACTOS SOCIAIS E ESCOLARES

Embora a ansiedade seja resposta fisiológica adaptativa, sua persistência e intensidade podem comprometer significativamente o desempenho escolar e a socialização do adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Os estudos analisados convergem quanto ao impacto negativo da ansiedade no rendimento acadêmico, mas divergem quanto às estratégias de enfrentamento propostas.

Pesquisas internacionais enfatizam intervenções psicoeducativas estruturadas e mensuráveis, com resultados quantitativos expressivos na redução de sintomas (SULISTIOWATI *et al*., 2023). Em contraste, estudos nacionais apontam fragilidade na incorporação sistemática de ações de promoção em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (SOUZA *et al*., 2021), evidenciando lacuna entre diretrizes políticas e prática assistencial.

O ambiente escolar emerge como espaço estratégico, mas sua efetividade depende da articulação intersetorial. Enquanto Morgado, Loureiro e Botelho (2021) destacam a impor-

tância de competências comunicacionais e pedagógicas dos profissionais, Teixeira *et al*. (2020) reforçam o empoderamento e o fortalecimento de habilidades socioemocionais como mediadores de proteção. A convergência entre esses achados indica que intervenções eficazes demandam não apenas conhecimento técnico, mas abordagem relacional e educativa.

Entretanto, Souza, Almeida e Fernandes (2021) alertam que o cuidado permanece centrado em problemas já instalados, com limitada abordagem dos determinantes sociais. Essa constatação revela que, no contexto brasileiro, ainda há predominância de modelo reativo, enquanto experiências internacionais apontam maior investimento em prevenção estruturada.

Para a prática do enfermeiro na APS, essa comparação evidencia a necessidade de ampliar ações educativas no território, integrar escola e unidade de saúde e incorporar metodologias ativas de promoção da saúde mental.

IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E ACOLHIMENTO

A identificação precoce constitui eixo central da literatura analisada, porém sua operacionalização apresenta diferenças significativas entre contextos. Estudos internacionais tendem a incorporar ferramentas digitais e modelos preditivos (STILES-SHIELDS *et al*., 2025), enquanto pesquisas nacionais enfatizam o acolhimento e a escuta qualificada como principais dispositivos clínicos.

Tang *et al.* (2022) demonstram que intervenções direcionadas a sintomas centrais podem aumentar a efetividade terapêutica. Contudo, no cenário brasileiro, Antunes *et al*. (2022) apontam predominância de práticas medicalizantes e centralizadas no especialista, com limitada incorporação da escuta qualificada na Estratégia Saúde da Família.

Essa divergência revela tensão entre o modelo psicossocial preconizado pelas políticas públicas e a prática ainda marcada por racionalidade biomédica. Para o enfermeiro da APS, essa constatação tem implicação direta: fortalecer o acolhimento como prática sistemática e não como etapa pontual do atendimento.

Esswein *et al.* (2021) reforçam que a proximidade territorial do enfermeiro favorece o reconhecimento precoce do sofrimento psíquico. Entretanto, Souza (2023) aponta que essa prática ainda não se encontra plenamente consolidada, indicando necessidade de educação permanente.

Assim, a identificação precoce não depende apenas de instrumentos técnicos, mas da reorganização do processo de trabalho, da valorização do vínculo e da consolidação do modelo psicossocial na APS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enquanto modelos internacionais apresentam protocolos estruturados e avaliação de impacto, no Brasil ainda predominam iniciativas pontuais, frequentemente dependentes da motivação individual dos profissionais. Tal cenário evidencia a necessidade de institucionalização das práticas de promoção da saúde mental na APS.

Leal (2024) fundamenta a enfermagem na construção de relações terapêuticas e no apoio aos processos de transição. Esse referencial dialoga diretamente com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que preconiza cuidado integral e territorializado. Entretanto, a literatura evidencia que a prática cotidiana nem sempre incorpora plenamente essas diretrizes.

A intersetorialidade, defendida por Taño *et al*. (2020), mostra-se essencial para a superação das barreiras estruturais. Contudo, sua operacionalização ainda enfrenta desafios organizacionais e estruturais.

Dessa forma, as implicações para o enfermeiro na APS incluem:

Fortalecer práticas de acolhimento sistemático;

Ampliar ações preventivas no território;

Integrar escola, família e assistência social

Incorporar instrumentos de rastreio quando disponíveis;

Investir em educação permanente em saúde mental.

Portanto, a atuação do enfermeiro deve articular conhecimento técnico-científico, vínculo terapêutico e compromisso com políticas públicas, consolidando o modelo psicossocial no cuidado ao adolescente.

Os transtornos de ansiedade na adolescência configuram um relevante problema de saúde pública, considerando sua elevada prevalência e os impactos no desenvolvimento biopsicossocial. Conforme descrito no DSM-5 (APA, 2022), os transtornos de ansiedade englobam diferentes categorias diagnósticas, como transtorno de pânico, ansiedade generalizada, fobias específicas, transtorno de ansiedade social e ansiedade de separação. O aumento da ocorrência desses transtornos entre adolescentes evidencia a necessidade de maior atenção por parte das equipes de saúde, especialmente no que se refere à identificação precoce e à implementação de estratégias preventivas.

Nesse contexto, Sulistiowati *et al*. (2023) destacam que o comportamento do adolescente mantém relação direta com a saúde mental, podendo atuar tanto como fator de proteção quanto como fator de risco. As transformações biológicas, psicológicas e sociais características dessa fase, associadas à qualidade das relações familiares, às experiências vivenciadas, à construção do autoconceito e às estratégias de enfrentamento, exercem influência significativa no desenvolvimento de vulnerabilidades ou no fortalecimento de fatores protetores em saúde mental. Esses achados reforçam a importância de intervenções de enfermagem que considerem o adolescente de forma integral e contextualizada.

Adolescentes com necessidades socialmente complexas configuram um grupo particularmente vulnerável às falhas no cuidado em saúde mental. Conforme apontam Stiles-Shields *et al*. (2025), jovens expostos a múltiplas adversidades, como experiências adversas na infância, desigualdades socioeconômicas, pertencimento a grupos minoritários e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, enfrentam barreiras significativas ao cuidado em saúde mental. Tal cenário evidencia limitações do modelo assistencial vigente e reforça a necessidade de estratégias intersetoriais e equitativas.

As divergências observadas entre os estudos acerca da prevalência e da associação entre ansiedade e depressão podem estar relacionadas à utilização de diferentes instrumentos avaliativos e às particularidades clínicas dos indivíduos, conforme discutido por Tang *et al*. (2022). Os autores também identificam fatores como falta de suporte familiar, rejeição parental, controle excessivo, estilos de vida pouco saudáveis, vitimização por pares e sentimentos de desesperança como elementos associados ao aumento do risco de humor deprimido, ideação suicida e sintomas ansiosos, especialmente entre adolescentes do sexo feminino.

Diante desse panorama, a enfermagem assume papel fundamental na promoção da saúde mental e na detecção precoce de sintomas ansiosos, contribuindo para a prevenção de agravos e para o fortalecimento do bem-estar biopsicossocial dos adolescentes.

O ambiente escolar, caracterizado por exigências acadêmicas e convivência social contínua, exerce influência direta sobre a saúde mental dos estudantes. De acordo com Sulistiowati *et al*. (2023), estratégias psicoeducacionais con-

duzidas por enfermeiros, com a participação da família, da escola e dos serviços de saúde, contribuem para o desenvolvimento do autoconceito, das habilidades sociais e do manejo da ansiedade, favorecendo a promoção da saúde mental e a prevenção de transtornos.

Corroborando essa perspectiva, Teixeira *et al*. (2020) destacam o contexto escolar como um espaço estratégico para o cuidado à saúde do adolescente, ressaltando o aconselhamento individual e o fortalecimento de habilidades de empoderamento como ferramentas relevantes. Segundo os autores, essas habilidades atuam como mediadoras entre fatores psicológicos, como estratégias de enfrentamento, senso de controle e autoeficácia psicossocial, influenciando positivamente a saúde mental e o bem-estar.

Entretanto, Souza, Almeida e Fernandes (2021) apontam que o cuidado em saúde mental ainda permanece predominantemente centrado em problemas já instalados, com limitada consideração dos determinantes sociais da saúde. Estudos realizados na Atenção Primária à Saúde evidenciam que ações de promoção da saúde mental direcionadas a crianças e adolescentes ainda ocupam espaço reduzido nas práticas assistenciais, mesmo em territórios caracterizados por alta vulnerabilidade social (SOUZA *et al*., 2021).

Além disso, Morgado, Loureiro e Botelho (2021) ressaltam que a efetividade das intervenções psicoeducativas depende da atuação de profissionais que, além do domínio técnico-científico, possuam competências comunicacionais, pedagógicas e interpessoais, fundamentais para o acolhimento e o envolvimento ativo dos adolescentes no cuidado.

Para a efetivação do cuidado em saúde mental, é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o adolescente, compreendida como o eixo central das ações de enfermagem, conforme destacam Teixeira *et al*. (2020). As intervenções devem ser fundamentadas em modelos teóricos sistematizados e cientificamente embasados, integrando evidências clínicas à prática assistencial e promovendo autonomia e empoderamento.

Nesse sentido, Simão, Vargas e Pereira (2022) reforçam que a atuação do enfermeiro deve ser orientada pelas necessidades e problemas de saúde apresentados pelos adolescentes, exigindo uma abordagem integral e multiprofissional. A identificação de sintomas centrais e de ponte, conforme proposta por Tang *et al*. (2022), apresenta relevância clínica ao possibilitar intervenções mais direcionadas e eficazes na prevenção e no tratamento de transtornos mentais.

Todavia, Antunes *et al*. (2022) apontam que a atenção à saúde mental ainda se concentra predominantemente em intervenções especializadas e medicalizantes, com limitada incorporação de dispositivos como o acolhimento e a escuta qualificada na Estratégia Saúde da Família. Em contrapartida, Esswein *et al*. (2021) destacam que a proximidade da equipe de enfermagem com a comunidade favorece o reconhecimento precoce do sofrimento psíquico e a realização de intervenções mais humanizadas.

Souza (2023) evidencia avanços pontuais na prática do acolhimento, aproximando-se dos princípios do modelo de atenção psicossocial, porém ressalta a necessidade de fortalecimento da educação permanente em saúde. Ademais, Rodrigues e Prebianchi (2021) demonstram que adolescentes em situação de vulnerabilidade emocional desenvolvem estratégias de enfrentamento mais eficazes quando recebem apoio afetivo de cuidadores e profissionais de saúde.

Por fim, Leal (2024) compreende a enfermagem como uma prática fundamentada na construção de relações terapêuticas, voltada ao apoio dos processos de transição vivenciados

pelos indivíduos. No campo da saúde mental, a enfermagem direciona suas ações para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico e a intervenção frente a respostas humanas inadequadas, contribuindo para a redução do sofrimento psíquico e o fortalecimento das redes de apoio familiar, escolar e comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. 5ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ANTUNES, J. T. *et al*. A saúde mental dos adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019. REME Revista Mineira de Enfermagem, v. 26, e1462, 2022. DOI: https://doi.org/10.5935/1415-2762.20220042.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental: diretrizes para o cuidado infantojuvenil. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 21 fev. 2026.

ESSWEIN, L. A. *et al*. Acolhimento e atenção à saúde mental de adolescentes na atenção primária. Revista de Enfermagem de Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p. 45-56, 2021.

FARIA, M. R. *et al*. O papel da enfermagem na promoção da saúde mental de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 78, n. 3, p. 251-260, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0783.

LEAL, A. F. A. Intervenções em enfermagem de saúde mental para capacitação do adolescente no autocontrole da ansiedade. Tese (Doutorado) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2024.

MORGADO, T.; LOUREIRO, L.; BOTELHO, M. A. R. Literacia em saúde mental sobre ansiedade na adolescência: contributos para uma intervenção psicoeducacional em contexto escolar. Revista de Enfermagem Referência, v. 6, e20133, 2021. DOI: https://doi.org/10.12707/RV20133.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos da Criança. Nova York: ONU, 1989. Disponível em: https://www.unicef.org/child-rights-convention (unicef.org in Bing). Acesso em: 21 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica). San José: OEA, 1969. Disponível em: https://www.oas.org/dil/port/1969_Conven%C3%A7%C3%A3o_Americana_sobre_Direitos_Humanos.pdf (oas.org in Bing). Acesso em: 21 fev. 2026.

RODRIGUES, T. S. & PREBIANCHI, S. S. Estratégias de enfrentamento de adolescentes em acolhimento institucional. Psicologia: Teoria e Prática, v. 23, n. 1, p. 120-132, 2021. DOI: https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTP123456.

ROSSI, L. M. *et al*. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. Caderno de Saúde Pública, v. 35, n. 3, e00125018, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018.

SIMÃO, C.; VARGAS, D.; PEREIRA, C. F. Intervenções de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, eAPE015066, 2022. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022APE015066.

SOUSA, J. M.; *et al*. Prática do acolhimento na atenção psicossocial para o cuidado centrado na pessoa. Cogitare Enfermagem, v. 28, e92034, 2023. DOI: https://doi.org/10.5380/ce.v28i0.92034.

SOUSA, L. M. M.; *et al*. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018.

SOUZA, T. T. *et al.* Promoção em saúde mental de adolescentes em países da América Latina: uma revisão integrativa da literatura. Ciência Coletiva, v. 26, n. 7, p. 2671-2684, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.2671.

STILES-SHIELDS, C.; BOBADILLA, G.; REYES, K. *et al*. Digital mental health screening, feedback, and referral system for teens com necessidades complexas. JMIR Research Protocols, v. 14, e65245, 2025. DOI: https://doi.org/10.2196/65245

SULISTIOWATI, *et al*. Modelo promotivo e preventivo em saúde mental para adolescentes. Primary Health Care, v. 13, e317, 2023. DOI: https://doi.org/10.4081/pmc.2023.317.

TANG, Y. L. *et al*. Network analysis of depressive and anxiety symptoms in adolescents during COVID-19. Journal of Affective Disorders, v. 301, p. 463-471, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.123.

TAÑO, B. L. *et al*. A intersetorialidade no cuidado em saúde mental infantojuvenil. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0734.

TEIXEIRA, L. A. *et al*. Necessidades de saúde mental dos adolescentes e cuidados de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, v. 29, e20180424, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0424.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600. Acesso em: 21 fev. 2026.

SAÚDE MENTAL

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

Capítulo 13

Edição XXIX

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DEFINIÇÃO, SINTOMAS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO INICAL

BEATRIZ CHIAVERINI CUNNINGHAM[1]
SOPHIA HANO DE OLIVERIA[1]
JULIA INCERTI BREVES[1]
BIANCA ARNESI COTRIM[1]
LAYS DE SOUZA SILVA[1]
THIAGO AUGUSTO BROGIO[1]
SOFIA CUNHA CLARO [1]
ANNA LUIZA DE LACERDA MENDONÇA [1]
GIOVANNA SANTOS DI PRINZIO[1]
ANNA CAROLINA MARTINS FRANÇA[1]
GEOVANNA DE ANDRADE MELO[1]
MARCOS ROBERTO MACIEL NOLETO[1]
VITÓRIA SILVA JARDIM[1]
LUANA PERFIDIO[2]
THAISSA MONSORES BUSSOLINI[2]

[1]Discente - Medicina na Universidade Cidade de São Paulo.
[2]Discente – Medicina Universidade de Mogi das Cruzes.

Palavras-Chave: *Ansiedade; Transtornos de Ansiedade; Psiquiatria.*

DOI: 10.59290/0960210029

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade são distúrbios psiquiátricos caracterizados por medo ou preocupação exacerbados diante de estímulos percebidos como ameaçadores, sejam eles externos ou internos, comprometendo o funcionamento do indivíduo, sem serem consequência do uso de substâncias ou de outra condição médica (CRASKE *et al.*, 2017; DEGEORGE *et al.*, 2022; DSM-5-TR (APA), 2023). Esses transtornos estão entre os distúrbios psiquiátricos mais comuns na população adulta, com aproximadamente 28% dos indivíduos relatando algum episódio ao longo da vida (BERNIK & BRITO, 2021). Os transtornos de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico (TP) e transtorno de ansiedade social, também chamado fobia social são os mais frequentemente observados (SZUHANY & SIMON, 2022). Além do medo e da preocupação excessiva, podem ocorrer manifestações físicas, como palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, desconforto abdominal e parestesias, entre outros (BERNIK & BRITO, 2021; OMS 2025).

Existem divergências quanto à proporção de contribuição genética para os transtornos de ansiedade, contudo, estes também estão associados a fatores ambientais, como exposição à violência (principalmente na infância), problemas familiares, doenças crônicas, dificuldades financeiras, uso de substâncias como álcool, perdas significativas e abuso (BERNIK & BRITO, 2021; DEGEORGE *et al*., 2022, STRÖHLE *et al*., 2018;). Estudos indicam que indivíduos do sexo feminino apresentam maior risco de desenvolver algum transtorno de ansiedade em comparação aos do sexo masculino (razão 2:1) (DSM-5-TR (APA), 2023*;* CRASKE *et al.,* 2017,).

O tratamento deve ser individualizado e conduzido por profissional especializado, variando conforme o transtorno e as características do paciente. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada intervenção de primeira linha no tratamento não farmacológico. Em muitos casos, associa-se tratamento medicamentoso, particularmente com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) e, em algumas situações, antidepressivos tricíclicos. Outras classes, como benzodiazepínicos e anticonvulsivantes, podem ser utilizadas de forma adjuvante para o controle de sintomas somáticos ou de ansiedade intensa, com cautela quanto ao risco de dependência e efeitos adversos (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON, 2022).

Portanto o intuito do estudo é fornecer embasamento teórico e clínico para o reconhecimento, diagnóstico e manejo adequado dos transtornos de ansiedade mais comuns.

MÉTODO

Esta revisão sistemática foi realizada no período de janeiro à fevereiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, LILACS, SciELO, bibliotecas virtuais e site oficiais do governo e de instituições de referência na área da saúde. Foram utilizados os descritores “ansiedade”, “*anxiety*”, “transtorno de ansiedade”, “*anxiety disorders*”, “transtorno de ansiedade generalizada”, “*generalized anxiety disorder*”, “transtorno de ansiedade social”, “*anxiety disorder*”, “fobia específica” e “*specific phobia*” resultando em aproximadamente 250.000 artigos, os quais foram posteriormente avaliados e selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos.

Com o objetivo de refinar a apuração de artigos, foram aplicados filtros que selecionaram publicações entre 2002 e 2025 nos idiomas por-

tuguês e inglês, em revistas e jornais com fator de impacto igual ou superior a 3 que abordavam os temas centrais do presente estudo. Também foram considerados livros disponíveis em PDF e sites oficiais e acreditados. Os critérios de exclusão incluíram artigos duplicados, artigos que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 12 artigos, os quais foram submetidos à leitura detalhada para a coleta de dados, e dois livros. Os resultados foram organizados em subcategorias e apresentados em tabelas e de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transtorno de ansiedade generalizada

Definida por preocupação crônica (no mínimo 6 meses) e de difícil controle, o transtorno de ansiedade generalizada gera prejuízo no cotidiano do indivíduo (DEGEORGE *et al.,* 2022; DSM-5-TR (APA), 2023; SPYTSKA, 2024). A ansiedade e a preocupação estão associados a 3 ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fatigabilidade, dificuldade em se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono. Sobretudo é comum que pacientes com TAG também apresentem sintomas somáticos como sudorese, náusea e diarreia (DSM-5-TR (APA), 2023) (**Tabela 13.1**).

Tabela 13.1 Critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição, Texto Revisado (DSM-5-TR) (CID F41.1)

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (como desempenho escolar ou profissional)
B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação
C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três ou mais dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). 1. Inquietação ou sensação de estar com os "nervos à flor da pele" 2. Fatigabilidade 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensação de "branco" na mente 4. Irritabilidade 5. Tensão muscular 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono ou sono insatisfatório e inquieto) Observação: apenas um item é exigido para crianças
D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo)
F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).
Fonte: DSM-5-TR (APA)

Diversos instrumentos estão disponíveis no auxílio ao diagnóstico do transtorno de ansiedade generalizada, incluindo escalas autoaplicáveis voltadas à avaliação de sintomas como tensão, medo e preocupação. Entre as mais utilizadas destacam-se o "*Beck Anxiety Inventory* (BAI)", a "*Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A)", o "*GAD-7*" e o "*Spielberger State-*

Trait Anxiety Inventory (STAI)" (DISSANAYAKA *et al.*, 2015; DEGEORGE *et al*., 2022).

O TAG apresenta dois picos de incidência: um na adolescência tardia/início da idade adulta e outro no final da vida adulta (DEGEORGE *et al.,* 2022; DSM-5-TR (APA),2023). Estima-se que cerca de um terço do risco para o desenvolvimento do transtorno seja de origem genética, enquanto o restante está associado a fatores temperamentais e ambientais, como baixo status socioeconômico, exposição a abuso e negligência na infância, alcoolismo e traços de neuroticismo (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA),2023). Na atenção primária a prevalência do transtorno é entre 7-8% (BERNIK & BRITO, 2021).

Os sintomas do transtorno de ansiedade generalizada podem mimetizar outros diagnósticos clínicos; portanto, é fundamental descartar condições como DPOC, asma, arritmias, hipertireoidismo, além de uso ou abstinência de medicamentos e substâncias, como anfetaminas e canabinóides. Também devem ser considerados outros transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos e transtornos bipolares (DEGEORGE *et al.*, 2022).

A terapia combinada entre tratamento farmacológico e psicoterapia é considerada altamente eficaz no transtorno de ansiedade generalizada, especialmente em pacientes com sintomas moderados a graves (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON,, 2022).

O tratamento farmacológico de primeira linha inclui os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (BERNIK & BRITO, 2021). Entre os ISRS, a sertralina e o escitalopram estão associados a melhores desfechos, considerando tanto a remissão quanto às taxas de eventos adversos (SZUHANY & SIMON, 2022). Como opções de segunda linha, incluem-se os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, imipramina e nortriptilina), a quetiapina, antipsicótico de segunda geração, e a pregabalina, um anticonvulsivante (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON, 2022).

As medicações costumam atingir a dose minimamente efetiva entre 4 e 8 semanas e, após a resposta terapêutica, recomenda-se a manutenção do fármaco por pelo menos um ano, em razão da natureza crônico e do risco de recidiva do TAG (SZUHANY & SIMON, 2022; DEGEORGE *et al.*, 2022). Para alívio mais rápido dos sintomas ansiosos, benzodiazepínicos podem ser utilizados de forma adjuvante e por tempo limitado, devido ao risco de dependência, e sua relação dose-resposta associada a tolerância (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON, 2022; DEGEORGE *et al.,*2022).

TRANSTORNO DE PÂNICO

O transtorno do pânico (TP) é definido pela presença de ataques de pânico (AP) recorrentes, caracterizados pela ocorrência de no mínimo quatro sintomas físicos, seguidos por pelo menos 30 dias de preocupação persistente com novos ataques ou por mudança comportamental significativa relacionada à possibilidade de novos episódios (DSM-5-TR (APA), 2023; SPYTSKA, 2024). Entre as apresentações físicas que compõem os critérios diagnósticos estão: sudorese, tontura, tremores, dispnéia, náusea, parestesia, dor ou desconforto torácico, medo de morrer e, mais comumente, palpitações. Além disso, outros sintomas, como cefaléia, tinnitus e choro incontrolável também podem ocorrer, embora não façam parte dos critérios formais (DEGEORGE *et al.,*2022) (**Tabela 13.2**).

Tabela 13.2 Critérios diagnósticos para o transtorno de pânico (TP) segundo o DSM-5-TR (CID F41.0)

A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou "enlouquecer". 13. Medo de morrer. Observação 1: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso. Observação 2: Podem ser vistos sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, cefaleia, gritos ou choro incontrolável). Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas exigidos.
B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características: 1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "enlouquecer"). 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).
C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).
D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).
Fonte: DSM-5-TR (APA)

Os ataques de pânico consistem em surtos súbitos de medo ou desconforto intenso, que atingem um pico em poucos minutos e podem ocorrer durante estados de ansiedade ou de calma, incluindo episódios noturnos, nos quais o indivíduo desperta do sono (DSM-5-TR (APA), 2023; SPYTSKA, 2024).

No Brasil, o transtorno de pânico ocorre em cerca de 3-8% dos pacientes atendidos na atenção primária, com uma idade média de início entre 20 e 24 anos (BERNIK & BRITO, 2021; SPYTSKA, 2024).

Existem diversas teorias que explicam a origem do TP, desde uma vulnerabilidade genética associada à função diminuída do receptor benzodiazepínico, até a teoria do "alarme falso de sufocação". A teoria do alarme falso de sufocação propõe que no transtorno do pânico, um sistema neural que monitora níveis de dióxido de carbono torna-se hipersensível, interpretando erroneamente pequenas mudanças fisiológicas como ameaças de sufocação, o que ativa um alarme de emergência e desencadeia sintomas de pânico (GUAN & CAO, 2024; SPYTSKA 2024).

Para a avaliação da gravidade dos sintomas e, consequentemente, do impacto funcional do transtorno do pânico, pode-se utilizar a *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS). A escala pode ser aplicada a partir dos 13 anos, tanto pelo profissional de saúde quanto pelo próprio paciente, na forma de autoavaliação. Ela avalia a frequên-

cia e a intensidade dos ataques de pânico, a ansiedade antecipatória, os comportamentos de evitação e o prejuízo funcional. Dessa forma, sendo útil tanto como auxílio diagnóstico quanto para o acompanhamento da resposta ao tratamento (HOUCK *et al*., 2002; WUYEK *et al*. 2011). Além de outros transtornos de ansiedade as seguintes condições também devem ser considerados como diagnósticos diferenciais; hipotireoidismo, arritmias, hiperparatireoidismo, epilepsia, asma, DPOC e uso de substâncias ilícitas (BERNIK & BRITO, 2021; DEGEORGE *et al.,* 2022).

O tratamento de transtorno de pânico é semelhante ao do transtorno de ansiedade generalizada. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina são considerados tratamentos de primeira linha e após o controle da fase aguda, recomenda-se a manutenção da medicação na dose terapêutica eficaz por 6 a 12 meses, com o objetivo de evitar a recidiva dos sintomas. Os antidepressivos tricíclicos também podem ser utilizados no tratamento do TP porém são considerados como segunda linha devido seus efeitos adversos. Para o manejo das crises agudas, os benzodiazepínicos podem ser utilizados, preferencialmente por curtos períodos devido ao alto risco de dependência. Como tratamento não medicamentoso no TP, recomenda-se a terapia cognitivo-comportamental (STRÖHLE *et al.*, 2018; BERNIK & BRITO, 2021; DEGEORGE *et al.,* 2022; SZUHANY & SIMON, 2022; GUAN & CAO, 2024). Além disso, mudanças no estilo de vida, como a prática regular de atividade física moderada, também podem contribuir para a redução dos sintomas e melhora funcional do paciente (STRÖHLE *et al.*, 2018).

FOBIA ESPECÍFICA

A fobia específica (FB) é caracterizada por medo intenso, persistente (mínimo de seis meses) e desproporcional de um objeto ou situação específica, como insetos ou locais fechados, que resulta em evitação ativa e prejuízo funcional (BERNIK & BRITO, 2021). As FB são subdivididas nas seguintes categorias: animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros podendo haver mais de um estímulo fóbico (DSM-5-TR (APA), 2023) (**Tabela 13.3**).

A fobia específica apresenta idade média de início entre os 7 aos 11 anos de idade, sendo mais prevalente durante a adolescência e tem fatores de risco semelhantes aos outros transtornos de ansiedade. Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de fobia específica estão: ter um parente de primeiro grau com fobia específica, histórico de superproteção parental, experiências de abuso físico ou sexual, perdas significativas e a presença de traços de neuroticismo (STRÖHLE *et al*, 2018; BERNIK & BRITO, 2021; *DSM-5-TR (APA), 2023*).

A resposta exacerbada ao estímulo fóbico, característica desse transtorno de ansiedade, tem sido associada a alterações consistentes na ativação da amígdala, do córtex cingulado anterior, do tálamo e da ínsula. Contudo, a resposta fisiológica ao estímulo varia conforme o subtipo de fobia. Indivíduos com fobia específica do tipo sangue-injeção-ferimentos frequentemente apresentam resposta de desmaio, enquanto aqueles com fobias específicas dos tipos situacional, animal e de ambiente natural tendem a apresentar aumento da excitabilidade do sistema nervoso simpático (DSM-5-TR (APA), 2023).

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) deve ser considerado como diagnóstico diferencial especialmente se a fobia se desenvolver após um evento traumático envolvendo o estímulo fóbico. Além dos transtornos de ansiedade, os transtornos psicóticos e os transtornos alimentares também devem ser considera-

dos no diagnóstico diferencial (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023*)*.

O tratamento de primeira linha das fobias específicas é a terapia cognitivo-comportamental, especialmente por meio de técnicas de exposição. Já o tratamento farmacológico não é eficaz para a fobia específica isolada, mas pode ser utilizado como adjuvante quando há comorbidades, como outros transtornos de ansiedade (CRASKE *et al.*, 2017; STRÖHLE *et al*., 2018; BERNIK & BRITO, 2021).

Tabela 13.3 Critérios diagnósticos para fobia específica segundo o DSM-5-TR

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue). Observação: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se.
B. O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade
C. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento
D. O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural.
E. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.
F. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo
G. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionados a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo); evocação de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático); separação de casa ou de figuras de apego (como no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social). Especificar se: Código baseado no estímulo fóbico: • F40.218 Animal (p. ex., aranhas, insetos, cães). • F40.228 Ambiente natural (p. ex., alturas, tempestades, água). • F40.23x Sangue-injeção-ferimentos (p. ex., agulhas, procedimentos médicos invasivos). • Nota para codificação: Escolher o código específico da CID-10-MC como segue: F40.230 medo de sangue; F40.231 medo de injeções e transfusões; F40.232 medo de outros cuidados médicos; ou F40.233 medo de ferimentos. • F40.248 Situacional (p. ex., aviões, elevadores, locais fechados). • F40.298 Outro (p. ex., situações que podem levar à asfixia ou vômitos; em crianças, p. ex., sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasia). Nota para codificação: Quando está presente mais de um estímulo fóbico, codificar todos os códigos da CID-10-MC que se aplicam (p. ex., para medo de cobras e de voar, F40.218 fobia específica, animal e F40.248 fobia específica, situacional).

Fonte: DSM-5-TR (APA)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

O transtorno de ansiedade social (TAS) se caracteriza por ansiedade ou medo intenso e desproporcional em situações sociais nas quais o indivíduo teme ser avaliado ou julgado por outros (LEIGH & CLARK, 2018; BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023). Os pacientes que sofrem do transtorno se preocu-

pam em ser rejeitados, avaliados negativamente ou até ofender outras pessoas se agirem de certa forma ou demonstrarem sintomas de ansiedade como tropeçar nas palavras, tremer, transpirar ou ruborizar (LEIGH & CLARK, 2018; BERNIK & BRITO, 2021). Além disso, a automedicação para alívio dos sintomas ansiosos é frequentemente observado (DSM-5-TR (APA), 2023) (**Tabela 13.4**).

Tabela 13.4 Critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade social segundo o DSM-5-TR (CID F40.1)

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras). Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.
B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Observação: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica
I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo Especificar se: Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.
Fonte: DSM-5-TR (APA)

Do ponto de vista epidemiológico, o TAS está entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, apresentando taxas ao longo da vida entre 12% e 13% e início relativamente precoce, com idade média de 13 anos (BANDELOW & MICHAELIS, 2015; LEIGH & CLARK, 2018; BERNIK & BRITO, 2021). A hereditariedade constitui um fator de risco significativo, uma vez que indivíduos com parentes de primeiro grau diagnosticados com TAS apresentam de 2 a 6 vezes mais chances de desenvolver o transtorno. No entanto, a propensão ao transtorno de ansiedade social resulta de uma interação complexa entre fatores genéticos e experiências ambientais. Entre estes, destacam-se experiências sociais negativas, como *bullying* e maus-tratos, que podem aumentar a probabilidade da condição (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023).

Antes de fechar o diagnóstico de transtorno de ansiedade social é essencial descartar as seguintes condições: transtorno do espectro autista, transtorno delirante, transtorno dismórfico corporal, transtorno depressivo maior, mutismo seletivo, fobias específicas, TAG, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de oposição desafiante, transtorno de personalidade evitativa, transtorno delirante persistente, esquizofrenia, TP e agorafobia. Ressalta-se que algumas dessas condições podem coexistir com o trans-

torno de ansiedade social, sendo possível o diagnóstico concomitante (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023). Além disso, a timidez, considerada um traço de personalidade, deve ser avaliada no diagnóstico diferencial, especialmente quando o impacto no funcionamento social ou profissional não satisfaz os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição, Texto Revisado (BERNIK E BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023).

A decisão entre tratamento medicamentoso e não medicamentoso para indivíduos com TAS deve levar em conta as preferências do próprio paciente, uma vez que a psicoterapia pode ser desconfortável por envolver a exposição a situações que geram ansiedade. A curto prazo, a terapia cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso apresentam efeitos semelhantes; no entanto, os efeitos da psicoterapia tendem a ser mais duradouros (BERNIK & BRITO, 2021). Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina são considerados primeira linha no tratamento farmacológico, sendo recomendada, após a estabilização dos sintomas, a manutenção da terapêutica por 3 a 6 meses para prevenir a sua recorrência (BERNIK & BRITO, 2021). O uso de benzodiazepínicos, betabloqueadores e anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina) como terapia adjuvante é eficaz, mas deve ser cuidadosamente monitorado devido aos riscos associados. Na ansiedade de desempenho, o propranolol ou outros betabloqueadores podem ser administrados cerca de 1 hora antes de apresentações para reduzir sintomas como tremor, sudorese e taquicardia (BERNIK & BRITO, 2021; ARCHER *et al*., 2025) (**Tabela 13.5**).

Tabela 13.5 Exemplos dos farmacos

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina	Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina (para TP) Paroxetina Sertralina
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina:	Duloxetina (para TAG) Venlafaxina
Antidepressivos tricíclicos:	Amitriptilina Imipramina Nortriptilina Pregabalina Quetiapina
Benzodiazepinicos:	Alprazolam Clonazepam Diazepam Lorazepam
Anti-convulsivos:	Gabapentina Pregabalina
Betabloqueadores:	Propranolol Atenolol Pindolol Nadolol Betaxolol

Fonte: BERNIK & BRITO, 2021; ARCHER *et al*., 2025

CONCLUSÃO

Os transtornos de ansiedade representam um importante problema de saúde pública, dada sua elevada prevalência e impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados (SZUHANY & SIMON, 2022). A identificação precoce e o diagnóstico adequado são fundamentais para prevenir a cronificação dos sintomas e reduzir prejuízos sociais e ocupacionais. Com a implementação de estratégias terapêuticas individualizadas, torna-se possível oferecer um cuidado contínuo, integrado e centrado no paciente, favorecendo melhor adesão ao tratamento, acompanhamento da evolução clínica e maiores chances de remissão e recuperação funcional a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ARCHER, C. *et al*. Beta-blockers for the treatment of anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, v. 368, p. 90-99, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.068.

BANDELOW, B. & MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in Clinical Neuroscience, v. 17, n. 3, p. 327–335, 2015. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow.

BERNIK, M. A. & BRITO, A. F. M. Transtornos de ansiedade. In: BERNIK, M. A. (org.). Clínica psiquiátrica: guia prático. 2. ed. São Paulo: cap. 18, p. 199–217, Manole, 2021.

CRASKE, M. G. *et al*. Anxiety disorders. Nature Reviews Disease Primers, v. 3, 17024, 2017. DOI: 10.1038/nrdp.2017.24.

DEGEORGE, K. C. *et al*. Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. American Family Physician, v. 106, n. 2, p. 143–150, 2022. DOI: 10.1002/cpp.703.

DISSANAYAKA, N. N. *et al*. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: a critical review updating recent literature. International Psychogeriatrics, v. 27, n. 11, p. 1777–1784, 2015. DOI: 10.1017/S1041610215000885.

GUAN, X. & CAO, P. Brain mechanisms underlying panic attack and panic disorder. Neuroscience Bulletin, v. 40, n. 6, p. 795–814, 2024. DOI: 10.1007/s12264-023-01088-9.

HOUCK, P. R. *et al*. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. Depression and Anxiety, v. 15, n. 4, p. 183–185, 2002. DOI: 10.1002/da.10049.

LEIGH, E. & CLARK, D. M. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). Clinical Child and Family Psychology Review, v. 21, n. 3, p. 388–414, 2018. DOI: 10.1007/s10567-018-0258-5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Anxiety disorders. Fact sheet. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders. Acesso em: 16 fev. 2026.

SPYTSKA, L. Anxiety and depressive personality disorders in the modern world. Neuroscience Bulletin, v. 40, 2024. DOI: 10.1002/cpp.703.

STRÖHLE, A. *et al* The diagnosis and treatment of anxiety disorders. Deutsches Ärzteblatt International, v. 115, n. 37, p. 611–620, 2018. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0611.

SZUHANY, K. L. & SIMON, N. M. Anxiety disorders: a review. JAMA, v. 328, n. 24, p. 2431–2445, 2022. DOI: 10.1001/jama.2022.22744.

WUYEK, L. A. *et al*. Psychometric properties of the panic disorder severity scale: clinician-administered and self-report versions. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 18, n. 6, p. 487–495, 2011. DOI: 10.1002/cpp.703.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 14

INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL NO PIAUÍ (2019–2024): UM PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

ANA BEATRIZ DA SILVA SOARES[1]
CÍCERO RAMON DA SILVA COSTA[1]
ÉRICK SOARES DOS REIS[1]
LEANDRA DE SOUSA VILARINHO MACÊDO[1]
LORENA CRISTINA SANTOS AUSTRIACO LIMA[1]
MILENE FERNANDA BATISTA DA SILVA[1]
MONIQUE DIAS DOS SANTOS[1]
NIELLY SAMANTHA DE PAIVA NASCIMENTO[1]
TAISSA MARINHO COSTA[1]
CLEBER BARROS DA SILVA LIMA[2]
YAN CHRISTIAN LAET MILHOMEM[2]
MARIA CLARA MENDES DE CARVALHO[3]
VINICIUS JOSÉ CAMPELO DUARTE[4]
TACYANA PIRES DE CARVALHO COSTA[5]
RUANNA KELCEN DA SILVA FIALHO[6]

[1]Discente - Biomedicina do Centro Universitário Afya Uninovafapi.
[2]Discente – Medicina do Centro Universitário Afya Uninovafapi.
[3]Graduada em Biomedicina pelo Centro Universitário Afya Uninovafapi.
[4]Graduado em Farmácia pelo Centro Universitário Santo Agostinho.
[5]Docente – do Curso de Biomedicina no Centro Universitário Uninovafapi.
[6]Aespi - Ensino Superior do Piauí, Farmácia - 5º Período.

Palavras-Chave: *Transtornos Mentais; Álcool; Internações; Piauí.*

DOI: 10.59290/8994602018

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática antiga na história da humanidade, baseada, principalmente, na ingestão do etanol, substância produzida pela fermentação de açúcares. Nesse contexto, embora seja amplamente aceito socialmente, o uso excessivo de álcool está diretamente relacionado ao desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, além de aumentar o risco de comportamento suicida, em razão das alterações neuroquímicas que provoca no cérebro (ALMEIDA *et al.*, 2025). Inicialmente, seus efeitos podem incluir desinibição e sensação de euforia; contudo, com o aumento do consumo, surgem prejuízos mais graves na coordenação motora, na atenção e na cognição. Dessa forma, o impacto não se restringe ao indivíduo, mas também atinge suas relações interpessoais e familiares (MACKILLOP *et al.*, 2022).

Nesse sentido, do ponto de vista neurobiológico, o etanol atua modulando diferentes sistemas de neurotransmissores, especialmente ao potencializar a ação do GABA, processo que aumenta o fluxo de íons cloreto para dentro do neurônio, promovendo hiperpolarização da membrana e reduzindo sua excitabilidade e a atividade cerebral. Ademais, inibe receptores do glutamato do tipo NMDA e estimula a liberação de dopamina no sistema de recompensa cerebral. Esses mecanismos alteram a função do Sistema Nervoso Central, o que compromete a capacidade de tomar decisões e de regular emoções, contribuindo para a manutenção do ciclo de dependência (GUYTON & HALL, 2021; SILVERTHORN, 2023; TORTORA & DERRICKSON, 2021; MACKILLOP *et al.*, 2022). Além dos prejuízos individuais, o alcoolismo pode provocar isolamento social, conflitos familiares e dificuldades no ambiente de trabalho. Por isso, torna-se essencial a adoção de estratégias integradas que envolvam tanto instituições comunitárias quanto serviços de saúde, com foco na prevenção, identificação precoce e acompanhamento adequado dos casos (ALMEIDA *et al.*, 2025; MACKILLOP *et al.*, 2022).

Sob a perspectiva epidemiológica, o consumo nocivo de álcool figura entre as principais causas de adoecimento e morte no mundo, estando associado a mais de 200 condições clínicas diferentes. Estima-se que milhões de óbitos anuais estejam relacionados a esse padrão de uso, contribuindo significativamente para os elevados índices de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALYs). Esse indicador considera tanto a mortalidade prematura (YLL) quanto o tempo vivido com incapacidade (YLD), permitindo avaliar de forma mais ampla o impacto do problema na saúde coletiva (WHO, 2023; REHM *et al.*, 2019). No Brasil, os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool estão entre as principais causas de internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde (SUS), com maior frequência entre homens em idade produtiva, o que evidencia também fatores sociais e econômicos envolvidos (REHM *et al.*, 2019).

No estado do Piauí, a realidade não é diferente. Desafios relacionados à oferta de serviços especializados em saúde mental e às desigualdades na distribuição de recursos influenciam diretamente o perfil das hospitalizações. Dados do DATASUS/TABNET referentes ao período de 2019 a 2024 demonstram uma demanda contínua por leitos e atendimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reafirmando a importância de análises regionais que auxiliem no planejamento de ações mais eficazes e no fortalecimento do cuidado integral (BRASIL, 2011; WHO, 2023).

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar o panorama epidemiológico das internações por transtornos mentais decorrentes

do uso de álcool no estado do Piauí, entre 2019 e 2024, com ênfase nos municípios de Teresina, São Raimundo Nonato e Parnaíba, a fim de subsidiar o fortalecimento de políticas públicas e estratégias de intervenção em saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados secundários de domínio público. As informações foram obtidas por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizan-do o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis na plataforma TABNET.

A população do estudo compreendeu todas as internações hospitalares registradas no estado do Piauí, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2024, relacionadas a transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de álcool, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10: F10), incluídas nas categorias correspondentes aos transtornos mentais decorrentes do uso de álcool.

Foram analisadas as seguintes variáveis: ano de ocorrência da internação, faixa etária, sexo e desfecho (alta hospitalar ou óbito). Os dados foram extraídos, organizados e tabulados em planilhas eletrônicas no *software Microsoft Excel*®, versão 2016. Posteriormente, realizaram-se cálculos de frequências absolutas e relativas (percentuais), com apresentação dos resultados em tabelas e gráficos para melhor visualização e interpretação.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários, de acesso público e sem identificação nominal dos indivíduos, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Distribuição temporal dos casos

Durante o período analisado, correspondente a um sexênio, foram notificados 2.245 casos da condição em estudo. A distribuição temporal dos casos evidenciou variações significativas ao longo dos anos, conforme ilustrado na **Figura 14.1**, demonstrando comportamento heterogêneo da ocorrência no período avaliado. O ano de 2019 apresentou o maior número de casos confirmados, totalizando 445 notificações, enquanto 2020 registrou o menor número, com 290 casos confirmados, indicando uma redução expressiva quando comparado aos demais anos do período analisado. Essa variação temporal pode estar associada a mudanças no padrão de exposição aos fatores de risco, à reorganização dos serviços de saúde e a possíveis oscilações nos processos de vigilância e notificação, o que reforça a importância da análise longitudinal para melhor compreensão da dinâmica epide-miológica da condição estudada (**Tabela 14.1)**.

Tabela 14.1 Tabela do número de casos no sexênio

Ano de processamento	Internações
2019	445
2021	359
2022	367
2023	450
2024	334
Total	2245

Fonte: Os autores, 2025; Dados extraídos do Ministério da Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool.

Distribuição espacial dos casos

No que se refere à distribuição espacial dos casos, observou-se concentração expressiva nos municípios de maior porte populacional do es-

tado, conforme apresentado na **Figura 14.2**, com destaque para Teresina, responsável por 57,64% das notificações, fato que pode ser atribuído à elevada densidade demográfica e à centralização dos serviços de saúde de média e alta complexidade, que favorecem maior captação e registro dos casos. Em seguida, São Raimundo Nonato concentrou 21,25% dos registros, evidenciando seu papel como polo regional de assistência à saúde, enquanto Parnaíba respondeu por 10,38% dos casos, reforçando sua relevância como centro urbano e assistencial da região norte do Piauí. Por outro lado, os demais municípios do estado, que totalizaram 10,73% das notificações, apresentaram menor participação, possivelmente relacionada a limitações no acesso aos serviços especializados e à vigilância epidemiológica, o que indica desigualdades regionais na detecção e no registro dos casos (**Figura 14.1**).

Figura 14.1 Mapa do Píaui com porcentagens



Fonte: Os autores, 2025; Dados extraídos do Ministério da Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool.

A elevada proporção de casos em Teresina pode ser atribuída à maior densidade populacional da capital, associada à centralização dos serviços de saúde de média e alta complexidade e à presença de unidades de referência para diagnóstico e notificação, fatores que favorecem tanto a maior ocorrência quanto a melhor captação dos casos. Além disso, Teresina funciona como principal polo assistencial do estado, recebendo pacientes provenientes de diversas regiões, o que pode influenciar diretamente a concentração dos registros no município. De forma semelhante, São Raimundo Nonato e Parnaíba destacam-se como polos regionais de assistência em saúde, exercendo papel estratégico na regionalização do atendimento, ao absorverem demandas de municípios vizinhos que, muitas vezes, não dispõem de estrutura adequada para diagnóstico e acompanhamento, o que contribui para o aumento do número de notificações nessas localidades e reforça a influência da organização do sistema de saúde na distribuição espacial dos casos.

Distribuição etária dos casos

No que se refere à distribuição etária, verificou-se predominância de casos na faixa etária de 40 a 59 anos, totalizando 1.213 registros, conforme demonstrado na Figura 3. Esse achado indica maior acometimento entre adultos de meia-idade, possivelmente relacionado à maior exposição ocupacional a fatores de risco, especialmente em atividades laborais que envolvem contato contínuo com agentes físicos, químicos ou biológicos, bem como ao tempo prolongado de exposição a agentes etiológicos ao longo da vida. Ademais, a presença de comorbidades crônicas mais frequentes nessa faixa etária, como doenças cardiovasculares, metabólicas e respiratórias, pode contribuir para o agravamento do quadro clínico, aumentando a suscetibilidade ao adoecimento e a demanda por ser-

viços de saúde. Ressalta-se ainda que indivíduos em idade produtiva tendem a postergar a busca por atendimento médico, o que pode resultar em diagnóstico tardio e maior gravidade dos casos no momento da notificação (**Figura 14.2**).

Figura 14.2 Resultado da coleta prevalente da faixa etária



Fonte: Os autores, 2025; Dados extraídos do Ministério da Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool.

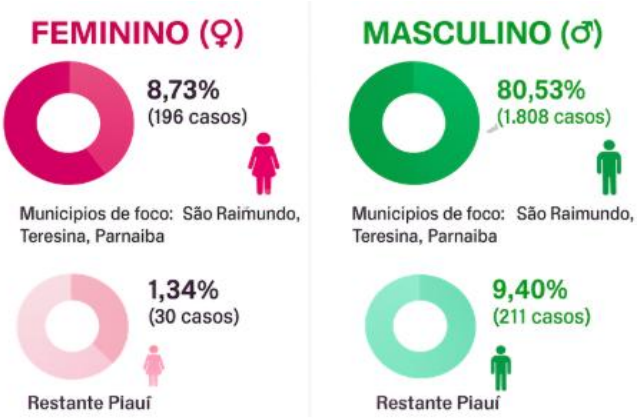
Em contrapartida, durante os anos analisados, foram observados apenas seis casos de internação na faixa etária de 1 a 9 anos, o que evidencia baixa ocorrência nessa população; entretanto, trata-se de um achado de elevada relevância em saúde pública, uma vez que envolve crianças acometidas por transtornos mentais associados ao uso de álcool, condição considerada grave e evitável. Embora numericamente reduzidos, esses casos sinalizam a exposição precoce a contextos de vulnerabilidade social, familiar e ambiental, nos quais o contato com o álcool ocorre de forma direta ou indireta, comprometendo o desenvolvimento neuropsicomotor, emocional e cognitivo na infância. A presença desses agravos em idades tão precoces pode estar relacionada a ambientes familiares desestruturados, negligência, violência doméstica e ausência de redes de proteção social, configurando um importante marcador de risco social. Ademais, diferentemente da população adulta, os transtornos mentais relacionados ao álcool em crianças tendem a apresentar impactos mais severos e duradouros, com repercussões ao longo do ciclo de vida, incluindo prejuízos escolares, comportamentais e psicossociais. Dessa forma, ainda que pouco frequentes, esses registros não devem ser minimizados, pois evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações intersetoriais de vigilância, proteção à infância, saúde mental e prevenção do uso de álcool, bem como de estratégias precoces de identificação e intervenção em contextos familiares vulneráveis.

Distribuição dos casos segundo o sexo

Quanto à distribuição por sexo, os resultados demonstram clara predominância do sexo masculino, que correspondeu a 80,53% dos casos (1.808 notificações), conforme apresentado na **Figura 14.3**. Dentre esses casos, observou-se maior concentração nos municípios de Teresina, São Raimundo Nonato e Parnaíba, en-

quanto o restante do estado apresentou menor proporção, possivelmente em função da centralização dos serviços de saúde e da maior captação dos casos nesses municípios. Em relação ao sexo feminino, os percentuais foram significativamente inferiores, reforçando a desigualdade entre os sexos no perfil epidemiológico analisado. Essa predominância masculina pode estar associada a fatores comportamentais, ocupacionais e socioculturais, como maior exposição a fatores de risco, padrões de consumo mais elevados e menor procura por serviços de saúde preventivos, o que pode contribuir tanto para a maior ocorrência quanto para o diagnóstico mais tardio dos casos.

Figura 14.3 Notificação por sexo no estado do Piauí durante os anos de 2019 a 2024



Fonte: Os autores, 2025; Dados extraídos do Ministério da Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool.

Mortalidade segundo o sexo

No que concerne aos óbitos, os dados revêlam elevada taxa de mortalidade no sexo masculino, responsável por 93,33% dos óbitos (14 registros), conforme ilustrado na **Figura 14.4**, enquanto o sexo feminino apresentou 6,67% (1 óbito) no período analisado. Esse resultado reforça o padrão observado na incidência dos casos e sugere maior vulnerabilidade masculina tanto à ocorrência quanto à evolução desfavorável da condição estudada. Tal vulnerabilidade pode estar relacionada a padrões de consumo mais elevados e mais frequentes, especialmente no que se refere ao uso de álcool, frequentemente associados a comportamentos de risco socialmente naturalizados entre os homens. Ademais, fatores socioculturais e de gênero contribuem para a menor procura por serviços de saúde por parte da população masculina, seja por resistência ao cuidado preventivo, percepção reduzida de adoecimento ou valorização de comportamentos associados à invulnerabilidade. Como consequência, o diagnóstico tende a ocorrer de forma tardia, muitas vezes em estágios mais avançados da condição, o que aumenta o risco de complicações e desfechos fatais. Soma-se a isso a maior prevalência de comorbidades clínicas e transtornos mentais associados ao uso de álcool entre homens, bem como a menor adesão ao acompanhamento terapêutico, fatores que, em conjunto, podem explicar a maior mortalidade observada nesse grupo. Dessa forma, os achados evidenciam a necessidade de estratégias de saúde pública específicas para a população masculina, com foco na promoção do cuidado, no estímulo à busca precoce por assistência médica e na redução de comportamentos de risco (**Figura 14.4**).

Em síntese, os achados evidenciam maior concentração de casos em municípios polos, predominância em adultos de meia-idade e expressiva desigualdade entre os sexos, com impacto mais acentuado sobre a população masculina. A análise integrada dos dados indica que o perfil epidemiológico observado está fortemente associado a fatores demográficos, territoriais, comportamentais e organizacionais do sistema de saúde, refletindo não apenas a ocorrência da condição estudada, mas também desigualdades no acesso aos serviços de diagnóstico e cuidado. Tais resultados reforçam a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde direcionadas aos grupos e territórios mais vulneráveis, especialmente adultos em idade produtiva e populações masculinas, além do aprimoramento das políticas públicas voltadas à redução das iniquidades regionais e ao enfrentamento dos fatores de risco associados.

Figura 14.4 Distribuição por desfecho de evolução e comparação entre os sexos



Fonte: Os autores, 2025; Dados extraídos do Ministério da Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool. Acesso: Novembro de 2025.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que as internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool no estado do Piauí apresentaram prevalência significativa no sexênio analisado, com predominância expressiva entre homens adultos de 40 a 59 anos. Embora a taxa de mortalidade tenha se mostrado baixa, o número de internações evidencia importante impacto na saúde pública, especialmente por acometer indivíduos em idade produtiva, gerando repercussões sociais, familiares e econômicas.

Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento de estratégias de prevenção ao consumo abusivo de álcool, ampliação do aces-so ao diagnóstico precoce e qualificação da assistência na Rede de Atenção Psicossocial. Ademais, destaca-se a importância de ações educativas e políticas públicas direcionadas à população masculina, grupo mais vulnerável segundo os dados observados. Sugere-se que novos estudos investiguem fatores associados à reincidência de internações, adesão ao tratamento e determinantes sociais envolvidos, a fim de subsidiar intervenções mais eficazes e reduzir o impacto desse agravo na população adulta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E V B; COSTA, M K C de S; SANTOS, R L B; Impacto do abuso do álcool nas relações familiares: conflitos e consequências psicológicas. Revista FT, v. 29, n. 152, 2025. DOI: https://doi.org/10.69849/revistaft/ra10202511131248.

ALVES, H. Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 26, Suppl. 1, p. 51, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipi.def. Acesso em: nov. 2025.

GUYTON, A. C. & HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

MACKILLOP, J. *et al*. Hazardous drinking and alcohol use disorders. Nature Reviews Disease Primers, v. 8, n. 1, p. 80, 2022. DOI: https://doi.org/10.1038/s41572-022-00406-1.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 15

TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE ESTRATÉGIAS PSICOTERAPÊUTICAS E FARMACOLÓGICAS

PAULA DIAS TOIGO[1]
SOFIA DIAS TOIGO[2]

[1]*Discente – Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade de Caxias do Sul.*

Palavras-Chave: *Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Compulsão Alimentar.*

DOI: 10.59290/9986030102

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) constituem um grupo de transtornos psiquiátricos graves, caracterizados por alterações persistentes do comportamento alimentar e por uma relação disfuncional com o peso e a imagem corporal, estando associados a significativa morbidade física, psicológica e social. Entre os principais TAs, incluem-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, além de outros quadros classificados como especificados ou não especificados (COSTA & MELNIK, 2016), aparecendo, sobretudo, entre a adolescência e o início da fase adulta (ROBATTO *et al*., 2024). Esses transtornos frequentemente apresentam curso crônico, elevadas taxas de recaída e estão associados a altos índices de mortalidade, especialmente no caso da anorexia nervosa, configurando-se como um relevante problema de saúde pública (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Diante desse cenário, o presente capítulo tem como objetivo oferecer uma visão geral acerca das características clínicas dos principais TAs, bem como sintetizar as evidências científicas mais recentes sobre as principais estratégias psicoterapêuticas e farmacológicas utilizadas em seu tratamento, por meio de uma revisão bibliográfica ampla, para promover e disseminar o conhecimento científico sobre este quadro tão presente na clínica. Em relação às estratégias psicoterapêuticas, a abordagem da TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) é o modelo terapêutico referência para os transtornos alimentares, recebendo destaque a TCC-E (Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada), sendo a compreensão mais completa desenvolvida por Christopher G. Fairburn (Oxford). De acordo com o modelo, a compreensão cognitiva dos TAs envolve três pilares principais, caracterizados pelo peso (1), pela forma corporal (2) e pela capacidade de controle alimentar (3). Além disso, é de extrema importância pontuar que o tratamento ideal dos transtornos alimentares deve ser feito de forma multiprofissional, incluindo, por exemplo, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, etc (ROBATTO *et al*., 2024).

Compreende-se, também, que as características centrais do terapeuta são muito relevantes para o avanço do quadro clínico, como promoção da empatia, flexibilidade psicológica, escuta reflexiva, atenção plena, comunicação eficaz, atitude responsiva e vínculo terapêutico (ROGERS, 1957; NORCROSS & WAMPOLD, 2011; NORCROSS & LAMBERT, 2019). O profissional precisa ser qualificado para identificar as distorções cognitivas do paciente (BECK *et al*., 1979), como, por exemplo, pensamento "Tudo ou Nada" (ex: "agora que eu já comecei a comer, vou comer de forma compulsiva"), pensamentos permissivos (ex: "eu vou me permitir comer de forma compulsiva porque estou triste"), hipergeneralização (ex: "eu nunca terei autocontrole"), abstração seletiva (ex: "isto que eu fiz mostra que não tenho nenhum autocontrole") e catastrofização (ex: "não consegui me controlar e agora o tratamento está arruinado"), uma vez que o diagnóstico é feito de forma clínica. Por fim, é curioso notar que os transtornos alimentares entre si possuem índices significativos de comorbidade, haja vista que episódios de restrição alimentar e magreza extrema podem se desenvolver em casos compulsórios de ingestão de comida e comportamentos compensatórios.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada no período de janeiro e fevereiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e UpToDate. Foram utiliza-

dos os seguintes descritores: transtornos alimentares, anorexia, bulimia nervosa, compulsão alimentar, psicoterapia, farmacologia, tratamento e abordagem clínica. Nesta busca, foram encontrados cerca de 30 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2015 a 2025, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, e estudos do tipo revisão que estives-sem disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibi-lizados na forma de resumo, que não aborda-vam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após os critérios de seleção, restaram 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Além disso, foram utilizados como banco de dados livros teóricos e diagnósticos de Psicologia e Psiquiatria, e artigos de teóricos clássicos, como os postulados dos cog-nitivistas Aaron Beck (1976; 1979) e Judith Beck (1995; 2011). Também, os estudos de Fairburn na TCC-E e o seu modelo padrão-ouro de tratamento foram incluídos nesta análise (FAIRBURN *et al*., 2003; FAIRBURN, 2008; FAIRBURN, 2013), em conjunto com teóricos dedicados ao estudo da importância da relação terapêutico no tratamento psicoterápico. Os resultados foram, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas, abordando os transtornos alimentares: bulimia nervosa (BN), anorexia nervosa (AN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transtornos alimentares são doenças psiquiátricas com origem multifatorial, uma vez que a genética do paciente, o seu ambiente e o desenvolvimento do seu psiquismo são cruciais para o surgimento e desenvolvimento de um transtorno, além da perpetuação por fatores individuais, familiares e socioculturais (ROBATTO *et al*., 2024). São condições que geralmente se iniciam na adolescência ou no início da vida adulta, mas podem ocorrer em qualquer fase da vida, inclusive durante a infância. Por isso, os pediatras são frequentemente os primeiros profissionais a lidar com o problema e, portanto, precisam estar bem capacitados para identificar e manejar esses transtornos, que podem ser graves e causar complicações físicas e psicológicas, comprometendo a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Com diagnósticos específicos, que incluem anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA), as formas subclínicas dos TAs são mais frequentes em todas as faixas etárias. Além dessas formas, o TCA é mais comum do que AN e BN e, devido à sua manifestação clínica específica e à forte associação com a obesidade, foi classificado como uma categoria diagnóstica na quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR). Estudos sugerem que a prevalência global de transtornos alimentares em populações gerais pode variar amplamente, dependendo dos critérios diagnósticos e métodos usados. A prevalência de TCA nos Estados Unidos em 12 meses é de 1,6% para mulheres e de 0,8% para homens. A prevalência de 12 meses de AN em mulheres é de cerca de 0,4% e, de BN, de 1 a 1,5% (COSTA & MELNIK, 2016).

O papel da psicoterapia no tratamento dos transtornos alimentares é desenvolver técnicas para promover a adesão ao tratamento do paciente, melhorar a relação com a imagem corporal e com o alimento, impulsionar o controle dos episódios de compulsão alimentar, aumentar a autoestima, melhorar suas relações interpessoais e sua rede de apoio, ensiná-lo a lidar de modo funcional com emoções intensas, psicoeducar o paciente sobre a sua situação e o seu tratamento, e modificar o sistema de crenças

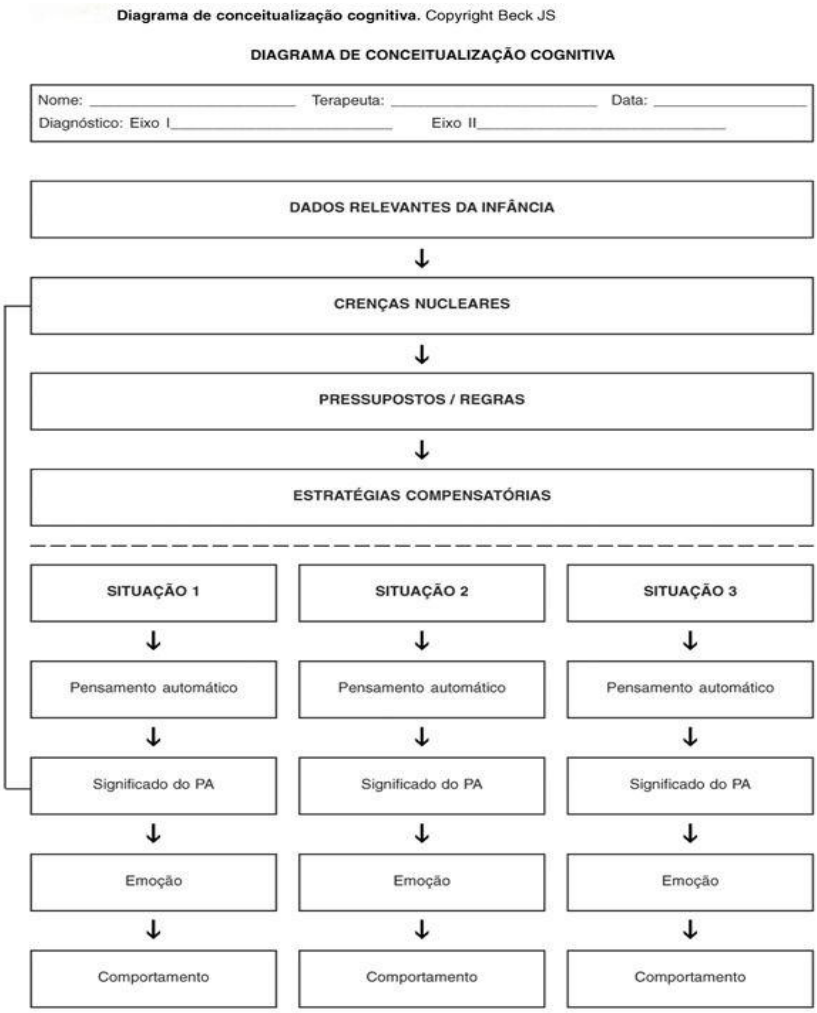
associadas ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. A entrevista motivacional para engajar o paciente na mudança é fundamental, sobretudo nos estágios de pré-ponderação e ponderação, em que o paciente ainda não reconhece o problema ou já o reconhece, mas ainda não está disposto totalmente a mudá-lo. A TCC-E (Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada) de Christopher G. Fairburn é considerada o padrão-ouro para o tratamento dos quadros clínicos de BN e TCA, em decorrência da quantidade de estudos controlados que concretizam as evidências dos resultados obtidos com esse modelo de tratamento psicológico.

A conceitualização de caso é fundamental, e o objetivo principal não é fazer dieta nutricional. São também descritas as técnicas implementadas pela terapia interpessoal, terapia comportamental dialética e *mindful eating.* Em relação ao tratamento clínico da AN, a terapia familiar é a que se mostra mais evidente e funcional. Também, a força-tarefa da divisão 12 da *American Psychological Association* (APA) fornece aos transtornos tratamentos empiricamente sustentados, e a força-tarefa da divisão 29 da APA determina fatores comuns presentes em seu tratamento, sendo fundamentais para a melhora do quadro. A relação terapêutica entre paciente e psicólogo, caracterizada por um vínculo forte, promove objetivos em comum discutidos entre ambos e a caracterização de tarefas em acordo com o plano de tratamento (HORVATH & GREENBERG, 1989), favorecendo a melhora do quadro clínico. Além disso, para uma chance maior de obtenção de sucesso na prática psicoterapêutica, o profissional deve apresentar confiança na condução do processo de tratamento (ACKERMAN & HILSENROTH, 2003), ser responsivo na interação com o paciente – intervindo e respondendo às necessidades e implicações do pacien-te no ambiente de psicoterapia – , e produzir uma autocrítica que favoreça o seu desempenho no cuidado e tratamento do quadro de trans-torno alimentar (GOLDBERG *et al.*, 2016).

Segundo os estudos propostos por Fairburn (2008), tanto a evitação do problema quanto o comportamento de se pesar frequentemente são prejudiciais ao tratamento. A falta de controle se inclui como um dos principais agravantes, sendo reforçada pela sensação de bem-estar quando o paciente perde peso ou interrompe o ganho. É fundamental utilizar a técnica cognitiva de psicoeducação com o paciente, a fim de que ele entenda as variações que podem influenciar o seu peso e o número da balança, como os níveis de hidratação, ciclo menstrual, os alimentos no estômago, etc. Em relação a conceitualização de caso clássica das Terapias Comportamentais-Cognitivas, é importante fazer uma identificação de crenças, pensamentos automáticos e comportamentos compensatórios identificados no paciente (**Figura 15.1**). O funcionamento dos TAs pode ser muito semelhante entre os transtornos específicos, compreendendo um ciclo vicioso, uma vez que a supervalorização da forma e da imagem corporal podem gerar dietas restritivas e métodos compensatórios, sendo que tais restrições são capazes de desenvolver episódios de comer compulsivo e, com isso, o indivíduo tem risco de voltar aos comportamentos compensatórios e métodos indevidos de perda de peso (**Figura 15.2**).

Ademais, o modelo cognitivo dos TAs inclui que o paciente se sente bem e no controle quando consegue seguir a dieta proposta, gerando tal ciclo danoso e repetitivo, tendo em vista que a dieta restritiva influencia diretamente na sua autoestima. Muitos dos indivíduos diagnosticados com algum TA não vê o seu quadro como patológico, sendo essa uma característica egossintônica (FAIRBURN, 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

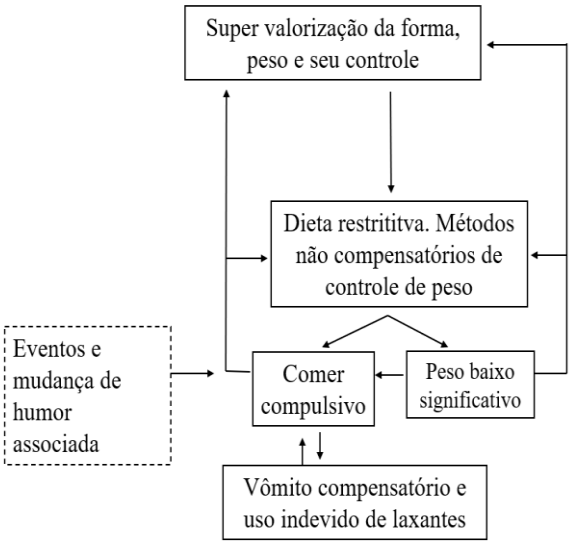
Figura 15.1 Diagrama de Conceitualização Cognitiva



Fonte: BECK, 1995.

A seguir, os transtornos alimentares AN, BN e TCA foram especificados em subtítulos separados, apresentando as estratégias psicoterapêuticas e farmacológicas para cada quadro, além da descrição de cada transtorno, tendo em vista que os TAs podem migrar-se entre si (BN pode virar TCA, AN pode virar BN, vice versa). Com isso, é possível obter uma visão mais clara e objetiva sobre as suas características específicas, além das particularidades em seu processo de tratamento. Primeiramente, é importante que o profissional esteja atento para fazer o diagnóstico de forma correta e liderar o caso com conhecimento teórico-científico.

Figura 15.2 Modelo Generalista dos Transtornos Alimentares



Fonte: FAIRBURN, 2008.

Anorexia nervosa

Pacientes com anorexia nervosa geralmente apresentam baixo peso corporal significativo em relação à idade, sexo e estágio de desenvolvimento, decorrente de restrição alimentar persistente e voluntária. Observa-se medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo diante de magreza evidente, associado a comportamentos que interferem no ganho ponderal, jejum prolongado, exercício físico excessivo ou uso inadequado de outros métodos compensatórios. No quadro, há uma supervalorização do peso na autoavaliação, acompanhada de distorção da imagem corporal e baixa autoestima, na qual o indivíduo percebe o próprio corpo de forma inadequada, frequentemente vendo-se ao todo acima do peso, ou apenas algumas partes corporais (como coxas e abdômen), em conjunto com negação evidente e magreza extrema (FAIRBURN, 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Essas características contribuem para a manutenção do transtorno e para importantes repercussões físicas, psicológicas e sociais. É importante compreender que o paciente anoréxico não tem perda de apetite, mas sim ele escolhe deliberadamente não comer, causando uma perda de nutrientes corporais extrema, além de problemas na sua composição óssea e muscular. Neste quadro, é evidente uma inanição grave (perda de energia), em que o paciente, por não ingerir alimento, se sente muito fraco. Dessa forma, é o transtorno mental com maior letalidade, em razão das elevadas taxas de mortalidade e de recaída mesmo após a remissão. Para o tratamento, é importante que o paciente chegue a um peso mínimo a ser considerado pelo profissional, a fim de que comece a sair de sua inanição, na medida em que intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas não vão ser de grande proveito e eficácia se o peso do paciente estiver consideravelmente baixo. A avaliação do tratamento ambulatorial ou em internação é fundamental, visto que o paciente pode, muitas vezes, precisar de reposições médicas em função de seu metabolismo e de suas alterações hidroeletrolíticas, conduzindo a uma avaliação detalhada de sua função renal, cardíaca, hepática, metabólica, etc.

Ademais, de acordo com DSM-5-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição revisada), a AN pode ser comórbida com o Transtorno Dismórfico Cor-

poral quando as percepções corporais dismórficas e inadequadas não restringem-se ao peso corporal, podendo também ocorrer em sua forma e em outras características presentes, corroborando à queda da autoestima e agravamento do quadro clínico. Logo, é de extrema importância que o profissional se mantenha atento para as possíveis comorbidades presentes na anorexia nervosa, estando capacitado para identificar e diferenciar o caso de outros transtornos muito comuns que também podem se apresentar de forma prevalente, como a ansiedade e a depressão, devido à inanição, por exemplo, além de traços obsessivos.

A prevalência da anorexia nervosa pode alcançar até 3,0% entre adolescentes do sexo feminino, com uma prevalência ao longo da vida estimada em 0,3%. Já nos indivíduos do sexo masculino é menos bem compreendida; entretanto, em populações clínicas, observa-se frequentemente uma razão de 10:1 entre mulheres e homens, com prevalência ao longo da vida de até 0,5%. Apesar de sua gravidade, a AN frequentemente permanece subdiagnosticada, uma vez que apenas cerca de 25% dos indivíduos que apresentam preocupações com imagem corporal e dietas restritivas buscam ou recebem apoio profissional (STEWART & BAUMANN, 2024), além de ter um alto índice de recaída. O diagnóstico correto para a intervenção clínica e farmacológica é fundamental, a fim de atingir sucesso no tratamento, sendo importante verificar o IMC (índice de massa corporal) do paciente em específico de acordo com o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão). Na tabela a seguir, os índices foram destacados em referência ao diagnóstico (**Tabela 15.1**).

Tabela 15.1 Classificação dos transtornos alimentares de acordo com o IMC

Classificação	Número do IMC
Leve	IMC ≥17
Moderado	IMC 16 - 16,99
Grave	IMC 15 - 15,99
Extrema	IMC <15

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023.

O tratamento da anorexia nervosa geralmente envolve reabilitação nutricional e psicoterapia, e é fundamental identificar se o transtorno clínico presente é de tipo restritivo ou purgativo. Além disso, os pacientes devem ser monitorados em decorrência de possíveis complicações. Pacientes com a doença que não estejam clinicamente estáveis devem ser hospitalizados para estabilização clínica (**Tabela 15.2**).

Tabela 15.2 Instabilidade clínica é caracterizada por um ou mais dos sintomas

Pulso <40 batimentos por minuto
Pressão arterial <80/60 mmHg
Aumento ortostático da frequência cardíaca (>20 batimentos/minuto) ou diminuição da pressão arterial sistólica (≥20 mmHg)
Comprometimento cardiovascular, hepático ou renal que requer estabilização clínica
Desidratação acentuada
Complicação médica grave da desnutrição (ex.: desequilíbrio eletrolítico, hipoglicemia ou síncope)
Índice de massa corporal <14 kg/m2 ou <70% do peso corporal ideal

Fonte: WALSH, 2025.

De acordo com a divisão 12 da APA, o tratamento com maior apoio inclui psicoterapia de base familiar (*Family-based treatment*), em conjunto com técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental. Embora diversas terapias tenham sido adaptadas ou desenvolvidas para tratar o transtorno, não há evidências convincentes de que uma terapia seja claramente superior às outras. Assim, a escolha baseia-se na disponibilidade, idade do paciente, preferência e custo. As estratégias da TCC incentivam os pacientes a modificarem as cognições disfuncionais (pensamentos e crenças sobre o peso e a forma corporal) e os distúrbios comportamentais (restrição alimentar excessiva), os quais se perpetuam e dão menos ênfase aos fatores que causaram o transtorno, juntamente com a técnica de psicoeducação, a fim de que o paciente esteja ciente dos danos e riscos de seu transtorno, do processo de tratamento e das técnicas utilizadas. Também, é interessante que o paciente tenha uma exposição gradual a certos tipos de alimentos.

A psicoterapia psicodinâmica, conhecida pelos acadêmicos de psicologia como intervenção psicanalítica, é outra estratégia terapêutica, abordando os significados conscientes e inconscientes dos sintomas do transtorno alimentar, os efeitos desses sintomas sobre os relacionamentos atuais e primeiros, e o relacionamento do paciente com o terapeuta, não aconselhando os pacientes sobre os comportamentos alimentares. Nesta abordagem, o profissional se mantém de forma abstinente (FREUD, 1915) e não recorre à reestruturação cognitiva e ao sistema de crenças e pensamentos automáticos do paciente. Tal estratégia não se apresenta como padrão-ouro para o tratamento da AN e de outros transtornos alimentares, uma vez que o método utilizado é a Associação Livre.

Se tratando de evidência científica, a terapia familiar é uma abordagem que pode beneficiar adolescentes com anorexia nervosa. Um tipo de terapia familiar é o tratamento baseado na família (também conhecido como método *Maudsley*), utilizado em adolescentes, focando no ganho de peso. Inicialmente, o tratamento coloca os pais no comando das decisões sobre alimentação adequada e comportamentos relacionados, com o apoio de um terapeuta familiar. À medida que os pacientes começam a apresentar melhora, o controle sobre a alimentação é gradualmente transferido de volta para eles, e outras questões relacionadas ao funcionamento familiar são abordadas. O retraimento social dos pacientes anoréxicos funciona como um ciclo vicioso em que o indivíduo não possui reforçadores suficientes para a mudança de comportamento, recorrendo a uma introspecção muito significativa. A terapia familiar foca, sobretudo, na intervenção direta nos fatores mantenedores, predisponentes e precipitantes da anorexia nervosa, como a atitude da família frente aos comportamentos prejudiciais e às distorções cognitivas do paciente. Uma vez alterada tal atitude prejudicial tomada pela família em favor do indivíduo diagnosticado, o desenvolvimento do quadro patológico pode ser interrompido, pois os reforçadores ambientais não estarão mais presentes.

A farmacoterapia não costuma ser um tratamento inicial para a AN. No entanto, a farmacoterapia adjuvante é indicada para pacientes agudamente comprometidos e que não ganham peso apesar do tratamento inicial com reabilitação nutricional e psicoterapia, atuando de forma direta nos sintomas depressivos. Também, é importante pontuar que os pacientes anoréxicos, quando se alimentam, sentem-se satisfeitos com maior facilidade, pois a redução do tamanho do estômago aumenta a saciedade, o que pode ser um alerta para a ingestão inadequada de todos os nutrientes necessários para o funcionamento saudável do corpo, bem como a sensação de enjoo ou náusea presente. Pensamentos distorcidos sobre a imagem corporal e a alimentação geralmente não respondem à tera-

pia medicamentosa, e os medicamentos de manutenção também não ajudam a retardar ou prevenir episódios subsequentes de AN. Existe um grande desafio acerca do tratamento farmacológico, haja vista que muitos pacientes recusam particularmente medicamentos com efeitos colaterais que incluem ganho de peso e síndrome metabólica, apesar do objetivo principal do tratamento em pacientes clinicamente estáveis ser o ganho de peso. Essa recusa decorre de sintomas do próprio transtorno, que incluem a falta de reconhecimento de sua gravidade e a ambivalência em relação ao ganho ponderal (WALSH, 2025)

Algumas particularidades envolvendo o transtorno devem ser cuidadas. Em razão do retraimento e isolamento social devido a situação dos TAs, sobretudo, na AN, é importante pensar na possível associação com o transtorno depressivo. Os antidepressivos tricíclicos não devem ser usados devido à sua potencial cardiotoxicidade. A Bupropiona deve ser evitada, pois está associada a uma maior incidência de convulsões em pacientes com TAs, particularmente aqueles que apresentam episódios de compulsão alimentar seguidos de purgação. Vários ensaios randomizados sugerem que o antipsicótico Olanzapina, para padrões obsessivos e delirantes, é útil na restauração do peso, e a sua dose inicial é de 2,5 mg a 10 mg por dia. Risperidona, Aripiprazol e Quetiapina não se mostraram superiores ao placebo. Existem várias explicações possíveis para a falta geral de eficácia demonstrada da farmacoterapia na anorexia nervosa, sendo que uma delas é a inanição e as alterações na função dos neurotransmissores, os quais podem impedir a resposta à medicação (ROY-BYRNE, 2025).

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios semelhantes da compulsão alimentar, em que o indivíduo ingere uma grande quantidade de comida em um intervalo curto de tempo, sem apetite e com descontrole sobre si próprio. Tais episódios são caracterizados pela tentativa do paciente lidar com sentimentos indesejáveis de ansiedade, medo, tristeza, estresse, entre outros. Após o episódio, é comum o isolamento por sentimentos de culpa, vergonha, nojo, baixa autoestima, descontrole e mal estar corporal. Tais emoções causam comportamentos compensatórios (divergindo do transtorno da compulsão alimentar, em que a compensação comportamental não está presente), como a indução de vômitos, o uso de laxantes e diuréticos, e a atividade física intensa. Para fins diagnósticos, esse padrão de comportamento deve acontecer uma vez por semana pelo período de três meses. Sobre estratégias psicoterapêuticas, o modelo que apresenta grande eficácia é a TCC-E (FAIRBURN, 2008), e estratégias cognitivas-comportamentais são de extrema importância. Os grupos terapêuticos se mostram controversos, pois os pacientes podem aprender comportamentos purgativos de outros pacientes.

A prevalência ao longo da vida da bulimia nervosa é de cerca de 0,5% em mulheres e 0,1% em homens. É um transtorno mais comum em adultos, já que atinge um pico no fim da adolescência e início da idade adulta. Ocorre frequentemente em mulheres, cerca de 10 vezes mais do que nos homens (DIAS *et al*., 2024). De modo diferente dos pacientes com AN, os pacientes com bulimia nervosa (BN) têm peso normal ou acima do normal. Os principais fatores de risco descritos englobam fatores temperamentais, como preocupações com o peso, baixa autoestima, humor deprimido, transtornos de ansiedade, história prévia de abuso ou violência sexual, obesidade infantil e puberdade precoce. Além disso, a incidência do transtorno é maior em parentes de 1º ou 2º grau. Não existe, atualmente, teste diagnóstico específico

para BN, e diversas alterações laboratoriais podem ocorrer em consequência da purgação, incluindo distúrbios eletrolíticos, como hipocalemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. A perda de ácido gástrico pelo vômito pode produzir alcalose metabólica e a indução frequente de diarreia ou desidratação devido a abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica (DIAS *et al.*, 2024).

O tratamento padrão para bulimia nervosa inclui reabilitação nutricional, psicoterapia e farmacoterapia, bem como o monitoramento dos pacientes quanto a complicações médicas. Os pacientes são geralmente tratados ambulatorialmente ou em caráter de hospitalização, sendo que esta última pode ser necessária em casos de ideação ou comportamento suicida, ou purgação descontrolada. A TCC associada a um antidepressivo é indicada para pacientes que não apresentam uma resposta precoce à terapia isoladamente (por exemplo, após seis sessões) ou que estão deprimidos e incapazes de colaborar ativamente usando apenas tratamento clínico. Para pacientes que estão com sobrepeso ou obesos, a TCC pode reduzir a compulsão alimentar e a purgação. No entanto, esta terapia geralmente não é indicada para a redução de peso. Para pacientes que preferem o tratamento clínico inicial, há evidências de uma redução de pelo menos 70% dos episódios de compulsão alimentar e purgação até a sexta consulta que prediz a abstinência (ROY-BYRNE, 2025). De acordo com a Divisão 12 da APA, a IPT (terapia interpessoal) também tem forte apoio no tratamento da BN.

A psicoeducação é fundamental para que o paciente entenda que dietas restritivas agravam o quadro, além de que o uso de laxantes após um episódio compulsivo é prejudicial e ineficaz, visto que o corpo já absorveu a grande maioria dos alimentos ingeridos, ou seja, é incapaz de garantir a perda de peso (FAIRBURN, 2008). Também, com o uso de laxantes e diuréticos, o indivíduo acaba por sentir mais fome e, assim, tem mais chances de comer de forma compulsiva novamente. É primordial montar um esquema de Conceitualização Cognitiva, assim como mostrado na **Figura 15.1**, para identificar os pensamentos automáticos do paciente (ex: “vou comer de forma compulsiva porque estou estressado”), suas crenças intermediárias (ex: “não vou dar conta do tratamento”), suas crenças centrais (ex: “sou uma pessoa fracassada”) e comportamentos de vida do próprio paciente (ex: comportamentos de compulsão alimentar, uso de laxantes e/ou diuréticos, indução de vômitos, descontrole emocional), a fim de que seja possível identificar emoções e pensamentos antecedentes, momentâneos e posteriores aos episódios compulsivos, para ser realizada a reestruturação cognitiva, cujo objetivo é modificar crenças prejudiciais e distorções apresentadas pelo paciente. Dessa forma, o uso de um diário alimentar pode ser muito útil no tratamento, sendo uma ferramenta de automonitoramento possível de identificar as emoções e sentimentos em determinada situação, e os gatilhos específicos aos comportamentos, além de reforçar a aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, permitindo a confiança.

A farmacoterapia é eficaz e pode ser incluída no tratamento como parte da terapia multimodal. Os antidepressivos foram os mais estudados e são normalmente os fármacos de escolha devido à sua eficácia e tolerabilidade comprovadas. O tratamento combinado com farmacoterapia e psicoterapia parece ser mais eficaz do que qualquer um dos tratamentos isoladamente para tratar episódios de compulsão alimentar e purgação. Uma meta-análise de seis ensaios randomizados (257 pacientes com BN) constatou que a remissão ocorreu em mais pa-

cientes que receberam tratamento combinado em comparação com a psicoterapia isolada (49% versus 36%). No entanto, as taxas de abandono foram maiores para o tratamento combinado do que para a psicoterapia isolada. A Fluoxetina em dose inicial de 20mg pode ser utilizada como tratamento de primeira linha devido à sua eficácia para os sintomas comportamentais e cognitivos, bem como à sua tolerabilidade. As combinações de medicamentos devem ser evitadas pois raramente foram estudadas e a bupropiona é contraindicada na BN. Para pacientes com bulimia nervosa que não toleram ou não respondem à fluoxetina, a farmacoterapia de segunda linha é outro fármaco desta classe. Normalmente é usada a Sertralina, mas uma alternativa razoável é o Escitalopram ou a Fluvoxamina (CROW, 2026).

Alguns indivíduos apresentam compulsão alimentar, porém não adotam comportamentos compensatórios inapropriados regularmente. Nesses casos, o diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar deve ser considerado.

Transtorno da compulsão alimentar

O transtorno da compulsão alimentar é caracterizado por episódios recorrentes de grande ingestão de comida em um intervalo curto de tempo, em que o indivíduo sente uma perda de controle, conhecidos como "*Binge-eating*". Os episódios são ferramentas comportamentais que o paciente encontra para lidar com sentimentos indesejáveis de ansiedade, medo, tristeza, estresse, entre outros. Nestes momentos, a pessoa ingere alimento mesmo sem estar com fome, de forma isolada e rápida, caracterizados por sentimentos de culpa, vergonha, nojo, baixa autoestima, descontrole e mal estar corporal. É recorrente que os alimentos ingeridos nos episódios compulsivos sejam de alto valor calórico, e que o indivíduo se perceba ingerindo-os de forma descontrolada. De acordo com a Divisão 12 da APA, a IPT (terapia interpessoal) e a TCC têm forte apoio no tratamento do TCA.

As técnicas psicoterapêuticas são semelhantes às utilizadas nos episódios de compulsão na bulimia nervosa, sendo importante descrever e analisar o esquema de pensamentos automáticos, crenças e comportamentos do paciente, identificando emoções e sentimentos. O uso de um diário alimentar torna-se muito útil no tratamento, fortalecendo, também, o vínculo entre paciente e terapeuta. A ideia de comer compulsivamente não é meramente a compreensão de um comportamento inadequado, mas sim uma forma que o indivíduo encontrou de lidar com a sua frustração. Logo, torna-se necessário implementar a reestruturação cognitiva para que o paciente estabeleça uma relação saudável com a sua autoimagem e a sua forma corporal, além de seu autocontrole. A técnica de automonitoramento pode ser eficaz, na medida que permite que o paciente compartilhe de forma detalhada na terapia os momentos do dia a dia que se sentiu tentado aos episódios, realizados ou não.

É primordial verificar em conjunto com o paciente o que este entende por fome, saciedade, magreza e saúde, e quais são os seus pensamentos e emoções referentes aos alimentos, promovendo, também, a sua autoeficácia e o seu papel ativo no tratamento. A quebra do ciclo vicioso em que o paciente se encontra é um dos objetivos cruciais da TCC, uma vez que o esquema mental desadaptativo referente ao desconforto pessoal, o qual causa o comportamento compulsivo, seguido por um alívio imediato, torna o desconforto pessoal aparente novamente em um período curto de tempo. A ideia da falta de controle precisa ser trabalhada e o ato de comer precisa ser psicoeducado como uma atitude voluntária. Tal ato pode estar tão descontrolado que há a possibilidade do paciente comer alimentos vencidos, estragados e

ruins, priorizando alimentos que não precisam de preparo. Dessa forma, a estimulação da preparação dos alimentos consumidos pelo paciente também pode ser muito útil, a fim de que ele esteja ciente em todo o preparo da refeição, em conjunto com o *mindful eating*.

A técnica psicológica de *mindful eating* permite que o paciente concentre-se no aqui e agora, permitindo saborear e sentir os alimentos ingeridos, focando em comer devagar e com consciência. O treinamento dessa técnica, assim como a dessensibilização sistemática, deve ser feita, primeiramente, no consultório com um profissional capacitado no manejo do quadro clínico. Em conjunto, questionamentos ao paciente sobre quem ele se vê sendo sem a presença do transtorno, e quais as suas expectativas e frustrações podem ser muito úteis para serem trabalhadas em psicoterapia. É fundamental lidar com o perfeccionismo do paciente e com técnicas de exposição, recorrendo também ao desenho da imagem corporal em sessão para o paciente pensar em como se imagina, em tempos passado, presente e futuro.

Outras técnicas da TCC podem ser muito eficazes, como o comer intuitivo, psicoeducando o paciente a respeito da sua necessidade de se alimentar perante a fome e a saciedade, fugindo de dietas contadas e balança calórica, e a entrevista motivacional, a qual busca estimular a motivação do paciente em abraçar a mudança de um determinado comportamento, vencendo a ambivalência em sua tomada de decisão e recorrendo a um plano estratégico. Técnicas de ativação comportamental são também muito interessantes, como, por exemplo, a mudança ambiental na vida do paciente, reduzindo situações de risco que ele possa ter um episódio de compulsão alimentar (FAIRBURN *et al.*, 2003; FAIRBURN, 2008). Logo, é pertinente que o paciente, no início, evite situações que ele se perceba "fora de controle" em relação a sua ingestão de alimentos, e não tenha alimentos propícios ao favorecimento de um episódio compulsivo, como bolos, tortas, biscoitos, doces, etc. Tendo em vista que o transtorno possa estar relacionado aos traços de personalidade ansioso e impulsivo, é fundamental trabalhar, também, a intolerância à frustração, a incapacidade de adiamento da gratificação, o imediatismo, a avidez por novidades e emoções, a pouca reflexão quanto às consequências, a dificuldade em dar limite, a passividade, o isolamento social e a falta de planejamento.

Segundo a Wainer Psicologia, em concordância com as Diretrizes Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), o plano de mudança do paciente deve incluir os objetivos de uma sessão para outra, as razões para fazer a mudança, as maneiras de recompensa, a identificação do que pode dificultar o plano e as estratégias para lidar com situações difíceis. Em relação ao plano de manutenção, devem estar presentes os motivos para não querer recuperar o peso, os bons hábitos que o paciente quer continuar a praticar, as identificações das situações de risco, as estratégias para ajudar em tais situações, e a rede de apoio. Também, algumas estratégias específicas são fundamentais, como a respiração diafragmática (3 segundos de inspiração, 3 segundos segurando o ar e 6 segundos de expiração), a consulta disponível aos cartões de enfrentamento (sugerindo frases de impacto e motivacionais, com vantagens de estar no peso adequado e desvantagens e sofrimentos de se estar acima do peso), a técnica de visualização da imagem positiva do paciente (como a vida seria sem o transtorno) e a técnica de visualização da imagem negativa do paciente (relacionar os prazeres da ingestão de comida com uma imagem representando seus prejuízos em episódios compulsivos).

Além disso, estratégias globais são eficazes na medida em que substituem os comportamentos compulsivos por exercícios adequados ou meditação, diminuem os estressores (desativando gatilhos nas redes sociais), permitem ao paciente sentir e expressar as suas emoções, resgatam atitudes saudáveis (como caminhadas, hobbies e interesses), estimulam o apoio social e as técnicas de relaxamento, e identificam atividades substitutas do prazer da ingestão de comida (MARLATT & GORDON, 1993). Em casos graves, a cirurgia bariátrica pode ser medicamente necessária e grupos terapêuticos podem ajudar na compreensão de emoções e sentimentos, e nas atitudes de emagrecimento.

Estudos analisam a eficácia das abordagens terapêuticas atuais no tratamento do transtorno da compulsão alimentar, destacando a importância das alternativas farmacológicas. Os autores identificam que medicamentos como Fluoxetina, Lisdexamfetamina e Simplicifolia podem ser eficazes no manejo dos sintomas do transtorno, oferecendo uma opção de tratamento promissora para alguns pacientes. A pesquisa enfatiza que essas alternativas farmacológicas devem ser vistas como complementares ao tratamento, e não como substitutas, ressaltando a relevância de integrar essas abordagens com intervenções psicológicas e comportamentais (FERRARINI *et al.*, 2023).

Apesar do potencial dos medicamentos, a compreensão do transtorno ainda está em desenvolvimento, e os estudos existentes ainda podem ser considerados recentes e limitados. Isso sinaliza a necessidade de novas investigações para aprofundar o conhecimento sobre a eficácia das terapias farmacológicas e suas combinações com outras modalidades de cuidado. A análise sugere que um tratamento abrangente, focado na individualização e que considere as especificidades de cada paciente, é fundamental para aprimorar os resultados a longo prazo e promover uma recuperação efetiva (FERRARINI *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

A identificação e detecção precoces dos transtornos alimentares são fundamentais para a obtenção de melhores desfechos clínicos a longo prazo. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) mostrou-se a abordagem psicoterapêutica mais eficaz, especialmente no tratamento da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar, englobando intervenções como *mindful eating*, registro alimentar, psicoeducação, reestruturação cognitiva e planos de prevenção de recaídas. Na anorexia nervosa, por sua vez, a abordagem familiar demonstra maior efetividade, sobretudo em crianças e adolescentes, configurando-se como intervenção de primeira linha nessas faixas etárias. De modo geral, o tratamento farmacológico, incluindo o uso de psicotrópicos, exerce papel adjuvante, sendo indicado principalmente na presença de comorbidades psiquiátricas associadas, não constituindo o eixo central do manejo dos transtornos alimentares. Dessa forma, os achados reforçam a importância de um tratamento multidisciplinar, que integre acompanhamento nutricional e psicoterapia, com participação ativa tanto do paciente quanto de seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, S. J.; HILSENROTH, M. J. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clinical Psychology Review, v. 23, n. 1, p. 1–33, 2003. DOI: 10.1016/s0272-7358(02)00146-0.

AGRAS, W. S. Cognitive behavior therapy for the eating disorders. Psychiatric Clinics of North America, v. 42, n. 2, p. 169–179, 2019. DOI: 10.1016/j.psc.2019.01.001.

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

ANDRETTA, I.; GOMES FERREIRA, M. Os modelos cognitivos dos transtornos alimentares. In: FINGER, I.; OLIVEIRA, M. (org.). A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Sinopsys, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BECK, A. T. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, J. S. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press, 1995.

COOPER, Z.; FAIRBURN, C. G.; HAWKER, D. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: manual do terapeuta. São Paulo: Roca, 2009.

COSTA, M. B.; MELNIK, T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. Einstein (São Paulo), v. 14, n. 2, p. 235–277, 2016. DOI: 10.1590/S1679-45082016RW3120.

CROW, S. Bulimia nervosa in adults: pharmacotherapy. In: UpToDate. Waltham, 2025.

DIAS, P. C. V. *et al*. Bulimia nervosa: do diagnóstico ao tratamento. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 8, p. 599–609, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n8p599-609.

DUCHESNE, M.; CAMPOS, M. C.; PEREIRA, M. C. B. Intervenções psicológicas no tratamento dos transtornos alimentares. Debates em Psiquiatria, v. 9, n. 3, p. 32–38, 2019. DOI: 10.25118/2763-9037.2019.v9.52.

FAIRBURN, C. G. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008.

FAIRBURN, C. G. Overcoming binge eating. 2. ed. New York: Guilford Press, 2013.

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, v. 41, p. 509–528, 2003. DOI: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.

FERRARINI, N. O. *et al*. Alternativas terapêuticas farmacológicas para transtorno da compulsão alimentar. Debates em Psiquiatria, v. 13, p. 1–15, 2023. DOI: 10.25118/2763-9037.2019.v9.52.

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência (1915). In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, p. 159–171, 1996.

FREUD, S. O método psicanalítico de Freud (1904). In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 7, p. 235–243, 1996.

GOLDBERG, S. B. *et al*. Creating a climate for therapist improvement: a case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. Psychotherapy, v. 53, n. 3, p. 367–375, 2016. DOI: 10.1037/pst0000066.

HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 36, n. 2, p. 223–233, 1989. DOI: 10.1037/0022-006X.36.2.223.

LINARDON, J. *et al*. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 85, n. 11, p. 1080–1094, 2017. DOI: 10.1037/ccp0000245.

NORCROSS, J. C.; LAMBERT, M. J. Psychotherapy relationships that work III. Psychotherapy, v. 56, n. 4, p. 423–430, 2019. DOI: 10.1037/pst0000235.

NORCROSS, J. C.; WAMPOLD, B. E. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. Psychotherapy, v. 48, n. 1, p. 98–102, 2011. DOI: 10.1037/a0022180.

ROBATTO, A. P.; CUNHA, C. M.; MOREIRA, L. A. C. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro), v. 100, supl. 1, p. S88–S96, 2024. DOI: 10.1016/j.jped.2023.12.001.

ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, v. 21, n. 2, p. 95–103, 1957. DOI: 10.1037/h0045357.

ROY-BYRNE, P. P. Eating disorders: overview of prevention and treatment. UpToDate. Waltham, 2025.

STEWART, M. P.; BAUMANN, O. The effectiveness of adolescent-focused therapy and family-based therapy for anorexia nervosa. Psychological Reports, v. 129, n. 1, p. 7–28, 2026. DOI: 10.1177/00332941241226687.

WAINER, R. *et al*. Transtornos alimentares: da avaliação ao tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WALSH, B. T. Anorexia nervosa in adults: pharmacotherapy. UpToDate. Waltham, 2025.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 16

TRANSTORNOS DISRUPTIVOS NA INFÂNCIA: TRANSTORNO DE CONDUTA E EVOLUÇÃO PARA TRAÇOS DE PSICOPATIA NA ADOLESCÊNCIA

ANA CAROLINA OLIVEIRA CARDOSO[1]
DIEGO PEIXOTO DE ANDRADE[1]
TARIK SEMI SOARES ABUL HOSSON[1]
ROBERTA DANIELLE PIRES TEIXEIRA[1]
EDMO ALVES FONTES[1]
GUSTAVO SEVERINO DE SOUZA NETO[1]
TIRSA MELO GOMES DA SILVA DIAS[1]
ILDA EMILIA LIRA DE LACERDA SOARES[2]
ALICE DE CARVALHO TOLEDO[3]
ANA CLARA CAPUTO DE SERPA[3]
ANA KAROLINE SILVA FREITAS[3]
LETÍCIA MELO GONÇALVES[3]
CAMILA ZANOLLA CHAVES[3]
ACUÇENA GONÇALVES MOURA[4]
EGIANY GUEDES RIBEIRO[5]

[1]Discente – Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Itabuna, Bahia.
[2]Discente – Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba.
[3]Discente – Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de São João del Rei, Minas Gerais.
[4]Discente – Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais.
[5]Discente – Medicina Unesulbahia - Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia.

Palavras-Chave: *Saúde Mental; Infância; Transtornos.*

DOI: 10.59290/0260229204

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os transtornos disruptivos do comportamento na infância e adolescência constituem um grupo de condições psiquiátricas caracterizadas por padrões persistentes de desobediência, hostilidade, agressividade e violação de regras sociais. Entre eles, destacam-se o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) e, em maior gravidade, o Transtorno de Conduta (TC), ambos descritos no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)* da *American Psychiatric Association* (PAIM *et al*., 2024).

O Transtorno de Conduta caracteriza-se por um padrão repetitivo e persistente de comportamentos que violam direitos básicos de outras pessoas ou normas sociais importantes para a idade, incluindo agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, fraude, roubo e violações graves de regras. Trata-se de condição associada a prejuízos significativos no funcionamento social, acadêmico e familiar, além de representar importante fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta, especialmente o transtorno de personalidade antissocial (MURATORI *et al*., 2025).

Nos últimos anos, tem-se ampliado o interesse científico acerca dos chamados traços de insensibilidade emocional (*callous-unemotional traits*), caracterizados por ausência de empatia, culpa reduzida, superficialidade afetiva e baixa responsividade emocional. Esses traços são reconhecidos como especificador do TC no DSM-5, sendo considerados marcadores clínicos de maior gravidade, pior prognóstico e maior probabilidade de persistência do comportamento antissocial ao longo do desenvolvimento (JUNCO *et al*., 2025).

A evolução do Transtorno de Conduta para traços de psicopatia na adolescência resulta de interação complexa entre fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais. As disfunções em circuitos relacionados ao processamento emocional, especialmente envolvendo amígdala e córtex pré-frontal, têm sido associadas a déficits no reconhecimento do medo e da dor alheia, contribuindo para padrões comportamentais mais severos. Paralelamente, fatores ambientais como negligência, abuso, práticas parentais inconsistentes, exposição à violência e vulnerabilidade socioeconômica desempenham papel determinante na trajetória evolutiva do transtorno (BIN *et al*.,2024).

Diante da relevância clínica, social e prognóstica desses transtornos, torna-se fundamental compreender seus mecanismos etiológicos, marcadores precoces e possibilidades de intervenção. Assim, o objetivo deste estudo é discutir, de forma abrangente e atualizada, os principais aspectos relacionados aos transtornos disruptivos na infância, com ênfase no Transtorno de Conduta e sua possível evolução para traços de psicopatia na adolescência, abordando critérios diagnósticos, fatores etiológicos, trajetórias desenvolvimentais e implicações prognósticas, com base em evidências científicas recentes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada entre agosto de 2025 e janeiro de 2026, com o objetivo de sintetizar evidências científicas acerca dos transtornos disruptivos na infância, especialmente o Transtorno de Conduta e sua relação com traços de psicopatia na adolescência.

A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados SciELO, PubMed/MEDLINE e LILACS, além de consulta complementar a livros-texto de psiquiatria infantil e artigos clássicos da área. Foram utilizados os seguintes descritores, isoladamente e combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR:

"Transtorno de Conduta", "*Conduct Disorder*", "Transtornos Disruptivos", "*Callous-Unemotional Traits*", "Psicopatia", "Psicopatia na Adolescência", "Fatores Neurobiológicos", "Desenvolvimento Antissocial".

Foram incluídos artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2013 a 2025, disponíveis na íntegra, que abordassem aspectos diagnósticos, etiológicos, neurobiológicos, ambientais, prognósticos ou terapêuticos relacionados ao tema. Foram excluídos artigos duplicados, estudos com amostras exclusivamente adultas sem análise retrospectiva do desenvolvimento, resumos de congressos, cartas ao editor e publicações que não dialogassem diretamente com o objetivo proposto.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os estudos selecionados foram submetidos à leitura crítica e organizados em categorias temáticas: (1) critérios diagnósticos e especificadores clínicos; (2) traços de insensibilidade emocional; (3) fatores neurobiológicos e genéticos; (4) fatores ambientais e psicossociais; (5) trajetória evolutiva e implicações prognósticas; e (6) estratégias de intervenção precoce. A análise foi realizada de forma descritiva e interpretativa, buscando integrar achados empíricos e referenciais teóricos contemporâneos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno de Conduta é caracterizado por comportamentos persistentes e repetitivos que envolvem agressão física ou verbal, intimidação, crueldade, vandalismo, furtos e transgressões graves de regras. A diferenciação entre comportamentos normativos da infância e padrões patológicos exige avaliação clínica criteriosa, considerando frequência, intensidade, persistência e impacto funcional (CHAMPAN *et al*., 2023).

As crianças com início precoce dos sintomas (antes dos 10 anos) apresentam maior risco de persistência do comportamento antissocial na adolescência e idade adulta, especialmente quando associados a déficits emocionais e cognitivos. Os traços de insensibilidade emocional incluem ausência de remorso ou culpa, afetividade superficial, baixa empatia e indiferença ao desempenho. Nesse contexto, esses traços estão associados a maior gravidade clínica, menor resposta a intervenções tradicionais e maior risco de evolução para padrões compatíveis com psicopatia na adolescência (SANTOS *et al*., 2022).

Do ponto de vista neurobiológico, a hipoatividade da amígdala frente a estímulos emocionais aversivos e alterações no funcionamento do córtex pré-frontal ventromedial, regiões envolvidas na regulação moral e no processamento de emoções sociais. Tais alterações podem comprometer o aprendizado baseado em punição e a internalização de normas sociais.

A etiologia do Transtorno de Conduta é multifatorial. Nesse aspecto, estudos gêmeos sugerem herdabilidade moderada a alta para comportamentos antissociais, especialmente quando associados a traços de insensibilidade emocional. Entretanto, fatores ambientais exercem influência decisiva na expressão fenotípica do transtorno.

Os ambientes familiares marcados por negligência, abuso físico ou emocional, disciplina inconsistente, violência doméstica e baixo suporte afetivo estão fortemente relacionados ao desenvolvimento e à manutenção de comportamentos disruptivos. A exposição precoce a contextos de adversidade pode interferir no desenvolvimento de circuitos neurais responsáveis pelo controle inibitório e pela empatia (MURATORI *et al*., 2025).

A presença de Transtorno de Conduta na infância, sobretudo com início precoce e associ-

ação a traços callous-unemotional, constitui importante preditor de transtorno de personalidade antissocial na vida adulta. Entretanto, nem todas as crianças com TC evoluem para psicopatia. Ademais, os fatores protetores como intervenção psicoterapêutica precoce, fortalecimento de vínculos familiares, programas de treinamento parental e suporte escolar podem modificar significativamente a trajetória evolutiva. A identificação precoce de marcadores de risco é essencial para reduzir desfechos adversos, como abuso de substâncias, envolvimento com violência e dificuldades de inserção social (JUNCO *et al*., 2025).

Os transtornos disruptivos na infância, especialmente o Transtorno de Conduta, representam importante desafio para a saúde mental infantojuvenil devido ao seu impacto funcional e ao risco de evolução para padrões persistentes de comportamento antissocial. A presença de traços de insensibilidade emocional configura marcador clínico de maior gravidade e pior prognóstico, estando associada a alterações neurobiológicas específicas e a maior resistência ao tratamento convencional (PAIM *et al*., 2024).

A compreensão da natureza multifatorial do transtorno envolvendo fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais reforça a necessidade de abordagem interdisciplinar e intervenções precoces, direcionadas tanto à criança quanto ao contexto familiar e social. As estratégias baseadas em evidências, como treinamento parental, intervenções cognitivo-comportamentais e programas de prevenção em ambiente escolar, mostram-se fundamentais para modificar trajetórias de risco.

CONCLUSÃO

Os transtornos disruptivos na infância, especialmente o Transtorno de Conduta, representam importante problema de saúde mental devido aos prejuízos sociais, acadêmicos e familiares que acarretam, além do risco aumentado de evolução para padrões persistentes de comportamento antissocial. A presença de traços de insensibilidade emocional (*callous-unemotional*) está associada a maior gravidade clínica, pior prognóstico e maior probabilidade de continuidade dos comportamentos disruptivos na adolescência e vida adulta.

A literatura demonstra que essa evolução resulta da interação entre fatores genéticos, alterações neurobiológicas relacionadas à regulação emocional e empatia, e contextos ambientais adversos, como negligência e violência. Assim, a identificação precoce e a implementação de intervenções direcionadas à criança, à família e ao ambiente escolar são fundamentais para modificar trajetórias de risco e reduzir desfechos negativos a longo prazo, sendo necessários ainda mais estudos longitudinais para aprofundar essa compreensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIN, J. R. *et al*. A identificação e intervenção precoce em casos de desvio de conduta. Revista Mato-grossense de Gestão, Inovação e Comunicação, v. 2, n. 1, p. 145–159, 2024.

CHAMPAN, R. Transtornos de personalidades: uma busca pela sanção penal mais adequada ao indivíduo portador da psicopatia e transtorno de personalidade dissocial. Repositório Institucional do UNIFIP, v. 8, n. 1, 2023.

JUNCO, V. L. *et al*. Entre a infância e a psicopatia: desvendando o transtorno de personalidade antissocial em jovens – uma revisão sistemática. Lumen et Virtus, v. 16, n. 49, p. 6491–6503, 2025. DOI: https://doi.org/10.56238/levv16n49-028.

MURATORI, P. L. *et al*. Os transtornos do comportamento na infância e na adolescência: fatores de risco, instrumentos de avaliação e estratégias psicoterapêuticas. Petrópolis: Editora Vozes, 2025.

PAIM, L. B. *et al*. Compreendendo o transtorno de personalidade antissocial em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. Lumen et Virtus, v. 15, n. 42, p. 6702–6714, 2024. DOI: https://doi.org/10.56238/levv15n42-012.

SANTOS, A. M. *et al*. Psicopatia e desenvolvimento infantil: traços e intervenções possíveis. Research, Society and Development, v. 11, n. 7, p. e11511729556, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29556.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 17

SAÚDE MENTAL DOS PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA: DESAFIOS, ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EFICAZES

LUCIMAR VIEIRA DE OLIVEIRA[1]
ANARLETH FEITOSA AGUIAR PERES[2]
FRANCISCA MARIA PEREIRA DA CUNHA[3]
MAYRA SOARES VELOSO[4]
MARIA DO SOCORRO DE JESUS BEZERRA[5]
SIMONE KELLY DOS SANTOS MEDEIROS LEAL[6]

[1]Graduada em Pedagogia. Pós-graduada em: Psicopedagogia Clínica e Institucional; Supervisão e Gestão Educacional; Atendimento Educacional Especializado. Advogada. Tutora em Ead Cead Ufpi. Servidora efetiva da rede estadual de educação – Seduc – Pi. Assessora jurídica da Equipe Multiprofissional da 19ª Gerência Regional de Educação – 19ª GRE / SEDUC.
[2]Graduada em Pedagogia com habilitação nas disciplinas Pedagógicas. Licenciatura em Ciências da Natureza com ênfase na Educação do Campo. Especialista em: Psicopedagogia Clínica, Institucional e Hospitalar; AEE; Docência do Ensino Superior; Libras; Educação Infantil; Neuropsicopedagogia; Gestão Educacional; Educação em Unidades Especiais no Sistema Prisional e Socio Educativo. Autora de Artigo no Livro: Práticas Educativas e Educação Inclusiva Perspectiva da Cidadania e das Convivênvias Sociais. Diretora do Espaço Psicopedagógico Anarleth Aguiar. Psicopedagoga da Equipe Multiprofissional na 19ª Gerência Regional de Educação – 19ª GRE / SEDUC.
[3]Graduada em Serviço Social e Pedagogia. Pós-Graduada em: Assistência Social e Saúde Pública. Especialização: Gestão e Supervisão Escolar; Educação Especial e Inclusiva. Assistente Social na Equipe Multiprofissional da 19ª Gerência Regional de Educação – 19ª GRE / SEDUC.
[4]Assistente Social pela UFPI. Mestre em Políticas Públicas pela UFPI. Assistente Social na Equipe Multiprofissional da 19ª Gerência Regional de Educação – 19ª GRE / SEDUC.
[5]Graduada em Pedagogia. Especialista em: Educação-Supervisão Escolar; Gestão Escolar; Atendimento Educacional Especializado-AEE; Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS; Docência do Ensino Superior; Tutora em Ead, Cead Ufpi.
[6]Graduada em Bacharelado em Psicologia. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Especialista em Psicologia Escolar. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Experiência profissional na área da Psicologia Escolar e Psicologia Clínica. Psicóloga na Equipe Multiprofissional da 19 Gerência Regional de Educação – 19ª GRE / SEDUC.

Palavras-Chave: *Saúde Mental; Educação Básica; Políticas Públicas.*

DOI: 10.59290/0220167109

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos profissionais da educação é um tema de crescente relevância no contexto educacional contemporâneo. Compreender os desafios que esses profissionais enfrentam é fundamental para promover um ambiente escolar saudável e produtivo. Conforme Bollos (2025), no Brasil, uma pesquisa realizada em 2022 apontou que 21,5% dos professores brasileiros avaliam sua saúde mental como ruim ou muito ruim. Os principais sintomas incluem ansiedade (60,1%), cansaço excessivo (48,1%) e problemas de sono (41,1%). Outros fatores como desmotivação (55%) e sobrecarga de trabalho (49%) também são prevalentes.

Ainda de acordo com a pesquisa já referenciada, em São Paulo, 64% dos professores da rede municipal relataram problemas de saúde mental, como estresse e depressão. Na Espanha, 63% dos professores relataram problemas de ansiedade. No Reino Unido, quase 20% foram agredidos fisicamente por alunos, e a pressão psicológica é constante. Na Coreia do Sul, o *burnout* é frequente devido à alta pressão acadêmica e às interações difíceis com pais de alunos. E segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quase um bilhão de pessoas vivem com algum transtorno mental, incluindo muitos professores.

De modo, que no Brasil, 12,5% dos professores relataram intimidações semanais, liderando o *ranking* global de agressões contra educadores. Casos de agressões verbais e físicas têm crescido, impactando negativamente o desempenho e o bem-estar desses profissionais. Globalmente, a violência também preocupa. Na Coreia do Sul, a pressão de pais resultou em casos extremos, como o suicídio de uma professora. No Reino Unido, indisciplina dos alunos e falta de suporte institucional são problemas recorrentes.

Essas ocorrências afetam profundamente a saúde mental e emocional dos estudantes, resultando em baixo desempenho escolar, falta de frequência, e também dos educadores, como afastamentos por questões de saúde, atrasos nos currículos e outros problemas. Isso compromete todo o processo educativo. Esse contexto, torna ainda mais urgente a implementação de políticas de prevenção, apoio psicológico e a promoção de uma cultura escolar baseada na paz e no respeito mútuo aos sujeitos envolvidos no processo educativo.

Conforme os autores Nascimento e Seixas (2025) a psicologia tem apontado cada vez mais para a importância do trabalho na vida mental dos indivíduos, bem como a influência de fatores laborais na saúde e qualidade de vida destes. O adoecimento psicológico por meio do trabalho tem ressaltado cada vez mais a necessidade de investigações quanto aos fatores prejudiciais à saúde mental do trabalhador presentes nas atividades ocupacionais. E, nesse sentido, uma das profissões que provocam forte preocupação referente à saúde mental é a docência, especialmente em relação aos profissionais que atuam na Educação Básica brasileira.

Assim, Trevisan (2022) “especifica que o adoecimento de professores da educação básica é um desafio,pois tem impacto no aprendizado dos alunos, uma vez que, ao adoecer, a criatividade e o entusiasmo pelo trabalho são reduzidos”. Os estudos atuais sobre agravos à saúde mental docente indicam redução na atenção e na concentração, perda do autorrespeito e autocontrole em sala, além de reações exageradas com alunos em situações diversas.

Ainda com base em Nascimento e Seixas (2025) a docência é, historicamente, uma profissão sobre a qual têm-se depositado muitas expectativas e demandas. Uma atividade que outrora era considerada uma ocupação nobre foi deixando de ser valorizada socialmente ao lon-

go do tempo,ocasionando uma série de implicações tanto para o educador quanto para o educando.

Desse modo, importante mencionar que existem muitas exigências para o cumprimento do trabalho docente, que é pouco apoiado, onde o professor no atual contexto brasileiro tornou-se um profissional carente de um olhar atento para as suas necessidades, tanto no campo de trabalho quanto em relação à própria saúde.

A pressão por resultados e a falta de suporte podem levar a problemas como estresse e burnout. Nesse cenário, a psicologia se torna fundamental ao oferecer intervenções que promovam o bem-estar emocional dos educadores, conforme Nascimento & Seixas (2025). Portanto, é imprescindível que sejam implementadas políticas públicas nas escolas,que possibilitem criação de programas de apoio psicológico, garantindo um ambiente mais saudável e produtivo para todos os envolvidos no processo educativo.

Este trabalho tem como objetivo principal analisar os desafios relacionados à saúde mental dos educadores, identificar estratégias eficazes para o cuidado e evidenciar as políticas públicas que podem ser implementadas para apoiar esses profissionais.

MÉTODO

A metodologia utilizada no presente trabalho foi de revisão de narrativa, sobre o tema, sendo analisados, livros, artigos, consultadas base de dados SciELO e outros sites, e documentos que abordam pontos essenciais da temática, buscando compreender as principais noções acerca da saúde mental, assim como os fatores que contribuem para a saúde mental no trabalho e as políticas públicas voltadas para saúde do profissional docente. A análise compreendeu estudos referente aos anos de 2021 a 2025.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição temporal dos artigos estudados alinhados com os critérios de inclusão dessa revisão de narrativa, entre os anos de 2021 a 2025, permite identificar aspectos referentes ao conceito de saúde mental,a importância da saúde mental no contexto educacional, a saúde mental dos professores, os impactos da saúde mental dos educadores na aprendizagem e desenvolvimento dos alunos, as políticas públicas em saúde mental, compreender um breve panorama das políticas de saúde mental no país, as legislações e diretrizes específicas para educadores, os desafios na implementação das políticas públicas, as estratégias e intervenções propostas contribuem para reflexão detalhada acerca da temática, assim como compreensão do contexto analisado.

Os resultados e análises dos atigos estudados indicam que os professores enfrentam desafios significativos, como sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e isolamento emocional. Ainda importa destacar que, várias estratégias, atitudes foram identificadas como eficazes para promover a saúde mental dos educadores, incluindo programas de formação continuada focados em autocuidado e o fortalecimento de redes de apoio entre colegas. A discussão enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada que considere tanto as necessidades individuais dos educadores quanto o papel das políticas públicas na criação de um ambiente escolar mais acolhedor e preparado para o enfrentamento das situações cotidianas do trabalho do educador.

Historicamente, a atenção à saúde mental vem passando por mudanças referentes à compreensão do sofrimento psíquico e assistencial. Conforme Oliveira *et al*. (2019) “desde os anos 90 no Brasil tem se buscado organizar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), serviços de

saúde mental que substituam o hospital psiquiátrico, acolham e cuidem das pessoas o mais próximo possível do seu contexto de vida", incluindo família e comunidade. Pensar em Saúde Mental não se refere a considerar apenas aspectos que causam a doença, mas sim aquilo que promove a saúde, possibilitando sempre a prevenção do adoecimento psíquico. A saúde mental é importante em todas as fases da vida.

Conforme Fava *et al*. (2016) a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece diferentes definições de saúde mental. O termo é usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional e pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. A resiliência significa a capacidade de enfrentar adversidades com o mínimo de sofrimento ou de voltar a se sentir bem após um estado de aflição.

Nesse contexto saber identificar as nossas próprias emoções é o primeiro passo para sabermos como regulá-las e como reconhecer as emoções dos outros. A partir daí,é possível tomar decisões mais responsáveis e desenvolver habilidades para interagir de forma adequada e estável com todas as pessoas. Sobre as emoções e como saber reconhecê-las, podemos afirmar que**:**

> Saber identificar as nossas próprias emoções é o primeiro passo para sabermos como regulá-las e como reconhecer as emoções dos outros,ter competências socioemocionais para termos uma boa saúde mental, devemos cuidar do nosso bem-estar e estabelecermos boas relações com outras pessoas.Desenvolver as competências de autoconsciência,consciência social, ser capaz de perceber a emoção dos outros e entender que suas atitudes impactam nas demais. A importância das habilidades sociais, ser capaz de relacionar-se com diferentes pessoas em diversos ambientes.Ter a Autorregulação, ser capaz de voltar a um estado de equilíbrio emocional,tomada de decisão responsável,agir de forma assertiva é reagir de maneira a não causar problemas na interação com outras pessoas, preservando os seus direitos e do outro (FAVA *et al*.2016).

Desse modo, ter consciência sobre o emocional é uma habilidade muito refinada que precisa ser estimulada desde a infância, que vai passando por renovação ao longo da vida à medida que os seres humanos se deparam com diferentes situações desafiadoras e que demandam do nosso vocabulário e repertório emocional para o enfrentamento das situações concretas.

De acordo com Fava *et al*. (2016) a saúde mental na escola se promove estabelecendo relações seguras entre professores e alunos. Proporcionando encontros com familiares para a aproximação família-escola, oportunizando auxílio na formação de professores, por meio de capacitações com profissionais da área da saúde mental.

Como referência de exemplo, é a de que o aluno pode falar a verdade para o professor, mesmo que tenha feito algo errado, pois sabe que receberá ajuda e acolhimento, ao invés de julgamento e repreensão, desenvolvendo um programa que conte com profissionais da saúde, como psicólogos, para promover a qualidade emocional e das relações, bem como prevenir conflitos entre os alunos e os professores. Assim, um programa de saúde mental inclui, ensinar sobre empatia e competências emocionais desde a educação infantil.

Nesse sentido, a promoção da saúde mental desde a infância é fundamental para estabelecer um equilíbrio emocional duradouro e prevenir problemas futuros. Investir no bem-estar psicológico das crianças não apenas contribui para o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, mas também forma uma base sólida para a construção de relações saudáveis ao longo da vida.

Ao integrar práticas de cuidado e atenção à saúde mental no ambiente escolar e familiar,

estamos preparando as novas gerações para enfrentar os desafios da vida com resiliência e empatia. Além disso, ao abordar essas questões precocemente, podemos reduzir a incidência de transtornos mentais e promover uma cultura que valoriza o autocuidado e o suporte mútuo, criando assim um ciclo virtuoso de saúde e bem-estar que beneficia toda a sociedade.

A saúde mental do professor é um tema essencial, que impacta diretamente a qualidade do ensino e o bem-estar dos profissionais da educação. A crescente pressão, a alta demanda emocional e as dificuldades em lidar com diversos fatores estressantes no ambiente escolar têm levado a um aumento de casos de ansiedade, depressão e *burnout* entre os professores, comprometendo sua capacidade de transmitir conhecimento e cuidar dos alunos.

A autora Tostes *et al*. (2018) apresenta vários fatores que contribuem para o adoecimento mental dos professores da educação básica. Podemos citar:

> A desvalorização do trabalho docente, baixos salários, carga de trabalho exaustiva, alto número de alunos por classe e pressão por metas de produtividade, fatores responsáveis pelo intenso sofrimento docente. A isto se somam o aumento dos contratos temporários e a perda de garantias trabalhistas; falta de preparo durante a formação; dificuldades na relação com alunos e pais;cumprimento de várias jornadas em diferentes escolas, sobrecarga advinda da assunção de tarefas como preenchimento de relatórios, cálculo de notas e anotações de frequência.Ao lado disso, aprofunda-se a cobrança sobre os professores diante do aparente fracasso da escola, alta competitividade. A agressividade e a indisciplina dos alunos também constituem questões bastante citadas na gênese do adoecimento dos professores. O professor, em seu trabalho, enfrenta inúmeros desafios e assume grandes responsabilidades, constituindo uma das categorias profissionais mais sujeitas a apresentar sofrimento mental. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta a categoria docente como sendo a segunda a apresentar doenças ocupacionais.

Portanto, a reflexão sobre os fatores de adoecimento dos professores na educação básica nos leva a compreender que a saúde mental desses profissionais é um aspecto determinante para a qualidade da educação. Ao promover um ambiente que priorize o bem-estar dos educadores, não apenas contribuímos para sua saúde e satisfação pessoal, mas também garantimos um espaço mais propício ao aprendizado dos alunos.

Nesse contexto dos impactos da saúde mental podemos apresentar fatores de risco que podem afetar a saúde mental dos professores. Consoante Faraj *et al*. (2022), temos:

> Dificuldades pessoais, mal gerenciamento do tempo, dificuldade de organização do trabalho, problemas emocionais, problemas de saúde física, carência de rede de apoio; dificuldade de relacionamentos no ambiente de trabalho, condições precárias de trabalho, mobiliário, equipamentos e condições de ruído, temperatura; baixa remuneração; falta de valorização profissional; salas de aulas numerosas; carga horária de trabalho intensa e poucas horas de descanso; violência no ambiente escolar.

Dessa forma, a atenção ao bem-estar dos professores na educação é fundamental para garantir não apenas a saúde mental, mas também um ambiente de trabalho mais equilibrado e harmonioso. Quando priorizamos o cuidado e a valorização desses profissionais, estamos investindo em sua qualidade de vida, o que se reflete diretamente na motivação e no desempenho em sala de aula.

Essa abordagem integral ao bem-estar dos educadores promove um clima escolar positivo, onde todos se sentem apoiados e engajados, resultando em uma experiência de aprendizado mais rica e significativa para os alunos. Assim, cultivar um ambiente que favoreça o bem-estar

dos professores é essencial para construir uma educação mais eficaz e humanizada, beneficiando toda a comunidade escolar.

De outro modo, Faraj *et al*. (2022) evidencia alguns fatores que podem proteger a saúde mental dos professores, sendo possível destacar alguns pontos:

> Criação de uma nova rotina como alimentação, sono, estudo, lazer, autoconhecimento, autocuidado, reconhecimento e valorização do docente, apoio no trabalho, sentimento de segurança e pertencimento, trabalho em equipe, compartilhamento de trocas de experiências e informações com colegas e equipe pedagógica, condições adequadas de trabalho, aceitação do trabalho extraclasse como parte fundamental do docente, planejamento das aulas, elaboração e correção de trabalho e provas e a imposição do limite, atuação profissional não pode interferir na rotina pessoal, autocuidado, lazer, relações sociais, promoção de espaços que possibilitam o acolhimento dos sentimentos,a fala e escuta das vivências, a troca de experiências e o fortalecimento dos vínculos,cuidado e respeito ao docente, não comparar, julgar, criticar, ofender o docente, mas sim compreender que cada professor é único, tem características próprias, limites, desejos, sentimentos, comunicação eficaz e não violenta no ambiente de trabalho, formação continuada do docente para a fortalecimentos de suas práticas, suporte emocional, individual ou em grupo.

Pensando nos benefícios de medidas que protejam a saúde mental dos professores, pode-se considerar que essas iniciativas podem promover um ambiente de trabalho mais saudável e contribuir para a melhoria no processo da atuação docente. Quando os educadores se sentem valorizados e apoiados, há uma tendência de aumento na motivação e no engajamento, o que pode refletir positivamente na experiência de interação com alunos, assim como o de aprendizado destes.

Além disso,o fortalecimento da saúde mental dos professores pode estar associado à redução do estresse e do burnout, criando um ciclo que favorece toda a comunidade escolar. Assim, investir em estratégias de proteção à saúde mental pode ser um passo importante para garantir um futuro mais promissor tanto para os educadores quanto para os estudantes.

De acordo com (Pereira, Lima, s.d.) a" Política Nacional de Saúde Mental é resultado de uma luta social de mais de uma década, e tem com princípio um modelo de atenção a saúde mental aberto e apoiado pela comunidade". Os seus objetivos são garantir que as pessoas com transtornos mentais tenham acesso a uma rede de serviços e cuidados de forma horizontal e redirecionar paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base aberta, solidária e comunitária.

Com relação à educação, Zorzin*et al*. (2021) especifica que a publicação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, em 1996, foi um marco importante para a difusão do tema promoção da saúde na educação brasileira. Segundo o artigo quatro do documento, é dever do Estado garantir assistência em saúde para todos os educandos da Educação Básica, inclusive, sendo assegurado o atendimento educacional para aqueles estudantes que estejam em situação de internação hospitalar ou tratamento de saúde em regime domiciliar .

Segundo o Brasil (2025) à saúde mental é um direito fundamental do cidadão, previsto na Constituição Federal de 1988 para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional. E, no Brasil, o direito à saúde mental é amparado pela Lei e já conta com o acesso gratuito e facilitado a vários serviços públicos de atenção e auxílio.

Mas vale lembrar que depende, sobretudo, da existência de condições para uma vida digna, contando, assim, com a constante articulação de indivíduos, comunidades e da sociedade como um todo para a construção de uma realidade so-

cial mais justa. Uma pessoa pode adoecer mentalmente, e de formas diferentes, quanto aos sintomas, intensidades e maneiras de expressão no comportamento.Toda pessoa tem seus limites e, eventualmente, pode necessitar da atenção e cuidado de seus familiares e amigos para perceber que precisa buscar ajuda na rede de saúde mental.

A realidade social, econômica, política, cultural e ambiental impacta diretamente na saúde mental da população, não sendo um problema meramente individual. Dessa maneira, compreende-se que os problemas de saúde mental resultam da coletividade, demandando políticas públicas, redes de proteção, melhores condições de vida, segurança alimentar e suporte comunitário (BRASIL, 2025).

Diante disso, é crucial que as políticas públicas voltadas para a saúde mental considerem as especificidades do trabalho docente, promovendo um suporte eficaz que atenda às necessidades desses profissionais.Tais políticas podem incluir programas de capacitação, acesso a serviços de apoio psicológico e iniciativas que fomentem um ambiente escolar mais acolhedor. Ao integrar a saúde mental à formação e à prática dos educadores, é possível não apenas proteger o bem-estar dos professores, mas também enriquecer o processo de ensino-aprendizagem como um todo. Assim, ao investir em políticas que priorizem a saúde mental dos docentes, estamos contribuindo para uma educação mais humana e sustentável, beneficiando tanto os educadores quanto os alunos.

O artigo 21 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/96) (Brasil, 2025), estabelece que a educação deve ser promovida em diferentes níveis e modalidades, assegurando a formação integral do educando, considerando suas dimensões física, psicológica, intelectual e social. Esse artigo enfatiza a importância de uma educação que não se limita apenas à transmissão de conteúdos, mas que busca o desenvolvimento completo do indivíduo.

Já o parágrafo 1º do artigo 24 destaca que a educação básica é responsabilidade dos Estados, Municípios e da União, sendo que cada um deve colaborar para garantir o acesso e a permanência dos alunos nas instituições de ensino. Essa disposição legal aponta para um sistema cooperativo na gestão da educação, mas também levanta questões sobre a efetividade dessa colaboração na prática.

Em suma ambos os artigos refletem uma visão ampla e integrada da educação no Brasil, mas sua aplicação prática enfrenta desafios significativos que requerem um compromisso real das esferas governamentais e da sociedade para serem superados. Assim,podemos mencionar que nos dez últimos anos decorrentes, na segunda década do século XXI, mesmo diante de uma considerável democratização do acesso à escola, verificou-se que o sistema educacional passa por críticas quanto aos seus resultados qualitativos e quantitativos, expressos nos sistemas de avaliação da educação básica.

Relacionam-se a esses resultados negativos, problemas na gestão dos recursos, distanciamento entre políticas educacionais e sua implementação, condições de formação e de atuação profissional, política de apoio e incentivo à carreira docente, bem como tem recaído a responsabilização ao professor diante das deficiências apontadas no cenário da educação.

Desse modo, isso tem acarretado uma exigência ainda maior sobre o professor, que agora necessita se adaptar às questões tecnológicas e mudanças sociais que adentram o ambiente da sala de aula. Ressalta-se a esses aspectos as mudanças que o século XXI passou a exigir da escola e do professor.

Nesse contexto, a legislação e as diretrizes educacionais desempenham um papel funda-

mental ao estabelecer parâmetros que buscam garantir não apenas a qualidade do ensino, mas também a proteção da saúde e do bem-estar dos professores. Normas que regulamentam a carga horária, o direito ao descanso, e o acesso a programas de formação continuada são exemplos de como é possível criar um ambiente de trabalho mais equilibrado.

Ademais, a promoção de políticas que incentivem a valorização da carreira docente e o reconhecimento do seu papel social contribui para que os educadores se sintam mais motivados e realizados em suas funções. Dessa forma, ao alicerçar as práticas pedagógicas em uma estrutura legal que prioriza a qualidade de vida dos professores, estamos não apenas fortalecendo a educação, mas também respeitando a dignidade desses profissionais essenciais à formação das futuras gerações.

Deste modo, existe a necessidade de integrar a saúde mental com outras áreas da saúde e do bem-estar exige um esforço colaborativo entre diferentes setores da sociedade. Assim, ao reconhecer esses desafios e trabalhar para superá-los, a psicologia pode contribuir de maneira mais eficaz para o desenvolvimento de um sistema de saúde mental que atenda às necessidades da população de forma abrangente e inclusiva.

> De acordo com a autora Faraj *et al*. (2022) para manter uma boa saúde mental será necessário que o sujeito:viva o momento presente, estabeleça prioridades, transforme grandes tarefas em pequenas tarefas, busque desenvolver novas atividades, não se isole, reconheça as suas emoções, as dos outros e fale sobre o que sente, reconheça e aceite suas limitações,dedique um tempo para cuidar de si, expresse gratidão, seja otimista, pratique o altruísmo, ser gentil, oferecer ajuda, seja compreensivo, adotar práticas sociais e comunitárias, fortaleça os laços familiares e de amizade, diversifique os seus interesses, mantenha-se intelectual e fisicamente ativo, também é importante: evitar o consumo de álcool, cigarro e medicamentos sem prescrição médica, manter bons hábitos alimentares, mais alimentos naturais e menos industrializados, dormir bem, recomendado no mínimo oitos horas, praticar atividades físicas e mentais regularmente, como por exemplo: caminhadas, corridas e meditação, manter mais relações reais e menos relações virtuais, procurar ajuda profissional.

Destarte, a adoção de estratégias e intervenções voltadas para a manutenção da saúde mental dos professores é essencial para garantir não apenas o bem-estar desses profissionais, mas também a das demais pessoas a sua volta. Práticas como a promoção de momentos de autocuidado, a realização de atividades físicas e o acesso a apoio psicológico podem contribuir significativamente para reduzir o estresse e prevenir adoecimento mental.

Ainda, a criação de redes de apoio entre colegas e a implementação de políticas que incentivem um ambiente escolar positivo são fundamentais para fortalecer a resiliência dos educadores. Dessa forma, ao estabelecer uma relação lógica entre o cuidado com a saúde mental dos professores e os resultados educacionais, fica evidente que investir no bem-estar desses profissionais é um passo crucial para uma educação mais efetiva e humanizada.

Para alcançar os objetivos propostos no trabalho, utilizamos a metodologia que envolve a revisão narrativa, a busca de fontes que abordasse pontos sobre a temática escolhida, a fundamentaçãdo do trabalho acerca da definição de saúde mental, e a saúde dos professores da educação básica.Através desses aspectos buscamos compreender as realidades dos educadores em relação aos desafios enfrentados diariamente na profissão e à pressão no ambiente escolar, assim como as estratégias que têm sido pertinentes e eficazes para lidar com contexto profissional e a saúde mental.

CONCLUSÃO

A saúde mental dos professores da educação básica é um tema de extrema relevância e complexidade, que demanda atenção e ações efetivas por parte do sistema educacional e das políticas públicas. Os desafios enfrentados por esses profissionais, como o estresse, a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento, têm um impacto significativo não apenas no bem-estar dos educadores, mas também na qualidade do ensino e no aprendizado dos alunos.

Para mitigar esses desafios,é fundamental implementar estratégias eficazes que promovam a saúde mental dos professores. Isso inclui a oferta de formações continuadas que abordem o autocuidado e a gestão do estresse, a criação de ambientes escolares mais colaborativos e acolhedores, além de programas de apoio psicológico que possam ser facilmente acessados pelos educadores.

As políticas públicas desempenham um papel crucial nesse contexto. É necessário que haja uma articulação entre as esferas federal, estadual e municipal para garantir que as diretrizes voltadas à saúde mental dos professores sejam efetivamente implementadas nas escolas. Ao abordar os desafios, as estratégias e as políticas públicas associadas ao cuidado com esses profissionais, esperamos contribuir para um entendimento mais profundo da importância da saúde mental na educação, evidenciando recomendações práticas que possam ser implementadas por formuladores de políticas públicas e gestores escolares.

A garantia do direito constitucional à saúde inclui o cuidado à saúde mental. É um dever do Estado brasileiro que tem a responsabilidade em oferecer condições dignas de cuidado em saúde para toda população. No Brasil, a política de saúde mental se pauta em princípios como a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e os direitos humanos.

As considerações finais deste trabalho enfatizam a necessidade urgente de ações concretas, voltadas para a saúde mental dos professores da educação básica, haja vista a quantidade de demandas que o profissional precisa dar conta em decorrência das suas atribuições previstas por lei. Dessa forma, é de fundamental importância que o poder público, que as escolas e instituições ofereçam espaços de escuta, apoio psicológico, programas de desenvolvimento de habilidades socioemocionais e condições de trabalho adequadas para promover um ambiente mais saudável e acolhedor para os educadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLLOS, R. Janeiro Branco: um olhar sobre a vida e a saúde mental do professor. Revista Educação, 2025. Disponível em: https://revistaeducacao.com.br/2025/01/23/janeiro-branco-professor/ (revistaeducacao.com.br in Bing). Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Cartilha: direito à saúde mental. Brasília, 2025. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha_saude_mental_final.pdf (cfess.org.br in Bing). Acesso em: 03 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental (gov.br in Bing). Acesso em: 25 jun. 2025.

BVS Saúde. Dados da Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsalud.org. Acesso em: 24 jun. 2025.

FARAJ, S. *et al*. Saúde mental na escola: reflexões sobre a saúde mental da comunidade escolar. Santa Maria, RS: UFSM, NEDEFE, 2022.

FAVA, D. C. *et al*. Saúde mental na escola: uma cartilha para a comunidade escolar. Santa Maria: UFSM, 2016. Disponível em: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/518/2020/05/Cartilha-Saude-Mental-na-Escola.pdf (ufsm.br in Bing). Acesso em: 04 jun. 2025.

NASCIMENTO, K. B. & SEIXAS, C. E. O adoecimento do professor da Educação Básica no Brasil: apontamentos da última década de pesquisas. Educação Pública, 2025. Disponível em: https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/36/o-adoecimento-do-professor-da-educacao-basica-no-brasil-apontamentos-da-ultima-decada-de-pesquisas (educacaopublica.cecierj.edu.br in Bing). Acesso em: 02 jun. 2025.

OLIVEIRA, A. A. R. *et al*. Cartilha sobre saúde mental. João Pessoa: Instituto Federal da Paraíba – Reitoria, 2025. Disponível em: https://www.ifpb.edu.br/prae/assistencia-estudantil/panfleto-oficial-pdf.pdf. Acesso em: 01 jun. 2025.

PEREIRA, L. C. A. & LIMA, S. Q. Cartilha de orientação em saúde mental: um caminho para a inclusão social. Governo da Paraíba, 2025. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cartilha-saude-mental.pdf. Acesso em: 03 jun. 2025.

TOSTES, M. V. Sofrimento mental de professores do ensino público. Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 87-99, jan.–mar. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811607

TREVISAN, R. K. R. *et al*. Revisão sistemática internacional sobre agravos à saúde mental de professores. Avances en Psicología Latinoamericana, v. 40, n. 1, p. 1–15, 2022. DOI: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7532

ZORZI, F. C. F. *et al*. Concepções de professores acerca da relação das políticas públicas de educação e saúde. Ensino, Educação e Ciências Humanas, v. 22, n. 4, p. 567–573, 2021. DOI: https://doi.org/10.17921/2447-8733.2021v22n4p567-573.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 18

A CONTRIBUIÇÃO DAS TECNOLOGIAS ASSISTIVAS NAS SALAS DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

LUCIMAR VIEIRA DE OLIVEIRA[1]

[1]*Graduada em Pedagogia. Pós-graduada em: Psicopedagogia Clínica e Institucional; Supervisão e Gestão Educacional; Atendimento Educacional Especializado. Advogada. Tutora em Ead Cead Ufpi. Servidora efetiva da rede estadual de educação – Seduc – Pi. Assessora jurídica da Equipe Multiprofissional da 19ª Gerência Regional de Educação – 19ª GRE / SEDUC.*

Palavras-Chave: *Atendimento Educacional; Tecnologia Assistiva; Inclusão.*

DOI: 10.59290/2001529267

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A curiosidade em conhecer o que existe produzido em torno da tecnologia assistiva enquanto recurso pedagógico para a Educação Especial nas salas de Atendimento Educacional Especializado levou à abordagem dessa temática e enseja conhecer a sua importância e aplicabilidade desses recursos com os estudantes que utilizam essas ferramentas na área da Educação Especial, voltadas para as salas de Atendimento Educacional Especializado. Esse tipo de atendimento educacional voltado às pessoas com necessidades específicas na aprendizagem, embora previsto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional desde o ano de 1996 (BRASIL, 1996), somente nos últimos anos ganhou uma maior abrangência, em decorrência do processo inclusivo nos espaços escolares.

Importa mencionar que o atendimento educacional especializado (AEE) é a mediação pedagógica que visa possibilitar o acesso ao currículo pelo atendimento às necessidades educacionais específicas dos alunos com deficiência, transtorno do espectro autista (TEA) e altas habilidades ou superdotação, público da educação especial, devendo a sua oferta constar do projeto pedagógico das escolas, conforme Decreto nº 7.611/2011, em todas as etapas e modalidades da educação básica (BRASIL, 2025).

Assim, o Atendimento Educacional Especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos. As atividades desenvolvidas no AEE diferenciam-se daquelas realizadas na sala de aula comum, não sendo substitutivas à escolarização. Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. Esse acompanhamento é realizado prioritariamente nas salas de recursos multifuncionais (SRM) da própria escola, em outra escola de ensino regular ou em centros de atendimento educacional especializados (CAE-E) pú-blicos ou privados (BRASIL, 2011).

De acordo com Lei 7.611 de 2011 (BRASIL, 2011) em seu artigo segundo e incisos de um a quatro, prevê a implementação de serviços de apoio especializado nas escolas para atender às necessidades específicas de aprendizagem dos alunos. Essa legislação é um marco importante na promoção da educação inclusiva, pois reconhece a diversidade como um elemento fundamental no ambiente escolar.

A previsão dos serviços de apoio especializado nos incisos especificados destaca a importância de garantir que todos os alunos, independentemente de suas dificuldades, tenham acesso a uma educação de qualidade. No entanto, é crucial que essa implementação não seja vista apenas como uma obrigação legal, mas como uma oportunidade para transformar o ambiente escolar em um espaço verdadeiramente inclusivo. Isso implica não somente a presença física dos alunos com necessidades específicas, mas também a adaptação das práticas pedagógicas e a formação contínua dos educadores.

Entretanto, é pertinente criticar a forma como essa legislação tem sido aplicada nas escolas. Muitas vezes, os serviços de apoio especializado são implementados de maneira superficial, sem o devido investimento em capacitação profissional e recursos adequados. Isso pode levar à criação de um sistema fragmentado, onde o apoio necessário não é efetivamente oferecido aos alunos que dele precisam.

Este artigo tem como objetivo abordar a importância do uso das tecnologias assistivas nas salas de aula do Atendimento Educacional Especializado e compreender a importância do uso das tecnologias assistivas para as pessoas com deficiência, sua aplicação e uso dentro do espaço escolar como fator primordial para o

processo ensino-aprendizagem, mostrar as contribuições de se trabalhar com as tecnologias assistivas no espaço escolar, tendo em vista despertar nas crianças de forma interativa uma aprendizagem significativa e de qualidade.

MÉTODO

A pesquisa desenvolvida neste trabalho foi um estudo de reflexão, acontecendo através de leitura de artigos, livros e sites de buscas na *internet* entre os anos de 2021 a 2025. Sendo realizada com base na definição dos objetivos, e procurando o ponto de partida do problema: A importância do uso das Tecnologias Assistivas nas salas de atendimento educacional especializado. Devemos pensar as questões interativas do uso das tecnologias, suas contribuições e o que isso possibilita na independência da pessoa com deficiência?

Dessa forma, os textos serviram de base para a elaboração do trabalho sobre o uso das tecnologias assistivas nas salas de atendimento educacional especializado no âmbito escolar, um aprofundamento acerca dos objetivos, assim como esclarecimentos de como ocorre todo o processo de ajustes e adaptações no ambiente escolar. A abordagem adotada não apenas enriqueceu o entendimento sobre o tema, bem como serviu de base para recomendações futu-ras em práticas educativas mais inclusivas.Essa produção primou exclusivamente pela pesquisa de material escrito em artigos e obras científicas para a proposta da temática principal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao iniciar a apresentação dos resultados importante apropriar-se do conhecimento acerca da breve definição sobre atendimento educacional especializado no âmbito escolar, o que seja a tecnologia assistiva, os tipos de tecnologias assistivas, o conhecimento acerca da lei de inclusão da pessoa com deficiência e as várias nuances do processo de inclusão. Assim este estudo propiciou contato com a literatura especializada, trazendo à tona a compreensão do processo inclusivo através do uso das tecnologias assistivas nas salas de recursos multifuncionais, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

Assim tem sentido e significado no aprendizado do aluno, primando pelo cuidado e pelo educar do sujeito, pois não existe modificação e mudança de atitudes sem aplicabilidade prática das tecnologias. Dessa forma, não existe mudança sem atitude, ou seja, não existe transformação do sujeito se não existir adequação a realidade e contexto prático dos alunos que necessitam que seus direitos sejam conquistados e preservados.

Ademais é pertinente uma critica pela forma como essa legislação tem sido aplicada nas escolas no processo de inclusão dos alunos das salas multtifuncionais. Muitas vezes, os serviços de apoio especializado são implementados de maneira superficial, sem o devido investimento em capacitação profissional e recursos adequados. Isso pode levar à criação de um sistema fragmentado, onde o apoio necessário não é efetivamente oferecido aos alunos que dele precisam.

Na análise deste estudo percebeu-se que com um compromisso contínuo das Secretarias de Educação, dos gestores escolares e com a inovação, a acessibilidade e a colaboração interdisciplinar, podemos criar ambientes educacionais mais inclusivos e formativos, onde todos os alunos têm a oportunidade de florescer e alcançar seu pleno potencial. Assim, ao promover um ambiente inclusivo, a tecnologia assistiva enriquece a experiência educacional de todos os alunos, promovendo o respeito pela diversi-

dade e valorizando as habilidades únicas de cada sujeito.

Nesse sentido, é essencial que as secretarias de educação, sejam estaduais, municipais e escolas se comprometam com a formação de equipes multidisciplinares que possam atuar de maneira integrada, garantindo que os serviços de apoio sejam realmente eficazes. O sucesso da educação inclusiva depende não apenas da legislação, mas também do comprometimento de todos os profissionais da educação em criar um ambiente acolhedor e adaptado às diferentes necessidades dos alunos.

Desse modo, as leis existentes devem serem vistas como um ponto de partida para um processo contínuo de reflexão e ação em prol da inclusão. A verdadeira mudança ocorre quando todos os envolvidos, gestores, educadores e comunidade se unem para promover uma educação que respeite e valorize as diversidades presentes no ambiente escolar.

Com isso,as tecnologias assistivas desempenham um papel fundamental nas salas de Atendimento Educacional Especializado (AEE), funcionando como ferramentas essenciais que promovem a inclusão e a melhoria da aprendizagem dos alunos com deficiência ou dificuldades de aprendizagem.

As instituições ao proporcionarem recursos como softwares educativos adaptados, dispositivos de comunicação alternativa e equipamentos de acessibilidade, permitem que os estudantes interajam de maneira mais eficaz com o conteúdo curricular e com seus colegas fazendo uso das tecnologias assitivas.

Além disso, ao atender às necessidades específicas de cada aluno, as tecnologias assistivas não apenas facilitam o processo de ensino-aprendizagem, mas também estimulam a autonomia e a autoestima dos alunos, contribuindo para um ambiente escolar mais inclusivo e equitativo. Dessa forma, a utilização dessas ferramentas vai além da simples adaptação curricular; ela se torna um elemento vital para garantir que todos os alunos tenham oportunidades reais de aprendizado e desenvolvimento.

Assim, trabalhar com as tecnologias assistivas em salas de atendimento educacional especializado é uma tarefa que vai além da simples estimulação do aluno com deficiência, proporciona qualidade educacional.

Este trabalho busca responder as reflexões propostas nos objetivos definidos neste contexto de estudo,mostrando as principais perspectivas teóricas que abordam o uso dos recursos das tecnologias assistivas no espaço educacional, a aplicabilidade nas salas de apoio educacional especializado, bem como a sua importância para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional das crianças atendidas nestas salas. As reflexões tornam-se necessárias em um momento que o papel da escola e da educação sofre questionamentos e necessita de transformações através do trabalho e esforços empreendidos no ambiente escolar.

A curiosidade em conhecer o que existe produzido em torno da tecnologia assistiva enquanto recurso pedagógico para a Educação Especial nas salas de Atendimento Educacional Especializado, levou a abordagem dessa temática e enseja conhecer a sua importância e aplicabilidade com os estudantes usuários desses recursos na área da Educação Especial, voltada para o Atendimento Educacional Especializado. Esse tipo de atendimento educacional voltado as pessoas com necessidades específicas na aprendizagem, é previsto na Lei 9.394,de 20 de dezembro de 1996 - Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 2025).

A primeira menção às salas de recursos multifuncionais aconteceu no âmbito do Plano Nacional de Educação, de 2007. De acordo com Klin (2024) o Plano Nacional de Educação traçava uma série de metas para todos os níveis

educacionais e que adotava uma visão sistêmica, derrubando as barreiras entre educação regular e especial, voltada a pessoas com deficiência.

Importante destacar, que a implantação das Salas de Recursos Multiprofissionais se deu pelo Ministério da Educação.Nesse contexto as tecnologias da informação e comunicação são utilizadas como auxílio à aprendizagem e ensino da criança com dificuldade de aprendizagem ou alguma deficiência, em seu processo de construção de leitura e escrita. Por ser um recurso que possibilita a aprendizagem e desenvolvimento da criança, as TIC, são atrativos, como, jogos, softwares educativos, computador, internet, programas de editores e escritores de histórias, conforme (SANTOS & PAVÃO, 2018).

Assim, ao se abordar esse conteúdo oportuno será ressaltar algumas considerações acerca da definição de Atendimento Educacional Especializado. De acordo com as autoras Russo; Percevallis (2022) o Atendimento Educacional Especializado (AEE) pode ser definido como:

> O Atendimento Educacional Especializado (AEE) é um serviço/recurso, disposto na legislação e disponibilizado pela educação especial brasileira para atender aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades/superdotação, que frequentam as classes comuns. Segundo o Decreto nº 7611/11, o atendimento educacional especializado pode ser compreendido como o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos, organizados institucional e continuamente, no sentido de: complementar a formação de alunos com deficiência, recomendados pelos professores das salas comuns, no apoio às atividades pedagógicas permanentes, organizadas no tempo e na frequência necessárias nas salas de recursos multifuncionais. Suplementar à formação de estudantes com altas habilidades ou superdotação (RUSSO & PERCEVALLIS, 2022).

Nesse sentido pode-se dizer que o Atendimento Educacional Especializado é uma abordagem que visa garantir o acesso e a permanência de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades /superdotação no ambiente escolar. No Brasil, o AEE é garantido pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e deve ser oferecido em todas as escolas públicas e privadas (BRASIL, 2015).

Conforme a Lei Brasileira de Inclusão, 13.146 de julho de 2015, Art. 3º Para fins de aplicação desta lei, consideram-se : inciso III- tecnologia assistiva ou ajuda técnica é definida como: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2015).

Embora ainda seja necessário maior incentivo quanto à divulgação e aos investimentos para a utilização da Tecnologia Assistiva, a legislação tem evoluído quando apresenta a sua conceituação e prevê a sua utilização, de maneira a proporcionar à pessoa com deficiência ou àquela impedida de participar plenamente da sociedade em igualdade de condições, inclusão social.

Dentre os recursos de Tecnologia Assistiva disponíveis para garantir, à pessoa com deficiência, igualdade de oportunidades diante dos desafios da vida, destacam- se as OPE Essas tecnologias ajudam a superar barreiras de comunicação, mobilidade e interação, proporcionando mais qualidade de vida e acesso à educação, ao trabalho e à participação social.

Ainda, de acordo com Paschoarelli & Medola (2018) em relação as tecnologias assistivas menciona que:

> Dados da Organização Mundial de Saúde (2011) destacam que uma em cada sete pessoas vive com alguma deficiência e 80% delas residem em países em desenvolvimento. No Brasil, embora avanços na direção da inclusão da pessoa com deficiência possam ser observados, ainda são inúmeros os desafios para que esses cidadãos tenham pleno acesso à igualdade de condições e oportunidades para sua plena participação social. A Tecnologia Assistiva, área de conhecimento interdisciplinar, envolve "... produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social" (op. cit.). Especialmente nos países em desenvolvimento, dentre os principais desafios para a inclusão e promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência está, não somente promover o acesso às tecnologias, mas também aprimorar a diversidade e qualidade dos dispositivos e serviços (PASCHOARELLI & MEDOLA, 2018).

Desse modo, importa ressaltar que o conceito de Tecnologia Assistiva (TA)" vem sendo revisado nos últimos anos, devido à abrangência e importância desta área para a garantia da inclusão da pessoa com deficiência" (NAZARI *et al*., 2025).

Nesse passo, Sartoretto & Bersch (2024) "contribui com os estudos destas ferramentas tecnológicas, voltadas para a inclusão das pessoas com deficiência e infere que estas são consideradas recursos ou estratégias" utilizadas para ampliar ou possibilitar a execução de uma atividade necessária e pretendida por uma pessoa com deficiência. Na perspectiva da educação inclusiva, esses recursos são voltados para favorecer a participação do aluno nas diversas atividades do cotidiano escolar, vinculadas aos objetivos educacionais comuns.

A implementação da tecnologia assistiva é fundamental para garantir que todos tenham acesso às mesmas oportunidades e possam se desenvolver plenamente em diversos ambientes. As autoras Sartoretto & Bersch (2024) traz exemplos de tecnologia assistiva na escola: os materiais escolares e pedagógicos acessíveis, a comunicação alternativa, os recursos de acessibilidade ao computador, os recursos para mobilidade, localização, a sinalização, o mobiliário que atenda às necessidades posturais, entre outros.

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência 13.146/2015 (BRASIL, 2015), a Tecnologia Assistiva em seu Art. 74, traz a previsão de que é garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a tecnologia assistiva não se resume a um dispositivo tecnológico em si, ela trata também de metodologias e práticas inclusivas que podem e devem ser implantadas nos ambientes aos quais sejam necessários a fim de promover a comunicação e exercício de atividades plenamente para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

Assim, a multifuncionalidade das salas de recursos decorre do fato de ser equipada para atender, ao mesmo tempo, pessoas com diversos tipos de deficiência, permitindo um olhar singular para cada aluno.Desse modo, a escolha de se trabalhar com tecnologias assistivas justifica-se pelo fato de que serve à pessoa com deficiência, que necessita desempenhar funções do cotidiano de forma autônoma e independente.

O uso das tecnologias assistivas no espaço do AEE representa um recurso facilitador que contribui para o desempenho de tarefas necessárias do cotidiano escolar. Podemos relacionar exemplos de tecnologia assistiva:

> Dispositivos de comunicação; comunicação alternativa e aumentativa: sistemas que ajudam pessoas com dificuldades na fala a se comunicar, como pranchas de comunicação, aplicativos em tablets e dispositivos eletrônicos que falam.Em relação a ajudar na mobilidade:cadeiras de rodas: manuais ou motorizadas que permitem o deslocamento,andadores e muletas, ferramentas que auxiliam na locomoção (SARTORETTO; BERSCH 2024).

Ainda sendo possivel mencionar recursos para acesso à informação, leitores de tela; softwares que leem em voz alta o conteúdo exibido na tela do computador para pessoas com deficiência visual,upas eletrônicas, dispositivos que ampliam textos e imagens para facilitar a leitura, adaptações em ambientes,rampas de acesso: estruturas que permitem a entrada em prédios para pessoas com mobilidade reduzida, sinalização tátil e auditiva: recursos que ajudam na navegação de pessoas com deficiência visual (VIEIRA *et al*., 2025).

Bem como destacar as tecnologias para aprendizagem, incluindo, softwares educativos adaptados: programas que atendem às necessidades específicas dos alunos, como jogos educativos que estimulam o aprendizado; equipamentos adaptados: como teclados especiais, mouses adaptados ou tablets com interfaces personalizadas.

Nesse sentido as escolas que disponibilizam o atendimento educacional especializado precisam estar sempre inovando junto com os seus professores as ferramentas pedagógicas adequadas para atender as necessidades especificas de cada estudante.

CONCLUSÃO

O uso de tecnologias assistivas nas salas de aulas de Atendimento Educacional Especializado (AEE) é essencial para promover a inclusão e o aprendizado de alunos com deficiência. A implementação do uso da tecnologia assistiva é fundamental para garantir que todos tenham acesso às mesmas oportunidades e possam se desenvolver plenamente em diversos ambientes. Essas ferramentas não apenas facilitam o acesso ao conhecimento, mas também possibilitam que esses estudantes desenvolvam suas habilidades de forma mais autônoma e significativa. Ao serem integradas ao processo educativo, as tecnologias assistivas transformam a dinâmica da sala de aula, permitindo que todos os alunos participem ativamente das atividades e interajam de maneira mais efetiva.

Nesse sentido, as tecnologias assistivas podem proporcionar acessibilidade ao aprendizado, personalização do ensino, estímulo à autonomia, engajamento e motivação, facilitação da comunicação suporte ao professor, desenvolvimento de habilidades, monitoramento do processo de integração com o currículo regular. Importante os profissionais conhecerem tais ferramentas, serviços e que na escola tenha disponíveis alguns desses recursos tecnológicos para que os educandos sintam a valorização desse processo de inclusão e aprendizado.

O uso de tecnologias assistivas nas salas de aulas de atendimento educacional especializado traz diversas contribuições significativas para o processo de ensino e aprendizagem. Desse modo, a sociedade tem mais oportunidades para compreender as muitas contribuições para as pessoas com deficiência, sendo possível listar algumas destas contribuições no processo de inclusão social.

A inclusão social, proporciona as pessoas com deficiência a oportunidade de participarem plenamente em atividades cotidianas, autonomia e independência, permite que os alunos realizem tarefas por conta própria, aumentando sua autoconfiança, oportuniza apoio educacional, facilita o aprendizado e ajuda a atender as necessidades específicas dos alunos nas escolas.

Desse modo, essas contribuições fazem das tecnologias assistivas ferramentas essenciais nas salas de AEE, garantindo que todos os alunos tenham a oportunidade de aprenderem e se desenvolverem plenamente as suas capacidades. As tecnologias assistivas são ferramentas poderosas que, quando utilizadas de forma adequada, podem promover a inclusão e o desenvolvimento de diversas capacidades e habilidades em pessoas com deficiência ou necessidades específicas, permitindo que vivam com mais autonomia e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERSCH, R. Assistiva: Tecnologia e Educação. Porto Alegre, RS, 2017.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Educação Especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11. Acesso em: 03 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 07 jun. 2025.

KLING, F. O que são salas de recursos multifuncionais e como está sua implantação? Disponível em: https://feac.org.br/o-que-sao-salas-de-recursos-multifuncionais-e-como-esta-sua-implantacao/ (feac.org.br in Bing). Acesso em: 10 jun. 2024.

NAZARI, A. C. G.; *et al*. Tecnologia Assistiva (TA): do conceito à legislação – discutindo a TA enquanto política de educação inclusiva que contribui na formação e inclusão de pessoas com deficiência. Disponível em: https://eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/tecnologia_assistiva_ta_-_do_conceito_a_legislacao.pdf. Acesso em: 25 jun. 2025.

PASCHOARELLI, L. C. & MEDOLA, F. O. (Orgs.). Tecnologia Assistiva: Estudos Teóricos. 1. ed. Bauru: Canal 6 Editora, 2018. 401 p.

PAVÃO, S. M. O. & PAVÃO, A. C. O. (Orgs.). Atendimento educacional especializado: aprendizagem, saúde e inclusão. Santa Maria, RS: Ed. pE.com UFSM, 2018. 286 p.

VIEIRA, C. W. C. *et al*. A importância da tecnologia assistiva (TA) na educação: promovendo a inclusão e a equidade no ambiente escolar. Disponível em: https://www.minerva.edu.py/archivo/15/11/ARTIGO_A_IMPORTANCIA_DA_TECNOLOGIA_ASSISTIVA_(1).pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 19

ADOLESCÊNCIA, SAÚDE MENTAL E REDES SOCIAIS: REFLEXOS DO AUTODIAGNÓSTICO DIGITAL

EDUARDO BARDEMAKER DAL PAZ[1]
ANALISSA VICTORIA SOUZA FERRAZ[1]
LEONARDO DOS SANTOS BARBOSA[2]
MARIANA DE ALMEIDA CARNEIRO[1]
ANA PAULA GOULARTE CARDOSO[1]
BIANCA FULAS DENARDI[1]
BRENDHA DE MATTOS FERREIRA[2]
CÉSAR AUGUSTO DOS SANTOS VIEIRA[1]
JÚLIA MASSIGNAN MADALOZZO[1]
LARA FELICIANO POTRICH[1]
MARIA EDUARDA BRUSCH SILVEIRA[2]
MARIA EDUARDA TELLES DE CARVALHO[2]
REBECCA MARQUES MARTINS LIMA DE OLIVEIRA[1]
RYAN ROCHA FLEISCHER[2]
VINÍCIUS MAFFACIOLI MOREIRA DA SILVA[1]

[1]Discente - Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
[2]Discente – Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Palavras-Chave: *Adolescência; Saúde Mental; Redes sociais.*

DOI: 10.59290/1200624090

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A expansão das redes sociais alterou a forma como adolescentes compreendem sua saúde mental, transformando-os de receptores passivos do conhecimento médico em agentes ativos da construção e validação de suas identidades, pela exposição a relatos e a informações sobre transtornos psicológicos. Preponderantemente vídeos de curta duração, sobretudo em plataformas como o Tiktok e o Instagram Reels, o novo formato revoluciona a forma tradicional de consulta a informações sobre saúde, tornando necessária uma análise acerca da veracidade dos conteúdos e do papel do algoritmo na proliferação da informação veiculada (ARMSTRONG *et al.*, 2025; FREEMAN *et al.*, 2025).

Nesse contexto digital, o autodiagnóstico surge como uma prática crescente, com incertezas e possíveis impactos no desenvolvimento emocional juvenil. A literatura indica esse fenômeno como uma consequência de mecanismos de identificação social, da construção de sentido para o sofrimento e da busca ativa de pertencimento e validação nas redes sociais. Além disso, contribuem para o aumento dos casos a desinformação proliferada nas mídias e a falta de acompanhamento profissional, muitas vezes por barreiras no sistema de saúde tradicional, incluindo custos elevados, longas listas de espera para especialistas e disparidades geográficas que tornam o diagnóstico profissional inacessível (ZHANG *et al.*, 2025).

A interpretação dos processos psicossociais vivenciados pelos jovens, em uma fase de desenvolvimento vulnerável, como patologias a serem tratadas torna-se rotina no meio digital, o que decorre do contato continuado com postagens que tratam, de forma inverídica ou escassa em evidência, acerca de transtornos psicológicos. Ainda, ao dispensar o auxílio de um profissional, evade-se da literacia em saúde: os adolescentes tendem a perceber-se como altamente informados (literacia subjetiva), mas essa autoconfiança não garante a capacidade de distinguir informações precisas de desinformação, tornando-os vulneráveis a conteúdos de baixa qualidade que circulam sem verificação profissional (SCHULZ *et al.*, 2021). Com isso, conceitos leigos interpelam a prática profissional, pela internalização do autodiagnóstico antes da busca por auxílio clínico, o que propicia a baixa adesão ao tratamento, bem como altera o autoconceito e o comportamento infantojuvenil, exacerbando possíveis sintomas ou criando novas formas de sofrimento psíquico (UNDERHILL & FOULKES, 2024).

Nesse contexto, o presente capítulo tem por objetivo reunir e analisar evidências sobre a influência das redes sociais na tendência de autodiagnóstico de transtornos mentais entre adolescentes. Realizar-se-á uma abordagem do papel das redes sociais e algoritmos na disseminação de informação em saúde, da normalização do transtorno, da identificação com influenciadores e outros usuários, da busca por validação, da fragilidade da literacia em saúde, bem como das consequências clínicas do auto-diagnóstico.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão narrativa, com busca sistematizada nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine* (PubMed) e Scopus (Elsevier), complementadas por pesquisa na plataforma ScienceDirect (Elsevier) para acesso ao texto completo dos estudos. Foram utilizados os descritores: *"adolescent", "diagnostic self evaluation", "mental disorders"* e *"social media"*, combinados por operadores booleanos (AND e OR). Os 52 artigos selecionados pelo comando de busca foram submetidos aos critérios de seleção previamente delimitados.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais, nas línguas portuguesa e inglesa, publicados no período de 2015 a 2025, com texto completo gratuito, que abordassem interações de adolescentes com conteúdos digitais relativos à saúde mental e processos cognitivos ligados ao autodiagnóstico juvenil de psicopatologias. Excluíram-se artigos duplicados nas bases de dados utilizadas, revisões, editoriais, cartas ao leitor, relatos de caso e estudos sem relação direta com redes sociais.

Desta busca, foram considerados elegíveis 12 artigos, após filtrados pelos critérios de seleção, os quais foram submetidos à leitura minuciosa para a compreensão das evidências atualizadas no relativo à correlação entre a popularização midiática de conteúdos sobre saúde mental e as implicações, tanto sociais quanto clínicas, do fenômeno emergente do autodiagnóstico. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e analítica, organizados em subtópicos: (1) o papel das redes sociais e algoritmos na disseminação de informação em saúde; (2) a normalização do transtorno e a identificação com influenciadores e outros usuários; (3) a busca por validação e a fragilidade da literacia em saúde; (4) as consequências clínicas e o autodiagnóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O papel das redes sociais e algoritmos na disseminação de informação em saúde

A análise dos estudos selecionados comprova o papel exercido pelas redes sociais enquanto canais ativos de comunicação em saúde, ou seja, como infraestruturas tecnológicas capazes de moldar ativamente a percepção de conceitos e a autoimagem mental dos jovens (ZHANG *et al.*, 2025). Além disso, cresce a tendência a novos formatos de veiculação midiática, sobretudo vídeos de curta duração, que tornam-se fonte primária na obtenção de conhecimento, superando orientação profissional especializada.

Nesse contexto, o algoritmo de recomendação das plataformas digitais, especialmente *TikTok, YouTube Shorts* e *Instagram Reels*, amplifica o acesso a conteúdos sobre saúde mental, muitas vezes produzidos por inteligência artificial (IA) e por influenciadores sem formação clínica (CHOCHOL *et al.*, 2023). Esse processo pode levar à disseminação de informações imprecisas ou até mesmo à promoção de sintomas por contágio social, em um fenômeno de *"cybercondria"* - conceito relativo à busca excessiva e repetitiva acerca de informações sobre saúde mental na internet, que resulta em aumento de ansiedade, preocupação e sofrimento emocional, frequentemente levando ao autodiagnóstico infantojuvenil (JUNGMANN & DES-SAUER, 2025; RIZWAN & WEIGLE, 2024). Além disso, o uso de recursos de inteligência artificial empregado pelas próprias redes, em tom conversacional e humano, reforça um processo de confiança cega nas informações veiculadas acerca da saúde mental (FREEMAN *et al.*, 2025).

Consoante predispõe a *American Academy of Pediatrics* (AAP), as redes sociais - por intermédio do algoritmo e, consequentemente, dos conteúdos personalizados recomendados – reforçam conteúdos que geram engajamento, o que inclui invariavelmente a reprodução de relatos de sintomas e diagnósticos. Dados demonstram que as plataformas reforçam conteúdos que geram engajamento emocional e a novidade, em detrimento da veracidade clínica, além de criarem bolhas de identificação social, que categorizam o conteúdo a ser apresentado para cada usuário, a depender do padrão e da frequência de interações com a interface do aplicativo (SLATER *et al.*, 2024). Esse processo corrobora o aumento da suscetibilidade juvenil à interpretação de condições comuns da

infanto-adolescência enquanto patologias a serem tratadas. Apesar do papel exercido por variadas intervenções digitais na promoção da conscientização acerca da importância do tratamento psiquiátrico, nem sempre o veiculado nas redes sociais possui alicerce na evidência científica (MUNZER *et al.*, 2026).

Nesse contexto, evidências sugerem que o grupo de maior vulnerabilidade e de maior probabilidade a desenvolver o uso problemático e a sofrer efeitos adversos das telas é composto por jovens que já possuam dificuldades de regulação emocional, impulsividade ou desafios em interações sociais, a exemplo do Transtorno do Espectro Autista (MUNZER *et al.*, 2026). A estruturação atual das redes e as funções de recomendação do algoritmo, portanto, reforçam uma sintomatologia sem evidência, simplificam traços clínicos complexos e, com isso, corroboram a formulação de diagnósticos sem consulta clínica-profissional.

Normalização do transtorno e identificação com influenciadores e outros usuários

A normalização de transtornos mentais nas redes sociais pode ser compreendida como um processo coletivamente construído, intencionalmente ou não, por meio do qual experiências associadas a sofrimento psíquico passam a ocupar espaço recorrente nas interações digitais (HASAN *et al*., 2023). Essa dinâmica é sustentada, sobretudo, pela circulação reiterada de narrativas pessoais e conteúdos psicoeducativos simplificados, frequentemente estruturados em formatos breves e de alta compartilhabilidade. Ao transformar sintomas em listas reconhecíveis e experiências facilmente identificáveis, tais postagens contribuem para ampliar a percepção de prevalência dos transtornos, reforçando a impressão de que "muitas pessoas têm" a condição (HASAN *et al*., 2023).

Embora essa normalização apresente um potencial positivo, como o aumento da conscientização e a redução do estigma, incentivando a busca por ajuda profissional, ela também carrega riscos importantes. Entre eles, destaca-se a possibilidade de que usuários passem a categorizar experiências normativas de estresse, frustração ou tristeza como manifestações clínicas de transtornos mentais (HASAN *et al*., 2023; UNDERHILL & FOULKES, 2024). Estudos indicam, inclusive, que a exposição frequente a mensagens que normalizam a ansiedade aumenta significativamente a probabilidade de um indivíduo classificar sua própria experiência como patológica (HASAN *et al*., 2023). Esse cenário é intensificado pela presença constante e disseminação massiva de conteúdos que compartilham critérios diagnósticos de forma simplificada em plataformas de vídeos curtos, fomentando um movimento de autodiagnóstico em larga escala (FREEMAN *et al*., 2025).

Um dos mecanismos centrais que impulsionam esse fenômeno é a identificação com o autor da postagem. A identificação ocorre por meio de uma resposta empática, na qual o público estabelece uma conexão subjetiva com a figura midiática, muitas vezes sem conhecê-la de forma direta ou aprofundada (HASAN *et al*., 2023). Nesse sentido, influenciadores digitais assumem papel crescente na disseminação de informações em saúde - sejam elas baseadas em evidências ou não - e contribuem para a formação de espaços simbólicos nos quais jovens exploram suas identidades (FREEMAN *et al*., 2025).

A teoria das relações parasociais oferece um arcabouço explicativo relevante para compreender essa dinâmica. Proposta originalmente para descrever vínculos unilaterais estabelecidos entre audiência e figuras midiáticas, essa teoria sustenta que indivíduos podem desenvolver sentimentos de intimidade, confiança e proximidade com personalidades públicas, mesmo

na ausência de reciprocidade real (MUNZER *et al.,* 2026). Nas redes sociais, esse fenômeno é intensificado pela estética de autenticidade, pela exposição cotidiana da vida privada e pela interação simulada (como respostas a comentários ou uso de linguagem direta), criando a impressão de amizade ou proximidade. Em adolescentes, cuja identidade ainda está em consolidação e cuja sensibilidade à validação social é elevada, tais vínculos podem exercer influência significativa sobre normas, crenças e percepções de si (MUNZER *et al.,* 2026). Assim, quando um jovem visualiza um influenciador admirado relatando sintomas ou descrevendo sua trajetória diagnóstica, aumenta-se substancialmente a probabilidade de que ele reconheça esses mesmos traços em si. Além disso, a preferência por influenciadores do mesmo gênero ou com características percebidas como semelhantes pode fortalecer ainda mais esse vínculo, ampliando o engajamento e a aceitação das mensagens compartilhadas (HASAN *et al*., 2023).

Paralelamente, as redes sociais funcionam como ecossistemas identitários que reforçam afinidades e pertencimentos compartilhados, incentivando a formação de subculturas organizadas em torno de diagnósticos ou experiências de sofrimento (ARMSTRONG *et al*., 2025). O próprio design algorítmico das plataformas, conforme já foi dito, favorece a *mimesis* - isto é, a imitação e replicação de comportamentos e narrativas -, fenômeno visível na circulação de *hashtags* e *trends* que conectam usuários com experiências semelhantes de transtornos mentais (ARMSTRONG *et al.*, 2025). Nesses espaços, o transtorno pode ser ressignificado como um marcador identitário, funcionando como um "acessório de identidade" ou mesmo como um "ingresso" simbólico para pertencimento grupal, sendo por vezes rotulado como algo "*trendy*" ou distintivo (UNDERHILL & FOULKES, 2024).

Para adolescentes, que atravessam uma fase crítica de consolidação identitária, adotar um rótulo diagnóstico pode oferecer validação, reconhecimento e senso de comunidade (ZHANG *et al*., 2025). Contudo, esse investimento identitário pode assumir contornos problemáticos. O superinvestimento narcisista em identidades digitais baseadas na patologia pode dificultar a adesão ao tratamento ou a busca por remissão sintomática, na medida em que a melhora poderia ser percebida como ameaça à identidade construída e à rede social associada a ela (ARMSTRONG *et al*., 2025; SALTER *et al*., 2024).

Portanto, a interação entre pares nas plataformas digitais revela uma dinâmica ambivalente. Por um lado, tais espaços podem reduzir o isolamento e promover apoio mútuo entre jovens que compartilham experiências semelhantes (ARMSTRONG *et al*., 2025). Por outro, podem atuar como ambientes propícios ao contágio social de sintomas e à consolidação de narrativas prescritivas sobre como determinado transtorno "deve" se manifestar (UNDERHILL & FOULKES, 2024). Em comunidades online dedicadas a condições como o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), observou-se que a valorização de conteúdos performáticos esteve associada ao aumento de jovens que adotam o diagnóstico para se adequar às normas implícitas desses grupos (SALTER *et al*., 2024). Nesses nichos, a performance de sintomas pode transformar-se em estratégia de visibilidade e pertencimento. Consequentemente, a exposição prolongada a relatos e encenações de experiências vividas pode levar adolescentes a internalizar estereótipos sobre a manifestação do transtorno, moldando suas próprias narrativas de saúde de acordo com o consenso da comunidade online (SALTER *et al*., 2024).

Desse modo, o entrelaçamento entre normalização, identificação e pertencimento digital estabelece as bases para que o jovem passe a buscar ativamente a validação de suas suspeitas diagnósticas - movimento que, não raramente, colide com fragilidades em sua literacia em saúde.

A busca por validação e a fragilidade da literacia em saúde

Outro aspecto evidenciado pela análise dos estudos refere-se à intersecção entre a busca por validação social e a fragilidade da literacia em saúde no contexto digital, fenômeno que contribui significativamente para o avanço do autodiagnóstico entre adolescentes. A adolescência, etapa marcada por intensas transformações biopsicossociais, constitui um período particularmente propício à necessidade de validação. A busca por aprovação encontra-se enraizada na motivação humana fundamental de sentir-se visto, compreendido e aceito por um grupo (ZHANG *et al.*, 2025), configurando-se, portanto, não como um fenômeno superficial das redes sociais, mas como uma necessidade psicológica básica amplificada pelo ambiente digital. Pode-se afirmar que indivíduos com autoestima fragilizada tendem a tornar-se mais dependentes de validação online (ZHANG *et al.*, 2025), recorrendo às narrativas de pares como forma de confirmar, organizar e reinterpretar suas próprias experiências emocionais.

Nesse contexto, estudos recentes têm demonstrado aumento na prevalência de conteúdos que compartilham critérios diagnósticos e experiências vividas relacionadas a transtornos mentais, TDAH e autismo em plataformas como o TikTok (FREEMAN *et al.*, 2025). Embora tais espaços ofereçam senso de comunidade e possibilidades de exploração identitária, também expõem os jovens a conteúdos potencialmente imprecisos, seja por busca ativa, seja por recomendações algorítmicas (FREEMAN *et al.*, 2025). Assim, o autodiagnóstico digital não pode ser compreendido apenas como consequência da ampla disponibilidade de informações, mas como resultado de dinâmicas psicológicas, sociais e educacionais que atravessam a adolescência contemporânea. Ademais, a repetição e a personalização dos conteúdos tendem a reforçar narrativas diagnósticas, favorecendo processos de identificação progressivamente mais intensos.

Corroborando essa perspectiva, estudos indicam que a normalização digital de experiências emocionais, como a ansiedade, em vez de reduzir o estigma relacionado às patologias, aumentou significativamente a identificação dos participantes com os relatos apresentados (HASAN *et al.*, 2025). Outro achado relevante foi que essa identificação esteve associada à maior probabilidade de os jovens classificarem suas próprias vivências como transtornos, ainda que não relatassem níveis mais elevados de ansiedade (HASAN *et al.*, 2025). Tais dados sustentam a hipótese de que o autodiagnóstico digital decorre menos da aquisição de informação técnica e mais de um mecanismo relacional de reconhecimento. A busca por validação entre pares parece exercer influência significativa na forma como o adolescente reinterpreta experiências prévias, reorganizando-as sob categorias diagnósticas socialmente compartilhadas.

Paralelamente, a fragilidade da literacia em saúde entre adolescentes potencializa esse processo. No âmbito digital, tal competência é frequentemente denominada *eHealth literacy*, entendida como a habilidade de obter, ler, selecionar e utilizar informações para solucionar problemas de saúde (HSU, 2025). Embora frequentemente conceituada como uma competência objetiva, a literacia tem sido mensurada de forma subjetiva, com base na autopercepção, o que pode gerar superestimação das próprias habilidades (SCHULZ *et al.*, 2021). Jovens ten-

dem a considerar-se suficientemente informados para avaliar conteúdos em saúde; contudo, essa confiança não garante a capacidade de analisar criticamente informações científicas (MONTEITH *et al.*, 2024; SCHULZ *et al*., 2021). Nesse cenário, a combinação entre elevada exposição a conteúdos sobre saúde mental e limitada habilidade crítica cria um ambiente propício à internalização de rótulos diagnósticos.

A insuficiência de literacia crítica não apenas favorece o autodiagnóstico, como também pode intensificar o sofrimento subjetivo. Evidências apontam que o contato com conteúdos online produz efeitos psicológicos ambivalentes: enquanto informações confiáveis podem reduzir a ansiedade e favorecer o autocuidado, a exposição a opiniões conflitantes ou exageradas tende a gerar confusão, sobrecarga informacional e aumento da ansiedade, fenômeno associado à *cybercondria* (HSU*,* 2025). Tal condição mostra-se especialmente danosa aos adolescentes, por incidir em um período de intenso desenvolvimento psicossocial, no qual a consolidação identitária ainda se encontra em curso.

Diante desse panorama, torna-se imprescindível defender a implementação de projetos educacionais estruturados que promovam o desenvolvimento da literacia crítica em saúde desde a adolescência. Intervenções voltadas à eHealth literacy devem envolver escolas, ambientes digitais e comunidades, reconhecendo o caráter relacional do processo de construção de sentidos sobre saúde mental (FREEMAN *et al.*, 2025). A integração da literacia crítica aos currículos escolares pode fortalecer a autonomia juvenil, qualificar a tomada de decisão e favorecer relações mais dialógicas com profissionais de saúde. Ao articular validação emocional, pensamento crítico e educação em saúde, tais iniciativas configuram estratégia essencial para mitigar os riscos do autodiagnóstico digital e promover uma vivência mais consciente, crítica e saudável da saúde mental no ambiente online.

Consequências clínicas e o autodiagnóstico

Conforme já exposto, o uso de plataformas de vídeos curtos transformou a forma como os adolescentes acessam informações sobre saúde, seja facilitando a busca ativa por conteúdo sobre o tema, seja por recomendação do algoritmo das plataformas, movimento o qual reforça a crescente de autodiagnósticos de condições de saúde mental, como o espectro autista, TDAH e transtornos dissociativos de identidade (FREEMAN *et al.,* 2025). Além disso, embora as redes sociais possibilitem uma maior aceitação dos quadros da saúde mental, informações sobre o tema são, muitas vezes, compartilhadas sem monitoramento e credibilidade, o que comumente leva os jovens a se identificarem com os relatos de influenciadores e a classificarem níveis normais de ansiedade e estresse, bem como flutuações emocionais regulares da transformação hormonal da adolescência, como desordens clínicas severas (HASAN *et al.,* 2023*;* UNDERHILL & FOULKES, 2024).

Por outro lado, o autodiagnóstico pode servir como uma via rápida para a autocompreensão, senso de comunidade e validação diante de um sistema de saúde mental de difícil acesso. Com isso, é importante ressaltar que não se pode atribuir culpa aos jovens por realizarem essa autoanálise psicológica, uma vez que as pessoas compreendem sua saúde mental e a necessidade de auxílio médico usando a linguagem disponível para elas - e é a desinformação nas redes sociais que leva os adolescentes a interpretar erroneamente o sofrimento "leve" como um transtorno (UNDERHILL & FOULKES, 2024).

Ademais, destaca-se a o desenvolvimento da *"cybercondria",* conceito explicado anteriormente*,* como uma consequência clínica direta

da pesquisa excessiva e repetitiva por informações de saúde na internet (HSU, 2025; JUNGMANN & DESSAUER, 2025). Confiar na internet para a realização do autodiagnóstico pode expor os jovens à desinformação, o que frequentemente os sobrecarrega, atrasa a busca por suporte clínico profissional e pode incitar práticas perigosas de automedicação, configurando riscos tanto psicológicos quanto físicos (HASAN *et al.,* 2023; HSU, 2025; MONTEITH *et al.*, 2024).

Paralelamente, a adoção precipitada de um rótulo diagnóstico pode se transformar em uma "profecia autorrealizável", na qual o indivíduo altera seus pensamentos, sentimentos e comportamentos para se adequar aos sintomas da doença que acredita ter, o que acaba gerando ou exacerbando o próprio sofrimento clínico e os sintomas originais (ARMSTRONG *et al.,* 2025; UNDERHILL & FOULKES, 2024). Desse modo, a forte identificação com um diagnóstico pode levar os adolescentes a assumirem permanentemente um "papel de doente", criando uma identidade baseada na patologia que compromete a autonomia emocional e dificulta a eficácia dos tratamentos, pois a recuperação representaria a perda de sua identidade e da comunidade com a qual se conectaram *online* (ARMSTRONG *et al.,* 2025; UNDERHILL & FOULKES, 2024). Com isso, enquanto a validação social *online* reforça essa identidade focada no transtorno mental, contribui também para a consolidação e o agravamento do estigma internalizado e das percepções negativas que os jovens mantêm sobre si mesmos (ZHANG *et al.,* 2025).

Sobretudo, o forte apego ao autodiagnóstico digital também gera impactos clínicos prejudiciais na relação médico-paciente, pois os adolescentes podem rejeitar a avaliação médica objetiva, duvidar dos profissionais da saúde e criar atritos terapêuticos quando o clínico tenta intervir ou não valida a suspeita formada através da internet (HSU, 2025; UNDERHILL & FOULKES, 2024*)*. Por fim, a apropriação inadequada e em larga escala de termos psiquiátricos para descrever angústias transitórias gera um afrouxamento dos conceitos clínicos, o que dilui a percepção pública e profissional sobre a gravidade real dos transtornos mentais. Como consequência indireta dessa banalização da linguagem clínica, indivíduos que de fato convivem com transtornos mentais graves correm o sério risco de terem seu sofrimento subestimado, invisibilizado ou desacreditado pela sociedade (UNDERHILL & FOULKES, 2024).

CONCLUSÃO

A análise das evidências reunidas neste capítulo permite compreender o autodiagnóstico digital entre adolescentes não como um fenômeno isolado, mas como resultado da interação complexa entre algoritmos de recomendação, dinâmicas de identificação, busca por validação social e fragilidades na literacia em saúde.

As redes socias, enquanto canais de comunicação de fácil acesso, facilitam a produção e a busca de assuntos voltados a saúde mental, fato impulsionado pelos algoritmos de recomendação das plataformas digitais que potencializam a recomendação de conteúdo agregador de engajamento, não necessariamente pautado em evidências científicas relevantes. Somado a isso, novos modelos de criação de conteúdo digital, como os vídeos de curta duração, disseminam informações simplificadas, repletas de vieses, influenciando a má interpretação do assunto por parte dos adolescentes. A linguagem simples e adaptada ao público-alvo, aliada a relatos sensacionalistas dos influenciadores, corroboram para a identificação dos usuários com o conteúdo, criando verdadeiras comunidades digitais que reforçam e reproduzem os comportamentos compartilhados.

Nesse contexto, a circulação reiterada de conteúdos psicoeducativos simplificados e narrativas pessoais corroboram para a normalização dos transtornos mentais. Embora esse movimento possa reduzir estigmas e estimular a busca por atendimento profissional, também favorece a patologização de experiências emocionais cotidianas e impulsiona o autodiagnóstico. Em adolescentes, fase marcada pela consolidação identitária e maior necessidade de validação social, a identificação com comunidades digitais que promovem a discussão acerca dos transtornos mentais, pode levar à adoção de rótulos diagnósticos como marcadores de identidade e interação grupal.

Concomitantemente, observa-se entre os adolescentes uma deficiência significativa na habilidade de avaliar, de forma crítica, informações sobre saúde na internet, com os jovens apresentando uma grande tendência de considerarem-se mais críticos do que realmente são. Essa fragilidade na literacia em saúde, combinada a uma elevada exposição a conteúdos indiscriminados sobre saúde mental, favorece o autodiagnóstico e intensifica o sofrimento subjetivo, podendo desencadear sobrecarga informacional e ansiedade, respostas comumente associados à *cybercondria*.

Ademais, o autodiagnóstico frequentemente pode ser entendido pelo jovem como uma maneira simples de autocompreensão e validação social, influenciando-o a moldar seu comportamento de acordo com o rótulo da doença que ele acredita possuir. Portanto, é de suma importância que o leitor entenda que não se pode culpar o adolescente pela prática do autodiagnóstico, uma vez que é a desinformação a verdadeira responsável por influenciar o jovem a interpretar de forma equivocada seus sentimentos.

Conclui-se, portanto, que compreender os reflexos do autodiagnóstico digital exige olhar atento às transformações culturais e tecnológicas que atravessam a adolescência contemporânea. Novos estudos que avaliem intervenções possíveis ao combate do autodiagnóstico e às suas respectivas implicações psicossociais são necessários para minimizar esse fenômeno crescente na infanto-adolescência. O desafio que se impõe não é o de silenciar o debate sobre saúde mental nas redes, mas de qualificá-lo, garantindo que a busca por pertencimento e validação não se sobreponha ao cuidado baseado em evidências, à escuta clínica e à promoção de um desenvolvimento psíquico saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMSTRONG, S. *et al*. Self-diagnosis in the age of social media: a pilot study of youth entering mental health treatment for mood and anxiety disorders. Acta Psychologica, v. 256, p. 105015, 2025. DOI: 10.1016/j.actpsy.2025.105015.

CHOCHOL, M. D. *et al*. Harnessing youth engagement with mental health TikTok and its potential as a public health tool. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v. 62, n. 7, p. 710-712, 2023. DOI: 10.1016/j.jaac.2022.11.015.

FREEMAN, J. L.; CALDWELL, P. H. Y.; SCOTT, K. M. Adolescents' trust in health information in an evolving social media landscape. Academic Pediatrics, v. 25, n. 7, p. 102868, 2025. DOI: 10.1016/j.acap.2025.102868.

JUNGMANN, S. M.; DESSAUER, E. Health-related internet use and cyberchondria in adolescents: population-based cross-sectional survey. Journal of Medical Internet Research, v. 27, e65792, 2025. DOI: 10.2196/65792.

HASAN, F.; FOSTER, M. M.; CHO, H. Normalizing anxiety on social media increases self-diagnosis of anxiety: the mediating effect of identification (but not stigma). Journal of Health Communication, v. 28, n. 9, p. 563–572, 2023. DOI: 10.1080/10810730.2023.2235563.

HSU, W. C. eHealth literacy and cyberchondria severity among undergraduate students: mixed methods study. JMIR Formative Research, v. 9, e63449, 2025. DOI: 10.2196/63449.

MONTEITH, S. *et al*. Implications of online self-diagnosis in psychiatry. Pharmacopsychiatry, v. 57, n. 2, p. 45-52, 2024. DOI: 10.1055/a-2268-5441.

MUNZER, T. *et al*. Digital ecosystems, children, and adolescents: technical report. Pediatrics, v. 157, n. 2, e2025075321, 2026. DOI: 10.1542/peds.2025-075321.

RIZWAN, B. & WEIGLE, P. E. Paging Dr. Influencer: social media & psychiatric self-diagnosis. Pediatric Clinics of North America, v. 72, n. 2, p. 267-278, 2025. DOI: 10.1016/j.pcl.2024.09.003.

SALTER, M. *et al*. Self-diagnosed cases of dissociative identity disorder on social media: conceptualization, assessment, and treatment. Harvard Review of Psychiatry, v. 33, n. 1, p. 41-48, 2025. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000416.

SCHULZ, P.J. *et al*. Effects of objective and subjective health literacy on patients' accurate judgment of health information and decision-making ability: survey study. Journal of Medical Internet Research, v. 23, n. 1, e20457, 2021. DOI: 10.2196/20457.

UNDERHILL, R.; FOULKES, L. Self-diagnosis of mental disorders: a qualitative study of attitudes on Reddit. Qualitative Health Research, v. 35, n. 7, p. 779-792, 2025. DOI: 10.1177/10497323241288785.

ZHANG, X. *et al*. Seeking validation in the digital age: the impact of validation seeking on self-image and internalized stigma among self- vs. clinically diagnosed individuals on r/ADHD. PLoS One, v. 20, n. 10, e0331856, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0331856.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 20

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PSICOTERAPÊUTICAS E FARMACOLÓGICAS

PAULA DIAS TOIGO[1]
SOFIA DIAS TOIGO[2]

[1]*Discente – Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade de Caxias do Sul.*

Palavras-Chave: *Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Exposição e Prevenção de Resposta; Antidepressivo.*

DOI: 10.59290/9061221250

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é descrito no DSM-5-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição revisada) pela presença de pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos, sendo as obsessões recorrentes e intrusivas, caracterizando impulsos ou imagens que invadem a mente do sujeito sem que ele consiga controlá-las ou suprimi-las, e as compulsões são os meios que este indivíduo adere para a redução de sua ansiedade ou a neutralização de seus pensamentos, podendo tais compulsões serem atos mentais ou não. As compulsões e as obsessões presentes são significativamente prejudiciais e ocupam um grande espaço na vida do indivíduo, uma vez que ele pode tanto deixar de fazer atividades por causa da doença, quanto ter um prejuízo em áreas funcionais, ocupacionais e sociais. Em geral, tais sintomas iniciam na fase da infância ou adolescência e percorrem todo o desenvolvimento até a vida adulta, causando um prejuízo significativo em diferentes espaços da vida (ROH *et al.,* 2023). De acordo com as revisões mais atuais da CID (Classificação Internacional de Doenças) e do DSM-5-TR, o transtorno obsessivo-compulsivo não está mais na categoria dos transtornos de ansiedade, estando presente no grupo dos transtornos obsessivos-compulsivos e relacionados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o transtorno obsessivo-compulsivo é um dos 10 transtornos mais incapacitantes, tendo um risco significativo de ser crônico se não tratado de forma adequada, atingindo 2% da população mundial. Além do mais, a Associação Brasileira de Psiquiatria informa que o diagnóstico precoce e a escolha de um tratamento integrado quando o paciente já está diagnosticado são fundamentais para reduzir os prejuízos do transtorno. Posto isso, compreende-se que o diagnóstico é clínico, sendo imprescindível considerar as características individuais do paciente e o seu contexto, não deixando de analisar os diagnósticos diferenciais, como ansiedade, depressão ou transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC), para manejo adequado. Também, é importante pontuar algumas características centrais que podem estar presentes nos indivíduos diagnosticados com TOC, como baixa autoestima, dúvidas obsessivas, inflexibilidade e fusão cognitiva. Logo, podem se mostrar eficazes técnicas advindas da Terapia de Aceitação e Compromisso a fim de estimular nos pacientes a desfusão e a flexibilidade cognitiva, além de diminuir a evitação aos estímulos ansiogênicos em detrimento de uma maior aceitação pessoal (FERREIRA *et al.*, 2020).

Em relação à psicoterapia padrão-ouro no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo, as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), sobretudo as evidências da Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), mostram-se como principal tratamento de escolha. Souza (2022) pontua as técnicas de psico-educação, reestruturação cognitiva e EPR para redução não só dos rituais realizados pelos indivíduos, mas também do sentimento de ansiedade. De acordo com as diretrizes do tratamento de TOC pela Associação Brasileira de Psiquiatria, abordagens grupais, como a Terapia Familiar, podem ser úteis à medida que, em certas ocasiões, a conduta dos familiares pode estar sendo promissora para o mantimento dos sintomas. Também, em relação ao tratamento farmacológico, os antidepressivos inibidores da recaptura de serotonina são fármacos de primeira linha para o tratamento, haja vista que eles podem ser seletivos (ISRS) – fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram e escitalopram –, ou não seletivos – clomipramina (tricíclico). É fundamental entender que a resposta do paciente ao fármaco costuma ser lenta, sendo necessário a espera de pelo menos 12

semanas para levar em consideração a não-resposta de um paciente ao tratamento (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

O objetivo deste estudo foi apresentar uma visão geral das evidências científicas acerca da eficácia das intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo, a fim de mostrar os melhores resultados disponíveis atualmente para as pessoas interessadas. Por fim, compreende-se que tal análise e síntese dos achados científicos pode ser muito útil não só para os profissionais da saúde, mas também para pacientes e leigos que buscam entender melhor sobre o assunto, além de considerar e entender o tratamento padrão-ouro para o transtorno. É imprescindível pontuar que o capítulo não busca cessar as pesquisas disponíveis na área médica e psicoterapêutica, e estudos futuros que visam aprofundamento e revisão sobre o assunto proposto são fundamentais, a fim de que as evidências científicas permaneçam constantemente atualizadas, estando disponíveis para consulta às diferentes pessoas que tiverem interesse.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica realizada no período de janeiro e fevereiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e UptoDate. Os seguintes descritores foram utilizados: transtorno obsessivo-compulsivo, tratamento farmacológico, terapia cognitivo-comportamental, exposição e prevenção de resposta. Nesta busca, foram encontrados cerca de 25 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2011 a 2026, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, e estudos do tipo revisão que estivessem disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após os critérios de seleção, restaram 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Além disso, foram utilizados como banco de dados livros teóricos e diagnósticos de Psicologia e Psiquiatria, como o DSM-5-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição revisada), e outras fontes relevantes, como as diretrizes clínicas da Associação Médica Brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo é um transtorno psiquiátrico incluído no espectro obsessivo-compulsivo do DSM-5-TR. Os principais sintomas geralmente aparecem na adolescência ou início da fase adulta, podendo em alguns casos aparecer na infância, e incluem pensamentos intrusivos (obsessões) e comportamentos ritualísticos (compulsões), além da presença de comportamentos evitativos. O TOC, afetando mais de 1% da população mundial, tem prevalência ao longo da vida em 2-3% na população geral, e sem diferença na distribuição por sexo. A idade de início do TOC é bimodal, com o primeiro pico no final da infância ou início da adolescência, e o segundo no início da idade adulta. O início geralmente é gradual, e sua apresentação clínica em tais fases do desenvolvimento vital é semelhante. Se não diagnosticado e tratado precocemente, pode persistir na idade adulta com sérias consequências para o indivíduo, como a redução da qualidade de vida e um relacionamento familiar conturbado. O curso da doença tem um padrão crônico, mas flutuante, que muitas vezes se relaciona a eventos estressantes da vida do indivíduo (DEL CASALE *et al*., 2019).

Entre as obsessões mais frequentes estão aquelas relacionadas à contaminação (medo de germes, doenças ou sujeira), as agressivas (pensamentos intrusivos de causar dano), as sexuais (conteúdo sexual indesejado e egodistônico), as religiosas ou morais (escrupulosidade), as superstições com números ou outros símbolos, e aquelas associadas à simetria e ordem, frequentemente acompanhadas por sensação de incompletude. Também são comuns obsessões ligadas à responsabilidade excessiva e dúvida patológica (STEIN *et al.*, 2019). A dúvida patológica, central no TOC, envolve obsessões repetitivas sobre perigos iminentes, moralidade ou ações realizadas, gerando ansiedade extrema e rituais de checagem. O indivíduo fica preso em um ciclo infinito de pensamentos duvidosos, onde a certeza nunca é alcançada, mesmo com evidências, causando sofrimento, angústia demasiada e necessidade de tratamento. Tal indivíduo pode ter obsessões de que algo terrível acontecerá se certo ritual não for realizado de determinada maneira, ou que causará um dano irreal por causa de uma conduta inofensiva. É importante pontuar que no DSM-5-TR, para a pessoa ser diagnosticada, ela pode apresentar somente obsessões ou somente compulsões de forma significativa, embora a grande maioria dos pacientes apresente esses dois sintomas em conjunto.

As compulsões mais descritas incluem lavagem e limpeza repetitivas, checagem excessiva a fim da necessidade de ter certeza, repetição de ações até que "pareçam corretas", contagem, acumulação, ordenação e rituais mentais, a fim de neutralizar pensamentos indesejados e diminuir a ansiedade. Além disso, a compulsão pode funcionar como uma regra (ex.: colocar fora o sabonete sempre que lavar as mãos). Estudos fatoriais identificam quatro grandes dimensões: contaminação/limpeza; simetria/ordem; dúvida/checagem; e pensamentos proibidos (agressivos, sexuais ou religiosos) (BRAKOULIAS *et al*., 2017). Ressalta-se que nem sempre há correspondência direta entre obsessão e compulsão, podendo ocorrer evitação comportamental ou rituais exclusivamente mentais. Dessa forma, compreende-se que o paciente apresenta um pensamento obsessivo (ex.: as maçanetas estão cheias de germes) seguido de uma compulsão (ex.: lavar as mãos assim que tocar em uma maçaneta) ou uma evitação (ex.: não tocar em nenhuma maçaneta), uma vez que essa conduta do indivíduo serve como uma neutralização à obsessão e uma redução de ansiedade, haja vista que o indivíduo pode apresentar medo irracional de alguma situação ou pensar que se não fizer tal ato, algo ruim irá acontecer. O paciente pode também suprimir um pensamento com o outro, além de que alguns sintomas obsessivos e compulsivos podem se apresentar em pacientes diagnosticados com outro transtorno relacionado no DSM-5-TR, como o transtorno dismórfico corporal, o transtorno de acumulação, a tricotilomania e o transtorno de escoriação, por isso o diagnóstico diferencial é de suma importância.

Apesar do impacto da doença, ela é frequentemente subdiagnosticada ou mal interpretada tanto na atenção primária quanto na psiquiatria, uma vez que seus sintomas são constantemente expressos internamente, e não externamente, e pelo fato de que muitos pacientes manifestam baixa autoestima (sintomas vivenciados com vergonha, constrangimento ou culpa). Nesse sentido, o tempo médio entre o início do TOC e a introdução de um tratamento farmacológico é de quase oito anos. Menos da metade dos pacientes que procuram atendimento clínico recebem terapia específica para TOC e menos de 10% obtêm tratamento baseado em evidências. Por isso, o reconhecimento e a intervenção precoces são necessários para aliviar o sofrimento e o prejuízo do paciente o mais rápido possível. Estudos epidemiológicos sugerem que mais de 50% dos pacientes com TOC

apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico comórbido, mais comumente um transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo maior. Além disso, o transtorno por uso de álcool é mais frequente no TOC do que na população em geral (DEL CASALE *et al*., 2019).

O TOC é uma condição psiquiátrica complexa e multifatorial, cuja etiologia envolve contribuições genéticas, neurobiológicas e fatores ambientais interativos. Estudos de associação genômica de grande porte realizados nos últimos anos reforçam uma componente hereditária substancial no risco de desenvolver TOC, com múltiplos loci genéticos significativos identificados que implicam centenas de variantes de pequena magnitude, distribuídas em regiões que modulam funções sinápticas, plasticidade neural e desenvolvimento cortical e subcortical; estima-se que milhares de variantes comuns expliquem uma fração considerável da hereditariedade do transtorno e que haja sobreposição genética com outras condições psiquiátricas como ansiedade, depressão, anorexia nervosa e transtornos de tiques, refletindo um papel pleiotrópico desses fatores genéticos compartilhados em diferentes fenótipos psiquiátricos. Dados clássicos de estudos familiares e de gêmeos continuam a mostrar uma herdabilidade moderada a alta, com risco significativamente aumentado entre parentes de primeiro grau de indivíduos afetados, especialmente naqueles com início precoce dos sintomas, corroborando a importância de fatores genéticos em conjunto com influências ambientais não partilhadas (STROM *et al*., 2025).

Tratamento

Uma preponderância de evidências apoia o tratamento combinado do TOC com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e técnicas cognitivo-comportamentais, como a EPR (Exposição e Prevenção de Resposta). A maioria dos pacientes apresenta melhora dos sintomas com essas intervenções, isoladamente ou em combinação. No entanto, mesmo quando um tratamento teoricamente apropriado é estabelecido, 40-60% dos pacientes com TOC apresentam sintomas residuais incapacitantes, indicando a necessidade de tratamentos farmacológicos inovadores, diferentes estratégias de potencialização e novas técnicas de tratamento físico (DEL CASALE *et al.,* 2019). Assim, diretrizes clínicas baseadas em evidências de alta qualidade são necessárias para os médicos e devem ser atualizadas regularmente. Ademais, o tratamento deve ser feito de forma multiprofissional.

É necessário considerar diversos fatores na escolha do tratamento inicial. Por exemplo, leva-se em conta a gravidade dos sintomas, a presença de ideação suicida, a presença de comorbidades psiquiátricas ou outros transtornos médicos, o histórico de tratamento, a capacidade e a disposição para participar da TCC/EPR, a disponibilidade da TCC/EPR e a preferência do paciente. Normalmente, para indivíduos com sintomas graves, inicia-se o tratamento com uma abordagem combinada. No entanto, caso a gravidade dos sintomas impedir a participação na terapia, inicia-se com a farmacoterapia, pois esta pode reduzir os sintomas o suficiente para que o indivíduo possa participar da EPR, se necessário. Para indivíduos com ideação ou comportamento suicida, também inicia-se o tratamento com uma abordagem combinada. Para indivíduos com um transtorno psiquiátrico concomitante que geralmente responde ao tratamento com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (por exemplo, depressão maior ou transtorno de ansiedade social), frequentemente inicia-se o tratamento com um ISRS, com ou sem a necessidade de psicoterapia no início. Para àqueles que não responderam anteriormente à TCC ou não tem condições de participar da terapia, é indicado o tratamento inicial farmacológico. Já, para indivíduos com respos-

ta favorável a um determinado medicamento (com ou sem TCC/EPR) no passado, geralmente inicia-se o tratamento com o mesmo medicamento, com ou sem TCC (PHILLIPS, 2025).

Dessa forma, o tratamento psicoterápico mais eficaz para o TOC atualmente consiste na terapia cognitivo-comportamental e na técnica de exposição e prevenção de resposta. Durante a EPR, os pacientes são expostos aos estímulos temidos enquanto praticam a "não" realização de suas compulsões habituais. A TCC visa, então, treinar os pacientes a lidar com suas obsessões de maneiras mais apropriadas. Para o TOC, normalmente consiste em 12 a 14 sessões semanais, com exposição e inibição de resposta como núcleo do tratamento. A terapia de exposição e prevenção de resposta é caracterizada por: 1) identificar, em parceria com o paciente, elementos que promovem obsessões e compulsões e organizá-los em uma hierarquia de desconforto; 2) confrontar tais cenários; e 3) suprimir respostas que reforçam esses elementos. Também, a EPR deve ser personalizada e pode ser estruturada de diversas maneiras (por exemplo, respeitando a hierarquia, sendo intensiva, sendo realizada *in vivo* ou por meio de exposição imaginada, em um centro de saúde ou não) (FOA *et al.*, 2012). Estudos mostraram que, quando os pacientes são expostos a estímulos temidos e convidados a evitar tendências, eles aprendem maneiras alternativas de se relacionar com os eventos, o que inibe as compulsões (paradigma de aprendizagem inibitória).

Embora os sintomas do TOC sejam diversos, essa técnica pode ser aplicada a qualquer tipo de sintoma, incluindo diferentes dimensões sintomáticas (MATHIS *et al.*, 2023). Tal exposição é feita de forma planejada e frequentemente dentro do consultório, com a ajuda de um psicólogo. Com a abstinência da resposta compulsiva (ex.: lavar as mãos) frente ao estímulo ansiogênico (ex.: toque na maçaneta), o paciente não mais realiza uma conduta de fuga, promovendo uma habituação (técnica chamada dessensibilização sistemática), uma vez que passa a perceber tal estímulo não mais como ansiogênico ou perigoso, tendo sua ansiedade diminuída (INTERNATIONAL OCD FOUNDATION, 2026). A técnica se propõe a quebrar o ciclo de obsessão, ansiedade e compulsão. É fundamental entender que condutas muito simples podem ser utilizadas para ajudar o paciente com a supressão do comportamento compulsivo, como anotar quando realizar um ato (ex.: desligar o fogão) para cessar a dúvida obsessiva, ou falar em voz alta tal conduta para que o cérebro entenda que ela foi, ou não, realizada. Além disso, técnicas como o registro de pensamentos da terapia cognitivo-comportamental é eficaz para rastrear e expor distorções cognitivas (BECK, 2021), podendo ser usadas em conjunto com a EPR.

Sobre outras técnicas psicoterapêuticas para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo, pode ser muito útil, em conjunto com a EPR, abordar a psicoeducação (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2022), uma vez que o paciente precisa entender que as compulsões são atos voluntários e estereotipados que visam um determinado fim (ex.: neutralizar uma obsessão). Além disso, pode ser de muito proveito para o paciente entender as características de seu transtorno e diagnóstico, com a finalidade de que ele entenda o porquê de agir de tal maneira. Para lidar com as crenças de perfeccionismo, da superestimação do ego ou da intolerância à incerteza, apresentadas em diversos pacientes, a reestruturação cognitiva pode ser muito útil no tratamento (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011), haja vista que ela se propõe a identificar a crença central do indivíduo (ex.: preciso ser perfeito em tudo), as crenças intermediárias (ex.: se eu não for perfeito em determinada área, vou me sentir um

fracassado) e os pensamentos automáticos (ex.: preciso tirar 10 no trabalho para não falhar), além dos sentimentos e dos comportamentos associados.

Em uma meta-análise de 15 estudos, foi concluído que a integração do tratamento familiar com protocolos de TCC reduziu a gravidade do TOC. Os autores também sugeriram que essa combinação pode ajudar a reduzir a gravidade dos sintomas depressivos e o comprometimento funcional, além de melhorar a satisfação com os relacionamentos pessoais e a saúde mental dos membros da família (MATHIS *et al.*, 2023). É fundamental pontuar que os indivíduos diagnosticados com TOC não apresentam risco para os seus pares, pois não são pacientes com transtorno psicótico, uma vez que um sintoma muito comum, inclusive, é o medo excessivo de fazer mal para alguém devido a algum pensamento ou conduta que não será, de fato, praticada. O que pode acontecer em algum caso específico é o paciente apresentar comorbidade com transtorno delirante ou psicótico, mas o TOC diagnosticado sozinho não coloca os pares do paciente em risco.

Em conjunto com a psicoterapia, a avaliação psicológica pode ser útil para o diagnóstico da gravidade do transtorno apresentado pelo paciente. Tratando de padrão-ouro, a Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*) é considerada a melhor escolha, visto que ela considera a intensidade das obsessões e compulsões, divididas em 10 itens (GOODMAN *et al.*, 1989). O paciente pode ter uma pontuação variando de 0 a 40, à medida que cada item pode ser pontuado de 0 a 4. Os escores são os seguintes: subclínico (0-7), leve (8-15), moderado (16-23), grave (24-31), extremo (32-40). É imprescindível pontuar que, para ser feito o diagnóstico, o profissional deve também fazer avaliação clínica, levando em consideração o contexto e as individualidades do paciente em questão, sendo que o instrumento Y-BOCS pode ser utilizado como um coadjuvante, a fim de avaliar o progresso e a condução do tratamento.

Sobre a farmacoterapia, na escolha do inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), deve-se adotar uma abordagem individualizada, considerando o perfil de efeitos adversos, potenciais interações medicamentosas, histórico de resposta prévia e preferências do paciente. A experiência terapêutica anterior constitui um preditor clínico relevante: quando há resposta satisfatória e boa tolerabilidade a determinado fármaco no passado, recomenda-se, sempre que possível, a reintrodução do mesmo agente. Aspectos metabólicos também devem ser ponderados. Em pacientes com preocupação significativa em relação ao ganho ponderal, pode-se priorizar a fluoxetina, cujo perfil está associado a menor risco de aumento de peso em comparação com outros ISRSs. Por outro lado, a paroxetina tende a apresentar maior associação com ganho ponderal e efeitos anticolinérgicos, devendo ser evitada nesse contexto. Em idosos, a seleção do antidepressivo exige atenção especial às condições clínicas e ao risco cardiovascular. Considerando possíveis repercussões na condução cardíaca, o uso de escitalopram deve ser avaliado com cautela em indivíduos com mais de 65 anos, particularmente na presença de comorbidades cardiovasculares ou uso concomitante de outros fármacos.

Para evitar efeitos colaterais e aumentar a tolerabilidade, o tratamento dos pacientes é iniciado com a menor dose inicial recomendada para cada medicamento (**Tabela 20.1**). Normalmente, a dose é ajustada em intervalos de aproximadamente duas vezes por mês até atingir a dose alvo para o TOC. O teste com a medicação deve ter duração mínima de 12 semanas, com pelo menos seis dessas semanas na dose alvo para TOC. A maioria dos ensaios clínicos com doses fixas de ISRS para TOC constatou que doses mais elevadas levaram a uma maior pro-

babilidade de resposta e/ou a um maior grau médio de melhora, em comparação com doses mais baixas.

Tabela 20.1 Dose inicial e dose alvo da medicação

SSRI	Dose inicial (mg/dia)	Dose alvo (mg/dia)
Fluoxetina	20	80
Sertralina	50	200
Escitalopram	10	30
Fluvoxamina	50	300
Paroxetina	20	60

Fonte: PHILLIPS, 2025.

A resposta ao tratamento é definida como uma diminuição mínima de 35% na pontuação da Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS). A remissão é definida como uma pontuação Y-BOCS ≤12. No entanto, a resposta ao tratamento do TOC tem sido definida de forma variável. Uma melhora de 25 a 35% na Y-BOCS é considerada resposta parcial. A decisão de reduzir gradualmente a farmacoterapia após resposta clínica satisfatória no TOC deve fundamentar-se em avaliação individualizada e multidimensional. Entre os principais fatores considerados estão: magnitude e estabilidade da resposta terapêutica, grau de comprometimento psicossocial residual, histórico de exacerbações após tentativas prévias de descontinuação, gravidade inicial e atual dos sintomas obsessivo-compulsivos, presença e intensidade de comorbidades psiquiátricas, bem como ideação suicida pregressa ou atual. Em pacientes que, embora tenham apresentado resposta ao tratamento farmacológico, mantinham importante prejuízo funcional decorrente do TOC, ou naqueles com histórico documentado de recorrência após redução anterior da medicação, recomenda-se a manutenção do tratamento por período prolongado, frequentemente igual ou superior a três anos, com reavaliações periódicas. Quando a decisão clínica é pela descontinuação, esta deve ocorrer de forma lenta e monitorada. Em geral, orienta-se redução progressiva da dose, em torno de 20% a 25% a cada um ou dois meses, com acompanhamento sistemático para detecção precoce de sinais de recaída. O ajuste do ritmo de redução deve considerar tolerabilidade, tempo de uso prévio e estabilidade clínica, priorizando a segurança e a prevenção de recorrências (PHILLIPS, 2025).

Em indivíduos que apresentam resposta clínica mínima ou ausência de melhora significativa dos sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), bem como naqueles que não toleram adequadamente os efeitos adversos da medicação inicial, recomenda-se a substituição por um segundo inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), preferencialmente com perfil farmacodinâmico e de tolerabilidade distinto. Naqueles que não apresentam resposta clínica satisfatória após, pelo menos, dois ensaios terapêuticos com ISRSs, recomenda-se a introdução da clomipramina como alternativa farmacológica. Em indivíduos que não respondem ou não toleram o tratamento com clomipramina, pode-se experimentar um terceiro ISRS ou a Venlafaxina (PHILLIPS, 2025).

CONCLUSÃO

A bibliografia disponível atualmente sustenta a eficácia do tratamento combinado do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) por meio da associação entre inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e intervenções cognitivo-comportamentais (TCC). Tanto a farmacoterapia quanto a terapia cognitivo-comportamental, especialmente a técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR), demonstram benefícios significativos quando utilizadas isoladamente; contudo, a combinação dessas abordagens tende a potencializar a redução sintomatológica e a melhora funcional. Na prática clínica, a estratégia integrada é frequentemente adotada como primeira linha, sobretudo em quadros de maior gravidade, presença de comorbidades ou resposta parcial à monoterapia. A farmacoterapia atua na modulação neurobiológica dos sintomas obsessivo-compulsivos, enquanto a EPR promove a modificação de padrões comportamentais e cognitivos disfuncionais, favorecendo a habituação à ansiedade e a extinção de respostas compulsivas. Dessa forma, a abordagem combinada oferece um modelo terapêutico abrangente, com impacto tanto na intensidade dos sintomas quanto na prevenção de recaídas a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Diretrizes clínicas na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

BECK, J. S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BRAKOULIAS, V. *et al*. The clinical characteristics of obsessive-compulsive disorder: a multicenter study in Australia. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, v. 51, n. 12, p. 1208–1216, 2017. DOI: https://doi.org/10.1177/0004867417726580.

DEL CASALE, A. *et al*. Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). Current Neuropharmacology, v. 17, n. 8, p. 710–736, 2019. DOI: https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017.

FERREIRA, N. B. *et al*. Cognitive fusion and obsessive–compulsive symptoms: examining the role of psychological inflexibility. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, v. 24, 100498, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100498.

FOA, E. B.; YADIN, E.; LICHNER, T. K. Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: Therapist Guide. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

GOODMAN, W. K. *et al*. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. development, use, and reliability. Archives of General Psychiatry, v. 46, n. 11, p. 1006–1011, 1989. DOI: https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007.

HEZEL, D. M. & SIMPSON, H. B. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. Indian Journal of Psychiatry, v. 61, supl. 1, p. S85–S92, 2019. DOI: https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18.

INTERNATIONAL OCD FOUNDATION. International OCD Foundation. Disponível em: <https://iocdf.org/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

MATHIS, M. A. de *et al*. Diretrizes do Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. Parte II: terapia cognitivo-comportamental. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 45, n. 5, p. 431–447, set. 2023. DOI: https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3271.

MCGUIRE, J. F. *et al*. A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. Depression and Anxiety, v. 32, n. 8, p. 580–593, 2015. DOI: https://doi.org/10.1002/da.22389.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. London: NICE, 2005 (updated 2022).

ÖST, L.-G. *et al*. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. Clinical Psychology Review, v. 40, p. 156–169, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003.

PHILLIPS, K. A. Obsessive-compulsive disorder in adults: treatment overview. Waltham: UpToDate, 2025.

ROH, D.; JANG, K. W.; KIM, C. H. Clinical advances in treatment strategies for obsessive-compulsive disorder in adults. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, v. 21, n. 4, p. 676–685, 2023. DOI: https://doi.org/10.9758/cpn.23.1075.

SONG, Y. *et al*. The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, v. 317, 114861, nov. 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114861.

SOUZA, L. F.; CORDIOLI, A. V.; HELDT, E. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental em transtornos obsessivo-compulsivos. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 44, n. 2, p. 205–214, 2022. DOI: https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-1260.

STEIN, D. J. *et al*. Obsessive-compulsive disorder. Nature Reviews Disease Primers, v. 5, n. 52, 2019. DOI: https://doi.org/10.1038/s41572-019-0125-3.

STROM, N. I.; GERRING, Z. F.; GALIMBERTI, M. *et al*. Genome-wide analyses identify 30 loci associated with obsessive–compulsive disorder. Nature Genetics, v. 57, p. 1389–1401, 2025. DOI: https://doi.org/10.1038/s41588-025-02189-z.

WHEATON, M. G. *et al*. Neurocognitive performance in obsessive-compulsive disorder before and after treatment with cognitive behavioral therapy. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, v. 87, 102019, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2025.102019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geneva: WHO, 2019.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 21

ENFERMAGEM NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ALLICE NASCIMENTO DE OLIVEIRA[1]
ANA CLARA CUNHA BARBOSA[1]
ANA VITÓRIA SOARES CARVALHO[1]
BRUNNA RAFAELA BRITO SILVA[1]
DEILANE RAQUEL DA SILVA SOUSA[1]
GABRIEL DE OLIVEIRA[1]
MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA LIMA[1]
MARIA EDUARDA SILVA SOUSA[1]
MYLLENA DE FARIAS OLIVEIRA[1]
MYRELLY DA SILVA GOMES[1]
NATANA ANTONELLY DE MELO CARDOSO[1]
PEDRO IGOR SILVA PORTELA[1]
TIAGO FERREIRA GUIMARÃES[1]
VANESSA DOS SANTOS COSTA[1]
ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA[2]

[1]Discente - Enfermagem Da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil.
[2]Docente – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

Palavras-Chave: *Enfermagem; Esquizofrenia Paranoide; Saúde Mental.*

DOI: 10.59290/0120822602

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral, que a saúde mental tem sido considerada como um grave problema de sáude pública brasileira, com indicadores que ultrapassam doenças, como o câncer, sendo necessário políticas públicas mais robustas, que sejam consolidadas e efetivadas na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011). Entre os transtornos mentais graves, a esquizofrenia paranoide destaca-se por seu curso crônico e pela presença de sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, os quais impactam significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Diante da complexidade clínica e psicossocial da esquizofrenia paranóide, a atuação da enfermagem na perspectiva da integralidade do cuidado torna-se fundamental, envolvendo acolhimento, manejo terapêutico, planejamento assistencial e fortalecimento do vínculo com o paciente e a família (SILVA *et al.*, 2018).

A esquizofrenia paranóide é denominada como uma psicose crônica idiopática, caracterizada por uma desorganização profunda do pensamento e da percepção, sendo historicamente distinguida pela predominância de sintomas produtivos, como delírios persecutórios e alucinações auditivas (MORAIS *et al.*, 2021). Embora a Associação Psiquiátrica Americana, por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), tenha extinguido os subtipos formais da esquizofrenia devido à sua baixa validade diagnóstica longitudinal, a apresentação paranoide permanece como o fenótipo clínico mais frequente na prática cotidiana (ARAÚJO & NETO, 2014). Epidemiologicamente, a condição afeta aproximadamente 1% da população global e manifesta-se tipicamente no final da adolescência ou início da vida adulta, exigindo detecção precoce para a mitigação do declínio social e ocupacional (HANY & RIZVI, 2024).

No âmbito neurobiológico, a fisiopatologia do transtorno é explicada por uma desregulação regional complexa de neurotransmissores, onde a hiperatividade na via mesolímbica sustenta os delírios, enquanto a hipofunção na via mesocortical correlaciona-se aos déficits cognitivos e sintomas negativos (HANY & RIZVI, 2024). Além disso, pesquisas recentes indicam que a esquizofrenia está associada a elevadas taxas de incapacidade funcional e redução significativa da expectativa de vida, frequentemente relacionadas à presença de comorbidades clínicas, maior vulnerabilidade socioeconômica e dificuldades no acesso e na continuidade do tratamento em saúde mental (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022).

Diante dessa complexidade, o papel do emfermeiro torna-se fundamental no cuidado, pois sua atuação direciona-se tanto para a identificação dos sinais e sintomas quanto para a avaliação das necessidades individuais e promoção da adesão ao tratamento (SILVA, 2021). A assistência de enfermagem deve ser pautada em práticas humanizadas, comunicação terapêutica e no fortalecimento do vínculo entre o profissional, o paciente e sua família, visando a reabilitação psicossocial e a melhora da qualidade de vida (SOUZA & GUSMÃO, 2017).

Para além dos aspectos clínicos previamente abordados, a esquizofrenia do tipo paranoide demanda acompanhamento multiprofissional, contínuo e centrado nas necessidades do indivíduo, pautado nos princípios da integralidade, da humanização e da reabilitação psicossocial, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Tal abordagem visa não apenas o manejo dos sintomas, mas também à promoção da autonomia e à reinserção social do indivíduo. Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel estratégico por meio da escuta terapêutica, do estabelecimento de vínculo e da implemen-

tação de estratégias que estimulem a adesão ao tratamento e a reintegração social, conforme preconizam as diretrizes da atenção psicossocial no âmbito do SUS (BRASIL, 2011; WHO, 2022). Diante disso, o presente estudo teve como objetivo descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem na assistência a um paciente com esquizofrenia do tipo paranoide, destacando as contribuições dessa vivência para o aprimoramento da formação profissional e para a qualificação do cuidado em saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, acerca da assistência de enfermagem prestada por discentes do curso Bacharelado em Enfermagem a um paciente diagnosticado com esquizofrenia do tipo paranoide. A vivência ocorreu durante as aulas práticas da disciplina Enfermagem em Saúde Mental, realizadas no segundo semestre de 2025, sob supervisão da docente responsável.

As atividades foram desenvolvidas em um hospital psiquiátrico localizado na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí. A coleta de dados deu-se por meio da análise do prontuário do paciente e da realização de entrevistas conduzidas durante os encontros na área de convivência da instituição. Todo o processo respeitou os princípios éticos que regem a pesquisa e a assistência em saúde, assegurando o anonimato do paciente e das instituições envolvidas.

As principais ações assistenciais desenvolvidas pelas discentes incluíram a realização de entrevistas com preenchimento do instrumento de Semiologia Psiquiátrica disponibilizado pela disciplina, aferição de sinais vitais e avaliação sistemática do Exame do Estado Mental em cada encontro, com a finalidade de acompanhar a evolução clínica do paciente. Ao término da disciplina, foi elaborado um plano assistencial de cuidados de enfermagem fundamentado nas taxonomias NANDA, NIC e NOC, contemplando diagnósticos de enfermagem, intervenções propostas e resultados esperados.

Paralelamente ao relato prático, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com busca nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), por meio do portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de consulta a livros científicos pertinentes à temática. Foram utilizados os seguintes descritores: esquizofrenia; centro de atenção psicossocial; reforma psiquiátrica; e rede de apoio.

Como critérios de inclusão, consideraram-se artigos publicados nos últimos 20 anos, disponíveis na íntegra, redigidos em português ou inglês e que abordassem diretamente a temática proposta. Foram excluídos artigos duplicados, aqueles que não contemplavam diretamente o objeto do estudo e os que não atendiam aos demais critérios estabelecidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cuidados de enfermagem ao paciente diagnosticado com esquizofrenia paranoide e institucionalizado no Hospital Psiquiátrico, possibilitou uma compreensão mais aprofundada da complexidade do cuidado em saúde mental. Com histórico de internação psiquiátrica prolongada e admissão compulsória, o paciente apresentava, em períodos anteriores, alucinações auditivas de caráter imperativo e delírios persecutórios, manifestações clínicas compatíveis com a descrição diagnóstica da esquizofrenia, caracterizada por alterações no pensamento, na percepção e no comportamento, com prejuízo funcional significativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ao longo das visitas e interações estabelecidas, evidenciou-se *insight* preservado acerca de sua condição, reconhecendo a necessidade de tratamento contínuo e acompanhamento especializado. O paciente mantinha boa adesão ao regime medicamentoso, participava das atividades terapêuticas propostas e encontrava-se em processo de desinstitucionalização com acompanhamento pelo CAPS II. Tal cenário refletia controle satisfatório dos sintomas psicóticos e manutenção da autonomia funcional, evidenciando a importância do seguimento terapêutico regular para a estabilidade do quadro clínico. No caso acompanhado, observou-se que o cuidado não se limitava ao controle dos sintomas psicóticos, mas envolvia múltiplas dimensões. Do ponto de vista biológico, exigia uso regular de antipsicóticos e monitoramento contínuo do estado mental; na dimensão psicológica, demandava escuta terapêutica, monitoramento de possíveis recorrências alucinatórias e fortalecimento do insight; e, no âmbito social, implicava atenção ao histórico de institucionalização prolongada, aos vínculos fragilizados e ao processo de desinstitucionalização com acompanhamento pelo CAPS II. Tal complexidade evidencia que a assistência em saúde mental deve ser longitudinal, humanizada e multiprofissional, considerando o paciente em sua integralidade.

A esquizofrenia é compreendida como um transtorno mental crônico caracterizado por alterações significativas na percepção da realidade, manifestando-se por delírios, alucinações, pensamento desorganizado e prejuízos no funcionamento social e ocupacional. Na apresentação paranoide, observam-se com maior frequência delírios persecutórios e alucinações auditivas, muitas vezes com conteúdo ameaçador ou imperativo, que podem desencadear sofrimento psíquico intenso e comportamentos auto lesivos (MERCK, 2025).

O tratamento da esquizofrenia fundamenta-se no uso contínuo de antipsicóticos associado a intervenções psicossociais e suporte familiar, sendo a adesão terapêutica elemento central para redução de recaídas e reinternações. Nesse contexto, a estabilidade clínica associada ao *insight* preservado configura importante fator protetivo, pois favorece o engajamento no tratamento e fortalece o vínculo com a equipe de saúde, contribuindo para a manutenção do equilíbrio psíquico e para a reinserção social progressiva (MERCK, 2025).

A adesão ao tratamento constitui um elemento fundamental para a melhora da condição clínica do paciente, especialmente no contexto das doenças crônicas. Nos transtornos psiquiátricos crônicos, essa adesão assume importância ainda maior, uma vez que o uso adequado da terapêutica medicamentosa, associado ao acompanhamento multiprofissional, é determinante para a redução dos sintomas, alcance da estabilidade clínica e manutenção da autonomia funcional (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008).

O paciente em estudo apresenta transtorno psiquiátrico crônico e faz uso regular de Risperidona 1 mg, administrada a cada 12 horas, Paroxetina 20 mg, uma vez ao dia no período da manhã e Diazepam 5 mg, uma vez ao dia no período noturno, ambos por via oral. O esquema terapêutico instituído tem se mostrado eficaz, visto que o paciente atualmente nega a presença de delírios e alucinações, demonstrando estabilidade clínica e boa resposta ao tratamento medicamentoso proposto. Entretanto, a interrupção do tratamento medicamentoso pode desencadear novas crises, exigir reajustes com doses mais elevadas e, em muitos casos, culminar em reinternações psiquiátricas. Tal situação já foi vivenciada pelo paciente, que anteriormente realizava acompanhamento em serviço especializado, mas, após mudança de cidade, deixou de dar continuidade ao cuidado, o que contribuiu para a descompensação do quadro clínico, ou

seja, sua reinternação (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008).

Nesse contexto, a educação em saúde desempenha papel essencial na promoção da adesão ao tratamento. Ao desmistificar o transtorno mental, reduzir estigmas e ampliar o entendimento acerca da doença, dos benefícios da terapêutica e dos cuidados necessários fora do ambiente hospitalar, favorece-se a manutenção da qualidade de vida. Ressalta-se que a eficácia do processo educativo está diretamente relacionada a uma assistência humanizada, individualizada e centrada nas necessidades do paciente (ZHANG *et al*., 2026).

Durante a coleta de dados, observou-se que o paciente apresentava insight preservado, demonstrando compreensão adequada acerca de sua condição clínica, da importância do tratamento e do impacto desse cuidado para sua reinserção familiar e social. Esse fator representa um aspecto positivo para a continuidade terapêutica, contribuindo para a manutenção da estabilidade clínica (SENOO-DOGBEY *et al.,* 2026). Todavia, para que essa estabilidade seja sustentada, faz-se indispensável o acompanhamento contínuo, visto que qualquer interrupção ou negligência no tratamento pode resultar em perda de autonomia e maior dependência da rede de apoio, em caso de ausência de apoio psicossocial e familiar, pode resultar diversas internações e não evolução do tratamento (MOREIRA; MEZZASALMA; JULIBONI, 2008).

No que se refere à rede de apoio, o paciente conta principalmente com o suporte de uma prima, que mantém contato frequente e oferece apoio emocional e social, além de atuar ativamente nos trâmites legais relacionados à aposentadoria e à guarda judicial. Esse suporte configura-se como importante componente terapêutico, funcionando como fator motivador para a adesão ao tratamento e para a perspectiva de reinserção no convívio familiar (BRUSAMARELLO *et al*., 2011).

Quanto às demais relações interpessoais, o paciente relatou manter bom relacionamento com outros internos e participantes de práticas interativas, como as atividades realizadas no CAPS II; contudo, não os considera amigos próximos. Assim, evidencia-se que a presença de uma rede de apoio, ainda que não extensa, mas funcional, é essencial para o cuidado e para a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar. Essa rede contribui para a promoção da saúde, prevenção de recaídas, fortalecimento da autonomia e melhoria da qualidade de vida, especialmente em pessoas com transtornos mentais e seus familiares (BRUSAMARELLO *et al*., 2011).

O processo de institucionalização, que foi a base do modelo manicomial, no qual o sujeito em sofrimento psíquico permanece por longos períodos sob internação psiquiátrica e afastado do convívio social, pode ser observado no caso analisado, já que o paciente passa por um período de internação que ultrapassa 700 dias. Esse longo tempo de permanência em uma clínica psiquiátrica traz impactos negativos para a vida cotidiana desse indivíduo, pois limita sua autonomia, enfraquece seus vínculos familiares e sociais e o torna cada vez mais dependente do ambiente hospitalar. As instituições psiquiátricas, durante o tratamento dos internos, muitas vezes acabam reprimindo a subjetividade dos indivíduos, transformando-os em sujeitos destituídos de cidadania e reduzindo-os apenas à condição de sofrimento mental. Dessa forma, a internação psiquiátrica, quando utilizada como principal recurso terapêutico, pode representar um risco ao potencial de reinserção desses pacientes no convívio social e à superação dos estigmas enfrentados por eles (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, a desinstitucionalização, que foi um dos pilares da Reforma Psiquiátrica, torna-se essencial para a reintegração desses indivíduos à sociedade, reforçando a importância

de oferecer suporte para que possam reconstruir sua vida fora do ambiente hospitalar. Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira não se limita apenas à redução dos leitos de internação, mas envolve também uma mudança no foco do cuidado, que deixa de estar centrado somente na doença e passa a considerar a garantia de direitos e o fortalecimento dos vínculos comunitários. Isso ocorre, por exemplo, com a inserção desses pacientes em atividades no CAPS, garantindo a continuidade do cuidado fora do hospital (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2001).

No entanto, esse processo ainda enfrenta dificuldades, especialmente devido ao estigma social e à fragilidade das redes de apoio. No caso analisado, observa-se que o suporte oferecido ao paciente se restringe principalmente à figura da prima, o que pode limitar uma reintegração mais efetiva ao convívio social. Isso ocorre porque o apoio familiar e comunitário constitui um elemento fundamental para a estabilidade clínica durante a internação e para a continuidade do cuidado em liberdade, favorecendo maior adesão ao tratamento e reduzindo o risco de recaídas (MACÊDO *et al.,* 2013).

Além disso, é possível perceber que os cuidados ao paciente vão além do acompanhamento médico e do tratamento medicamentoso. Ele participa também de fisioterapia, de atividades terapêuticas no CAPS II e de práticas integrativas de valor comunitário e espiritual. Essas estratégias favorecem o fortalecimento dos vínculos sociais, a expressão de sua autonomia e a melhoria do seu bem-estar, mesmo dentro do ambiente hospitalar (MORAES *et al.,* 2021).

Intervenções voltadas à participação social do paciente, junto à interação entre paciente, família e serviços comunitários, influenciam diretamente na adesão ao tratamento e na estabilidade clínica, mostrando-se eficazes como estratégia de reabilitação psicossocial. Dessa forma, o acompanhamento multiprofissional e os serviços comunitários representam estratégias centrais no processo de desinstitucionalização, já que, embora o longo tempo de internação traga riscos relacionados à dependência hospitalar e ao isolamento social, essas intervenções ajudam a garantir um cuidado mais humanizado e em liberdade (OLIVEIRA *et al.,* 2014).

A partir da análise dos dados coletados e da fundamentação teórica pertinente ao quadro clínico do paciente, foi elaborado pelos discentes um planejamento de cuidado de acordo com o processo de enfermagem (**Tabela 21.1)**, com foco em intervenções educativas e de fortalecimento de vínculo do paciente.

Conforme destaca a Organização Mundial da Saúde (2021), o fortalecimento das redes de apoio e do cuidado comunitário constitui elemento central para a recuperação e inclusão social de pessoas com transtornos mentais graves. Nesse sentido, observou-se que o paciente apresenta rede de apoio restrita, composta predominantemente pela prima, bem como significativa dependência do suporte institucional em decorrência da internação prolongada e do acompanhamento multiprofissional contínuo. Foi possível observar, ainda, histórico de tentativa de suicídio associado a alucinações auditivas, aspecto que amplia a vulnerabilidade clínica e psicossocial.

Esses achados indicam fragilidades relevantes para o processo de reinserção social, uma vez que a limitação dos vínculos comunitários, aliada à permanência em ambiente institucional, tende a reduzir a autonomia e a participação social. Soma-se a esse cenário o estigma relacionado à esquizofrenia e as barreiras estruturais de acesso ao trabalho e à convivência comunitária, fatores que podem perpetuar a dependência do cuidado formal. Nesse contexto, torna-se fundamental investir em estratégias de reabilitação psicossocial, no fortalecimento da

rede de apoio e na articulação com serviços substitutivos, visando promover maior autonomia, qualidade de vida e reintegração social gradual do paciente (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006; HASAN *et al*., 2012).

Tabela 21.1 Planejamento do Processo de Enfermagem elaborado pelos estudantes. Teresina, Piauí, Brasil, 2025

Diagnóstico 1 (NANDA)	**Disposição para autogestão da saúde melhorada (Domínio 1 Classe 2 Código: 00162)**
Intervenção 1 (NIC): Ensino (5602)	Explicar de forma acessível o que é a esquizofrenia; Orientar como os medicamentos atuam no controle dos sintomas; Esclarecer dúvidas sobre evolução e manejo da doença.
Intervenção 1.1 (NIC): Melhora da Autocompetência (5395)	Estimular participação em atividades terapêuticas e ocupacionais; Incentivar o autocuidado e a responsabilização pelo tratamento; Reforçar comportamentos de enfrentamento positivos.
Resultados esperados 1 (NOC): Conhecimento: Regime de Tratamento (1813)	Justifica a importância do tratamento; Demonstra responsabilidades relacionadas ao tratamento contínuo; Relata efeitos esperados da medicação; Descreve corretamente o regime medicamentoso; Reconhece atividades prescritas e sua importância terapêutica; Identifica a importância dos exercícios prescritos; Reconhece os benefícios do controle da doença e da adesão ao tratamento.
Diagnóstico 2 (NANDA)	**Apoio social insuficiente (Domínio 7 Classe 3 Código: 00052)**
Intervenção 2 (NIC): Apoio Emocional (5270)	Oferecer presença terapêutica; Demonstrar empatia e validação; Reduzir sentimentos de abandono ou isolamento.
Intervenção 2.1 (NIC): Melhora do Sistema de Apoio (5440)	Identificar rede de apoio disponível; Incentivar aproximação familiar; Facilitar contato com recursos comunitários.
Resultados esperados 2 (NOC): Suporte Social (1504)	Desejo de convocar os outros para ajudar; Assistência oferecida pelos outros; Assistência emocional oferecida pelos outros; Relações de confiança; Pessoas que podem ajudar na medida da necessidade; Rede social de assistência; Contatos sociais de apoio; Rede social estável.

Fonte: NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2024-2026; NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem, 8ª edição; NOC- Classificação dos resultados de Enfermagem, 7ª edição.

O paciente demonstrou autonomia nas atividades diárias básicas e comprometimento com o tratamento, frequentando o CAPS II periodicamente e com boa adesão ao tratamento farmacológico. Também houve comunicação de forma adequada com os discentes e com outros pacientes, relatou interesse por literatura e que o hospital psiquiátrico não tinha um acervo de livros para os pacientes, impossibilitando essa atividade. Além disso, o paciente relatou que recebia visitas semanais de um familiar, manifestando satisfação. Desse modo, o apoio psicossocial e familiar é imprescindível para um tratamento eficaz, a realização de atividades, como a literatura, que estimulam o raciocínio crítico e interpretação, são importantes para o exercício cognitivo, junto com o acolhi-

mento humanizado fornecem o ambiente adequado para um prognóstico positivo.

Portanto, no processo de cuidado do paciente com esquizofrenia paranoide, é imprescindível o exercício da humanização, compreendendo as singularidades de cada indivíduo de forma ética e respeitosa, influenciando para que a rede de apoio do paciente se fortaleça e o ambiente torne-se acolhedor. Não obstante, é necessário que o paciente seja ativo em todo o processo de tratamento, sentindo-se apoiado e compreendido, promovendo assim a sua autonomia. Por fim, a luta contra a estigmatização também é de vital importância, pois o medo de interações sociais negativas, além de diminuir a autoestima do paciente, impedem a reintrodução social e adesão ao tratamento. A enfermagem deve sempre assegurar a dignidade e escuta ativa dos pacientes, promovendo cuidado com profissionais capacitados.

CONCLUSÃO

A partir da experiência relatada, foi possível compreender a complexidade do cuidado à pessoa com esquizofrenia do tipo paranoide, sobretudo diante da vivência de institucionalização prolongada e do processo de desinstitucionalização na Rede de Atenção Psicossocial. Constatou-se que o tratamento vai além do manejo medicamentoso dos sintomas psicóticos, demandando uma abordagem integral, contínua e centrada nas necessidades singulares do indivíduo, com ênfase na promoção da autonomia, no fortalecimento dos vínculos e na reinserção social.

Além disso, evidenciou-se que a atuação da enfermagem assume papel estratégico na consolidação desse cuidado, ao promover escuta qualificada, educação em saúde e fortalecimento da rede de apoio, elementos essenciais para a manutenção da estabilidade clínica e prevenção de recaídas. Nesse cenário, a valorização da dignidade, da autonomia e da participação ativa do paciente no processo terapêutico configura-se como fundamento para um cuidado em liberdade, ético e comprometido com a inclusão social e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Á. C. & NETO, F. L. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, São Paulo, vol. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. DOI: https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRUSAMARELLO, T. *et al*. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. Texto & Contexto – Enfermagem (Online), Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 3340, 2011.

GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2019. The Lancet Psychiatry, v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext. Acesso em: 20 fev. 2026.

HANY, M. & RIZVI, A. Schizophrenia. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

HASAN, A. *et al*. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia. The World Journal of Biological Psychiatry, v. 13, n. 5, p. 318–378, 2012. DOI: https://doi.org/10.3109/15622975.2012.696143.

LUSSI, I. A. DE O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 448–456, jun. 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300021.

MACÊDO, D. S. *et al*. Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: estudo exploratório. Estudos de Psicologia (Natal), v. 18, n. 3, p. 429–437, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400012.

MORAES, R. C. C. *et al*. Efetividade de intervenções voltadas à participação social em pessoas com esquizofrenia: revisão sistemática. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 29, e3299, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR252332993.

MORAIS, A. *et al*. Paranoid Schizophrenia: A Review of Current Literature. World Journal of Modern Research and Development, v. 17, 2021.

MOREIRA, C. S.; MEZZASALMA, M. A.; JULIBONI, R. V. Esquizofrenia Paranóide: Relato de Caso e Revisão da Leitura. Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos, v. 3, n. 2, p. 29–32, 1 dez. 2008. DOI: https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.140.vol.3.n2.2008.

MOREIRA, C. S.; MEZZASALMA, M. A.; JULIBONI, R. V. Esquizofrenia paranóide: relato de caso e revisão da literatura. Revista Científica da FMC, Campos dos Goytacazes, v. 3, n. 2, p. 29–32, 2008.

MSD MANUALS. Esquizofrenia. In: Manual MSD – Versão para o público geral. Kenilworth: Merck Sharp & Dohme LLC, 2025. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia.

OLIVEIRA, R. M.; FACINA, P. C. B. R.; SIQUEIRA JÚNIOR, A. C. A realidade do viver com esquizofrenia. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 2, p. 309–316, abr. 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017.

OLIVEIRA, S. V. *et al*. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa? Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, n. 4, p. 362–368, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600002.

SENOO-DOGBEY, V. E. *et al.* PEP-Hep: a cluster randomised controlled trial of a prison education programme to improve hepatitis B and C testing uptake and treatment initiation in Ghana – a study protocol. BMJ Open, Londres, v. 16, n. 1, e114815, 22 jan. 2026. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-114815.

SILVA, B. E. A. Papel do enfermeiro na assistência ao paciente com esquizofrenia. Research, Society and Development, v. 10, n. 16, e258101623918, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23918.

SOUZA, J. M. & GUSMÃO, L. D'O. Assistência de Enfermagem ao Paciente portador de Esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. ID on line Revista de Psicologia, v. 11, n. 38, p. 371-384, nov. 2017. DOI: https://doi.org/10.14295/idonline.v11i38.934.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Schizophrenia. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia. Acesso em: 20 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health action plan 2013–2030. Geneva: WHO, 2021.

ZHANG, L. *et al*. O impacto de intervenções estabelecidas no “cuidado contínuo de enfermagem sob o modelo de Internet mais Educação em Saúde” na prontidão das famílias com bebês prematuros para a alta hospitalar e no ambiente de cuidados domiciliares. Medicine, v. 105, n. 1, e46457, 2 jan. 2026. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000046457.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 22

DIFERENCIAÇÃO CLÍNICA ENTRE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E TRANSTORNO BIPOLAR:EVIDÊNCIAS ATUAIS E ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS

DARIELY BINTTENCOURT NETTO[1]
KAMILLY GARCIA VIEIRA[2]

[1]*Discente – Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade Franciscana.*

Palavras-Chave: *Transtorno de Personalidade Borderline; Transtorno Bipolar; Diferenciação.*

DOI: 10.59290/2265200522

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Dados atuais estimam que a prevalência mundial do transtorno bipolar (TB) é de 2,4%, enquanto a do transtorno de personalidade borderline (TPB) foi estimado em 2,7% (ABREU *et al*., 2025). Contudo, a diferenciação diagnóstica entre esses distúrbios é um desafio diário para os psiquiatras pois, apesar de existir uma clara distinção na teoria, na prática clínica a delimitação é desafiadora, afinal, não estão estabelecidos a fase prodômica do transtorno bipolar e padrões iniciais associados ao transtorno de personalidade borderline nas classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; Associação Psiquiatrica Americana, 2013) e na Classificação Internacional de Doenças (CID; Organização Munidal da Saúde, 2015). Ambos transtornos apresentam uma instabilidade nas manifestações clínicas e uma sobreposição sintomática imensa, abrangindo sinais como disforia, labilidade afetiva e impulsividade (ABREU *et al*., 2025). Além disso, a alta incidência de comorbidade entre o TPB e o TB e alterações neurobiológicas semelhantes instensificam a complexidade da distinção clínica (TORALES & NAVARRO, 2019).

Tais entraves são de grande relevância no contexto médico, pois o reconhecimento adequado dos sintomas deve ser suficiente para evitar subdiagnósticos, superdiagnósticos ou erros diagnósticos, que podem levar a agravos clinicos, internações desnecessária e tratamento incorreto (ABREU *et al*., 2025; TORALES & NAVARRO, 2019). Acrescenta-se que as abordagens terapeuticas para cada transtorno diferem substancialmente: enquanto o transtorno bipolar responde a estabilizadores de humor, o transtorno de personalidade borderline requer intervenções psicoterápicas intensivas (FARIA *et al*., 2025).

O objetivo deste estudo foi esclarecer as dferenças clínicas entre o transtorno bipolar e o transtorno de personalidade borderlina, sanando a importância desse reconhecimento para um diagnóstico preciso e um tratamento adequado. Visa também trazer evidências a respeito da caracterização, tanto sintomática quanto neurobiológica, dos distúrbios e dados sobre incidências e comorbidades facilitando a identificação de armadilhas diagnósticas e possíveis implicações na prática clínica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de dezembro de 2025 até fevereiro de 2026 por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e Portal Periódicos CAPES. Foram utilizados os descritores em inglês: *bipolar disorder* AND *borderline personality disorder*. A estratégia de busca utilizou operadores booleanos (AND/OR) para ampliação da sensibilidade e especificidade. Desta busca foram encontrados 47 artigos com a aplicação do recorte temporal (2019 a 2025), posteriormente submetidos aos critérios de elegibilidade.

Os critérios de inclusão compreenderam: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2019 a 2025 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo originais observacionais, revisões, meta-análises e relato de caso, disponibilizados na íntegra e que abordassem a temática de diferenciação clínica entre transtorno de personalidade borderline e transtorno bipolat. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção permaneceram 11 artigos, que foram submetidos à leitura mi-

nuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em categorias temáticas relacionadas às dificuldades no diagnóstico diferencial do transtorno de personalidade borderline e transtorno bipolar, contemplando aspectos como sobreposição de sintomas, limitações dos instrumentos de avaliação e desafios clínicos no processo diagnóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de serem definidas como psicopatologias distintas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 e pela Organização Mundial da Saúde na Classificação Internacional de Doenças (CID), a diferenciação clínica entre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e o Transtorno Bipolar (TB) constitui um desafio na prática médica, em virtude da sobreposição sintomática, da instabilidade das apresentações clínicas e alta taxa de comorbidade entre os transtornos (ABREU *et al*., 2025; TORALES & NAVARRO, 2019). A sobreposição sintomática devido à presença de traços como instabilidade afetiva, impulsividade e episódios de disforia em ambos transtornos, o que leva alguns autores a sugerirem que o TPB possa integrar um espectro relacionado ao transtorno bipolar (ABREU *et al*., 2025). Outros achados clínicos semelhantes aos dois quadros são comprometimento grave das relações interpessoais, irritabilidade, baixa capacidade de foco e tendências suicidas (FARIA *et al*., 2025).

Além disso, a associação dessas patologias a altas taxas de suicídio, além de dificultar a diferenciação, amplia o risco da demora diagnóstica, uma vez que paciente com TB apresentam um risco de suicídio 20 a 30 vezes maior que a população em geral, enquanto pacientes com TPB apresentam uma taxa de risco de 8%. Contudo, embora exista essa intersecção, a manifestação dessas características ocorre de maneira diferente (DURDURAK *et al*., 2022).

Somado a isso, alterações neurobiológicas no sistema límbico, na conectividade frontolímbica e nos sistemas serotonérgicos e dopaminérgicos estão concomitantemente presente nos transtornos de personalidade borderline e bipolar (TORALES & NAVARRO, 2019). Estudos indicam que, no TPB, a instabilidade emocional, especialmente a impulsividade e a intensidade afetiva, pode estar relacionadas a uma hiperativação da amígdala a estímulos emocionais, paralelamente à redução da atividade do córtex pré-frontal dorsolateral (TORALES & NAVARRO, 2019). Além disso, há uma possível relação entre a instabilidade emocional e sinais de perfil inflamatório alterado e disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) encontrados em pacientes com TPB (FARIA *et al*., 2025).

O transtorno bipolar, em geral, apresenta episódios de humor exaltado ou depressivo que se intercalam com momentos de eutimia, aparecem comumente no final da adolescência ou início da vida adulta, a duração desses períodos pode variar de semanas a meses e é habitual que que a depressão domine a evolução clínica (TORALES & NAVARRO, 2019). Além disso, o TB é dividido em três principais subtipos: TB tipo I, TB tipo II e TB do tipo ciclagem rápida.

No TB tipo I é notável a existência de dois períodos, sendo um demarcado por sinais depressivos e o outro por sinais de normalidade, acompanhados de, pelo menos, um episódio de mania bem caracterizada, podendo incluir também sintomas psicóticos. No TB tipo II além de apresentar os períodos depressivos e de normalidade, apresenta também episódios de hipomania. E, por fim, o TB do tipo ciclagem rápida apresenta como critério diagnóstico a ocorrência de, pelo menos, quatro episódios de depressão e hipomania ou mania durante 12 meses.

Conforme esses critérios, o período depressivo deve-se caracterizar por baixo humor e energia durante duas semanas, enquanto a mania apresenta humor expansivo, energia elevada, diminuição da necessidade de sono, aumento da atividade voltada a metas e engajamento em comportamentos de risco, por quatro a seis dias. A hipomania é caracterizada por possuir menor intensidade e duração quando comparada a mania (ABREU *et al*., 2025; FARIA *et al*., 2025).

Atualmente, estudos indicam que o funcionamento de regiões encefálicas como córtex pre-frontal e hipocampo possuem alterações significativas em pacientes com TB, o que explica a falta de controle emocional. Tais diferenças funcionais associadas a fatores genéticos participantes da neuroplasticidade e a experiências e ambiente pessoais explicam as diferentes manifestações em pacientes com TB (FARIA *et al*., 2025).

O transtorno de personalidade borderline é marcado por instabilidade emocional bem definida, que afeta também a autoimagem e relacionamentos interpessoais, de curta duração, apresentados em um ciclo: sentimento de vazio, raiva desproporcional, remorso e culpa. A intensidade e a constante mudança no curso emocional levam a impulsividade, outra característica essencial do TPB além do medo constante de abandono real ou imaginário, que, acompanhado por esse descontrole comportamental, resulta em crises relacionais constantes. Somado a isso, é habitual a ocorrência de comportamentos suicidas (FARIA *et al*., 2025).

Tendo isso em vista, sabe-se que o TPB sofre influências genéticas, onde estimativas afirmam que essa possui uma taxa de herdabilidade de 60%, de traumas precoces, abusos físicos, sexuais e negligência emocional (FARIA *et al*., 2025).

No processo de diferenciação entre os dois diagnósticos, é fundamental atentar-se aos padrões temporais e qualitativos dessas flutuações humorais, afinal, o TB inclui fases de humor elevado com duração de dias, enquanto no TPB essas são breves, intensas e ligadas a fatores relacionais (ABREU *et al*., 2025). Ademais, a tendência de pacientes com TB tipo II de apresentar sintomas mais tardiamente, no final da adolescência ou na vida adulta e com curso de agravo gradual, os difere dos que possuem TBP, afinal, esses apresentam traços intensos desde a adolescência com tendência à atenuação dos critérios diagnósticos durante a vida adulta (FARIA *et al*., 2025).

Outro traço diferencial entre os diagnósticos é a capacidade de compreensão sobre os estados mentais próprios e alheios, comprometida no TPB e preservadas durante os períodos de remissão no TB, fator que explica a maior dificuldade de pacientes com TPB em construir relacionamentos, enquanto pacientes com TB conseguem reconstruir os laços com mais estabilidade (FARIA *et al*., 2025).

De forma complementar, nota-se que pessoas diagnosticadas com TPB apresentam impulsividade persistente e principal fator associado às experiências sociais negativas, e nos pacientes TB a impulsividade é episódica, se destacando nos estados hipomaníacos (FARIA *et al*., 2025).

Outrossim, visando facilitar a distinção entre os distúrbios, o DSM-5 sugere que os sintomas que representam um momento clínico delimitado e atípico para a personalidade do indivíduo são elementos essenciais para o diagnóstico de transtorno bipolar. Em contrapartida, recomenda-se que não conclua o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline caso o paciente esteja em situação emocional não tratada e não tenha histórico que inclua outras crises ou indique situações traumáticas precoce que o apoie (ABREU *et al*., 2025).

Ademais, deve-se destacar que a distinção diagnóstica entre pacientes TPB e TB tipo I pode ocorrer de uma forma mais simples devido a presença de episódios maníacos graves e com sintomas psicóticos no TB-I. Porém, com os pacientes TB-II a identificação da condição é menos precisa, já que ambos possuem características comuns como impulsividade e desregulação emocional e não apresentam sinais psicóticos (ABREU *et al*., 2025).

Outro aspecto relevante na diferenciação clínica é a alta taxa de comorbidade entre o TB e o TPB, o que contribui para a formação de mais armadilhas diagnósticas na prática psiquiátrica. Pesquisas afirmam que até 20% dos pacientes com transtorno de personalidade borderline têm também transtorno bipolar e cerca de 15% dos pacientes com transtorno bipolar têm transtorno de personalidade borderline. Além disso, evidencia-se que os pacientes com ambos diagnósticos possuem um risco maior de ideias suicidas, uma vez que, quase 60% desses indivíduos já tiveram uma tentativa de suicídio e mais de um terço já teve várias tentativas (TORALES & NAVARRO, 2019).

Portanto, o diagnóstico correto é essencial, uma vez que as medidas terapêuticas são distintas: enquanto o paciente com TB respondem melhor a estabilizadores de humor, os paciente com TPB exige intervenções psicoterápicas focadas no controle emocional, construção e reconstrução de vínculos por não haver medicamentos aprovados pela primeira linha para esse distúrbio (FARIA *et al*., 2025; TORALES & NAVARRO, 2019).

CONCLUSÃO

A diferenciação clínica entre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e o Transtorno Bipolar (TB) permanece como um dos desafios mais complexos da prática psiquiátrica. Ao longo deste capítulo, foram evidenciadas as múltiplas dimensões que tornam essa distinção tão desafiadora, desde a expressiva sobreposição sintomática, incluindo a instabilidade afetiva, impulsividade, disforia e risco suicida elevado, até as alterações neurobiológicas compartilhadas nos sistemas límbico, frontolímbico, serotonérgico e dopaminérgico. Foram evidenciados também dados epidemiológicos que apresentam as prevalências significativas na população mundial de ambos transtornos, sendo aproximadamente 2,7% para o TPB e 2,4% para o TB. Ademais, as taxas de comorbidade e de pacientes que apresentaram ideias suicidas são significativamente altas e relevantes.

Não obstante, verificou-se que a manifestação das características ocorre de maneira distinta em cada transtorno. No TB, as flutuações de humor apresentam padrão episódico, com duração de dias a semanas, intercalando-se com períodos de eutimia. Já no TPB, a instabilidade emocional é mais breve, intensa e frequentemente associada a fatores relacionais, mantendo-se como padrão de personalidade ao longo do tempo.

Este estudo indica que a elevada sobreposição sintomática entre TPB e TB, somada à alta taxa de comorbidade e às alterações neurobiológicas compartilhadas, constitui um cenário propício para erros diagnósticos na prática clínica. Por conseguinte, o diagnóstico inadequado pode resultar em exposição do paciente a tratamentos ineficazes, prolongando o sofrimento e aumentando o risco de complicações clínicas, incluindo o suicídio. A inclusão de uma avaliação longitudinal detalhada, que considere os padrões temporais e qualitativos das flutuações de humor, deve ser incentivada na formação de profissionais de saúde mental, a fim de reduzir as armadilhas diagnósticas.

As implicações terapêuticas dessa análise são relevantes, uma vez que o tratamento de cada transtorno difere substancialmente. Pacien-

tes com TB respondem preferencialmente a estabilizadores de humor e antipsicóticos, enquanto pacientes com TPB requerem intervenções psicoterápicas intensivas, como a Terapia Dialético-Comportamental (DBT), uma vez que não existe farmacoterapia aprovada como tratamento de primeira linha para este último transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, P. H.; ALMEIDA, I. G. T. DE; MELO, L. N. DE S. Desafios no diagnóstico diferencial e cruzado entre Transtorno de Personalidade Borderline e Transtorno Bipolar: uma revisão narrativa. Revista Delos, v. 18, p. e6757, 2025. DOI: https://doi.org/10.12957/delos.2025.e6757.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BAYES, A. J. & PARKER, G. B. Differentiating borderline personality disorder (BPD) from bipolar disorder: diagnostic efficiency of DSM BPD criteria. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 141, p. 142, 2019. DOI: https://doi.org/10.1111/acps.13090.

BAYES, A.; PARKER, G.; PARIS, J. Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. Current Psychiatry Reports, v. 21, 2019. DOI: https://doi.org/10.1007/s11920-019-1096-3.

DURDURAK, B. B. *et al*. Understanding the development of bipolar disorder and borderline personality disorder in young people: a meta-review of systematic reviews. Psychological Medicine, v. 52, p. 1, 2022. DOI: https://doi.org/10.1017/S0033291721000189.

FARIA, M. I. A. DE *et al*. Transtorno afetivo bipolar e transtorno de personalidade Borderline: Avaliação do diagnóstico diferencial. Research, Society and Development, v. 14, p. e10614548894, 2025. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v14i6.548894.

GARZA GUERRA, A. DE J.; ADAME ROCHA, G. H.; RODRÍGUEZ LARA, F. J. Clinical differences between bipolar disorder and borderline personality disorder: a case report. Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.), v. 51, p. 330, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10. 10. ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2015.

SANCHES, M. The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence. Diseases, v. 7, p. 49, 2019. DOI: https://doi.org/10.3390/diseases7030049.

TORALES, J. & NAVARRO, R. Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción), v. 52, p. 59, 2019. DOI: https://doi.org/10.18004/anales/2019.052.59.

WOLFENBERGER, T. *et al*. Predominant polarity and associated post-traumatic stress disorder in patients with comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder: a cross-sectional study. Brazilian Journal of Psychiatry, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2021-0029.

WRIGHT, L. *et al*. Differential diagnosis of borderline personality disorder and bipolar disorder: self-concept, identity and self-esteem. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 29, 2021. DOI: https://doi.org/10.1002/cpp.2590.

ZIMMERMAN, M. *et al*. Patients with borderline personality disorder and bipolar disorder: a descriptive and comparative study. Psychological Medicine, v. 51, p. 1, 2020. DOI: https://doi.org/10.1017/S0033291719003520.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 23

BASES BIOLÓGICAS DO SONO E DA INSÔNIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL

ANA LIDIA DE SANTANA DOS SANTOS[1]
MARCILIO DELAN BALIZA FERNANDES[3]
LEANDRO LOURENÇÃO DUARTE[3]
RONALD MOREIRA MARBACK[1]
IANDIRA IANNE NEVES BASTOS[1]
LÁIZA ALVES CORRÊA[1]
GIOVANA FARIAS SOUZA[1]
LUÍS INÁCIO FALCÃO DA SILVA[1]
JOSÉ AUGUSTO SILVA DE OLIVEIRA[1]
JOÃO PEDRO FONSECA BETO MASCARENHAS[1]
KAUANNE SACRAMENTO DE BRITO[1]
ISABELA AMÂNCIO MARACÁS[1]
JOSÉ ALMEIDA DOS SANTOS NETO[1]
YASMIN SANTIAGO DOS SANTOS[1]
BEATRIZ AMIRRAH LIMA DA SILVA[1]

[1]Discente - Bacharel em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
[2]Docente – Professor Titular do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
[3]Docente – Professor Titular do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Palavras-Chave: *Insônia; Polimorfismos Genéticos; Neurobiologia do Sono.*

DOI: 10.59290/2630104812

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O sono é caracterizado como um estado de inconsciência reversível, envolvendo a pausa temporária das atividades sensoriais e motoras voluntárias, sendo um processo fisiológico essencial para a manutenção da saúde sistêmica (ADAMANTIDIS & DE LECEA, 2023). A regulação do ciclo sono-vigília depende da interação entre o processo homeostático, relacionado ao acúmulo de adenosina no prosencéfalo basal, e o sistema de temporização circadiana, coordenado pelos núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo (ADAMANTIDIS & DE LECEA, 2023). Esse processo é fundamental para a consolidação da memória, restauração metabólica e integridade do sistema imunológico (SHAH *et al.*, 2025).

No contexto da saúde mental, a relação entre o sono e os transtornos psíquicos é profunda. A privação crônica de sono contribui significativamente para o aumento dos níveis de ansiedade, prejuízos na regulação emocional e maior susceptibilidade a sintomas depressivos (SHAH *et al.*, 2025). Neurobiologicamente, distúrbios como a insônia são marcados por um estado de hiperalerta, no qual, no qual o "interruptor" do sono, mediado pelo núcleo pré-óptico ventrolateral (VLPO), falha em inibir os centros de vigília, resultando em um sono leve e fragmentado (ADAMANTIDIS & DE LECEA, 2023).

Para compreender a vulnerabilidade individual a esses quadros, estudos conduzidos por pesquisadores analisam os polimorfismos genéticos. Conceituam-se polimorfismos como variações estáveis na sequência de DNA que ocorrem em um local específico do cromossomo e que estão presentes em mais de 1% da população (ADAMANTIDIS & DE LECEA, 2023). Essas variações podem alterar a função de proteínas essenciais e a resposta do organismo à falta de repouso, influenciando o risco de desenvolvimento de patologias (SUKTAS *et al.*, 2024).

As contribuições dos polimorfismos para a compreensão da insônia e da saúde mental residem na identificação de genes reguladores. O gene da adenosina desaminase (ADA), responsável pela degradação da adenosina, e o PER3, componente do Sistema de temporização circadiana, apresentam variantes que modulam a sensibilidade individual à privação de sono (ADAMANTIDIS & DE LECEA, 2023). Além disso, variantes no gene BDNF (fator neurotrófico) e no SLC6A4 (transportador de serotonina) têm sido associadas ao risco de Transtorno Depressivo Maior e alterações na estrutura cerebral ao longo da vida (SUKTAS *et al.*, 2024).

A relevância do estudo dessa temática justifica-se pelo elevado impacto socioeconômico dos distúrbios do sono, que afetam entre 10% e 20% da população geral (BRITO *et al*., 2021). Em grupos específicos, como trabalhadores em turnos, a prevalência de insônia pode atingir 76,4%, gerando custos bilionários relacionados à perda de produtividade e acidentes (BRITO *et al*., 2021). Portanto, integrar o conhecimento sobre genética e fisiologia do sono é crucial para o avanço da medicina personalizada e para o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficazes na sociedade moderna.

O objetivo deste estudo foi analisar as bases neurobiológicas e genéticas do sono e da insônia, articulando os mecanismos fisiológicos, circadianos e moleculares envolvidos na regulação do ciclo sono-vigília às suas implicações clínicas e psicopatológicas.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de caráter exploratório e descritivo, realizada a partir de levantamento bibliográfico nas bases PubMed e Por-

tal de Periódicos CAPES. Utilizaram-se operadores booleanos, especialmente "AND", para o cruzamento dos descritores. Foram incluídos artigos predominantemente em inglês e português, com preferência para textos disponíveis na íntegra (*Open Access* ou via convênio institucional), priorizando estudos em humanos, sobretudo nas dimensões clínicas e epidemiológicas. Estudos experimentais ou pré-clínicos foram incorporados quando contribuíam para a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos discutidos. Excluíram-se publicações sem acesso ao texto completo, resumos de congresso sem dados suficientes e estudos sem relação direta com os objetivos do capítulo. Por tratar-se de pesquisa com dados secundários, dispensou-se submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, assegurando-se a integridade acadêmica e a adequada citação das fontes.

A seleção dos estudos ocorreu em etapas sequenciais e sistematizadas, com triagem inicial por meio da leitura de títulos e resumos, seguida da análise na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis. Para a contextualização da fisiologia e da homeostase do sono, empregaram-se descritores como "*Sleep physiology" AND "homeostasis*", além de buscas complementares relacionadas a polimorfismos genéticos em psiquiatria, prevalência de insônia no Brasil e impacto da privação de sono na saúde mental, com recorte temporal predominantemente entre 2020 e 2025. A seção sobre neurobiologia da insônia foi estruturada a partir de termos como *"sleep", "REM and NREM sleep"* e *"two process model",* incluindo publicações dos últimos 15 anos. Para as discussões acerca da insônia enquanto transtorno mental e da arquitetura do sono, utilizaram-se descritores em português e inglês, como "insomnia", "*mental disorder", "sleep architecture", "sleep stages", "hipnograma*" e "estágios do sono", contemplando estudos publicados entre 2006 e 2025. Já na abordagem dos polimorfismos genéticos e da variabilidade interindividual do sono, priorizaram-se buscas na PubMed com descritores como "*sleep deprivation" AND* "*genetic polymorphisms", "sleep homeostasis" AND "genetic variants" e "sleep need" AND "genetic polymorphisms*", incluindo ainda genes amplamente descritos na literatura por sua relevância na regulação sono-vigília.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Arquitetura do sono e implicações clínicas

Na perspectiva neurofisiológica, o sono é estruturado em duas fases principais: o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM), subdividido atualmente em três estágios (N1, N2 e N3), e o sono com movimentos oculares rápidos (REM) (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2007).

O sono REM caracteriza-se por surtos episódicos de movimentos oculares, oscilações na termorregulação, ritmo respiratório irregular e atonia muscular, contrastando com uma elevada atividade cerebral. Em contrapartida, o sono NREM é marcado por um tônus muscular reduzido, atividade psicológica mínima e, no estágio N3, pela predominância de ondas lentas, sendo esta a fase de maior profundidade do repouso (MORRISON *et al.*, 2022).

Adultos saudáveis com horários regulares de sono e vigília apresentam uma arquitetura do sono bem definida. O processo é iniciado pelo sono NREM, progredindo para os estágios mais profundos antes da ocorrência do primeiro ciclo de sono REM, o qual é iniciado entre 80 a 100 minutos após adormecer. Após isso, o sono NREM e o sono REM alternam-se em ciclos que duram cerca de 90 minutos (CARSKADON, 2011).

No contexto eletroencefalográfico, as ondas beta e alfa caracterizam-se por frequências mais

elevadas e amplitudes reduzidas, sinalizando um estado de maior atividade cerebral. Com o início da transição para o sono, emergem as ondas teta, de baixa voltagem, que refletem uma redução gradual da atividade cortical. As ondas delta predominam no sono profundo e são caracterizadas por sua baixa frequência e grande amplitude.

A arquitetura do sono é manifestada por uma sequência bem definida, na qual as fases apresentam correlação com os padrões de ondas visualizados no EEG. O sono NREM segue a ordem dos estágios N1, N2 e N3, progredindo para níveis maiores de profundidade e representando cerca de 75% do tempo de repouso, mais predominante no estágio N2 (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2007).

O estágio N1 é marcado pelo predomínio de ondas teta, a respiração mantém-se regular e o tônus muscular está presente nos músculos esqueléticos, apesar da percepção sensorial começar a reduzir (PATEL *et al.*, 2025). A progressão para fase N2 indica um sono mais profundo, ocorre redução da frequência cardíaca e da temperatura corporal e chega a representar 45% do sono total. Esse estágio é marcado pelos fusos do sono, fundamentais para consolidação da memória procedimental e declarativa. Por fim, o estágio N3 também é conhecido como sono de ondas lentas (SOL), sendo marcado pelas ondas delta. Como o estágio mais profundo do sono, é a fase no qual ocorrem os processos de reparo e regeneração tecidual, síntese osteomuscular e fortalecimento do sistema imunológico.

Após passar por todos os estágios do sono NREM, inicia-se o sono REM, o qual não é considerado um estágio de sono reparador, sendo associado à manifestação dos sonhos, pesadelos e frequência respiratória irregular. Nesse contexto, alterações no ritmo circadiano podem ocasionar diversas implicações clínicas. Em indivíduos com insônia, por exemplo, pode-se identificar variações significativas na arquitetura do sono. A insônia, de uma forma geral, é caracterizada pela dificuldade de iniciar e manter o sono, despertar precoce, ocorrendo, pelo menos, três vezes por semana e, no mínimo, durante três meses, acarretando em fadiga, diminuição da concentração, de energia etc (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2023).

Dentre os diversos fatores relacionados à origem da insônia, o estado de hiperalerta ou hipervigília (*hyperarousal*) destaca-se ao estar conectado a uma ativação do sistema nervoso simpático, promovendo elevadas atividades adrenérgica e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), que associa-se à promoção do estado de vigília, além da redução dos níveis de GABA (neurotransmissor relacionado à indução ao sono). Ademais, disfunções em mecanismos neurobiológicos e fatores genéticos também podem influenciar no desenvolvimento deste distúrbio, além de comorbidades associadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2023).

No tocante à arquitetura do sono, a visualização de desregulações dos estágios é formalizada no hipnograma (um dos componentes da polissonografia), gráfico o qual exibe os estágios do sono em função do tempo (neste caso, horas de sono), sendo possível identificar alterações neurofisiológicas características do distúrbio em questão. Em condições normais, o hipnograma demonstra uma continuidade organizada e cíclica entre a vigília (W), o sono NREM e o REM.

Entretanto, no que se refere à insônia, as variações destacam um sono fragmentado, leve e difícil de iniciar. No hipnograma, pode-se observar um aumento do estágio N1 (sono mais superficial) assim como a diminuição do sono de ondas lentas (N3) (sono profundo e repara-

dor). Outra questão importante a ser salientada é o aumento da atividade eletroencefalográfica (EEG) de alta frequência (ondas beta e gama) durante o sono NREM, indicando maior atividade cerebral apesar do indivíduo se encontrar dormindo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2023).

Outrossim, indivíduos insones também podem apresentar aumento de despertares noturnos, diminuição do tempo total de sono, latência do sono elevada (prolongamento do tempo necessário para adormecer) (SOL), aumento do tempo acordado após o início do sono (WASO), somando-se a redução da eficiência do sono em comparação com o referencial esperado para a sua determinada faixa etária (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2023).

Insônia como transtorno mental

De acordo com a Associação Brasileira do Sono (ABS) e a Associação Brasileira de Medicina do Sono (ABMS), por meio do Consenso Brasileiro de Diagnóstico e Tratamento da Insônia em Adultos (2023), a insônia é caracterizada por um conjunto de queixas que refletem insatisfação com a qualidade e/ou a quantidade do sono, acarretando múltiplas consequências para a qualidade de vida.

Nesse contexto, DSM-5-TR estabeleceu critérios diagnósticos específicos para a caracterização do TI. De acordo com o manual, o transtorno de insônia é definido pela queixa predominante de insatisfação com a quantidade ou a qualidade do sono, associada a um ou mais dos seguintes sintomas: dificuldade para iniciar e/ou manter o sono, despertares frequentes ou dificuldade para voltar a dormir após os despertares, bem como despertar precoce pela manhã com incapacidade de retomar o sono. Outro critério relevante refere-se à persistência das dificuldades para dormir por, no mínimo, três meses, apesar da oportunidade adequada para o sono. Além disso, a insônia não deve ser melhor explicada nem ocorrer exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono-vigília, como narcolepsia, distúrbios respiratórios do sono, transtornos do ritmo circadiano ou parassonias. O distúrbio deve ainda ocasionar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM-5-TR, 2023).

Segundo o DSM-5-TR, o Transtorno de Insônia é o mais prevalente entre os distúrbios do sono. O DSM-5-TR e a Associação Brasilei-ra do Sono (2023) indicam que entre 10% e 15% dos indivíduos apresentam déficits diurnos associados, enquanto 4% a 22% exibem sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para o transtorno, com uma média aproximada de 10% da população geral. Em comparação, populações clínicas, especialmente médicas e psiquiátricas, apresentam taxas significativamente mais elevadas, sobretudo entre indivíduos com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Embora a insônia seja considerada um transtorno independente, é frequente sua interação com outras condições médicas e transtornos mentais, estabelecendo uma relação bidirecional. Nesse sentido, a insônia aumenta o risco de desenvolvimento de condições clínicas, assim como problemas clínicos elevam o risco de insônia (DSM-5-TR, 2023). Essa relação é evidenciada pelo fato de que aproximadamente 45% dos indivíduos com TI apresentam um transtorno mental comórbido. Paralelamente, diversos transtornos mentais incluem alterações do sono como critério diagnóstico relevante (DSM-5-TR, 2023).

Pesquisas indicam que fatores como estresse crônico, preocupação excessiva e fadiga associada à insônia desempenham papel funda-

mental no desenvolvimento de transtornos mentais, particularmente ansiedade e depressão (HERTENSTEIN *et al.*, 2022; RIEMANN *et al.*, 2024). Em pacientes com depressão, a presença de insônia e pesadelos está associada ao aumento do risco de ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado (HERTENSTEIN *et al.*, 2022; RIEMANN *et al.*, 2024).

Estudos demonstram que a insônia acarreta prejuízos funcionais expressivos e sofrimento psíquico acentuado, com impacto negativo significativo nos índices globais de qualidade de vida (RIEMANN *et al.*, 2024). A associação entre insônia e transtornos mentais está relacionada à redução do desempenho e da produtividade no trabalho, diminuição da satisfação com a vida e do funcionamento social, bem como ao aumento do absenteísmo, acidentes de trabalho, humor deprimido, desesperança, anedonia, baixa energia e preocupação excessiva (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2023).

Corroborando esses achados, o DSM-5-TR descreve que o transtorno de insônia está associado a comprometimentos no desempenho cognitivo, incluindo dificuldades de atenção, concentração, memória e execução de habilidades manuais complexas. Quando associado a transtornos do humor, observa-se ainda a presença de irritabilidade ou labilidade afetiva. De modo geral, diversos sintomas diurnos podem acompanhar o transtorno, como aumento de sintomas psicofisiológicos relacionados ao estresse, incluindo cefaléia e queixas gastrointestinais (DSM-5-TR, 2023).

Dessa forma, a insônia configura-se não apenas como preditor, mas também como catalisador para o desenvolvimento de transtornos mentais (RIEMANN *et al.*, 2024). Considerando que pacientes com insônia crônica associada a transtornos mentais apresentam cursos clínicos mais adversos e menor resposta terapêutica (HERTENSTEIN *et al.*, 2022), evidencia-se a necessidade de intervenções comportamentais e psicológicas específicas para o tratamento da insônia em contextos de comorbidade psiquiátrica.

O transtorno de insônia pode ser tratado por meio de intervenções psicológicas, farmacológicas, terapias complementares ou pela combinação dessas abordagens. A Associação Brasileira do Sono (2023) organiza essas modalidades terapêuticas, priorizando a Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCC-I), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e as técnicas de *mindfulness*. Em seguida, incluem-se intervenções como *biofeedback*, acupuntura, exercício físico, técnicas mente-corpo e aromaterapia. Tais abordagens visam melhorar a qualidade do sono, reduzir o sofrimento associado ao transtorno e atuar de forma preventiva e neuroprotetora (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2023).

A TCC-I é considerada a terapia de primeira linha para o tratamento da insônia. Trata-se de uma intervenção multimodal que combina estratégias cognitivas e comportamentais, incluindo psicoeducação sobre regulação do sono, controle de estímulos, restrição do sono, higiene do sono, treinamento de relaxamento e técnicas de redução da excitação psicofisiológica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2023; ERICKSON *et al.*, 2025).

Hertenstein *et al.* (2022) demonstraram que, em pacientes com transtornos mentais associados à insônia crônica, a TCC-I é significativamente eficaz tanto na redução dos sintomas de insônia quanto na melhora da saúde mental, com benefícios observados em quadros de depressão, transtornos relacionados ao uso de álcool, transtornos de estresse pós-traumático e comorbidades psiquiátricas mistas.

Nesse sentido, estudos indicam que entre 88% e 97% dos efeitos das terapias comportamentais para insônia sobre a redução dos sinto-

mas de depressão e ansiedade são mediados pela melhora da própria insônia. A diminuição da gravidade da insônia explicou de 88% a 97% da redução dos sintomas depressivos e ansiosos após intervenções psicoterapêuticas focadas no sono (ERICKSON *et al.*, 2025). Esses achados reforçam a relevância das terapias psicológicas e comportamentais no tratamento de pacientes com insônia e comorbidades em saúde mental.

Neurobiologia da insônia

Compreendendo o sono como um período que envolve padrões de atividade cerebral dividido em sono REM (movimento rápido dos olhos) e NREM (sem movimento rápido dos olhos), constata-se a relação entre a intensidade do sono NREM e um fator homeostático, denominado Processo S, isso acontece porque esse processo representa a pressão de sono que se acumula durante a vigília e que diminui ao longo dos minutos de sono, visto isso, quanto maior a pressão homeostática acumulada, maior a atividade de ondas lentas do EEG no período do sono de ondas lentas (SOL) que ocorre no final do N3. Dessa forma, a fase NREM expressa fisiologicamente o processo S, que por sua vez, facilitará a recuperação energética e metabólica do organismo (BORBÉLY *et al*., 2022).

Por outro lado, a fase REM está ligada a outro processo, denominado Processo C, que corresponde ao controle circadiano, gerado pelo núcleo supraquiasmático, e modula ritmicamente a propensão ao sono e à vigília ao longo das 24 horas (BORBÉLY *et al*., 2022). Esse processo temporiza o sono REM, visto que ele normalmente ocorre com maior frequência e intensidade nas últimas horas da noite, quando a influência circadiana favorece esse estado.

Dessa forma, o modelo de dois processos da regulação do sono propõe que a organização do sono (REM e NREM) é influenciado pela interação entre o processo homeostático (Processo S) e circadiano (Processo C), propiciando a alternância cíclica entre as duas fases que compõem a arquitetura do sono.

A alternância de estímulos durante o sono e a vigília constitui um padrão "*flip-flop switch*" entre os dois estados (LEVENSON; KAY; BUYSSE, 2015). Nele, o Núcleo Pré-óptico Ventrolateral (VLPO) promove o sono ao inibir os centros de vigília, mediado por neurotransmissores inibitórios como GABA e galanina (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010). Ademais, o H-LAT, por sua vez, através da liberação de Orexina, tem um potencial de inibir o VLPO por meio da estimulação das áreas do TMN, LC e NRf. Isso resulta na interrupção do sono e desencadeamento da vigília (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010). Essa vigília é conduzida pelo Sistema Reticular Ativador Ascendente (SRAA), que são compostos por núcleos como o LC, produtor de noradrenalina, NRf, produtor de serotonina e dopamina, TMN, produtor de histamina e núcleo basal de Meynert, produtor de acetilcolina (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010).

A insônia pode ser atribuída tanto a uma diminuição do tempo total de sono (TTS) devido à dificuldade em adormecer ou acordar antes do ideal, como também pela diminuição da qualidade do sono, com despertares frequentes (LEVENSON; KAY; BUYSSE, 2015). Do ponto de vista fisiológico existem múltiplas hipóteses que podem justificar essa disfunção, tais como a hiperativação do estado de vigília, como também a disfunção nos processos homeostáticos e circadiano (LEVENSON; KAY; BUYSSE, 2015).

A hiperatividade cerebral constitui fator importante na qual pode ser desencadeado por fatores emocionais e cognitivos (LEVENSON; KAY; BUYSSE, 2015). Essa hiperexcitação pode favorecer a ocorrência de impulsos somá-

ticos com elevada ativação cortical e ao prolongar o estado de vigília, inibir a ocorrência dos processos típicos do sono (LEVENSON; KAY; BUYSSE, 2015).

Dois dos fatores que guiam o ciclo sono-vigília são conhecidos como processos S e C. No processo S, ou o processo homeostático ocorre produção de adenosina a partir da atividade metabólica do indivíduo ao longo do dia, na qual tem a capacidade de inibir a liberação de orexina/hipocretina no hipotálamo (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010). Em face disso, o acúmulo dessa substância ao longo do dia aumenta a pressão do sono. No entanto, algumas substâncias podem interferir nesse processo, como a cafeína, que compete pelos receptores da adenosina, catecolaminas, orexina e histamina. Já o processo C, ou Circadiano é o componente cíclico e temporal que é sincronizado pelo ciclo claro/escuro, dentre outros ciclos não fóticos característicos da alternância entre dia e noite, representando a ocorrência de vários ritmos biológicos circadianos característicos do corpo humano (FERNANDES, 2006).

A percepção dessa alternância é protagonizada pelos núcleos supraquiasmáticos que ao receber impulsos sensoriais da retina, envia sinais para a dentre outros lugares a glândula pineal para encerrar a produção de melatonina durante o dia e, quando se encerra a luminosidade do período diurno, a produção de melatonina torna-se marcante, representando um importante propulsor para a sincronização do do ciclo vigília/sono (FERNANDES, 2006). Esse sistema de temporização circadiana se sincroniza de acordo com a exposição luminosa cíclica (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010). A exposição luminosa irregular pode tornar o funcionamento do Processo C deficitário em indivíduos com exposição limitada à luz solar, como trabalhadores noturnos, e/ou expostos à luminosidade artificial na fase noturna, fatores que podem dessincronizar o sistema de temporização circadiana, gerando a insônia (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010).

Polimorfismos genéticos e variabilidade do sono

Os polimorfismos genéticos correspondem a variabilidades herdáveis na sequência do DNA que ocorrem com frequência na população, contribuindo para a diversidade biológica entre os indivíduos. No contexto do sono, essas variações ajudam a explicar as diferenças inter-individuais observadas quanto ao horário de dormir, às características eletroencefalográficas, à duração do sono e à resposta à privação de sono. Além disso, fatores genéticos exercem influência relevante sobre os transtornos do ritmo circadiano e sobre as preferências individuais de cronotipo, de modo que a identificação dessas variações pode indicar predisposição a distúrbios do sono, como a insônia (VEATCH *et al*., 2020).

A compreensão dessas variações genéticas é, portanto, fundamental não apenas para explicar a heterogeneidade dos padrões de sono na população, mas também para antecipar suscetibilidades individuais a distúrbios do sono e fundamentar o desenvolvimento de estratégias de terapia personalizada (REN; GUB; FAN, 2025). Como por exemplo, mutações nos genes *PER*, componentes centrais do sistema de temporização circadiana, comprometem a capacidade do organismo de manter a estabilidade do ciclo circadiano, frequentemente levando ao seu encurtamento. Essas alterações estão associadas a mudanças no padrão do sono e ao aumento da suscetibilidade a distúrbios relacionados ao sono (REN; GUB; FAN, 2025).

Para além da influência na necessidade de sono, os polimorfismos genéticos também contribuem para a formação de perfis individuais de maior vulnerabilidade ou maior resiliência

aos efeitos da privação de sono. Isso indica que os indivíduos apresentam respostas interindividuais à perda de sono em função das variações genéticas presentes na população, as quais modulam processos fisiológicos envolvidos tanto na regulação do sono quanto no desempenho cognitivo (ERBLANG *et al*., 2021).

Entre os genes diretamente envolvidos na regulação circadiana, destaca-se o BHLHE41, também conhecido como DEC2, que codifica um fator de transcrição participante dos mecanismos moleculares do sistema de temporização circadiana. Estudos genéticos em humanos identificaram que a variante Y362H está associada ao fenótipo de sono curto natural, caracterizado por menor duração habitual do sono sem prejuízos cognitivos evidentes. Indivíduos portadores de variantes funcionais em DEC2 apresentaram menor necessidade de sono e maior resiliência aos efeitos neurocomportamentais da privação de sono. Esses achados sugerem que alterações na função de DEC2 podem modular tanto a duração do sono quanto a resposta homeostática ao sono perdido, influenciando a vulnerabilidade individual à privação (CASALE & GOEL, 2021).

O BDNF (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*) desempenha papel central na sobrevivência neuronal, na plasticidade sináptica e na adaptação do sistema nervoso a estímulos ambientais, incluindo o estresse induzido pela perda de sono. O polimorfismo funcional Val66 Met (rs6265) tem sido amplamente investigado por sua influência na secreção dependente de atividade do BDNF. Estudos clínicos e populacionais indicam que portadores do alelo Met apresentam maior risco de alterações relacionadas ao sono, incluindo maior gravidade de sintomas de insônia e pior desempenho cognitivo associado ao sono insuficiente (HUANG *et al*., 2018). Essa variante também está associada a maior vulnerabilidade aos déficits neurocomportamentais decorrentes da privação de sono, possivelmente em função de menor eficiência nos processos de plasticidade sináptica necessários para a manutenção do funcionamento cognitivo sob estresse homeostático (CASALE & GOEL, 2021).

A enzima codificada pelo gene COMT (*Catechol-O-Methyltransferase*) é responsável pela degradação de catecolaminas, especialmente dopamina, no córtex pré-frontal, região cerebral crucial para funções executivas e controle atencional. O polimorfismo Val158Met (rs4680) altera a atividade da enzima, sendo que o alelo Met está associado a menor atividade enzimática e, consequentemente, a maior disponibilidade dopaminérgica cortical. Estudos experimentais de privação de sono demonstraram que variações em COMT modulam a magnitude dos prejuízos cognitivos induzidos pela perda de sono, particularmente em tarefas de vigilância e atenção sustentada (BODENMANN *et al*., 2012). Esse gene não determina diretamente padrões de sono, mas influencia a capacidade individual de manter desempenho cognitivo adequado em condições de sono insuficiente (CASALE & GOEL, 2021).

O sistema dopaminérgico também é fortemente representado pelos genes DRD2 e DAT1 (SLC6A3), que codificam, respectivamente, o receptor dopaminérgico D2 e o transportador de dopamina. O polimorfismo C957T (rs6277) no gene DRD2 afeta a estabilidade do RNA mensageiro e a disponibilidade do receptor, enquanto a variação VNTR na região 3’-UTR do gene DAT1 (rs28363170) influencia a expressão do transportador de dopamina. Estudos controlados de privação de sono mostram que variantes nesses genes estão associadas a diferenças significativas na sonolência subjetiva, no desempenho neurocomportamental e em marcadores eletrofisiológicos de vigilância após períodos prolongados sem dormir (HOLST *et al*., 2017).

As interações entre DRD2 e DAT1 contribuem para perfis distintos de vulnerabilidade ou resiliência à privação de sono, reforçando o papel da dopamina na regulação da vigília e na resposta ao estresse do sono perdido (CASALE & GOEL, 2021).

As variantes genéticas nos genes ADA e ADORA2A têm implicações diretas na resposta individual aos tratamentos farmacológicos voltados para a insônia, especialmente aqueles que modulam os sistemas adenosinérgico e gabaérgico. Em pacientes com insônia crônica associada a níveis reduzidos de adenosina, observa-se resposta menos robusta a agentes que atuam predominantemente na indução do sono, sugerindo que variações genéticas nesse eixo podem contribuir para resistência terapêutica ou necessidade de ajustes de dose. A adenosina está fortemente implicada na homeostase do sono, e um polimorfismo de nucleotídeo único no gene da adenosina deaminase (ADA G22A) tem sido associado a um sono mais profundo e eficiente (MAZZONI *et al*., 2012). Além disso, esses polimorfismos podem interferir na resposta à privação parcial de sono e à restrição do tempo na cama, componentes centrais da terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I), ao alterar a dinâmica da pressão homeostática do sono.

O gene ADORA2A desempenha papel central na variabilidade individual dos estados de excitação, alerta e sono, atuando em estreita interação com outros componentes do sistema adenosinérgico e dopaminérgico. Polimorfismos como o rs5751876 têm sido associados à modulação da resposta à cafeína, à potência alfa no EEG durante vigília e sono e à disponibilidade de receptores de adenosina no cérebro humano (TICHELMAN *et al*., 2023).

Em relação ao gene PER3, as variantes genéticas apresentam impacto mais pronunciado sobre a resposta a intervenções cronobiológicas e comportamentais do que propriamente farmacológicas. Polimorfismos como o VNTR e o rs228697 influenciam o cronotipo, a estrutura do sono profundo e a tolerância à privação de sono, determinando diferentes padrões de resposta à TCC-I, à fototerapia e à melatonina. Variantes genéticas no gene PER3 exercem influência significativa sobre o cronotipo, a regulação do sono profundo e a resposta à privação de sono, com implicações diretas para a eficácia de diferentes abordagens terapêuticas na insônia.

Polimorfismos como o VNTR do PER3 e SNPs associados têm sido consistentemente relacionados à preferência vespertina, maior instabilidade do sono e maior vulnerabilidade cognitiva em contextos de desalinhamento circadiano (DIJK & ARCHER, 2009). Esses achados re-forçam que a insônia associada a variantes do PER3 reflete predominantemente uma disfunção circadiana, na qual abordagens cronobiológicas se mostram mais adequadas do que intervenções focadas exclusivamente na indução do sono.

Implicações para a saúde mental

Atualmente, sabe-se que a lógica capitalista, pautada pelo imediatismo e pela exigência de produtividade constante, impacta diretamente no estilo de vida das pessoas, de modo que o excesso de trabalho, rotinas intensas, estresse e uso constante de tecnologia e estímulos digitais se tornaram comuns, proporcionando um sono mais curto e de pior qualidade que afeta diretamente diversas áreas da vida (ARAUJO *et al*., 2022). Nesse contexto, existem diversos fatores associados que influenciam a qualidade do sono, como condições de saúde, trabalho, sociais, econômicas, e até mesmo as características da vizinhança impactam a duração do sono (MOREIRA & LUCCA, 2025).

Diante desse cenário, existem grupos mais vulneráveis à insônia, dentre eles estão pessoas

que vivem em ambientes de alta segregação socioeconômica. Uma pesquisa realizada pelo Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), evidenciou que morar em ambientes de alta segregação residencial e socioeconômica aumenta duas vezes mais a chance de ter problemas como duração curta do sono, privação do sono e sonolência diurna. Aspectos relacionados ao ambiente social, como a prevalência de violência, podem ativar sistemas de estresse no corpo, atingindo indiretamente a qualidade do sono ao elevar os níveis de cortisol e diminuir a concentração de melatonina (SHIGAKI *et al*., 2024).

Além desses, grupos como caminhoneiros, profissionais da saúde, militares e outros profissionais que trabalham em turnos longos e rotativos possuem um sono de pior qualidade e apresentam maior propensão à insônia, pois ocorre a desregulação da ritmicidade circadiana, prejudicando a saúde física e mental dos indivíduos (MOREIRA & LUCCA, 2025).

Para além do modo de vida e dos contextos sociais, pesquisas evidenciaram que existem diferenças individuais quando se trata da insônia, pois a vulnerabilidade neurocomportamental à privação de sono é uma característica hereditária e estável, desse modo, existem também fatores genéticos que diferenciam a resposta à insônia (GOEL *et al*., 2021). Isso explica porque indivíduos sob o mesmo estresse ou rotina de trabalho, desenvolvem insônia, são biologicamente vulneráveis, enquanto outros permanecem resilientes, dessa forma o impacto cognitivo da restrição ao sono também se reverbera de forma distinta.

Diante desse cenário, sabe-se que a insônia e o sono de má qualidade comprometem aspectos físicos, sociais, psicológicos e cognitivos do indivíduo. Dentro dos aspectos cognitivos, as principais funções que são afetadas pela perda de sono incluem a velocidade psicomotora e cognitiva, a atenção vigilante e executiva, a memória de trabalho e as habilidades cognitivas superiores. Essa variabilidade na resposta cognitiva inclui erros de omissão, caracterizados pela dificuldade ou demora de responder a um estímulo, e erros de comissão, descritos como a reação quando não há nenhum estímulo (DINGES *et al*., 2009). Diante desse cenário, é perceptível que a insônia não retira apenas o vigor físico do indivíduo, mas também compromete sua autonomia e capacidade de decisão devido à instabilidade no estado de vigília. Quando se trata da saúde mental, estudos indicam que todas as formas de privação de sono desencadeiam transtornos de humor, sensação de fadiga e sonolência diurna, além de propiciar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (RIEMANN *et al*., 2020).

Diante do exposto, é evidente que o sono regular e de qualidade é essencial para o funcionamento seguro e produtivo do indivíduo, sendo essa a melhor maneira de se proteger dos déficits cognitivos e comportamentais. Entretanto, sabe-se que as demandas cotidianas impedem que esse objetivo seja alcançado com facilidade, portanto é preciso encontrar estratégias para amenizar os efeitos negativos da insônia a partir da análise do cronotipo do indivíduo, a fim de identificar sua vulnerabilidade ou resiliência a insônia e do seu contexto psicossocial (MOREIRA & LUCCA, 2025).

CONCLUSÃO

Ao integrar arquitetura do sono, neurobiologia, polimorfismos genéticos e implicações psicossociais, foi possível concluir, portanto, que a insônia deve ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial de alta complexidade, que indica não apenas a importância do sono como função restauradora, mas também sua centralidade na estabilidade emocional, no desempenho cognitivo e na regulação do compor-

tamento humano. Reconhecer essa complexidade é condição essencial para o avanço científico e clínico na área, considerando a possibilidade de integrar marcadores genéticos à prática clínica. Tais aspectos apresentam um horizonte promissor para a medicina do sono, no qual intervenções comportamentais, farmacológicas e ambientais possam ser moduladas conforme a vulnerabilidade neurobiológica do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMANTIDIS, A.R. & DE LECEA, L. Sleep and the hypothalamus. Science, v. 382, n. 6669, p. 405-412, 2023. DOI: 10.1126/science.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed, 2023.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (AASM). The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2007.

ARAÚJO, M. F. S. *et al*. Factors associated with sleep problems and sleeping pill use in Brazilians. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 56, p. 68, 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056004088.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO (ABS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DO SONO (ABMS). Consenso brasileiro de diagnóstico e tratamento da insônia em adultos. São Paulo: ABS, 2023. Disponível em: https://absono.com.br. Acesso em: 10 jan. 2026.

BODENMANN, S. *et al*. Polymorphisms of COMT and dopamine-related genes modulate cognitive performance after sleep deprivation. Journal of Neuroscience, v. 32, n. 44, p. 15081–15090, 2012. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.1130-12.2012.

BORBÉLY, A. A. *et al*. The two-process model of sleep regulation: Beginnings and outlook. Journal of Sleep Research, v. 31, n. 4, p. e13598, 2022. DOI: 10.1111/jsr.13598.

BRITO, R. S. *et al*. Prevalence of insomnia in shift workers: a systematic review. Sleep Science, v. 14, n. 1, p. 47-54, 2021. DOI: 10.5935/1984-0063.20190150.

CARSKADON, M. A. Monitoramento e estadiamento do sono humano. St. Louis: Elsevier Saunders, 2011.

DIJK, D.-J. & ARCHER, S. N. PERIOD3, circadian phenotypes, and sleep homeostasis. Sleep Medicine Reviews, v. 13, n. 4, p. 265–273, 2009. DOI: 10.1016/j.smrv.2008.07.002.

ERBLANG, M. *et al*. Genetics and Cognitive Vulnerability to Sleep Deprivation in Healthy Subjects: Interaction of ADORA2A, TNF-α and COMT Polymorphisms. Life, v.11, 1110, 2021. DOI: 10.3390/life11101110.

ERICKSON, A. J. *et al*. Insomnia symptom improvement as a mediator for mental health symptom reduction following behavioral insomnia treatment among women veterans. Behavior Therapy, v. 56, n. 5, p. 907–916, 2025. DOI: 10.1016/j.beth.2025.02.003.

FERNANDES, R. M. F. O Sono Normal. Medicina: Ribeirão Preto, v. 39, p. 157-168, 2006. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p157-168.

GOEL, N. *et al*. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. Seminars in Neurology, New York, v. 29, n. 4, p. 320–339, 2009. DOI: 10.1055/s-0029-1237117.

GOMES, M.; QUINBONES, M. S.; ENGELBARDT, E. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. Revista Brasileira de Neurologia, v. 46, p. 5-15, 2010.

HERTENSTEIN, E. *et al*. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: a systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews, v. 62, 101597, 2022. DOI: 10.1016/j.smrv.2022.101597.

HOLST, S. C. *et al*. Functional polymorphisms in dopaminergic genes modulate neurobehavioral and neurophysiological consequences of sleep deprivation. Scientific Reports, v. 7, p. 45982, 2017. DOI: 10.1038/srep45982.

HUANG, Y. *et al*. Association between BDNF Val66Met polymorphism and insomnia. Neuropsychiatric Disease and Treatment, v. 14, p. 1965–1971, 2018. DOI: 10.2147/NDT.S169361.

LEVENSON, J. C.; KAY, D. B.; BUYSSE, D. J. The Pathophysiology of Insomnia. Chest, v. 147, n. 4, p. 1179–1192, 2015. DOI: 10.1378/chest.14-1617.

MOREIRA, A. S. & DE LUCCA, S. R. Physical and mental fatigue in shift work and mitigation strategies: an integrative review. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, São Paulo, v. 22, n. 4, e20241267, 2025. DOI: 10.47626/1679-4435-2024-1267.

MORRISON, M. *et al*. Sleep, circadian biology and skeletal muscle interactions: Implications for metabolic health. Sleep Medicine Reviews, v. 66, n. 101700, p. 101700, 2022. DOI: 10.1016/j.smrv.2022.101700.

PATEL, A. K. *et al*. Physiology, sleep stages. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

REN, Q.; GU, M.; FAN, X. Circadian clock genes and insomnia: molecular mechanisms and therapeutic implications. Annals of Medicine, v. 57, n. 1, p. 2576643, 2025. DOI: 10.1080/07853890.2025.2576643.

RIEMANN, D. *et al*. Chronic insomnia, REM sleep instability and emotional dysregulation: a pathway to anxiety and depression?. Journal of Sleep Research, v. 34, n. 2, e14252, 2024. DOI: 10.1111/jsr.14252.

RIEMANN, D. *et al*. Sleep, insomnia, and depression. Neuropsychopharmacology, London, v. 45, n. 1, p. 74–89, 2020. DOI: 10.1038/s41386-019-0411-y.

SHAH, A. S. *et al*. Effects of Sleep Deprivation on Physical and Mental Health Outcomes: An Umbrella Review. American Journal of Lifestyle Medicine, v. 27, p. 15598276251346752, 2025. DOI: 10.1177/15598276251346752.

SHIGAKI, L. *et al*. A segregação residencial socioeconômica está associada aos problemas do sono? Insights do ELSA-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, e 00111323, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT111323.

SUKTAS, A. *et al*. Genetic polymorphism involved in major depressive disorder: a systemic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, v. 24, n. 1, p. 716, 2024. doi: 10.1186/s12888-024-06195-z.

TICHELMAN, N. L. *et al*. A genetic variation in the adenosine A2A receptor gene contributes to variability in alpha oscillatory EEG power during wakefulness and sleep as well as to adenosine A1 receptor availability in the human brain. NeuroImage, v. 280, p. 120345, 2023. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2023.120345.

VEATCH, O. J. *et al*. Pleiotropic genetic effects influencing sleep and neurological disorders. The Lancet. Neurology v. 16, n. 2, p. 158-170, 2020. DOI: 10.1016/S1474-4422(16)30339-8.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 24

DIFERENCIAÇÃO PSICOPATOLÓGICA ENTRE ILUSÃO, ALUCINAÇÃO E PSEUDOALUCINAÇÃO: REVISÃO CLÁSSICA

JULIANA KOSTE VOLKEN[1]
LUCAS PEREIRA MARTINS[2]

[1]*Discente – Medicina da Universidade do Vale do Taquari.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.*

Palavras-Chave: *Sensopercepção; Alucinação; Psicopatologia Fenomenológica.*

DOI: 10.59290/1529956002

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A sensopercepção constitui um dos domínios centrais da psicopatologia, pois estrutura a forma como o sujeito se relaciona com o mundo e consigo mesmo. A percepção não corresponde apenas à recepção passiva de estímulos sensoriais, mas resulta de um processo ativo de integração entre sinais aferentes, memória, linguagem, expectativa e organização do self. Alterações qualitativas nesse campo, como ilusões, alucinações e pseudoalucinações, representam modificações profundas na experiência consciente e possuem relevância diagnóstica transversal na psiquiatria clínica.

A distinção entre ilusão e alucinação foi sistematizada no século XIX por Jean-Étienne Dominique Esquirol, ao definir a alucinação como "percepção sem objeto". Posteriormente, Karl Jaspers introduziu o conceito de pseudo-alucinação, diferenciando experiências projetadas no espaço externo daquelas vivenciadas no espaço interno subjetivo. Essa formulação influenciou decisivamente a semiologia psiquiátrica do século XX.

Entretanto, investigações contemporâneas apontam que tais distinções podem não ser tão rígidas quanto se supunha. Estudos sobre alucinações auditivas verbais (AAVs), especialmente na esquizofrenia, demonstram ampla variabilidade fenomenológica e ausência de marcadores neurobiológicos exclusivos capazes de sustentar divisões categóricas estritas.

O objetivo deste estudo foi revisar criticamente os conceitos de ilusão, alucinação e pseudoalucinação, integrando a tradição psicopatológica clássica com modelos neurocognitivos atuais, além de discutir o chamado "desafio das pseudoalucinações" e suas implicações clínicas.

MÉTODO

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed e Medline, utilizando os descritores em inglês: *"auditory verbal hallucinations"*, *"phenomenology"*, *"pseudohallucinations"*, *"schizophrenia"*, *"neuropsychology"* e *"neuroimaging"*, combinados por operadores booleanos AND/OR. Foram incluídos artigos publicados em inglês, disponíveis na íntegra, que abordassem aspectos fenomenológicos, diagnósticos, neuropsicológicos ou de neuroimagem das alucinações auditivas verbais. Foram excluídos artigos duplicados, estudos exclusivamente farmacológicos, relatos de caso isolados e publicações que não discutissem diretamente a fenomenologia das experiências perceptivas.

O primeiro eixo consistiu na análise teórica do capítulo "A sensopercepção e suas alterações (incluindo a representação e a imaginação)" da obra *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*, de Paulo Dalgalarrondo, utilizado como referencial semiológico clássico para definição e descrição de percepção, ilusão, alucinação e pseudoalucinação, bem como de parâmetros descritivos (vividez, corporeidade, convicção de realidade e espacialidade).

O segundo eixo baseou-se na análise crítica do artigo *The phenomenology of auditory verbal hallucinations in schizophrenia and the challenge from pseudohallucinations*, que problematiza a distinção tradicional entre experiências internas e externas.

O terceiro eixo integrou evidências neuropsicológicas e de neuroimagem sistematizadas no artigo *Auditory Verbal Hallucinations: Phenomenology, Neuropsychology and Neuroimaging Update*, contemplando modelos cognitivos explicativos, alterações estruturais e padrões funcionais associados às alucinações auditivas verbais.

Os materiais selecionados foram submetidos à leitura analítica e comparativa, com extração temática dos conceitos centrais. A síntese foi realizada de forma descritiva e integrativa, articulando os três eixos teóricos a fim de construir um modelo explicativo ampliado das alucinações auditivas verbais, preservando a coerência conceitual entre semiologia, fenomenologia e neurociência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ilusão foi caracterizada como distorção perceptiva de objeto real presente. Diferentemente da alucinação, existe estímulo externo efetivo, mas sua interpretação encontra-se alterada. Conforme descrito por Dalgalarrondo, ilusões tendem a ocorrer em contextos de rebaixamento do nível de consciência, estados febris, privação sensorial ou intensa carga afetiva. Do ponto de vista cognitivo, podem refletir predominância de processos interpretativos descendentes sobre estímulos ambíguos, evidenciando o caráter construtivo da percepção.

A alucinação, por sua vez, corresponde a experiência perceptiva sem objeto externo correspondente, marcada por vividez sensorial, corporeidade, autonomia fenomenológica e forte convicção de realidade. Nas alucinações auditivas verbais, observa-se heterogeneidade quanto ao conteúdo e à forma, podendo incluir vozes em segunda pessoa, comentários sobre o comportamento do sujeito ou diálogos entre vozes. Estudos epidemiológicos indicam prevalência significativa dessas experiências na população geral, sustentando modelo dimensional da psicose.

Do ponto de vista neuroanatômico, foram descritas reduções volumétricas no giro temporal superior e alterações hipocampais, além de comprometimento da junção temporoparietal direita e de tratos de substância branca implicados na linguagem. Em termos funcionais, durante episódios alucinatórios observa-se hiperativação do córtex auditivo primário e de áreas associadas ao processamento linguístico, acompanhada de alterações na rede de modo padrão e na rede salience.

Modelos cognitivos propõem que as vozes possam resultar de falhas no reconhecimento da fala interna autogerada, de déficits no monitoramento da fonte ou de desequilíbrios em mecanismos de codificação preditiva. A hipótese da disfunção da descarga corolária sugere comprometimento na sinalização neural que normalmente distingue estímulos autogerados de estímulos externos. Contudo, nenhum desses modelos explica completamente a variabilidade quanto à espacialidade das vozes.

A pseudoalucinação, conforme definida por Jaspers, corresponderia a vivência sensorial intensa situada no espaço interno subjetivo, preservando algum grau de crítica. Entretanto, estudos contemporâneos demonstram que a localização espacial pode variar no mesmo indivíduo ao longo do tempo e que experiências internas podem apresentar igual intensidade e caráter invasivo. Além disso, não foram identificados marcadores neurobiológicos capazes de diferenciar consistentemente alucinações “verdadeiras” de pseudoalucinações, configurando o chamado “desafio das pseudoalucinações”.

A integração entre psicopatologia clássica e neurociência contemporânea revela que a distinção entre ilusão e alucinação mantém consistência clínica, uma vez que se fundamenta na presença ou ausência de estímulo externo. Entretanto, a categoria de pseudoalucinação apresenta fragilidade conceitual quando confrontada com evidências empíricas atuais.

A espacialidade da experiência perceptiva parece constituir fenômeno gradativo, e não binário. A externalidade não se configura como marcador absoluto de gravidade estrutural, tampouco como critério suficiente para diferencia-

ção diagnóstica. As alucinações emergem de disfunções distribuídas em redes neurais que envolvem linguagem, memória, integração sensorial e monitoramento da agência, sugerindo que tais experiências devem ser compreendidas dentro de modelo dimensional e integrativo.

A fenomenologia contemporânea enfatiza que as alterações perceptivas não dizem respeito apenas ao conteúdo sensorial, mas à modificação da própria experiência de agência e de corporeidade, indicando perturbações mais amplas na estrutura do self.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa evidenciou que a ilusão permanece definida como fenômeno perceptivo distorcido dependente de estímulo real, enquanto a alucinação se configura como experiência heterogênea, multifatorial e dimensional, não plenamente explicável por dicotomias clássicas entre interno e externo. Observou-se que a pseudoalucinação perdeu centralidade como categoria diagnóstica formal, porém a noção de espacialidade interna mantém relevância para descrição clínica refinada e para a escuta psicopatológica qualificada.

Os achados indicam que a compreensão contemporânea das alterações da sensopercepção exige articulação entre abordagem fenomenológica minuciosa e modelos neurocognitivos explicativos, integrando experiência subjetiva e correlatos neurais. Essa perspectiva integrativa pode contribuir para maior precisão diagnóstica e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais individualizadas. Contudo, novos estudos empíricos, especialmente com desenho longitudinal e integração entre avaliação clínica e neuroimagem funcional, são necessários para aprofundar a compreensão dos mecanismos subjacentes às alucinações auditivas verbais e validar modelos dimensionais propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DALGALARRONDO, P. A sensopercepção e suas alterações (incluindo a representação e a imaginação). In: DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019.

LÓPEZ-SILVA, P.; CAVIERES, Á.; HUMPSTON, C. The phenomenology of auditory verbal hallucinations in schizophrenia and the challenge from pseudohallucinations. Frontiers in Psychiatry, v. 13, 2022. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.826654.

TELLES-CORREIA, D.; MOREIRA, A. L.; GONÇALVES, J. S. Hallucinations and related concepts – their conceptual background. Frontiers in Psychology, v. 6, p. 991, 2015. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00991.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 25

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

LUCAS PEREIRA MARTINS[1]
JULIANA KOSTE VOLKEN[2]

[1]*Discente – Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade do Vale do Taquari.*

Palavras-Chave: *Transtorno de Compulsão Alimentar; Terapia Cognitivo-Comportamental; Farmacoterapia.*

DOI: 10.59290/9012003162

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) é uma condição psiquiátrica caracterizada por episódios recorrentes de ingestão alimentar excessiva acompanhados de sensação de perda de controle e sofrimento clínico significativo, cujo progresso na sistematização do manejo terapêutico, principalmente, a partir da definição das funções da psicoterapia e farmacoterapia para o transtorno (CRONE *et al*., 2023; HILBERT & SCHMIDT, 2025). As diretrizes da *American Psychiatric Association* estabelecem que a psicoterapia estruturada constitui a primeira linha de tratamento para adultos com TCA, devendo a escolha da intervenção considerar gravidade, comorbidades e preferência do paciente (CRONE *et al*., 2023).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com abordagem integrativa, destinada a sistematizar evidências contemporâneas sobre intervenções psicoterápicas e farmacológicas no Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, contemplando publicações de 2020 até 2025. Foram utilizados os seguintes descritores em inglês: "*binge-eating disorder", "cognitive behavioral therapy", "interpersonal psychotherapy", "emotion regulation", "lisdexamfetamine", "pharmacotherapy", "treatment outcome", "randomized controlled trial" e "meta-analysis*".

Foram elegíveis artigos originais e de síntese publicados em inglês, disponíveis na íntegra, incluindo ensaios clínicos randomizados, meta-análises, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas que abordassem desfechos terapêuticos no TCA. Consideraram-se como desfechos principais: redução da frequência de episódios de compulsão alimentar, abstinência de episódios, remissão diagnóstica, perda ponderal e perfil de tolerabilidade. Foram excluídos relatos de caso isolados, estudos com amostras não clínicas ou que não apresentassem desfechos relacionados diretamente ao tratamento do TCA.

A organização da análise estruturou-se em três eixos. O primeiro eixo contemplou diretrizes clínicas e revisões sistemáticas recentes, utilizadas como referencial hierárquico para a definição de primeira linha terapêutica e estratégias sequenciais. O segundo eixo concentrou-se em meta-análises e ensaios clínicos randomizados que avaliaram intervenções psicoterápicas, com ênfase em terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal, intervenções focadas em regulação emocional e estudos sobre preditores e moderadores de resposta. O terceiro eixo integrou ensaios clínicos farmacológicos e estudos sobre terapias combinadas, incluindo lisdexamfetamina, antidepressivos de segunda geração, topiramato e associações farmacológicas com terapia comportamental.

Os estudos selecionados foram submetidos à leitura crítica e extração temática dos principais resultados clínicos. Não foi realizada meta-análise quantitativa, dado o caráter narrativo do estudo e a heterogeneidade metodológica entre os ensaios incluídos.

FUNDAMENTAÇÃO PSICOTERÁPICA

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a modalidade com maior respaldo empírico, sendo associada ao aumento de taxas de abstinência de episódios de compulsão alimentar quando comparada a condições de controle ou lista de espera (BROWNLEY *et al*., 2016; HILBERT *et al*., 2018). Meta-análises demonstram que a TCC promove redução significativa da frequência de episódios, além de melhora de variáveis centrais do transtorno de compulsão

alimentar, como preocupação excessiva com peso e forma corporal (BROWNLEY *et al*., 2016; HILBERT *et al*., 2018). Revisões recentes reafirmam que a TCC permanece como o tratamento psicológico mais bem estabelecido para o TCA, com manutenção dos ganhos terapêuticos em seguimentos de médio prazo (HILBERT & SCHMIDT, 2025).

Do ponto de vista teórico, a TCC direciona-se aos mecanismos sustentam o transtorno, incluindo padrões de restrição alimentar disfuncional, distorções cognitivas relacionadas à autoavaliação baseada no peso corporal e dificuldades de regulação emocional em conjunto aos episódios de compulsão (HILBERT & SCHMIDT, 2025). Entretanto, embora eficaz na redução da compulsão, a TCC não apresenta impacto consistente sobre perda ponderal clinicamente significativa, o que é particularmente relevante considerando a frequente associação entre TCA e obesidade (BROWNLEY *et al*., 2016; HILBERT & SCHMIDT, 2025).

A definição de um critério padrão para resposta clínica constitui-se como elemento central na avaliação da efetividade clínica. Em ensaio clínico randomizado envolvendo indivíduos que não responderam a tratamentos iniciais, a não resposta foi definida como redução inferior a 65% na frequência de episódios de compulsão após 16 semanas de tratamento agudo, estabelecendo critério objetivo para diferenciação entre resposta parcial e falha terapêutica (GRILO *et al*., 2024). Essa definição permite orientar decisões quanto à intensificação ou modificação da estratégia terapêutica.

No mesmo estudo, a introdução de TCC estruturada em pacientes previamente não respondedores resultou em taxas significativamente superiores de remissão quando comparada à manutenção do tratamento prévio, com 61,1% de remissão no grupo TCC versus 7,7% no grupo controle em análise por intenção de tratar (GRILO *et al*., 2024). Esses dados sustentam modelo de cuidado escalonado, no qual a ausência de resposta inicial não implica refratariedade definitiva, mas pode indicar necessidade de intervenção psicoterápica mais intensiva.

A psicoterapia interpessoal (IPT) se mostra uma alternativa de eficácia comparável à TCC em determinados desfechos, especialmente em avaliações de longo prazo (HILBERT *et al*., 2018; HILBERT, 2023). Essa abordagem fundamenta-se na hipótese de que dificuldades interpessoais contribuem para a manutenção dos episódios de compulsão, atuando como fatores precipitantes emocionais (HILBERT, 2023). Revisões contemporâneas indicam que a IPT deve ser considerada quando há não resposta à TCC ou quando o paciente demonstra preferência por um modelo terapêutico focado em relações interpessoais (HILBERT & SCHMIDT, 2025).

A investigação de preditores e moderadores de resposta terapêutica tem buscado aprimorar a individualização do tratamento. Em ensaio clínico que comparou diferentes modalidades psicoterápicas, menores níveis basais de restrição alimentar e menores dificuldades de regulação emocional associaram-se a maior redução na frequência de episódios de compulsão. Contudo, nenhum moderador demonstrou associação consistente com remissão sustentada em longo prazo, indicando que a predição de remissão permanece limitada (ANDERSON *et al*., 2020). Esses achados sugerem que características clínicas podem influenciar a magnitude da redução dos sintomas mas não garantem previsão de remissão sustentada.

Intervenções de autoajuda estruturada e programas digitais baseados em princípios cognitivo-comportamentais têm demonstrado eficácia na redução da frequência de episódios e no prejuízo funcional associado ao TCA, configurando alternativa viável em contextos de

acesso limitado à psicoterapia presencial (HILBERT & SCHMIDT, 2025).

Modelos terapêuticos recentes têm enfatizado o papel central da regulação emocional na fisiopatologia do transtorno. Evidências experimentais indicam que episódios de compulsão alimentar são frequentemente precedidos por aumento de afeto negativo e seguidos por redução transitória desse estado emocional, sugerindo função regulatória disfuncional do comportamento alimentar. Em ensaio clínico randomizado, o treinamento estruturado de habilidades de regulação emocional produziu redução significativa na frequência de compulsões e manutenção do efeito em seguimento de seis meses, além de taxas de remissão diagnóstica superiores às do grupo controle. A redução dos episódios foi parcialmente mediada pelo aumento das habilidades regulatórias, reforçando a hipótese de mecanismo específico de ação terapêutica (BERKING *et al*., 2022).

FARMACOTERAPIA: RACIONAL E EVIDÊNCIAS

A farmacoterapia é recomendada como estratégia alternativa ou adjuvante à psicoterapia, particularmente em casos de resposta insuficiente, presença de comorbidades psiquiátricas ou obesidade associada (CRONE *et al*., 2023; HILBERT & SCHMIDT, 2025). Entre as opções disponíveis, a lisdexamfetamina é o único fármaco aprovado pelo *Food and Drug Administration* para o tratamento do TCA (CRONE *et al*., 2023).

Ensaios clínicos demonstram que a lisdexamfetamina promove redução significativa da frequência de episódios de compulsão alimentar e melhora de medidas de psicopatologia associada quando comparada ao placebo (BROWNLEY *et al*., 2016; GRILO *et al*., 2025). Estudos mais recentes evidenciam que a medicação também está associada à redução de peso corporal, especialmente em indivíduos com obesidade concomitante (GRILO *et al*., 2025). Contudo, seu uso está relacionado a maior incidência de efeitos adversos, incluindo sintomas simpaticomiméticos, quando comparado ao placebo (BROWNLEY *et al*., 2016).

Antidepressivos de segunda geração, especialmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, demonstram eficácia moderada na redução de episódios de compulsão alimentar em comparação ao placebo. Esses agentes também promovem melhora de sintomas depressivos e ansiosos comórbidos, embora apresentem impacto limitado sobre perda ponderal. O topiramato apresenta evidência de eficácia tanto na redução de episódios de compulsão quanto na promoção de perda de peso. Entretanto, estudos relatam maior taxa de efeitos adversos em comparação ao placebo, o que pode limitar sua tolerabilidade clínica (BROWNLEY *et al*., 2016).

A combinação de naltrexona-bupropiona associada à terapia comportamental demonstrou benefícios adicionais na redução de peso e na melhora de sintomas de compulsão alimentar em ensaio clínico randomizado duplo-cego (GRILO *et al*., 2022).

TERAPIA COMBINADA E ESTRATÉGIAS SEQUENCIAIS

Evidências recentes indicam que a combinação de TCC com lisdexamfetamina resulta em maiores taxas de remissão e maior redução da psicopatologia alimentar quando comparada às modalidades isoladas. Nesse contexto, a perda ponderal observada foi predominantemente atribuída ao componente farmacológico, enquanto a psicoterapia manteve papel central na modificação dos aspectos cognitivos e com-

portamentais do transtorno (GRILO *et al*., 2025).

Modelos contemporâneos de manejo defendem abordagem sequencial e individualizada, iniciando-se com psicoterapia estruturada e adicionando farmacoterapia nos casos de resposta parcial ou não resposta, bem como na presença de obesidade clinicamente relevante. Essa perspectiva integra evidências de eficácia com considerações clínicas e preferências do paciente, configurando paradigma terapêutico centrado na personalização do cuidado (CRONE *et al*., 2023; HILBERT & SCHMIDT, 2025).

Os achados de ensaios clínicos recentes reforçam esse modelo sequencial ao demonstrar que a introdução de TCC estruturada após falha inicial pode reverter quadros de não resposta, enquanto intervenções focadas em mecanismos específicos, como regulação emocional, ampliam o espectro de estratégias terapêuticas disponíveis (GRILO *et al*., 2024; BERKING *et al*., 2022).

Em síntese, a literatura contemporânea sustenta que a psicoterapia, particularmente a terapia cognitivo-comportamental, constitui o eixo estruturante do tratamento do TCA, sendo a farmacoterapia indicada de forma complementar ou alternativa em contextos específicos, com evidências direcionadas para lisdexamfetamina e suporte adicional para antidepressivos, topiramato e combinações farmacológicas selecionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, L. M. *et al*. Predictors and moderators of treatment outcome in a randomized clinical trial for binge-eating disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 88, n. 7, p. 631–642, 2020. DOI: 10.1037/ccp0000503.

BERKING, M.; EICHLER, E.; NAUMANN, E. *et al*. The efficacy of a transdiagnostic emotion regulation skills training in the treatment of binge-eating disorder: Results from a randomized controlled trial. British Journal of Clinical Psychology, v. 61, n. 4, p. 998–1018, 2022. DOI: 10.1111/bjc.12371.

BROWNLEY, K. A.; BERKMAN, N. D.; PEAT, C. M. *et al*. Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Annals of Internal Medicine, v. 165, n. 6, p. 409–420, 2016. DOI: 10.7326/M15-2455.

CRONE, C.; FOCHTMANN, L. J.; ATTIA, E. *et al*. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. American Journal of Psychiatry, v. 180, n. 2, p. 167–171, 2023. DOI: 10.1176/appi.ajp.2022.23010001.

GRILO, C. M.; IVEZAJ, V.; TEK, C. *et al*. Cognitive Behavioral Therapy and Lisdexamfetamine, Alone and Combined, for Binge-Eating Disorder With Obesity: A Randomized Controlled Trial. American Journal of Psychiatry, v. 182, n. 2, p. 209–218, 2025. DOI: 10.1176/appi.ajp.20230982.

GRILO, C. M.; LYDECKER, J. A.; GUEORGUIEVA, R. Cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder for non-responders to initial acute treatments: Randomized controlled trial. International Journal of Eating Disorders, v. 56, n. 8, p. 1544–1553, 2023. DOI: 10.1002/eat.23975.

GRILO, C. M.; LYDECKER, J. A.; FINEBERG, S. K. *et al*. Naltrexone-Bupropion and Behavior Therapy, Alone and Combined, for Binge-Eating Disorder: Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. American Journal of Psychiatry, v. 179, n. 12, p. 927–937, 2022. DOI: 10.1176/appi.ajp.2022.21090933.

HILBERT, A.; PETROFF, D.; HERPERTZ, S. *et al*. Meta-Analysis of the Efficacy of Psychological and Medical Treatments for Binge-Eating Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 86, n. 12, p. 1051–1064, 2018. DOI: 10.1037/ccp0000338.

HILBERT, A. Psychological and Medical Treatments for Binge-Eating Disorder: A Research Update. Physiology & Behavior, v. 258, p. 114002, 2023. DOI: 10.1016/j.physbeh.2022.114002.

HILBERT, A.; SCHMIDT, R. Psychological and medical treatments for binge-eating disorder: state-of-the-art. Current Opinion in Psychiatry, v. 38, n. 6, p. 434–444, 2025. DOI: 10.1097/YCO.0000000000001035.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 26

PSIQUIATRIA NUTRICIONAL E O EIXO INTESTINO-CÉREBRO: UMA REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS CLÍNICAS

MATHEUS FERREIRA CESPEDES[1]
LAURA MARTINS DA SILVA[1]

[1]*Discente - Acadêmico de Medicina da Faculdade do Vale do Rio dos Sinos.*

Palavras-Chave: *Psiquiatria Nutricional; Eixo Intestino-Cérebro; Suplementação Nutricional.*

DOI: 10.59290/1900221526

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A relação entre nutrição e saúde mental representa um campo emergente e de crescente relevância na psiquiatria contemporânea, conhecido como psiquiatria nutricional. Este campo surge em um contexto de carga global substancial de transtornos mentais, particularmente depressão e ansiedade, que afetam centenas de milhões de pessoas em todo o mundo e representam uma das principais causas de incapacidade (CHEN *et al.,* 2026).

Em 2021, a prevalência global de transtornos depressivos atingiu 332,4 milhões de casos e de transtornos ansiosos 359,2 milhões de casos, representando 63,1% de todos os transtornos mentais e 9,1% de todas as doenças (ZHANG *et al.,* 2025). A pandemia de COVID-19 exacerbou dramaticamente essa carga, com aumentos de 18-19% na prevalência de depressão e ansiedade entre 2019 e 2021, particularmente em regiões de alto índice sociodemográfico e entre mulheres jovens. (FAN *et al.,* 2025) Projeções indicam que até 2040, os casos globais podem ultrapassar 515 milhões para ansiedade e 466 milhões para depressão (ZHANG *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a psiquiatria nutricional emerge como uma abordagem promissora baseada em evidências crescentes de que padrões alimentares influenciam o risco, a gravidade e o prognóstico de transtornos psiquiátricos (MARTINS *et al,* 202; FOND *et al.,* 2020; MARX *et al.,* 2017). Dietas de alta qualidade, especialmente a dieta mediterrânea, estão associadas a menor risco de sintomas depressivos e ansiosos, enquanto padrões alimentares ocidentais e consumo elevado de alimentos ultraprocessados aumentam esse risco (LJUNGBERG *et al.,* 2020; MARANO *et al.*, 2025).

Os mecanismos biológicos que conectam nutrição e saúde mental são complexos, multifacetados e interconectados. Incluem modulação da inflamação sistêmica e neuroinflamação, com evidências robustas de que citocinas pró-inflamatórias (IL-1β, IL-6, TNF-α) contribuem para sintomas depressivos e ansiosos através da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e produção de metabólitos neurotóxicos da via da quinurenina (rota metabólica da degradação de triptofano) (HASSAMAL *et al*., 2023; LEONARD *et al.,* 2012; HU *et al.,* 2022).

O estresse oxidativo, resultante do desequilíbrio entre espécies reativas de oxigênio e defesas antioxidantes, está consistentemente associado a maior gravidade de sintomas depressivos e ansiosos, com o cérebro sendo particularmente vulnerável devido ao seu alto consumo de oxigênio e conteúdo lipídico (SHAFIEE *et al.,* 2018; BHATT *et al*., 2020).

Adicionalmente, o eixo intestino-cérebro e a microbiota intestinal desempenham papel central nessa interação. A microbiota comunica-se com o sistema nervoso central através de múltiplas vias: produção de neurotransmissores (GABA, serotonina, dopamina), metabólitos bacterianos (ácidos graxos de cadeia curta), modulação do nervo vago, sistema imune e metabolismo do triptofano. (DICKS *et al*., 2023; CRYAN *et al.,* 2019). Disbiose intestinal está associada a hiperativação do eixo HPA, alterações na plasticidade sináptica, neuroplasticidade reduzida e comportamentos tipo-depressivos e ansiosos em modelos animais e humanos. (BAUTISTA *et al.,* 2025; CRYAN *et al.,* 2019; BARRIO *et al.,* 2022). Ademais, deficiências de nutrientes específicos—como vitamina D, ácidos graxos ômega-3, vitaminas do complexo B (especialmente folato), magnésio, zinco e selênio—também se associam a maior prevalência de sintomas depressivos, e a suplementação pode ser benéfica em casos selecionados (EKINCI *et al.,* 2023).

Este capítulo tem como objetivo explorar o papel das intervenções nutricionais no manejo de transtornos psiquiátricos, principalmente transtornos depressivos e ansiosos, com ênfase na dieta mediterrânea como estratégia alimentar com resultados mais consistentes na literatura. Serão discutidas suas características, achados de revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos, bem como os mecanismos biológicos propostos que conectam esse padrão alimentar à melhora de desfechos em saúde mental, especialmente a modulação do eixo intestino-cérebro. Outrossim, o capítulo abordará o papel da suplementação de nutrientes específicos, discutindo seu potencial como terapias adjuvantes no tratamento psiquiátrico convencional.

METODOLOGIA

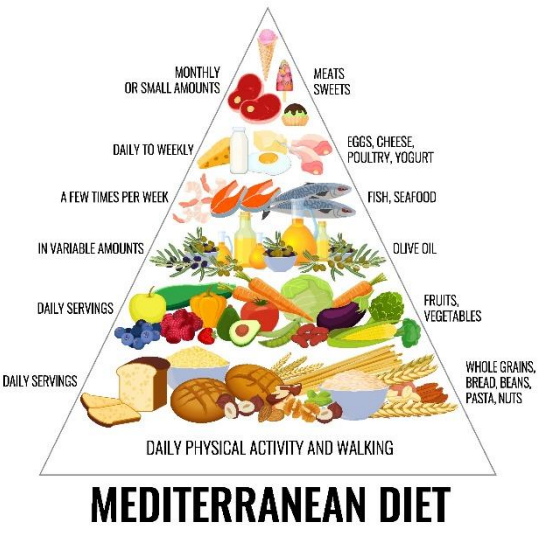
Realizou-se, portanto, uma revisão literária nas bases de dados PubMed e UpToDate sobre a influência da nutrição na saúde mental, explorando os mecanismos biológicos subjacentes e as evidências clínicas que sustentam a dieta como um pilar fundamental no tratamento e na prevenção de transtornos mentais. Utilizou-se os descritores: '*Nutritional Psychiatry' , 'Gut-Brain Axis', Mental health', 'Depressive disorders', 'Dietary patterns', 'Mediterranean diet" e 'Feeding behavior'* associados ao operador booleano "AND". Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas portugues e inglês, sendo ensaios clínicos, estudos de coorte e revisões sistemáticas publicados entre 2017 e 2025 Os critérios de exclusão foram: estudo com viés de seleção ou amostras reduzidas, artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo e que não abordaram diretamente a proposta estudada. A análise quantitativa sintetizou dados de 30 artigos selecionados após a triagem por pares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DIETA MEDITERRÂNEA EVIDÊNCIAS E RESULTADOS

A dieta mediterrânea representa a intervenção nutricional com maior nível de evidência para melhora de desfechos em saúde mental, conforme demonstrado por múltiplas revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos randomizados (HUSSEN *et al.,* 2025; FOND *et al.,* 2019; BAYES *et al.,* 2022). A dieta mediterrânea é caracterizada por alta ingestão de frutas, vegetais, leguminosas, nozes, grãos integrais, azeite de oliva extra-virgem como principal fonte de gordura, consumo moderado de peixes e frutos do mar, consumo moderado de laticínios (principalmente queijos e iogurte) e baixo consumo de carnes vermelhas e processadas. (ORTEGA *et al.,* 2022) Os componentes indivi-duais com maior potencial terapêutico incluem frutas, vegetais, peixes gordurosos e grãos integrais (AKERELE *et al.,* 2025) (**Figura 26.1**).

Figura 26.1 Pirâmide de alimentos



Fonte: SHUTTERSTOCK

Evidências de revisões sistemáticas e meta-análises

Uma revisão sistemática abrangente de 104 estudos (88 observacionais e 16 intervencionais) demonstrou que a adesão à dieta mediterrânea está consistentemente associada a: Redução de sintomas depressivos em adultos saudáveis e com comorbidades, redução de sintomas ansiosos, menor estresse percebido, melhora na qualidade de vida e bem-estar geral. Esses benefícios foram observados em diversas populações geográficas e contextos clínicos, tanto em indivíduos saudáveis quanto naqueles com condições médicas preexistentes (HUSSEN *et al.,* 2025).

Ensaio clínico randomizado AMMEND

O estudo AMMEND (*A Mediterranean Diet in MEN with Depression*) representa um dos ensaios clínicos randomizados mais robustos avaliando a dieta mediterrânea em pacientes com depressão clinicamente diagnosticada. O estudo foi conduzido com homens jovens entre 18 e 25 anos com depressão moderada a grave, que foram alocados para um grupo intervenção, que recebeu orientação nutricional para adesão à dieta mediterrânea, ou para um grupo controle submetido à terapia de *befriending*, caracterizada como uma forma estruturada de suporte social. As avaliações ocorreram no baseline, na semana 6 e na semana 12. A adesão ao padrão alimentar foi mensurada por meio do *Mediterranean Diet Adherence Score* (MEDAS), e o desfecho primário foi a variação no *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II), enquanto a qualidade de vida (QoL) foi considerada desfecho secundário.

Ao final do estudo, 72 participantes completaram o seguimento. Observou-se que a adesão à dieta mediterrânea foi significativamente maior no grupo intervenção, com diferença média de 7,8 pontos no MEDAS (IC 95%: 7,23–8,37; P <0,001). Em relação aos sintomas depressivos, o grupo mediterrâneo apresentou redução média de 14,4 pontos no BDI-II em comparação ao grupo controle (IC 95%: 11,41–17,39; P <0,001). Além disso, houve melhora significativa na qualidade de vida, com aumento médio de 12,7 pontos no grupo intervenção (IC 95%: 7,92–17,48; P <0,001). Esses achados sugerem efeitos clinicamente relevantes, comparáveis ou até superiores aos tamanhos de efeito observados com antidepressivos convencionais, reforçando o papel potencialmente importante da nutrição como estratégia terapêutica complementar no manejo da depressão nessa população específica (BAYES *et al.,* 2022).

Mecanismos de ação da dieta mediterrânea

Os mecanismos pelos quais a dieta mediterrânea exerce seus efeitos benéficos na saúde mental são múltiplos e interconectados, sendo uma dieta rica em propriedades anti-inflamatórias, uma vez que reduz marcadores inflamatórios sistêmicos (IL-6, TNF-α, PCR), que estão elevados em pacientes com depressão e ansiedade. Além disso, deve-se destacar seu potencial antioxidante, visto que os polifenóis presentes em frutas, vegetais e azeite de oliva neutralizam espécies reativas de oxigênio, reduzindo o estresse oxidativo cerebral (HUSSEN *et al.,* 2025; AKERELE *et al.,* 2025).

A alta ingestão de fibras e polifenóis promove diversidade microbiana e produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), que modulam o eixo intestino-cérebro (sistema de comunicação entre o trato gastrointestinal e o sistema nervoso central que integra vias neurais, endócrinas, imunológicas e metabólicas). Ademais, componentes da dieta, especialmente ômega-3 de peixes e polifenóis, protegem contra declínio cognitivo e promovem neuroplasticidade (AKERELE *et al.,* 2025).

Por fim, é importante destacar o papel da dieta supracitada na regulação do eixo hipotá-

lamo-hipófise-adrenal, diminuindo a resposta ao estresse (MARX *et al*., 2021), e a modulação do metabolismo do triptofano, reduzindo a produção de metabólitos neurotóxicos (SIPAHI *et al.,* 2023).

SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIENTES

A suplementação com ácidos graxos ômega-3, particularmente EPA e DHA, demonstra efeitos antidepressivos através de propriedades anti-inflamatórias, otimização da transmissão serotoninérgica, estabilização de membranas neuronais e modulação da neuroplasticidade. Evidências clínicas indicam redução significativa de sintomas depressivos, particularmente em pacientes com deficiências nutricionais comórbidas, embora haja variabilidade nos desenhos de estudo e dosagens (HOEPNER *et al.,* 2021).

A deficiência de vitamina D está associada a maior risco de depressão, e a suplementação atua através da modulação da atividade de neurotransmissores, redução da neuroinflamação, influência na neuroplasticidade e melhora da função cognitiva e regulação do humor. Ensaios clínicos randomizados demonstraram que a suplementação com vitamina D reduz significativamente os escores de depressão, aumentando a resposta ao tratamento farmacológico padrão ou como monoterapia, incluindo remissão parcial ou completa (BORGES-VIEIRA *et al.,* 2023).

A suplementação com vitaminas do complexo B, como ácido fólico, L-metilfolato, vitamina B1, B12 ou metilcobalamina, demonstrou diminuição significativa nos escores de depressão, aumento da resposta ao tratamento farmacológico padrão e potencialização dos efeitos antidepressivos quando usados como adjuvantes. Além disso, o L-metilfolato e a S-adeno-silmetionina (SAMe) apresentam atividade antidepressiva comprovada em múltiplos estudos (BORGES-VIEIRA *et al.,* 2023).

Outros nutrientes, como zinco, magnésio, N-acetilcisteína, L-acetilcarnitina e coenzima Q10, também demonstraram benefícios na melhora de sintomas depressivos em estudos clínicos, atuando em vias divergentes da fisiopatologia da depressão (HOEPNER *et al*., 2021).

Portanto, a literatura atual respalda a incorporação de estratégias nutricionais como terapias adjuvantes baseadas em evidências no manejo de transtornos depressivos e ansiosos, com a dieta mediterrânea apresentando o maior corpo de evidências e os resultados mais consistentes. Essas intervenções apresentam alta segurança, boa tolerabilidade e potencial benefício significativo, representando ferramentas subutilizadas para melhorar a saúde mental e física de pacientes psiquiátricos (FOND *et al.,* 2020).

CONCLUSÃO

A inter-relação entre nutrição e saúde mental, consolidada no campo emergente da psiquiatria nutricional, representa um avanço significativo na compreensão e no manejo dos transtornos psiquiátricos. A evidência científica acumulada nas últimas décadas demonstra de forma consistente que padrões alimentares de alta qualidade e suplementação de nutrientes em casos selecionados exercem papel determinante na modulação de processos biológicos fundamentais à saúde cerebral, como a inflamação sistêmica, o estresse oxidativo, o metabolismo do triptofano e a integridade do eixo intestino-cérebro.

Em síntese, a integração de estratégias nutricionais baseadas em evidências ao cuidado psiquiátrico tradicional configura uma abordagem holística e segura, com potencial para aprimorar desfechos clínicos e qualidade de vida. A dieta mediterrânea, associada à avaliação e cor-

reção de deficiências nutricionais, deve ser considerada não apenas como ferramenta preventiva, mas também como componente fundamental de programas terapêuticos voltados à saúde mental. O fortalecimento da educação nutricional e de pesquisas interdisciplinares nessa área será essencial para consolidar a psiquiatria nutricional como pilar da medicina moderna e personalizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERELE, C. A.; KORALNIK, L. R.; LAFONT, E. *et al*. Nutrition and Brain Health: Implications of Mediterranean Diet Elements for Psychiatric Disorders. Schizophrenia Research, v. 281, p. 30-44, 2025. DOI: 10.1016/j.schres.2025.04.026.

BARRIO, C.; ARIAS-SÁNCHEZ, S.; MARTÍN-MONZÓN, I. The Gut Microbiota-Brain Axis, Psychobiotics and Its Influence on Brain and Behaviour: A Systematic Review. Psychoneuroendocrinology, v. 137, p. 105640, 2022. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2021.105640.

BAUTISTA, J.; HIDALGO-TINOCO, C.; DI CAPUA DELGADO, M. *et al*. The Gut-Brain-Circadian Axis in Anxiety and Depression: A Critical Review. Frontiers in Psychiatry, v. 16, p. 1697200, 2025. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1697200.

BAYES, J.; SCHLOSS, J.; SIBBRITT, D. The Effect of a Mediterranean Diet on the Symptoms of Depression in Young Males (The "AMMEND: A Mediterranean Diet in MEN With Depression" Study): A Randomized Controlled Trial. The American Journal of Clinical Nutrition, v. 116, n. 2, p. 572-580, 2022. DOI: 10.1093/ajcn/nqac106.

BHATT, S.; NAGAPPA, A. N.; PATIL, C. R. Role of Oxidative Stress in Depression. Drug Discovery Today, v. 25, n. 7, p. 1270-1276, 2020. DOI: 10.1016/j.drudis.2020.05.001.

BORGES-VIEIRA, J. G. & CARDOSO, C. K. S. Efficacy of B-Vitamins and Vitamin D Therapy in Improving Depressive and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Nutritional Neuroscience, v. 26, n. 3, p. 187-207, 2023. DOI: 10.1080/1028415X.2022.2031494.

CHEN, M.; WANG, Y.; TAN, C. Epidemiological Trends of Depression and Anxiety at Global, Regional, and National Level: A Population-Based Observational Study From 1990 to 2021 Based on Global Burden of Disease 2021. Medicine, v. 105, n. 2, p. e47094, 2026. DOI: 10.1097/MD.0000000000047094.

CRYAN, J. F.; O'RIORDAN, K. J.; COWAN, C. S. M. *et al*. The Microbiota-Gut-Brain Axis. Physiological Reviews, v. 99, n. 4, p. 1877-2013, 2019. DOI: 10.1152/physrev.00018.2018.

DICKS, L. M. T. Our Mental Health Is Determined by an Intrinsic Interplay Between the Central Nervous System, Enteric Nerves, and Gut Microbiota. International Journal of Molecular Sciences, v. 25, n. 1, p. 38, 2023. DOI: 10.3390/ijms25010038.

EKINCI, G. N. & SANLIER, N. The Relationship Between Nutrition and Depression in the Life Process: A Mini-Review. Experimental Gerontology, v. 172, p. 112072, 2023. DOI: 10.1016/j.exger.2022.112072.

FAN, H.; YANG, Y.; LI, J.; HUANG, Z.; ZHOU, B. Change in Global Burden of Depressive and Anxiety Disorders Due to Pandemic: Insight From GBD 2021. Journal of Affective Disorders, v. 390, p. 119817, 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2025.119817.

FOND, G.; YOUNG, A. H.; GODIN, O. *et al*. Improving Diet for Psychiatric Patients: High Potential Benefits and Evidence for Safety. Journal of Affective Disorders, v. 265, p. 567-569, 2020. DOI: 10.1016/j.jad.2019.11.092.

HASSAMAL, S. Chronic Stress, Neuroinflammation, and Depression: An Overview of Pathophysiological Mechanisms and Emerging Anti-Inflammatories. Frontiers in Psychiatry, v. 14, p. 1130989, 2023. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1130989.

HOEPNER, C. T.; MCINTYRE, R. S.; PAPAKOSTAS, G. I. Impact of Supplementation and Nutritional Interventions on Pathogenic Processes of Mood Disorders: A Review of the Evidence. Nutrients, v. 13, n. 3, p. 767, 2021. DOI: 10.3390/nu13030767.

HU, P.; LU, Y.; PAN, B. X.; ZHANG, W. H. New Insights Into the Pivotal Role of the Amygdala in Inflammation-Related Depression and Anxiety Disorder. International Journal of Molecular Sciences, v. 23, n. 19, p. 11076, 2022. DOI: 10.3390/ijms231911076.

HUSSEN KABTHYMER, R.; KARIMI, L.; LIVESAY, K. *et al*. Effect of Mediterranean Diet on Mental Health Outcomes: A Systematic Review. Nutrition Research Reviews, p. 1-65, 2025, DOI: 10.1017/S0954422425100243.

LEONARD, B. & MAES, M. Mechanistic Explanations How Cell-Mediated Immune Activation, Inflammation and Oxidative and Nitrosative Stress Pathways and Their Sequels and Concomitants Play a Role in the Pathophysiology of Unipolar Depression. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, v. 36, n. 2, p. 764-785, 2012. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2011.12.005.

LJUNGBERG, T.; BONDZA, E.; LETHIN, C. Evidence of the Importance of Dietary Habits Regarding Depressive Symptoms and Depression. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 5, p. E1616, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17051616.

MARANO, G.; TRAVERSI, G.; MAZZA, O. *et al*. The Immune Mind: Linking Dietary Patterns, Microbiota, and Psychological Health. Nutrients, v. 18, n. 1, p. 96, 2025. DOI: 10.3390/nu18010096.

MARTINS, L. B.; BRAGA TIBÃES, J. R.; SANCHES, M. *et al*. Nutrition-Based Interventions for Mood Disorders. Expert Review of Neurotherapeutics, v. 21, n. 3, p. 303-315, 2021. DOI: 10.1080/14737175.2021.1881482.

MARX, W.; LANE, M.; HOCKEY, M. *et al*. Diet and Depression: Exploring the Biological Mechanisms of Action. Molecular Psychiatry, v. 26, n. 1, p. 134-150, 2021. DOI: 10.1038/s41380-020-00925-x.

MARX, W.; MOSELEY, G.; BERK, M.; JACKA, F. Nutritional Psychiatry: The Present State of the Evidence. Proceedings of the Nutrition Society, v. 76, n. 4, p. 427-436, 2017. DOI: 10.1017/S0029665117002026.

ORTEGA, M. A.; FRAILE-MARTÍNEZ, Ó.; GARCÍA-MONTERO, C. *et al*. Biological Role of Nutrients, Food and Dietary Patterns in the Prevention and Clinical Management of Major Depressive Disorder. Nutrients, v. 14, n. 15, p. 3099, 2022. DOI: 10.3390/nu14153099.

SHAFIEE, M.; AHMADNEZHAD, M.; TAYEFI, M. *et al*. Depression and Anxiety Symptoms Are Associated With Prooxidant-Antioxidant Balance: A Population-Based Study. Journal of Affective Disorders, v. 238, p. 491-498, 2018. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.079.

SIPAHI, H.; MAT, A. F.; OZHAN, Y.; AYDIN, A. The Interrelation Between Oxidative Stress, Depression and Inflammation Through the Kynurenine Pathway. Current Topics in Medicinal Chemistry, v. 23, n. 6, p. 415-425, 2023. DOI: 10.2174/1568026623666221223111309.

ZHANG, Z.; CHEN, X.; WU, S. *et al*. Global, Regional and National Burden of Anxiety and Depression Disorders From 1990 to 2021, and Forecasts Up to 2040. Journal of Affective Disorders, p. 120299, 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2025.120299.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 27

SAÚDE MENTAL NO PERÍODO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA VITÓRIA CIOATO[1]
ANA LAURA DUTRA BORTOLOTO[1]
ANDRIELLE OLIVEIRA DE ALMEIDA[1]
FELIPE PEREIRA LIZOT[1]
HELENA CASAGRANDE KUZLI[1]
HYORRANA HAMID ZARDA RIBEIRO RODRIGUES[1]
JOÃO GABRIEL DA CUNHA[1]
LUIS ERNESTO BASSANESI [2]
PAOLA TRENTIN HOFMANN[1]
TIAGO FAORO PIONER[1]
VITÓRIA BORGES GONÇALVES[1]

[1]Discente - Medicina na Universidade de Caxias do Sul.
[2]Docente - Disciplina de Psiquiatria no Curso de Medicina na Universidade de Caxias do Sul.

Palavras-Chave: *Saúde Mental; Pós-Parto; Transtornos Psiquiátricos.*

DOI: 10.59290/9656222050

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O período pós-parto, puerpério, é a fase imediata e subsequente ao nascimento, durante a qual ocorrem a recuperação anatômica e a readaptação fisiológica do organismo materno ao estado não gestacional. Embora exista variação nas definições empregadas, modelos clínicos comumente subdividem o puerpério em fases (aguda, precoce/recente e tardia) que cobrem desde as primeiras 24 horas até semanas ou meses após o parto. Tradicionalmente consideram-se limites práticos em torno de seis a doze semanas para a recuperação inicial, com reconhecimento de que alterações psicossociais e riscos psiquiátricos podem perdurar por até um ano (CHAUHAN, 2022).

As transformações físicas e hormonais do puerpério são substanciais e multifatoriais: incluem involução uterina e adaptações endócrinas e imunometabólicas da lactação e da recuperação pós-parto. Paralelamente, a transição para a maternidade envolve modificações emocionais e comportamentais mediadas tanto por flutuações endócrinas quanto por fatores psicossociais, como privação de sono, reorganização de papéis familiares, estresse financeiro e mudanças na rede de suporte, que em conjunto modulam a vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos. A compreensão integrada desses processos fisiológicos e psíquicos é necessária para diferenciar respostas adaptativas transitórias, por exemplo baby blues, de episódios clínicos que requerem intervenção, como a depressão pós-parto (BERENS, 2025).

A saúde mental no pós-parto tem impacto direto sobre a mãe, o bebê e o núcleo familiar. Transtornos como a depressão pós-parto estão associados a pior adesão ao aleitamento, alterações no estabelecimento do vínculo mãe–bebê, menor responsividade materna e, em longo prazo, desfechos adversos no desenvolvimento cognitivo e socioemocional infantil. Condições menos prevalentes, porém de elevada gravidade, como a psicose pós-parto, implicam risco aumentado de suicídio e infanticídio e exigem intervenção psiquiátrica imediata. Essas repercussões clínicas e sociais tornam a detecção precoce, a monitorização e o tratamento componentes centrais do cuidado obstétrico e pediátrico (DIMCEA, 2024).

A justificativa para investigação e atenção ampliada à saúde mental perinatal decorre de sua elevada prevalência, do potencial de impacto intergeracional e das lacunas persistentes em triagem e acesso a serviços especializados. Do ponto de vista de saúde pública, intervenções que integrem triagem padronizada, capacitação de profissionais de atenção primária, dispositivos de referência e suporte psicossocial visam reduzir a carga de morbidade materna e melhorar desfechos neonatais e infanto-juvenis, respaldando a priorização em agendas de saúde reprodutiva e mental (KABUNGA, 2024).

MÉTODO

Foi feita uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar e analisar os estudos sobre saúde mental de mulheres no período pós-parto dos últimos cinco anos. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, BVS, *Cochrane Library* e UpToDate, utilizando os descritores "saúde mental", "mulheres", "período pós-parto", "transtornos mentais". Foram incluídos 15 estudos publicados entre 2019 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a saúde mental de mulheres durante o período pós-parto. Excluíram-se artigos duplicados entre as bases, trabalhos que tratassem de populações não relacionadas ao pós-parto, relatos de casos isolados e editoriais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos gerais da saúde mental no puerpério

O puerpério, que é considerado até o primeiro ano pós-parto, é marcado por intensas alterações hormonais, neurobiológicas, sociais e psicológicas. Com isso, a saúde mental materna sofre diversas oscilações que vão desde alterações emocionais transitórias até transtornos mentais graves que geram impacto direto na mulher, na criança e no funcionamento familiar. Os transtornos mentais perinatais são bem reconhecidos e têm grande importância na saúde pública, visto sua alta prevalência, subdiagnóstico e potenciais repercussões para o desenvolvimento infantil (HOWARD, 2020).

Estudos recentes apontaram que cerca de 10 a 25% das mulheres apresentam algum transtorno mental durante o período pós-parto. Entre eles, os mais frequentes são o ‘’Baby blues’’, que atinge cerca de 80% das mulheres nas primeiras duas semanas, sendo autolimitado e não considerado transtorno psiquiátrico. Além desse, ainda são recorrentes a depressão pós-parto, que tem alta prevalência mundial de 12 a 20% e maior impacto funcional, os transtornos de ansiedade em 15-25%, o transtorno de estresse pós-traumático e a psicose puerperal (FAIRBROTHER *et al*., 2021; AYERS *et al*., 2019).

As manifestações psiquiátricas mais frequentes no pós-parto possuem múltiplos fatores de riscos, que envolvem predisposição biológica, vulnerabilidade psicossocial e circunstâncias obstétricas. Os fatores biológicos envolvem flutuações hormonais (estrogênio e progesterona) intensas pós-parto, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e privação de sono e exaustão física. Os fatores psicossociais geralmente têm como principais fatores o histórico prévio de transtorno mental, o baixo suporte emocional e a violência doméstica e os obstétricos e perinatais provém de complicações obstétricas, sendo que a gravidez não planejada e a multiparidade também elevam o risco (GUINTINAVO *et al*., 2019).

Essa realidade cursa com repercussões importantes na saúde materna e da criança com redução da qualidade de vida, aumento do risco suicida e dificuldades de vínculo afetivo e menor responsividade materna, além de sobrecarga familiar. Algumas estratégias de prevenção e intervenções são muito importantes, entre elas estão intervenções psicossociais (apoio familiar, intervenções psicológicas), psicoterapia (terapia cognitivo comportamental e terapia interpessoal), farmacoterapia (antidepressivos), suporte social e políticas públicas (grupos de apoio, assistência social em UBS) (WHO, 2022).

Manifestações emocionais e transtornos psiquiátricos do pós-parto

As manifestações emocionais do pós-parto abrangem um espectro que vai de respostas fisiológicas transitórias a transtornos psiquiátricos graves. A forma mais comum é a tristeza materna, ou baby blues, que é um fenômeno autolimitado decorrente da intensa reorganização neuroendócrina e psicossocial que ocorre nos primeiros dias após o parto. Ela caracteriza-se por labilidade emocional, choro fácil, irritabilidade e sensibilidade aumentada, geralmente iniciando-se entre o segundo e o terceiro dia e resolvendo-se espontaneamente em até duas semanas. Diferentemente da depressão pós-parto (DPP), o baby blues não exige número mínimo de sintomas e não causa prejuízo funcional significativo; a persistência de sintomas após duas semanas deve levantar suspeita de DPP (VIGUERA, 2025).

A DPP é o transtorno psiquiátrico mais prevalente do puerpério, com taxas globais entre 10% e 15%, podendo alcançar valores superiores em países de baixa e média renda. Embora

o DSM-5 utilize o especificador "com início no periparto" para episódios iniciados durante a gestação ou nas quatro semanas subsequentes ao parto, clinicamente considera-se DPP qualquer episódio depressivo que surja nos primeiros 12 meses pós-parto (VIGUERA, 2025). Seu quadro clínico se assemelha ao da depressão maior não perinatal, incluindo disforia, anedonia, culpa excessiva, prejuízo cognitivo e ideação suicida; contudo, no contexto pós-parto é comum observar ansiedade acentuada, preocupações excessivas com o bebê, medo de inadequação materna e dificuldades no vínculo mãe–bebê (VIGUERA, 2025). Como sintomas somáticos, como fadiga e alterações de sono, são frequentes no período puerperal, recomenda-se enfatizar sintomas afetivos e cognitivos na avaliação diagnóstica. A triagem deve ser realizada com instrumentos validados, especialmente a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), recomendada por entidades como ACOG e USPSTF (BERENS, 2025).

A DPP acarreta repercussões relevantes para a saúde materno-infantil. Está associada a menor probabilidade e menor duração do aleitamento materno, prejuízos no vínculo afetivo, redução da responsividade materna, falhas em práticas de segurança e vacinação, dificuldades no manejo do sono infantil e maior risco de desfechos cognitivos adversos e psicopatologia na infância. Também contribui para tensões conjugais e pode aumentar o risco de suicídio materno, ainda que a taxa absoluta seja baixa (1–5/100.000 nascimentos) (PAYNE, 2025).

A ansiedade no pós-parto é altamente prevalente e frequentemente comórbida à DPP, estando presente em até 66% das mulheres depressivas (VIGUERA, 2025). Caracteriza-se por preocupação excessiva com a saúde do bebê, hipervigilância, medo de incapacidade materna, irritabilidade e insônia. Embora certa dose de ansiedade seja esperada nesse período, ela torna-se patológica quando provoca sofrimento significativo ou prejuízo no cuidado. Ferramentas como PHQ-4 e GAD-7 são recomendadas para rastreamento (BERENS, 2025). O manejo envolve psicoeducação, terapias psicoterápicas (especialmente a terapia cognitivo-comportamental) e avaliação de comorbidade com depressão, uma vez que o tratamento conjunto é frequentemente necessário.

A psicose pós-parto (PPP) constitui a emergência psiquiátrica mais grave do ciclo gravídico-puerperal. Embora rara (1–2 casos por 1.000 nascimentos), apresenta alto risco de suicídio e infanticídio e demanda hospitalização imediata (VIGUERA, 2025).

Os sintomas surgem de forma abrupta, predominantemente nas duas primeiras semanas após o parto, e incluem delírios (muitas vezes com conteúdo religioso ou persecutório relacionado ao bebê), alucinações, desorganização comportamental, insônia grave, irritabilidade intensa e prejuízo do julgamento crítico. Diferenciar entre ruminações ansiosas ego-distônicas, comuns em DPP, e ideias delirantes com intenção é fundamental, pois estas últimas representam risco significativo (PAYNE, 2025). Os principais fatores de risco incluem transtorno bipolar, história pessoal ou familiar de PPP e episódios psicóticos ocorridos no periparto. A conduta recomendada é a hospitalização psiquiátrica imediata com monitoramento contínuo para segurança materna e neonatal (BERENS, 2025).

Outras condições psiquiátricas também podem surgir no pós-parto. O Transtorno obsessivo-Compulsivo (TOC) pós-parto é marcado por obsessões intrusivas relacionadas ao medo de prejudicar o bebê, geralmente ego-distônicas, acompanhadas de compulsões de checagem; diferentemente da psicose, não há delírios nem perda de crítica (PAYNE, 2025). Transtornos de ajustamento podem manifestar-se como tris-

teza, irritabilidade ou ansiedade exacerbada frente às demandas maternas, e devem ser monitorados devido ao potencial de evolução para DPP. A bipolaridade no pós-parto merece atenção especial: até 23% das mulheres inicialmente diagnosticadas com DPP podem apresentar, na verdade, episódios depressivos bipolar não reconhecidos (VIGUERA, 2025). Como antidepressivos isolados podem precipitar mania ou psicose, recomenda-se rastrear bipolaridade antes de iniciar tratamento farmacológico para depressão e ansiedade nesse período (BERENS, 2025).

Assim, reconhecer o espectro das manifestações emocionais do pós-parto é fundamental para aprimorar a acurácia diagnóstica e orientar condutas baseadas em evidências. Desde respostas transitórias como o baby blues até transtornos graves como a psicose pós-parto, cada condição apresenta padrões clínicos, fatores de risco e implicações distintas para a saúde materna e infantil. A realização de triagem sistemática com instrumentos validados, a diferenciação adequada entre sintomas fisiológicos e patológicos e a avaliação de comorbidades são etapas essenciais para o manejo. A atuação integrada das equipes de saúde permite identificar precocemente quadros de risco, reduzir desfechos adversos e direcionar intervenções terapêuticas apropriadas ao contexto clínico de cada paciente.

Fatores de risco e proteção

É sabido que a depressão pós-parto é uma doença multifatorial, associada a uma ampla gama de fatores de risco. O histórico prévio de transtornos mentais é um dos fatores mais robustos, sendo que, entre eles, a depressão prévia apresenta o maior risco associado. Em segundo lugar, a ansiedade pode aumentar as chances de depressão pós-parto em até um ano. Somado a isso, sabe-se que qualquer condição psiquiátrica prévia contribui positivamente para o risco de depressão pós-parto (LEISTIKOW; SMITH, 2024).

A privação de sono é um dos fatores de risco modificáveis mais bem definidos, embora também seja um aspecto esperado, considerando que os primeiros seis meses são marcados por intensa adaptação na vida da nova mãe. No entanto, entende-se que quanto menor a qualidade e o tempo de sono, maior é o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. Trata-se, porém, de um tema de difícil discussão, pois esse fator está fortemente associado à necessidade laboral, à existência de licença-maternidade e à presença de rede de apoio. Ressalta-se ainda que o sono possui grande importância para a regulação funcional do organismo, tanto no âmbito emocional quanto hormonal (JOHANSEN *et al*., 2020).

Associada à privação de sono, podem estar presentes outras situações, como a sobrecarga parental, o que reforça a necessidade de discussões prévias e contínuas sobre a manutenção de divisões equitativas das tarefas. Contudo, muitas vezes isso não ocorre, gerando não apenas privação de sono, mas também maior sobrecarga sobre a figura materna (JOHANSEN *et al*., 2020).

Em relação à amamentação, observam-se dois cenários: a resistência em amamentar em decorrência do quadro depressivo ou, ao enfrentar dificuldades no aleitamento — seja por inflamações, baixa produção de leite, entre outros fatores —, o início de sentimentos de culpa e incapacidade materna. Em ambos os casos, as dificuldades para amamentar aumentam a culpa e a autocrítica, especialmente pela comparação com outras mães do círculo de convivência e pela pressão externa, muitas vezes reforçada pela cultura. Atualmente, sabe-se que existe uma associação entre a amamentação e a diminuição do risco de depressão pós-parto; contu-

do, essa relação ainda não é totalmente quantificável devido à falta de estudos de grande porte (XIA *et al*., 2022).

A violência doméstica e sexual, tanto por parte do parceiro atual quanto decorrente de histórico de abusos ao longo da vida, aumenta as chances de desenvolvimento de um quadro depressivo perinatal, assim como a ocorrência de gravidez indesejada. Além disso, fatores como insatisfação com a autoimagem e condições de saúde física perinatal debilitada, a exemplo de hipertensão arterial e diabetes gestacional, também contribuem para esse risco (STEWART & VIGOD, 2019).

Diante da quantidade de fatores de risco, também se destacam os fatores protetores. Grupos de mães constituem alternativas relevantes, uma vez que possibilitam apoio entre pessoas que vivenciam situações semelhantes. Da mesma forma, estratégias de suporte, como visitas domiciliares, ligações telefônicas e acompanhamento psicológico, reduzem as chances de quadros depressivos no pós-parto. Ressalta-se, ainda, que o tratamento da depressão antenatal contribui para a diminuição do risco de depressão no período pós-parto (STEWART & VIGOD, 2019).

Diagnóstico e triagem no período pós-parto

A avaliação clínica cuidadosa e a triagem estruturada constituem elementos centrais para a identificação precoce de condições como a DPP, os transtornos de ansiedade e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) relacionado ao parto. A abordagem diagnóstica deve ser abrangente e sistemática, integrando anamnese detalhada, exame físico, investigação de causas orgânicas, diagnóstico diferencial e utilização de instrumentos padronizados, a fim de garantir maior precisão e sensibilidade na detecção dessas condições, frequentemente subdiagnosticadas no contexto do puerpério (HORSCH *et al*., 2024).

A compreensão do estado emocional da mulher e os múltiplos fatores que permeiam sua experiência no pós-parto é fundamental na avaliação clínica inicial. A anamnese deve explorar a presença de sintomas depressivos, como humor persistentemente deprimido, anedonia, irritabilidade, sentimentos excessivos de culpa ou inutilidade, redução de energia, alterações do sono e do apetite, além de dificuldades de concentração, lentificação do pensamento ou pensamentos recorrentes de morte. Para o diagnóstico de DPP, estudos apontam a necessidade da presença de pelo menos quatro desses sintomas por um período mínimo de duas semanas, com impacto funcional significativo. Além disso, deve-se pesquisar antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares, presença de transtornos mentais prévios, uso de substâncias, experiências traumáticas anteriores e fatores psicossociais de risco, como violência doméstica, abuso sexual, vulnerabilidade socioeconômica e ausência de suporte social ou familiar. Aspectos culturais e o estigma associado aos transtornos mentais também devem ser considerados, uma vez que frequentemente dificultam o relato espontâneo de sintomas e atrasam a busca por ajuda especializada (RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

No caso do TEPT relacionado ao parto, a investigação clínica deve abordar a ocorrência de revivência do evento traumático, comportamentos de evitação de lembranças associadas ao parto, alterações negativas persistentes no humor e na cognição, bem como sintomas de hipervigilância e hiperreatividade. São necessários pelo menos um sintoma de revivência, um de evitação, pelo menos dois sintomas de alterações negativas no humor e na cognição e dois de hipervigilância, devendo estarem presentes por pelo menos um mês após o parto para que

se cumpram os critérios diagnósticos, permitindo a distinção entre TEPT e respostas agudas ao estresse. Esses critérios são fundamentados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta Edição (DSM-5), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, que estabelece definições padronizadas para os transtornos mentais com base em conjuntos específicos de sintomas, duração mínima e impacto funcional. Essa escala é amplamente utilizada na prática clínica e na pesquisa científica, pois fornece critérios que aumentam a confiabilidade diagnóstica e facilitam a comunicação entre profissionais de saúde, embora existam diferenças em relação à Classificação Internacional de Doenças (CID) (HORSCH *et al*., 2024).

Além da identificação dos sintomas, a avaliação clínica deve permitir a diferenciação entre DPP unipolar e quadros depressivos associados ao transtorno bipolar. A DPP tende a apresentar maior gravidade clínica, podendo cursar com sintomas psicóticos, oscilações de humor mais abruptas, hipersonia, hiperfagia e episódios depressivos mais breves e recorrentes. O diagnóstico incorreto, especialmente quando a bipolaridade não é reconhecida, pode resultar em condutas terapêuticas inadequadas, maior risco de descompensação clínica, hospitalizações, prejuízos na capacidade materna de autocuidado e cuidado com o bebê e, em situações extremas, aumento do risco de suicídio materno e infanticídio (RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

A aplicação de instrumentos de triagem validados torna-se uma etapa essencial para padronizar e complementar o processo diagnóstico. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) é o instrumento mais amplamente utilizado em nível mundial para o rastreamento da DPP, devido à sua praticidade, validade e boa sensibilidade. Trata-se de um questionário de autorrelato composto por dez itens, que avaliam predominantemente sintomas emocionais e cognitivos, como humor deprimido, ansiedade, culpa, anedonia e ideação suicida, minimizando a influência de sintomas somáticos comuns no puerpério. Cada item é pontuado de zero a três, e a pontuação total varia de zero a trinta, sendo comumente adotado o ponto de corte igual ou superior a dez para indicar risco aumentado de DPP (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; SAHAROY *et al*., 2023).

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ), nas versões PHQ-2 e PHQ-9, também apresenta ampla aplicabilidade no período pós-parto. O PHQ-2 consiste nos dois primeiros itens do PHQ-9 e avalia, de forma rápida, a presença de humor deprimido e perda de interesse ou prazer, funcionando como ferramenta inicial de rastreamento. Assim, o PHQ-9 é composto por nove itens baseados nos critérios diagnósticos do DSM para episódios depressivos maiores, permitindo não apenas a identificação de sintomas depressivos, mas também a estimativa de sua gravidade. Assim como na EPDS, pontuações iguais ou superiores a dez são geralmente utilizadas como indicativas de triagem positiva (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; SAHAROY *et al*., 2023).

A triagem pode ser realizada por meio de modelos de uma ou duas etapas. No modelo de etapa única, aplica-se diretamente um instrumento específico para determinado transtorno. No modelo de duas etapas, utiliza-se inicialmente uma ferramenta de rastreamento mais ampla, como a EPDS ou o PHQ-2, e, diante de um resultado positivo, procede-se à aplicação de instrumentos mais específicos, voltados para a caracterização do transtorno predominante, como escalas para TEPT ou bipolaridade. A literatura debate se o rastreamento deve ser universal ou direcionado a grupos de maior risco, como mulheres com complicações obstétricas, histórico de trauma, transtornos mentais prévios ou vivências de parto traumático. Ainda

assim, há consenso de que a integração da triagem às consultas de rotina do pós-parto é fundamental para favorecer a identificação precoce do sofrimento psicológico e a implementação de intervenções oportunas (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; SAHAROY *et al*., 2023).

Para avaliações mais abrangentes, a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), composta por 35 itens, oferece uma análise detalhada das dimensões emocionais, cognitivas e físicas da DPP. Essa escala permite avaliar não apenas a presença, mas também o tipo e a intensidade dos sintomas, sendo especialmente útil em contextos clínicos mais complexos ou quando há dúvidas diagnósticas. Outra ferramenta utilizada é a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), uma escala heteroaplicada originalmente desenvolvida para avaliar depressão em populações gerais. Embora não seja específica para o período pós-parto, a HAM-D pode ser empregada como instrumento complementar, sobretudo em ambientes clínicos especializados, apesar de apresentar variabilidade significativa em sua confiabilidade entre diferentes estudos. A Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar (BSDS) para transtornos bipolares (TB) e outras escalas para diagnóstico de transtornos de humor relacionados também podem ser úteis no período perinatal (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

Em relação ao TEPT relacionado ao parto, diversos instrumentos têm sido utilizados. Mais recentemente, surgiram instrumentos específicos para o contexto perinatal, como o Questionário de TEPT Perinatal, a Escala de Eventos Traumáticos e a Escala de Trauma de Parto Urbano. Essas ferramentas buscam captar particularidades da experiência traumática relacionada ao parto, incluindo sentimentos de ameaça à vida, perda de controle e vivências de medo intenso. Apesar de promissoras, ainda há limitação de evidências quanto à sua acurácia diagnóstica e validação em diferentes contextos culturais. Estudos recentes também apontam para abordagens inovadoras, como a análise de narrativas maternas por meio de modelos de inteligência artificial, capazes de identificar padrões linguísticos associados a sofrimento traumático e risco aumentado de TEPT (HORSCH *et al*., 2024).

A detecção precoce dos transtornos de saúde mental no pós-parto apresenta benefícios amplos, incluindo melhora do prognóstico, redução da gravidade dos sintomas, prevenção de complicações, fortalecimento do vínculo mãe-bebê e proteção do desenvolvimento infantil. Nesse contexto, a realização da triagem ainda no pós-parto imediato mostra-se desejável para identificar mulheres em situação de maior vulnerabilidade e possibilitar intervenções preventivas, sendo o acompanhamento longitudinal indispensável, especialmente na presença de sintomas persistentes ou múltiplos fatores de risco. Além dos aspectos técnicos, a postura do profissional de saúde exerce papel decisivo nesse processo, uma vez que uma comunicação empática, acolhedora e livre de julgamentos favorece a criação de um ambiente seguro para o relato de sintomas, inclusive aqueles mais estigmatizados, como pensamentos intrusivos ou sentimentos de desconexão emocional, facilitando a identificação precoce, a adesão ao tratamento e a obtenção de desfechos maternos e infantis mais favoráveis (HORSCH *et al*., 2024; MODAK *et al*., 2023).

Estratégias de tratamento e cuidado integrado

As estratégias de tratamento e cuidado integrado são fundamentais para promover o bem-estar materno, uma vez que faz a prevenção de complicações e garante um desenvolvimento saudável para o bebê (HOWARD *et al*., 2020; WHO, 2022). É de suma importância a

identificação precoce de sintomas depressivos, ansiosos ou psicóticos, devendo ser realizado de forma sistemática em todas as mulheres no puerpério, utilizando instrumentos validados como a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) ou o PHQ-9, escalas essas, que podem ser realizadas já nas primeiras consultas de revisão após o nascimento do bebê (ACOG, 2021; NICE, 2022). Em situações de rastreio positivo, deve ser avaliado a presença de risco imediato, como ideação e/ou plano suicida, tentativas prévias, sintomas psicóticos ou catatonia (APA, 2020). Nesses casos, o encaminhamento é urgente e obrigatório para (CAPS, psiquiatria, emergência), sempre garantindo a segurança da mãe e de sua prole (WHO, 2022).

Para mulheres que tiveram a estratificação de sintomas como leves ou subclínicos, as intervenções psicossociais são a base do cuidado, incluindo ações de psicoeducação voltadas à saúde mental no período pós-parto, com a finalidade de esclarecer e validar as vivências emocionais da mulher, bem como orientar sobre práticas de autocuidado, organização do sono e estratégias para lidar com o estresse cotidiano por exemplo (HOWARD *et al*., 2020; STEIN *et al*., 2021). É recomendado a utilização de intervenções de ativação comportamental, como o planejamento de metas semanais realistas e a reinserção progressiva das atividades que promovam o prazer e o bem-estar (CUJJERS *et al*., 2021). Abordagens psicoterapêuticas de curta duração como a terapia cognitivo-comportamental (CBT) e a terapia interpessoal (IPT), mostram-se eficazes na redução de sintomas depressivos e ansiosos (NICE, 2022). Existe também, programas estruturados, como por exemplo, "*Thinking Healthy*", criado pela Organização Mundial da Saúde, que pode ser aplicado por profissionais da saúde ou agentes comunitários, inclusive no contexto de visitas domiciliares, favorecendo a ampliação do acesso ao cuidado (WHO, 2020). O fortalecimento do envolvimento familiar e da rede de apoio também é estimulado, tendo em vista que o suporte emocional e prático desempenha papel na recuperação e prevenção de recaídas (HOWARD *et al*., 2020).

Em casos de depressão moderada a grave, assim como recaídas e falhas de intervenções psicossociais e preferências do paciente, é indicada a farmacoterapia (APA, 2020). A primeira linha de tratamento consiste nos Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), sendo a sertralina a mais indicada, pois apresenta o melhor perfil de segurança tanto na gestação quanto na amamentação (ACOG, 2021; UPTODATE, 2024). As alternativas incluem a fluoxetina, citalopram e escitalopram, dos quais devem ser avaliados os riscos e benefícios (NICE, 2022). A paroxetina deve ser evitada, principalmente no primeiro trimestre, devido ao risco aumentado de malformações cardíacas (HUYBRECHTS *et al*., 2019). É de suma importância a orientação da paciente sobre os possíveis efeitos adversos, como sintomas leves de má adaptação neonatais (PNAS) e o risco de hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido (PPHN) (GRIGORIADIS *et al*., 2020). A equipe neonatal também deve ser comunicada sobre o uso de antidepressivos, e o lactente deve ser monitorado quanto a sinais de sedação, irritabilidade ou dificuldades alimentares (UPTODATE, 2024).

A paciente deve ser reavaliada periodicamente com seguimento estruturado e integrado, seguindo preferencialmente a cada 2 a 4 semanas no início do tratamento, utilizando a mesma escala de rastreio para a monitorização e evolução dos sintomas (APA, 2020). O tratamento deve possuir manutenção por pelo menos 6 a 12 meses após a remissão dos sintomas, com a redução gradual da medicação, visando evitar

recaídas, uma vez que, o risco de recaída é elevado no puerpério (NICE, 2022).

Nos cuidados integrados envolvem a articulação entre os diferentes profissionais da área de saúde, centrada na mulher, valorizando o vínculo familiar e social, respeitando suas escolhas e promovendo o empoderamento maternal (WHO, 2022). Estratégias baseadas em evidências, como rastreio sistemático, intervenções psicossociais, farmacoterapia segura, segmento estruturado e articulação multiprofissional, são fundamentais para garantir o bem-estar da mãe e do bebê, prevenindo desfechos negativos e promovendo uma maternidade saudável e humanizada (HOWARD *et al*., 2020; WHO, 2022).

Implicações para a saúde pública e para a prática clínica

A saúde mental no período pós-parto constitui um desafio central para a saúde pública e para a prática clínica contemporânea, em virtude de sua elevada prevalência, complexidade etiológica e repercussões intergeracionais.

Transtornos como depressão pós-parto, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto e, mais raramente, psicose pós-parto afetam uma parcela expressiva das mulheres, com variações conforme o contexto socioeconômico, a qualidade da assistência obstétrica e o suporte social disponível (HOWARD & KHALIFEG, 2020; FAIRBROTHER *et al*., 2021; AYERS *et al*., 2019; HORSCH *et al*., 2024). Do ponto de vista da saúde pública, essas condições representam importante carga de doença, associada ao aumento da morbidade materna, prejuízos no vínculo mãe-bebê, comprometimento do desenvolvimento infantil e maior risco de desfechos adversos a longo prazo para a família e a sociedade (STEWART & VIGOD, 2019; SARAHOV *et al*., 2023; DIMCEA *et al*., 2024).

Além da compreensão dos fatores etiológicos, é fundamental que políticas públicas e práticas clínicas estejam atentas aos sinais e sintomas que indicam sofrimento psíquico no pós-parto. A depressão pós-parto caracteriza-se frequentemente por humor deprimido persistente, anedonia, fadiga intensa, sentimentos de culpa ou inadequação materna, alterações do sono e do apetite, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, indo além do chamado "*baby blues*", que é transitório e autolimitado (VAN NIEL, 2020; STEWART & VIGOD, 2019; SURYAWANSHI & PAJAI, 2022). Sintomas ansiosos, por sua vez, incluem preocupação excessiva com a saúde do bebê, medo intenso de cometer erros, irritabilidade, inquietação, sintomas somáticos e crises de pânico, sendo frequentes no pós-parto e muitas vezes coexistindo com quadros depressivos (FAIRBROTHER *et al*., 2021; MODAK *et al*., 2023).

O transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto deve ser considerado diante de sintomas como revivescência do evento traumático, pesadelos, hipervigilância, evitação de lembranças associadas ao parto, embotamento emocional e dificuldades no vínculo com o recém-nascido, especialmente após experiências de parto percebidas como ameaçadoras ou violentas (AYERS *et al*., 2019; HORSCH *et al*., 2024). Em quadros mais graves, sinais de alerta incluem desorganização do pensamento, delírios, alucinações, confusão mental e alterações comportamentais abruptas, compatíveis com psicose pós-parto, condição rara, porém emergencial, associada a alto risco de autoagressão e infanticídio, exigindo intervenção imediata (APA, 2020; NICE, 2022).

A etiologia desses transtornos é multifatorial, envolvendo alterações hormonais abruptas, vulnerabilidades neurobiológicas, processos inflamatórios, privação de sono, histórico psi-

quiátrico prévio e determinantes psicossociais, como violência obstétrica, isolamento social e insegurança econômica (GUINTINAVO *et al*., 2019; JOHANSEN *et al*., 2020; LEISTIKOV & SMITH, 2024).

Reconhecer precocemente sintomas como insônia persistente, exaustão extrema, retraimento social, dificuldades no cuidado com o bebê e sentimentos intensos de desesperança é essencial para evitar a progressão dos quadros e reduzir danos maternos e infantis (WHO, 2022).

Nesse contexto, a prática clínica deve incorporar o rastreamento sistemático e contínuo da saúde mental durante a gestação e no pós-parto, utilizando instrumentos validados e integrados aos serviços de atenção primária, obstetrícia e pediatria (ACOG, 2021; NICE, 2022). A avaliação clínica deve ser abrangente, contemplando sintomas afetivos, cognitivos, comportamentais e somáticos, bem como o risco de suicídio e de prejuízos no cuidado materno. A identificação precoce possibilita intervenções oportunas, com impacto positivo na evolução clínica e na relação mãe-bebê (WHO, 2022; VAN NIEL, 2020).

O manejo terapêutico deve ser individualizado, combinando intervenções psicossociais, psicoterapia e, quando indicado, tratamento farmacológico, sempre ponderando riscos e benefícios no contexto da amamentação e da exposição neonatal (APA, 2020). Evidências indicam que a não identificação e o não tratamento de sintomas depressivos e ansiosos no pós-parto podem resultar em consequências mais graves do que o uso criterioso de psicofármacos (HUYBRECHTS *et al*., 2019; GRIGORIADIS *et al*., 2020). Estratégias complementares, como promoção do sono, fortalecimento da rede de apoio, suporte à amamentação e orientação nutricional, também são relevantes para prevenção e recuperação (XIA *et al*., 2022; RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

Em síntese, a atenção à saúde mental no período pós-parto exige uma resposta integrada entre saúde pública e prática clínica, que inclua não apenas políticas de prevenção e tratamento, mas também a vigilância ativa de sinais e sintomas de sofrimento psíquico. O reconhecimento precoce desses sinais representa uma oportunidade estratégica para reduzir desigualdades, melhorar desfechos maternos e infantis e promover um cuidado mais humano, equitativo e baseado em evidências, com benefícios duradouros para mulheres, crianças e para a sociedade (WHO, 2022; NICE, 2022).

CONCLUSÃO

O puerpério, período que se estende até o primeiro ano após o parto, constitui uma fase de elevada vulnerabilidade, marcada por profundas transformações hormonais e neurobiológicas, que impactam diretamente a saúde mental materna. As evidências reunidas neste estudo demonstram que os transtornos mentais perinatais permanecem como um desafio relevante e multifatorial, com manifestações psíquicas que abrangem um amplo espectro clínico, desde respostas adaptativas e autolimitadas, como o *baby blues*, até transtornos de maior gravidade e impacto funcional, como a DPP, a ansiedade pós-parto e a PPP.

A alta prevalência dessas manifestações, associada ao frequente subdiagnóstico, reforça a importância do tema como prioridade em saúde pública. Os transtornos mentais do pós-parto estão consistentemente associados a prejuízos no vínculo mãe–bebê, menor adesão ao aleitamento materno, desfechos adversos no desenvolvimento cognitivo e socioemocional da criança, além do aumento do risco de morbimortalidade materna, especialmente em quadros graves, como a PPP e a DPP.

Nesse contexto, os serviços psiquiátricos gerais desempenham papel fundamental no atendimento das demandas de saúde mental perinatais. A capacitação dos profissionais para uma abordagem que considere o ciclo de vida e o contexto familiar amplia o alcance do cuidado e favorece intervenções mais eficazes durante a gestação e o pós-parto. Embora a assistência especializada em saúde mental perinatal, especialmente quando construída em conjunto com as pacientes, apresente potencial para reduzir a morbidade psicológica materna e melhorar os desfechos infantis, persistem limitações quanto às estratégias ideais de implementação.

Assim, o fortalecimento de políticas públicas e o investimento em serviços perinatais baseados em evidências configuram caminhos promissores para a redução do sofrimento psíquico e a promoção da saúde das famílias. Por fim, a atenção à saúde mental deve ser parte integrante do cuidado no pós-parto, com foco na identificação precoce e no manejo adequado dos transtornos psiquiátricos. Somente por meio da articulação entre ciência, prática clínica e ações de saúde coletiva será possível transformar o puerpério em um período de cuidado integral, reduzindo riscos, promovendo o bem-estar materno e favorecendo o desenvolvimento saudável das crianças e de suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. Washington, DC, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Washington, DC, 2020.

AYERS, S. *et al*. Birth-related PTSD: review and meta-analysis. Psychological Medicine, v. 37, n. 2, p. 362–367, 2019. DOI: 10.1016/j.wombi.2023.11.006.

BERENS, P. Visão geral do período pós-parto: distúrbios e complicações. Revisão por PRABHU, M.; CHAKRABARTI, A. UpToDate, maio 2025.

CHAUHAN, G.; TADI, P. Fisiologia, alterações pós-parto. Cleveland Clinic; Asram Medical College, 14 nov. 2022.
DIMCEA, D. A-M. *et al*. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. Diagnostics (Basel), v. 14, n. 9, p. 865, 2024. DOI: 10.3390/diagnostics14090865.

FAIRBROTHER, N. *et al*. Anxiety in the postpartum period. Journal of Clinical Psychiatry, v. 21, n. 1, p. 465–496, 2021. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081423-020126.

GRIGORIADIS, S. *et al*. Prenatal antidepressant exposure and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *BMJ*, 2020. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m2735.

GUINTIVANO, J. *et al*. Biological models of postpartum depression. Trends in Neurosciences, v. 41, n. 7, p. 465–476, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.04.005.

HORSCH, A. *et al*. Birth-related post-traumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention and treatment. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 230, n. 3, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.09.089.

HOWARD, L. M.; KHALIFEH, H. Perinatal mental health: a review. The Lancet, v. 396, n. 10247, p. 559–571, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30955-0.

HUYBRECHTS, K. F. *et al*. Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. New England Journal of Medicine, v. 370, n. 25, p. 2397–2407, 2014. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1312828.

JOHANSEN, S. L. *et al*. Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: a nationwide cohort study. Journal of Clinical Psychiatry, v. 81, n. 1, e19m12929, 2020. DOI: 10.4088/JCP.19m12929.

KABUNGA, A. *et al*. Postpartum depression and associated factors among women before and after the COVID-19 pandemic in Uganda: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open, v. 14, n. 7, e076847, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-076847.

LEISTIKOW, N.; SMITH, M. H. The role of sleep protection in preventing and treating postpartum depression. Seminars in Perinatology, v. 48, n. 6, art. 151947, 2024. DOI: 10.1016/j.semperi.2024.151947.

MODAK, A. *et al*. A comprehensive review of motherhood and mental health: postpartum mood disorders in focus. Cureus, v. 15, n. 9, 2023. DOI: 10.7759/cureus.46209.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

RUPANAGUNTA, G. P. *et al*. Postpartum depression: etiology, pathogenesis and the role of nutrients and dietary supplements in prevention and treatment. Saudi Pharmaceutical Journal, v. 31, n. 7, p. 1274–1293, 2023. DOI: 10.1016/j.jsps.2023.05.008.

SAHAROY, R. *et al*. Postpartum depression and maternal care: exploring complex effects on mothers and infants. Cureus, v. 15, n. 7, 2023. DOI: 10.7759/cureus.41381.

STEWART, D. E.; VIGOD, S. Postpartum depression. New England Journal of Medicine, v. 375, n. 22, p. 2177–2186, 2019. DOI: 10.1056/NEJMcp1607649.

SURYAWANSHI, O.; PAJAI, S. A comprehensive review on postpartum depression. Cureus, v. 14, n. 12, 2022. DOI: 10.7759/cureus.32745.

VAN NIEL, M. S.; PAYNE, J. L. Postpartum depression: a review. Cleveland Clinic Journal of Medicine, v. 87, n. 5, p. 273–277, 2020. DOI: 10.3949/ccjm.87a.19054.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health of women in the postpartum period. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Thinking Healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

XIA, M. *et al*. Association between breastfeeding and postpartum depression: a meta-analysis. Journal of Affective Disorders, v. 308, p. 512–519, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.091.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 28

SOBREPOSIÇÃO SINTOMÁTICA E ACURÁCIA DIAGNÓSTICA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

KAMILLY GARCIA VIEIRA[1]
DARIELY BINTTENCOURT NETTO[2]

[1]*Discente – Medicina da Universidade Fransciscana.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.*

Palavras-Chave: *Transtorno de Personalidade Borderline; Erro Diagnóstico; Sobreposição Sintomática.*

DOI: 10.59290/2239045060

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) constitui uma condição psiquiátrica complexa, caracterizada por padrões persistentes de instabilidade afetiva, impulsividade, perturbação da identidade e relações interpessoais intensas e disfuncionais (APA, 2013). Sua prevalência na população geral situa-se entre 1% e 2%, alcançando proporções significativamente maiores em contextos ambulatoriais e hospitalares psiquiátricos (LIEB *et al.*, 2004). A heterogeneidade clínica do TPB, somada à flutuação sintomática dependente de contexto, impõe desafios relevantes à acurácia diagnóstica.

Diversos estudos apontam que manifestações centrais do TPB — como labilidade emocional, reatividade afetiva, impulsividade, ideação paranoide transitória sob estresse e sintomas dissociativos — apresentam interseções clínicas com transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtornos relacionados ao trauma e transtornos do espectro autista (SLOTEMA *et al.*, 2018; TSENG & GEORGIADES, 2024; SARR *et al.*, 2024). Essa sobreposição sintomática favorece fenômenos de confusão diagnóstica, particularmente quando a avaliação é conduzida de forma transversal e centrada em sintomas isolados.

Além das similaridades fenomenológicas, fatores como histórico de trauma, presença de manifestações psicóticas transitórias, estratégias de camuflagem social e vieses cognitivos no raciocínio clínico contribuem para a ocorrência de erro diagnóstico (MCQUAID *et al.*, 2024; SARR *et al.*, 2024). A ausência de investigação longitudinal da organização estrutural da personalidade e da dinâmica temporal dos sintomas pode conduzir à atribuição indevida de diagnósticos alternativos, com repercussões terapêuticas significativas.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, como a sobreposição sintomática no transtorno de personalidade borderline e os fatores associados ao erro diagnóstico impactam a acurácia diagnóstica na prática clínica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de janeiro a fevereiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados: Pubmed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores controlados do MeSH/DeCS relacionados a "*Borderline Personality Disorder", "Diagnosis", "Differential Diagnosis" e "Diagnostic Errors*", associados a termos livres como "symptom overlap", "*diagnostic accuracy" e "misdiagnosis*". A estratégia de busca utilizou operadores booleanos (AND/OR) para ampliação da sensibilidade e especificidade. Desta busca foram encontrados 68 artigos na base PubMed. Nas bases SciELO e LILACS, embora tenham sido realizadas buscas com os mesmos descritores e critérios temporais, não foram encontrados estudos que atendessem às condições de elegibilidade estabelecidas. Após aplicação do recorte temporal (2019 a 2025) e leitura dos títulos, permaneceram 48 estudos para análise dos resumos. Em seguida, procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português ou inglês; publicados no período de 2019 a 2025; estudos originais e revisões narrativas ou conceituais disponibilizados na íntegra; e que abordassem a temática da sobreposição sintomática, diagnóstico diferencial ou fatores associados ao erro diagnóstico no transtorno de personalidade borderline. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, estudos de opinião, artigos duplicados e publicações que

não apresentassem discussão clínica relevante relacionada à prática diagnóstica.

Após os critérios de seleção restaram 16 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados por meio de tabela síntese contendo as características principais dos estudos incluídos, bem como de forma descritiva, organizados em categorias temáticas abordando: convergências sintomatológicas que favorecem erro diagnóstico; avaliação transversal versus reconstrução longitudinal da dinâmica sintomatica; psicose transitória e superinterpretação clínica; trauma, neurodesenvolvimento e sobreposição estrutural; e fatores transversais associados ao erro diagnóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 16 estudos incluídos na presente revisão integrativa apresentaram delineamentos metodológicos heterogêneos, contemplando investigações observacionais, estudos neurocognitivos, revisões sistemáticas, análises conceituais, métodos Delphi e investigações qualitativas. De maneira convergente, as evidências indicaram que a sobreposição sintomática do transtorno de personalidade borderline (TPB) com outros transtornos psiquiátricos constitui um dos principais determinantes de erro diagnóstico na prática clínica. Estudos que exploraram interseções com transtornos do humor, quadros psicóticos, transtornos relacionados ao trauma e transtornos do espectro autista evidenciaram padrões de convergência fenomenológica capazes de comprometer a acurácia diagnóstica quando avaliados de forma isolada ou transversal. A síntese das características metodológicas e das principais contribuições diagnósticas dos estudos analisados encontra-se apresentada na **Tabela 28.1**.

Tabela 28.1 Características e contribuições dos estudos incluídos

Autor/ano	Tipo de estudo	Foco principal	Contribuições diagnósticas
Hestbaek *et al*., 2025	Observacional transversal	Cognição emocional em TPB e TB-II	Evidencia convergência na instabilidade afetiva e diferenças na reatividade emocional
Palmer *et al*., 2021	Psicométrico comparativo	Instrumentos de triagem de TPB vs TB	Identifica itens clínicos que auxiliam na discriminação diagnóstica
Reich *et al*., 2019	Neuroimagem	Conectividade amigdalar em TPB e TB	Aponta diferenças neurobiológicas apesar da similaridade clínica
Zeybek Daylan *et al*., 2023	Neuropsicológico transversal	Função executiva e regulação emocional em TPB e TB	Demonstra divergência em padrões hemodinâmicos
Pires *et al*., 2023	Estudo de caso	Fenótipo feminino do TEA	Demonstra sobreposição comportamental com TPB
Tschoeke *et al*., 2024	Clínico observacional	Sintomas positivos em TPB e psicose	Diferencia manifestações psicóticas transitórias de psicose primária
Martin *et al*., 2024	Observacional transversal	Sintomas básicos e comorbidades	Evidencia heterogeneidade fenomenológica e risco de superdiagnóstico
Sarr *et al*., 2024	Método Delphi	Diferenciação TEA, TEPT-C e TPB	Identifica critérios clínicos diferenciais baseados em consenso de especialistas

McQuaid *et al*., 2024	Revisão conceitual	Autismo feminino e diagnóstico tardio	Discute camuflagem social como fator de confusão diagnóstica
Powell *et al*., 2024	Qualitativo	Experiência diagnóstica em mulheres com TEA	Relata percursos diagnósticos equivocados envolvendo TPB
Zavlis & Tyrer, 2024	Revisão clínicoa	Interface entre TEA e transtornos de personalidade	Discute sobreposição estrutural e diagnóstica
Karatzias *et al*., 2023	Análise clínica comparativa	TEPT-C vs TPB	Diferencia origem traumática predominante no CPTSD
Ditrich *et al*., 2021	Revisão narrativa	TDAH e TPB	Diferencia impulsividade traço-estrutural de impulsividade neurodesenvolvimental
Zang *et al*., 2022	Metodológico (EHR)	Detecção automatizada de TPB	Evidencia subdiagnóstico e inconsistência documental
Sotos Gracia *et al*., 2026	Observacional transversal	Camuflagem social e pragmática	Explora interseção entre TEA e TPB
Figueiredo & Caixeta, 2025	Revisão narrativa	TEA e transtornos de personalidade	Sistematiza fatores associados à imprecisão diagnóstica

A partir da análise sistematizada dos estudos apresentados na **Tabela 28.1**, os achados foram organizados em cinco categorias temáticas: (1) convergências sintomatológicas que favorecem erro diagnóstico; (2) avaliação transversal versus reconstrução longitudinal da dinâmica sintomática; (3) psicose transitória e superinterpretação clínica; (4) trauma, neurodesenvolvimento e sobreposição estrutural; e (5) fatores transversais associados ao erro diagnóstico.

Convergências sintomatológicas que favorecem erro diagnóstico

A sobreposição sintomática no transtorno de personalidade borderline (TPB) não se limita à presença ocasional de manifestações semelhantes a outros quadros psiquiátricos, mas constitui expressão de um núcleo fenômenológico compartilhado por múltiplas categorias diagnósticas. Instabilidade afetiva, impulsividade comportamental, desregulação emocional intensa, sintomas dissociativos e experiências perceptivas breves configuram elementos centrais dessa convergência transdiagnóstica.

A instabilidade afetiva, frequentemente reconhecida como característica definidora do TPB, manifesta-se por flutuações emocionais rápidas e reativas, habitualmente associadas a estímulos interpessoais. Esse padrão pode se assemelhar à labilidade observada em transtornos do humor, sobretudo quando a avaliação clínica se restringe à intensidade do afeto e não à sua organização temporal e contextual (HESTBAEK *et al*., 2025; PALMER *et al*., 2021). Do mesmo modo, alterações no funcionamento executivo e na regulação emocional foram descritas tanto no TPB quanto em quadros do espectro bipolar, contribuindo para convergências clínicas que desafiam a diferenciação diagnóstica (ZEYBEK DALYAN *et al*., 2023; REICH *et al*., 2019).

A impulsividade, por sua vez, representa sintoma amplamente distribuído entre diferentes transtornos, incluindo transtornos do humor, transtornos do neurodesenvolvimento e condições relacionadas ao trauma. No TPB, entretanto, tende a assumir caráter relacional e estado-dependente, frequentemente associado a padrões de instabilidade identitária e sensibilidade à rejeição. A interpretação isolada desse comportamento, dissociada da organização global da personalidade, pode favorecer hipóteses diagnósticas alternativas (DITRICH *et al*., 2021).

Outro ponto de convergência relevante diz respeito às manifestações dissociativas e às experiências perceptivas transitórias. Ideação paranoide sob estresse e percepções auditivas breves podem ser interpretadas como sintomas positivos estruturados, aproximando-se fenomenologicamente de quadros psicóticos primários (TSCHOEKE *et al*., 2024; MARTIN *et al*., 2024). Entretanto, no TPB, tais fenômenos costumam apresentar natureza episódica, contextual e com preservação parcial do teste de realidade.

Adicionalmente, dificuldades socioemocionais, padrões interpessoais instáveis e comportamentos autolesivos descritos em indivíduos com transtornos do espectro autista, especialmente em apresentações femininas com camuflagem social, podem ser equivocadamente categorizados como expressão estruturante borderline (MCQUAID *et al*., 2023; POWELL *et al*., 2023; SOTOS GRACIA *et al*., 2026). No contexto do trauma, a desregulação afetiva observada no transtorno de estresse pós-traumático complexo também compartilha aspectos clínicos com o TPB (KARATZIAS *et al*., 2023), ampliando a permeabilidade diagnóstica entre categorias.

A sobreposição sintomatológica no TPB expressa uma convergência estrutural de fenômenos transdiagnósticos. O comprometimento da acurácia emerge quando manifestações isoladas são interpretadas fora da organização global da personalidade.

Avaliação transversal versus reconstrução longitudinal da dinâmica sintomática

No presente contexto, a acurácia diagnóstica pode ser compreendida como o grau de correspondência entre a formulação clínica estabelecida e a organização estrutural efetiva do funcionamento psíquico do paciente. Trata-se, portanto, não apenas da aplicação correta de critérios classificatórios, mas da adequação entre enquadramento nosológico e padrão organizador subjacente.

Um dos principais determinantes da acurácia diagnóstica no transtorno de personalidade borderline (TPB) reside na forma como os sintomas são enquadrados temporalmente. A análise transversal da psicopatologia — frequentemente realizada em contextos de urgência ou de avaliação pontual — tende a privilegiar a intensidade e a expressividade do sintoma no momento da consulta, desconsiderando sua trajetória evolutiva e sua inserção na organização estrutural da personalidade.

A distinção entre episódio sindrômico e traço persistente é central nesse contexto. Nos transtornos do humor, por exemplo, a alteração afetiva assume organização episódica relativamente delimitada, com períodos de eutimia intercalados por fases sintomáticas estruturadas. Já no TPB, as oscilações emocionais tendem a apresentar caráter reativo, brevidade temporal e forte dependência de eventos interpessoais (HESTBAEK *et al*., 2025; PALMER *et al*., 2021). Quando tais flutuações são interpretadas apenas pela intensidade do afeto — e não por sua configuração longitudinal — pode ocorrer imprecisão diagnóstica.

Da mesma forma, manifestações perceptivas transitórias ou episódios dissociativos intensos podem ser lidos como indicativos de transtorno psicótico primário quando analisados isoladamente. Contudo, estudos indicam que tais fenômenos no TPB são frequentemente estado-dependentes e modulados por estressores contextuais (TSCHOEKE *et al*., 2024; MARTIN *et al*., 2024), diferindo da persistência e da desorganização observadas em psicoses estruturadas.

A reconstrução desenvolvimental também desempenha papel crucial. A ausência de investigação sobre padrões relacionais precoces, his-

tória de trauma ou traços persistentes de organização identitária pode levar à interpretação equivocada de manifestações atuais como quadros episódicos independentes (KARATZIAS *et al*., 2023; MCQUAID *et al*., 2023). Em casos de transtornos do espectro autista com diagnóstico tardio, por exemplo, a leitura exclusivamente transversal pode obscurecer a natureza neurodesenvolvimental do quadro (POWELL *et al*., 2023; SOTOS GRACIA *et al*., 2026).

A acurácia diagnóstica no TPB depende do enquadramento temporal adequado dos sintomas. Avaliações restritas ao momento clínico tendem a distorcer fenômenos estruturais persistentes.

Psicose transitória e superinterpretação clínica

As manifestações psicóticas transitórias no transtorno de personalidade borderline (TPB) constituem uma das principais fontes de confusão diagnóstica na prática clínica. Ideação paranoide sob estresse, experiências auditivas breves, sensação de desrealização e episódios dissociativos intensos podem assumir configuração fenomenológica semelhante à observada em transtornos psicóticos primários. Entretanto, a natureza, a duração e a organização desses fenômenos diferem substancialmente entre os quadros.

Estudos clínicos demonstram que sintomas positivos no TPB tendem a ser estado-dependentes e fortemente modulados por estressores interpessoais ou emocionais agudos (TSCHOEKE *et al*., 2024). Diferentemente das psicoses primárias, nas quais a alteração do pensamento e da percepção apresenta maior persistência e desorganização formal, no TPB observa-se frequentemente preservação parcial do teste de realidade e ausência de deterioração progressiva da estrutura do pensamento (MARTIN *et al*., 2024).

Além disso, fenômenos dissociativos intensos podem ser confundidos com desorganização psicótica, sobretudo quando acompanhados de alterações perceptivas transitórias. Contudo, evidências sugerem que tais manifestações, no contexto borderline, apresentam dinâmica episódica e reversível, frequentemente associada a experiências emocionais de elevada intensidade.

Esse cenário favorece a superinterpretação clínica, especialmente em avaliações pontuais, nas quais a ênfase recai sobre o sintoma manifesto no momento da consulta. A atribuição precoce de diagnóstico psicótico pode acarretar consequências terapêuticas significativas, incluindo medicalização excessiva e abordagem centrada exclusivamente em sintomatologia positiva, em detrimento da compreensão da organização estrutural da personalidade.

O reconhecimento da natureza episódica e relacional das manifestações psicóticas no TPB é decisivo para evitar enquadramentos nosológicos indevidos.

Trauma, neurodesenvolvimento e sobreposição estrutural

Diferentemente das convergências fenomenológicas previamente discutidas, a sobreposição aqui analisada refere-se a intersecções estruturais e desenvolvimentais.

A sobreposição estrutural entre o transtorno de personalidade borderline (TPB), o transtorno de estresse pós-traumático complexo (CPTSD) e os transtornos do espectro autista (TEA) representa um dos campos mais desafiadores para a diferenciação diagnóstica contemporânea. Diferentemente das convergências sintomatológicas episódicas, aqui o risco de imprecisão decorre da intersecção entre padrões persistentes de organização da personalidade e trajetórias desenvolvimentais específicas.

No contexto do trauma, a desregulação emocional, a instabilidade relacional e os episódios dissociativos podem assumir configuração semelhante à observada no TPB. Entretanto, evidências indicam que, no CPTSD, tais manifestações tendem a organizar-se predominantemente em torno de experiências traumáticas estruturantes, com núcleos sintomáticos centrados em revivescência, esquiva e alterações persistentes na percepção de ameaça (KARATZIAS *et al*., 2023). No TPB, por sua vez, a instabilidade identitária e os padrões interpessoais disfuncionais apresentam caráter mais difuso e transversal à história de vida, não necessariamente restritos a um evento traumático delimitado.

No âmbito do neurodesenvolvimento, estudos apontam que mulheres com TEA frequentemente recebem diagnósticos prévios de TPB antes do reconhecimento da condição autística, sobretudo em razão de estratégias de camuflagem social e expressão afetiva intensa (MCQUAID *et al*., 2023; POWELL *et al*., 2023; SOTOS GRACIA *et al*., 2026). Dificuldades pragmáticas, rigidez comportamental e padrões relacionais atípicos podem ser interpretados como instabilidade emocional ou sensibilidade à rejeição quando descontextualizados do percurso desenvolvimental.

A distinção entre alteração estrutural da personalidade e condição neurodesenvolvimental requer investigação minuciosa da história evolutiva, das competências sociais precoces e da consistência dos padrões comportamentais ao longo da vida (FIGUEIREDO & CAIXETA, 2025; ZAVLIS & TYRER, 2024). A ausência dessa reconstrução favorece enquadramentos apressados e potencialmente inadequados.

A sobreposição estrutural entre trauma, neurodesenvolvimento e organização borderline não implica equivalência diagnóstica, mas evidencia a necessidade de análise dimensional e longitudinal do funcionamento psíquico.

Nem toda desregulação afetiva em contexto traumático configura TPB, e nem todo retraimento social associado à camuflagem indica instabilidade identitária borderline.

Fatores transversais associados ao erro diagnóstico

Para além das convergências sintomatológicas e das dificuldades inerentes à diferenciação estrutural, a imprecisão diagnóstica no transtorno de personalidade borderline (TPB) envolve determinantes cognitivos e contextuais que atravessam o processo clínico. A acurácia diagnóstica não depende exclusivamente do conhecimento dos critérios nosológicos, mas também do modo como o clínico organiza e interpreta a informação disponível.

Vieses cognitivos, como ancoragem e heurística da disponibilidade, podem influenciar a formulação diagnóstica, sobretudo quando determinados sintomas assumem maior saliência emocional ou narrativa. A tendência a priorizar impulsividade intensa, ideação paranoide ou oscilação afetiva pode conduzir à adoção precoce de hipóteses alternativas, especialmente em contextos nos quais transtornos do humor ou quadros psicóticos são mais frequentemente reconhecidos.

Fatores socioculturais e de gênero também desempenham papel relevante. Estudos indicam que mulheres no espectro autista podem receber diagnóstico de TPB antes da identificação da condição neurodesenvolvimental, em razão da expressão emocional intensa ou de padrões relacionais instáveis associados à camuflagem social (MCQUAID *et al*., 2023; POWELL *et al*., 2023). De forma semelhante, a presença de histórico traumático pode direcionar automaticamente a hipótese diagnóstica para CPTSD, obscurecendo aspectos estruturais de personalidade (KARATZIAS *et al*., 2023).

Além disso, inconsistências na documentação clínica e fragmentação do cuidado dificultam a reconstrução longitudinal necessária à diferenciação diagnóstica. O subdiagnóstico do TPB também foi identificado em análises baseadas em prontuários eletrônicos, indicando discrepância entre manifestações clínicas e registro formal do diagnóstico (ZANG *et al*., 2022).

Esses fatores demonstram que o erro diagnóstico no TPB não é exclusivamente fenomenológico, mas resulta da interação entre características clínicas complexas e limitações no processo avaliativo.

A imprecisão diagnóstica no TPB emerge da combinação entre sobreposição estrutural de sintomas e falhas interpretativas no processo clínico.

CONCLUSÃO

A análise evidenciou que a dificuldade diagnóstica no transtorno de personalidade borderline decorre menos da escassez de critérios e mais da complexidade estrutural de seus fenômenos clínicos. A convergência sintomatológica com diferentes quadros psiquiátricos impõe ao clínico a necessidade de ultrapassar a identificação isolada de sinais e sintomas, orientando-se por uma compreensão integrada da organização da personalidade e de sua dinâmica temporal.

Mais do que reconhecer manifestações semelhantes a outros transtornos, a tarefa diagnóstica exige discernir padrões estruturais persistentes, modulados por contexto interpessoal e trajetória desenvolvimental. Nesse sentido, a acurácia diagnóstica no TPB está diretamente relacionada à qualidade do enquadramento clínico adotado, incluindo a capacidade de diferenciar episódio de traço, estado de estrutura e reação contextual de padrão organizador.

Assim, a melhoria da precisão diagnóstica não reside exclusivamente na ampliação de categorias nosológicas, mas no refinamento do raciocínio clínico e na incorporação sistemática de perspectiva longitudinal e estrutural na avaliação psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Washington: American Psychiatric Association, 2022.

AZZAM, S. *et al*. Borderline personality disorder: a comprehensive review of current diagnostic practices, treatment modalities, and key controversies. Cureus, v. 16, p. e75893, 2024. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.75893.

BASHIR, S. *et al*. Association between personality disorders and neurocognitive dysfunctions in stroke survivors: a case control study. Asian Journal of Psychiatry, v. 95, p. 103974, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103974.

BELLEAU, E. L. *et al*. Amygdala resting state connectivity differences between bipolar II and borderline personality disorders. Neuropsychobiology, v. 78, p. 229-237, 2019. DOI: https://doi.org/10.1159/000502293.

DALYAN, G. Z. *et al*. Evaluation of executive functions with functional near-infrared spectroscopy in euthymic bipolar and borderline personality disorders. Archives of Neuropsychiatry, v. 60, p. 110-116, 2023. DOI: https://doi.org/10.29399/npa.28147.

DITRICH, I.; PHILIPSEN, A.; MATTHIES, S. Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited – a review-update on common grounds and subtle distinctions. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, v. 8, p. 22, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s40479-021-00163-9.

FIGUEIREDO, T. & CAIXETA, L. Autism spectrum disorders and personality disorders: differential diagnosis or comorbidity? Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 2025. DOI: https://doi.org/10.47626/2237-6089-2025-0012.

FERRER, M. *et al*. Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, v. 272, p. 1107-1118, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s00406-021-01373-6.

HESTBAEK, E. *et al*. Emotional cognition in patients with borderline personality disorder and patients with bipolar disorder type II: evidence for transdiagnostic and differential diagnostic differences. European Neuropsychopharmacology, v. 98, p. 13-21, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2025.01.004.

KARATZIAS, T. *et al*. Distinguishing between ICD-11 complex post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: clinical guide and recommendations for future research. British Journal of Psychiatry, v. 223, p. 403-406, 2023. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.2023.48.

MARTIN, J. C. *et al*. A tale of three spectra: basic symptoms in clinical-high-risk of psychosis vary across autism spectrum disorder, schizotypal personality disorder, and borderline personality disorder. Schizophrenia Bulletin Open, v. 5, p. sgae017, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgae017.

PALMER, B. A. *et al*. Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder. Brain and Behavior, v. 11, p. e02201, 2021. DOI: https://doi.org/10.1002/brb3.2201.

PIRES, S. *et al*. Autism spectrum disorder in females and borderline personality disorder: the diagnostic challenge. Cureus, v. 15, p. e40279, 2023. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.40279.

SARR, R. *et al*. Differential diagnosis of autism, attachment disorders, complex post-traumatic stress disorder and emotionally unstable personality disorder: a Delphi study. British Journal of Psychology, v. 116, p. 1-33, 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/bjop.12612.

SOTOS GRACIA, R. *et al*. Could she be autistic? Exploring gender differences in camouflaging and pragmatics in autism and borderline personality disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 33, p. e70210, 2026. DOI: https://doi.org/10.1002/cpp.70210.

TSCHOEKE, S.; STEINERT, T.; KNOBLAUCH, H. Forensic aspects of dissociative positive symptoms in trauma-related disorders and borderline personality disorder. International Journal of Law and Psychiatry, v. 94, p. 101973, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.101973.

TSENG, S. & GEORGIADES, A. A phenomenological comparison of auditory hallucinations between borderline personality disorder and schizophrenia: a systematic review. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 31, p. e2958, 2024. DOI: https://doi.org/10.1002/cpp.2958.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of diseases 11th revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization, 2022.

ZANG, Y. *et al*. Development of a screening algorithm for borderline personality disorder using electronic health records. Scientific Reports, v. 12, p. 11976, 2022. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-022-16057-3.

ZAVLIS, O. & TYRER, P. The interface of autism and borderline personality disorder. British Journal of Psychiatry, v. 225, p. 360-361, 2024. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.2024.45.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 29

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS COM IDOSOS FRENTE AO AUMENTO DE HOSPITALIZAÇÕES POR TRANSTORNOS DE HUMOR

CAMILA FERNANDA FRONER KACHUK[1]
EDUARDO MARRONE DE BELLIS[1]
JOANA STELLA LORENZONI[2]
STÉFANY MELGAREJO SOARES[3]

[1]*Discente – Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*
[2]*Discente- Medicina, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.*
[3]*Discente- Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina.*

Palavras-Chave: *Idosos; Intervenções Psicossociais; Hospitalizações.*

DOI: 10.59290/2022200268

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Fruto de uma queda das taxas de mortalidade e, principalmente, das taxas de natalidade, o processo de envelhecimento populacional tem se intensificado cada vez mais no Brasil, caracterizando a transição demográfica (NASRI, 2008). Consequentemente, o contingente de pessoas idosas ganha um peso maior na população total do país (OLIVEIRA, 2019), cenário esse que se configura como um dos mais importantes desafios da modernidade, requerendo um grande preparo por parte da sociedade, a qual, se não levar em conta os múltiplos desafios desse fenômeno, deixará que se origine um problema social perigoso (ZAIDI, 2008). Dentre esses obstáculos, destaca-se a transição epidemiológica, a qual é marcada por uma mudança significativa do perfil de doenças predominantes, que em uma população jovem se baseia em enfermidades de caráter infecto-contagiosas, enquanto em uma população envelhecida passa para um padrão de doenças crônicas e degenerativas (NASRI, 2008; OLIVEIRA, 2019), de modo que essas mazelas típicas da terceira idade se tornam predominantes entre as enfermidades mais comuns. No entanto, do mesmo modo, deve-se ater ao perfil epidemiológico das psicopatologias, levando em conta de que forma essa parcela idosa da população, que está cada vez maior, tem sido transpassada por esse tipo específico de sofrimento. Tudo isso demonstra como os desafios emergentes do envelhecimento populacional são significativos em razão das diversas novas dinâmicas em todos os setores da nossa sociedade (VERAS, 2009) e devem ser enfrentados adequadamente visando o bem-estar desse coletivo. Para isso, deve-se admitir que a rede de assistência do Brasil ainda é muito voltada ao público jovem, não levando em consideração apropriadamente os idosos (OLIVEIRA, 2019), de modo que se necessite de investimentos melhores em políticas públicas, serviços de saúde, previdência social e estudos focados nessa população (BORGES *et al*., 2017; MIRANDA *et al*., 2015).

Todavia, por mais que haja esse cenário significativo de envelhecimento demasiado e de transição epidemiológica e que se admita a demanda de se atentar a esse coletivo, o público idoso ainda assim não recebe a devida atenção. Isso se dá porque esse grupo pode se configurar como aquilo que Broide (2014) denomina como "figuras de exclusão", ou seja, aqueles que de alguma forma se opõem ou não se adequam à lógica capitalista de produção, algo característico dos envelhescentes em razão deles não serem mais corpos produtivos mercadologicamente. Dessa forma, tal situação se mostra como uma urgência social pelo fato desse coletivo ser muitas vezes ignorado e por ser comumente atravessado por um desamparo psíquico e social que será posteriormente descrito, de modo que se pode argumentar que se trata de uma "situação social crítica", conceito desenvolvido por Broide & Broide (2016), que, segundo os autores, convocam o analista a se responsabilizar e lidar com o mal-estar na cultura. Entretanto, pode-se ampliar tal noção e afirmar que não cabe só ao analista ou ao psicólogo se incumbir dessa situação social crítica do envelhecimento, mas sim que todos os agentes da saúde devem estar devidamente atentos a isso. Assim, os idosos, como todas as outras figuras de exclusão atuais, "devem ser pensadas como um acontecimento clínico, na dimensão política da opressão e em sua dimensão ética de resistência" (SATO *et al.*, 2017), processo esse que acaba por evidenciar o sintoma social do sistema vigente.

Com isso, partindo do pressuposto de que essa população não tem recebido a devida atenção por esse caráter de figura de exclusão e pelo entendimento da necessidade de se entender a

transição epidemiológica pela via das psicopatologias, o presente estudo objetivou, primeiramente, entender de que forma se dão os desafios de caráter biológico, psicológico e social do envelhescente. Feito isso, busca-se analisar o quadro de hospitalizações de transtornos de humor da população idosa em todo o Brasil, nos últimos 5 anos (2020 a 2025) via dados disponíveis na plataforma TABNET do DATASUS. Por fim, propõe-se dissertar com base em literatura da área a respeito de possibilidades de ações clínicas de caráter psicossocial que podem ser amplamente desenvolvidas para que se possa lidar com o novo panorama etário brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico descritivo, realizado no período de fevereiro de 2026. Para análise, foram coletados dados de domínio público disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares, da plataforma TABNET, disponíveis no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde, o DATASUS. Foram utilizadas para pesquisa as variáveis de faixa etária, incluindo a população entre 60 à 89 anos, considerando o período de 2020 a 2025. Ainda, foram analisadas as internações que correspondem aos diagnósticos classificados como transtornos de humor. Também foi realizada análise proporcional da distribuição regional em relação ao total nacional do período. Por tratar-se de estudo ecológico com dados agregados, não foi possível estabelecer relações causais individuais entre variáveis clínicas e hospitalização, limitando-se a identificar tendências populacionais.

Entretanto, devido à ocorrência da pandemia causada pelo vírus COVID-19, reconhece-se a possibilidade de subnotificações de casos registrados no SIH de internações por transtornos de humor nos anos de 2020 e 2021. Esse fenômeno possivelmente relaciona-se com a ocorrência simultânea de reorganizações hospitalares, bem como por conta da diminuição da procura por serviços psiquiátricos no período (GLOCK *et al*., 2026). Dessa forma, entende-se que o contexto apresentado deve ser considerado como fator limitante na interpretação dos resultados apresentados.

Ademais, conduziu-se uma revisão narrativa através da literatura disponível sobre o tema, a fim de embasar a pesquisa epidemiológica e analisar estratégias futuras para manutenção da saúde do idoso. Esta não limitou-se a apenas uma base de dados, de modo a abranger múltiplas perspectivas e contribuições sobre a temática, disponíveis no campo da pesquisa científica.

Por fim, em razão de fazer uso somente de dados secundários disponibilizados em plataformas de domínio público, o presente estudo dispensa a apreciação pelo Comitê de Ética em pesquisa, visto que não foram identificados indivíduos de maneira isolada durante a realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período analisado (2020–2025), foram registradas 37.156 internações hospitalares por transtornos de humor em idosos no Brasil. Observou-se crescimento progressivo ao longo dos anos, passando de 5.227 internações em 2020 para 7.612 em 2025, o que representa aumento aproximado de 45,6% no período. Após discreta redução em 2021 (5.004 registros), verificou-se tendência ascendente contínua a partir de 2022 (**Tabela 29.1**).

Quanto à distribuição regional acumulada no período, as regiões Sul (14.258 internações; aproximadamente 38%) e Sudeste (13.845; cerca de 37%) concentraram a maior parte dos registros nacionais. O Nordeste apresentou 5.223 internações (14%), seguido do Centro-Oeste (2.948; 8%) e do Norte (882; 2,4%). Em relação

ao crescimento percentual entre 2020 e 2025, o Sudeste apresentou aumento aproxima-do de 71%, o Norte cerca de 58%, o Nordeste 45% e o Sul 36%, enquanto o Centro-Oeste apresentou discreta redução no período (**Tabela 29.2**). Esses dados indicam tendência nacional de ampliação das hospitalizações por transtornos de humor na população idosa, com variações regionais significativas.

Tabela 29.1 Internações por transtornos de humor em idosos nas regiões do Brasil (2020–2025)

Região	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Total	5.227	5.004	5.815	6.638	6.860	7.612	37.156
Região Norte	116	123	123	149	187	184	882
Região Nordeste	759	753	786	932	892	1.101	5.223
Região Sudeste	1.808	1.771	2.034	2.481	2.653	3.098	13.845
Região Sul	2.038	1.857	2.333	2.541	2.716	2.773	14.258
Região Centro- Oeste	506	500	539	535	412	456	2.948

Tabela 29.2 Distribuição regional acumulada (2020–2025)

Região	Internações	% do total
Norte	882	2,4%
Nordeste	5.223	14%
Sudeste	13.845	37%
Sul	14.285	38%
Centro-Oeste	2.948	8%
Total	37.157	100%

Fragilidades da terceira idade: desafios biológicos e psíquicos

O envelhecimento é um processo gradual e universal composto por uma série de transformações em diversos campos da vida, sendo caracterizado por modificações de âmbitos biológico, psicológico e social que levam a uma perda da capacidade adaptativa do indivíduo ao ambiente. Essas mudanças biológicas costumeiramente são as mais evidentes e mais focadas pela sociedade, dividindo-se, por sua vez, em morfológicas - como aparecimento de rugas e cabelos brancos -, fisiológicas - ligadas às alterações das funções orgânicas - e bioquímicas - relacionadas às alterações das reações químicas de processamento do organismo. Dessa forma, o sujeito idoso se torna mais vulnerável às influências dos meios internos e externos, potencializando a possibilidade de enfermidades nos níveis celulares, teciduais e sistêmicos (BORGES *et al*., 2017).

Do ponto de vista psicológico, pode-se ater primeiramente à deterioração das funções cognitivas do idoso como emoções, atenção e raciocínio (BORGES *et al*., 2017). Porém, juntamente a isso é essencial perceber que essa etapa da vida é também marcada por novos desafios da ordem da saúde mental, em razão do envelhecimento, semelhante à adolescência, ser um processo que leva a uma desestabilização da identidade (CHERIX, 2015). Assim, as já citadas mudanças biológicas originam certas limitações corporais, de modo a haver uma defasagem entre vontades próprias e possibilidades

reais de ação que, por sua vez, levam a um acúmulo de frustrações (BORGES *et al*., 2017). Além disso, essas insuficiências fisiológicas, apesar de promoverem uma dor física, objetiva e concreta, desenvolvem-se ainda mais profundamente, abarcando um sofrimento também subjetivo (SANTOS, 2012). Em conjunto disso, à medida que a aparência do corpo se modifica, o sujeito passa a não mais se identificar com a própria imagem, a qual é reconhecida como estranha, incongruente, feia e limitadora, vivenciando a denominada fase do espelho negativa (GOLDFARB, 2004; HENRIQUE & RODRIGUES, 2021). Simultaneamente a isso, as experiências sexuais, fundamentais para uma boa qualidade de vida, diminuem conforme esse mesmo sujeito idoso passa a se ver enquanto um ser assexuado (BORGES *et al*., 2017).

Todavia, essa autoconcepção do idoso enquanto um indivíduo inútil, limitado, feio e assexuado é na verdade uma reprodução de discursos externos da sociedade moderna sobre o envelhecimento que se acoplam à subjetividade dessa população, reforçando preconceitos culturais da velhice (MUCIDA, 2004). Assim, as noções de inutilidade e limitação são frutos de subjetivações hegemônicas capitalistas que valorizam apenas os corpos que seguem a lógica do sistema, ou seja, da produtividade, determinando certos coletivos como figuras de exclusão. Dessa forma, grupos como idosos, crianças, portadores de psicopatologias, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiências, entre outros que não se adequam às normas mercadológicas, são condenados à estigmatização, enquanto outros, como a juventude, são valorizados (HENRIQUE & RODRIGUES, 2021). Da mesma maneira, a visão do "Eu da feiura" na velhice se dá em razão das estruturas neoliberais de império da estética padronizada e do controle dos corpos que concebem os idosos como seres desprovidos de beleza (MUCIDA, 2004).

Ainda, conforme Michael Foucault (2012), a sexualidade é um dos principais campos de controle da sociedade sobre os indivíduos. Desse modo, apesar de em boa parte das fases da vida sermos concebidos enquanto seres sexuados, ou seja, que podem desfrutar da sexualidade, nas etapas mais tardias as práticas sexuais passam a ser incumbidas de preconceitos sociais e morais, tornando-se um direito exclusivo da juventude e não pertencente aos envelhescentes, restando a esses últimos as opções de reprimir esses comportamentos ou correr o risco de se sentirem envergonhados ao os realizarem (BORGES *et al*., 2017). Com isso, fica evidente como são impostas ao público envelhecido mudanças de seus papéis e funções sociais que marcam significativamente a sua subjetividade.

Em consequência a essas transformações, também a respeito da dimensão social, é muito comum que pessoas idosas vivenciem um isolamento expressivo que em casos mais severos, infelizmente comuns, levem a chamada morte social, fase essa caracterizada por redução de contatos sociais, deterioração de relações interpessoais e diminuição de comunicação, fenômeno esse que potencializa a perda da autonomia e independência (MÜLLER, 2014). Além disso, esse isolamento levaria a uma série de complicações na saúde mental que podem se refletir de forma psicossomática no físico, originando e contribuindo para disfunções depressivas, de fadiga e de sono (CHOI *et al*., 2015), demonstrando como os ambientes social e domiciliar são determinantes para uma melhora ou piora de certas condições de saúde e de comportamento.

Análise dos dados

O aumento expressivo das hospitalizações por transtornos de humor na população idosa, observado no período analisado, deve ser compreendido para além da dimensão numérica.

Trata-se de um fenômeno que articula fatores biológicos, psicológicos e sociais inerentes ao envelhecimento contemporâneo. Do ponto de vista biológico, a condição de fragilidade característica de parcela significativa dos idosos associa-se a maior vulnerabilidade clínica. A coexistência de múltiplas comorbidades, declínio funcional e redução da autonomia pode potencializar quadros depressivos, dificultar adesão terapêutica e aumentar o risco de descompensações que culminam em hospitalização.

Sob a dimensão psicossocial, o envelhecimento frequentemente implica transformações identitárias importantes, como aposentadoria, perda de papéis sociais e redução da rede de contatos. Em uma sociedade que privilegia a produtividade, o idoso pode ocupar posição de exclusão simbólica, experienciando sentimentos de inutilidade, impotência e isolamento. Tais sentimentos, somados a doenças crônicas, vulnerabilidades comuns à velhice, podem resultar em sintomas depressivos, ou seja, tais elementos configuram terreno fértil para o desenvolvimento e agravamento de transtornos depressivos e de humor (NERY *et al.,* 2018)

O crescimento das internações após 2022 pode dialogar com os efeitos tardios do isolamento social intensificado pela pandemia, que impactou de maneira significativa os idosos, reduzindo vínculos comunitários e espaços coletivos de convivência. Adicionalmente, os dados suscitam reflexão acerca da organização da rede de atenção psicossocial. A predominância de práticas centradas no atendimento individual e na medicalização pode limitar estratégias preventivas territoriais. A insuficiência de dispositivos grupais estruturados, capazes de promover vínculo, pertencimento e elaboração coletiva do sofrimento, pode contribuir para que a hospitalização se torne resposta tardia a um sofrimento não manejado precocemente.

Assim, as hospitalizações por transtornos de humor em idosos podem ser compreendidas como marcador de vulnerabilidade ampliada, resultante da interação entre fragilidade biológica, exclusão social, isolamento e lacunas assistenciais. Embora o delineamento ecológico não permita inferir causalidade individual, os achados indicam a necessidade de fortalecimento de estratégias interdisciplinares e dispositivos coletivos na atenção básica e na rede psicossocial, visando reduzir a progressão do sofrimento psíquico para níveis que demandem internação hospitalar.

Uma aposta no grupal, no lazer e na interprofissionalidade

Diante do alarmante número de hospitalizações de idosos por transtornos de humor apontado pelos dados e de todos os desafios comuns na vida dos idosos, urge se pensar em possibilidades de ações clínicas e psicossociais adequadas às demandas da terceira idade e que possam ser usadas tanto como prevenção para evitar um aumento das hospitalizações quanto para pacientes já hospitalizados. Ou seja, é necessário a escolha apropriada de um dispositivo, o qual, nos dizeres de Foucault (1979), configura-se enquanto um conjunto de componentes discursivos e não-discursivos capazes de dinamizar a subjetivação.

Desse modo, analisando-se os já citados desafios típicos dessa faixa etária, um dos mais comuns diz respeito ao isolamento social, o qual potencializa o sofrimento em geral. Assim, entende-se que as estratégias de cuidado utilizadas com esse público precisam ter como um de seus focos justamente a criação de vínculos. Por isso, a utilização de dispositivos grupais se coloca como uma forte possibilidade, pois esse tem em sua base justamente um campo relacional de criação de espaços de sociabilidade onde se estabelecem novos laços de amizades e solidariedade (FERREIRA NETO & KIND,

2010). Tal ideia é corroborada inclusive pela visão dos próprios idosos, os quais afir-mam que é importante conviver com pessoas da mesma faixa etária (QUEIROZ & TRINCA, 1983). Ainda, além das relações entre o próprio público idoso, o dispositivo grupal também permite uma rica vinculação entre usuários e profissionais da saúde (FERREIRA NETO & KIND, 2010). Com isso, a geração de vínculos de qualidade desencadeia "processos de subjetivação diferenciados" (FERREIRA NETO & KIND, 2010) capazes de movimentar o desejo e atenuar o sofrimento, pois *"é a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas*" (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Ademais, o uso do dispositivo grupal também se mostra relevante pelo fato dele permitir uma mudança das práticas médico-centradas instituídas nos serviços de saúde, nas quais há uma significativa predominância do atendimento individual, que, por sua vez, é marcado pelo foco na patologia, enquanto as ações grupais ajudariam a desfocar essa perspectiva, permitindo a emergência de outras dimensões de vida também promotoras de saúde para os usuários (FERREIRA NETO & KIND, 2010). Desse modo, percebe-se como o grupal é capaz de potencializar a "não individualização do sofrimento, a aprendizagem de uns com os outros, o estímulo e o suporte a mudanças [...]" (SATO *et al*., 2017).

Nesse sentido, estudos como o de Lourenço & Massi (2016), que desenvolveram uma Oficina da Linguagem com idosos por meio do método grupal "Grupo Operativo" de Pichon Rivière, demonstram que trabalhos com a linguagem, seja escrita, lida ou falada, são recursos que podem oportunizar aos idosos empoderar-se da própria voz. Dessa forma, os idosos do grupo desenvolviam maior segurança de si mesmos e autoestima, socializavam mais, além de ter suporte do grupo para ocupar o lugar de agentes em suas próprias vidas. Ademais, tal grupo faz uma torção na estrutura etarista da sociedade de modo a deixar em evidência não as adversidades e vulnerabilidades da população idosa, mas sim, seus talentos e habilidades. Portanto, tal oficina, por meio do dispositivo grupal, é uma possibilidade de intervenção em idosos que leva em consideração o seu ser como um todo, potencializando seu bem viver.

Entretanto, apesar da proposição aqui feita do grupo enquanto um dispositivo benéfico, deve-se alertar que a simples existência e operação desse não é o bastante. Isso porque, a formação e trabalho dentro desse coletivo precisa ter um embasamento metodológico e teórico, algo que, infelizmente, é raro dentro da realidade dos serviços (BROIDE, 2016; FERNÁNDEZ, 2006). Essa ausência de orientação gera um significativo mal-estar, inclusive, aos próprios profissionais coordenadores de grupos, os quais alegam muitas vezes se sentirem despreparados para esse tipo de tarefa em razão de um desconhecimento de referenciais teóricos, levando a um esvaziamento do dispositivo (SATO *et al*., 2017). Tal cenário é representado pelos estudos de Ferreira Neto & Kind (2010) que, ao produzir dados a partir de uma pesquisa sobre práticas de grupo em Equipes de Saúde da Família, apontam como uma das principais queixas dos agentes dessa equipe de assistência é justamente a falta de formação prévia específica para esse tipo de trabalho. Assim, fica evidente a necessidade de haver um ampliamento das discussões embasadas sobre dispositivos grupais dentro dos espaços formativos de operadores da saúde e da assistência social.

Nesse sentido, também é de suma importância que seja incluído nos debates formativos a questão dos preconceitos enraizados nos próprios profissionais. Desse modo, Sato *et al*.

(2017) trazem um ponto importante ao falar sobre analistas, mas que deveria ser ampliado para os outros agentes de saúde, no qual afirmam ser imprescindível uma reflexão sobre os discursos hegemônicos da cultura visando um exercício clínico ético. Tal questão se mostra essencial ao se trabalhar com grupos de idosos pelo fato de que, como já dissertado, há uma série de discursos vigentes estigmatizantes causadores de sofrimento a esse público, de forma que se eles forem mantidos pelo coordenador do dispositivo, o espaço deixará de ser de promoção de saúde para, então, ser apenas mais um local de perpetuação de mal-estar.

Além disso, as intervenções com idosos devem ser pensadas de forma integral e interdisciplinar, ou seja, diversas áreas da saúde devem trabalhar juntas para que vejam o indivíduo em sua integralidade, como um ser biopsicossocial e não apenas como um corpo a ser curado. Dessa forma, percebe-se a importância de uma formação multi e interprofissional desde a graduação, a fim de que diferentes profissionais da saúde possam utilizar, não somente do dispositivo grupal, mas de outros modos não cartesianos de cuidado, visando o bem estar integral da população idosa. Profissionais da saúde como fisioterapeutas, médicos, educadores físicos, psicólogos e nutricionistas devem encontrar meios de trabalhar em conjunto, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para que os ideais hospitalocêntricos - que favorecem o crescimento do número alarmante de internações por transtornos de humor na população idosa - sejam derrubados.

Ademais, outro fator importante para a socialização e, consequentemente, uma melhor saúde mental nos idosos é o lazer. O lazer se refere a ocupações voluntárias que tem como objetivo divertir-se, descansar e/ou exercitar a criatividade, as quais não tem fins lucrativos e de produtividade (MARTINS, 2010). O lazer, além de ocupar o tempo ocioso, pode proporcionar momentos de socialização e, a depender da atividade, promover o desenvolvimento/manutenção da motricidade fina, como o artesanato. Também, devido ao sentimento de inutilidade ser, infelizmente, comum entre tal população, buscar um passatempo que proporcione prazer pode auxiliar os idosos a sentirem-se úteis, como por exemplo, atividade de horticultura ou floricultura. Contudo, quanto mais repercussões físicas de doenças crônicas e transtornos mentais, menor é a capacidade funcional do indivíduo idoso e, por conseguinte, diminui seu envolvimento em atividades de lazer (DE BARROS *et al.,* 2025). Além disso, idosos com quatro ou mais doenças crônicas ou que apresentam algum transtorno mental praticam menos atividades de lazer (DE BARROS *et al*., 2025). Isso pode gerar, principalmente em relação aos diagnosticados com psicopatologias como depressão e ansiedade, um ciclo vicioso, visto que o lazer é um dos fatores importantes para maior qualidade de vida. Portanto, vê-se a relevância do incentivo ao lazer pelas políticas públicas de saúde e assistência social, como grupos de convivência os quais desenvolvem atividades recreativas e artesanato com idosos, promovendo socialização e criação de vínculos entre eles, aspecto essencial para um melhor bem estar subjetivo. Porém, percebe-se uma lacuna na literatura na área no que se refere ao lazer para pessoas idosas, o que pode se dar pelo fato de momentos de distração e divertimento ainda serem vistos apenas como um período ocioso, uma recompensa pelo trabalho, e não como um direito ou um fator essencial para a saúde (DE BARROS *et al*., 2025).

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional brasileiro impõe às discussões a respeito de saúde mental um importante desafio que ultrapassa a dimen-

são biomédica de cuidado, provocando uma análise ampliada acerca do envelhecer em uma sociedade que preza pela produtividade e tende a excluir aqueles que fogem dessa lógica.

A partir da análise de dados através do SIH-DATASUS, evidenciou-se expressivo crescimento das internações por transtornos de humor na população idosa brasileira, indicando um cenário que demanda atenção prioritária dos serviços de cuidado. Ademais, o impacto contínuo da pandemia de COVID-19 intensifica este cenário, uma vez que fragiliza principalmente as redes de apoio e convivência, fundamentais para o bem-estar mental dos idosos.

Nesse contexto, observa-se que as internações surgem, muitas vezes, como manifestações de falhas na prevenção, na escuta e por intercorrências na construção de dispositivos contínuos de cuidado no âmbito da saúde mental. Diante disso, o estudo enfatiza a necessidade da incorporação aos serviços de atenção à saúde de metodologias preventivas e multidisciplinares, como o dispositivo grupal, que se apresenta como importante ferramenta de promoção de vínculos e ressignificação do envelhecimento.

Assim, a análise psicológica do envelhecimento necessita de uma perspectiva que reconheça o idoso como sujeito de história, bem como de potência na sociedade. Desse modo, tornam-se fundamentais ações que valorizem a singularidade deste processo, fortaleçam vínculos e ampliem a participação social da população idosa, tanto como estratégia de promoção da saúde mental como de rompimento com os métodos de exclusão ainda observados na atualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, p. 389, 2005. DOI: 10.1590/S1414-32832005000200013.

BORGES, E. *et al*. O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. In: PEREIRA, D. D. S. (Ed.). Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento e a Prevenção de Quedas na Terceira Idade. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017. p. 17-46.

BROIDE, E. E. Possibilidades de singularização do sujeito nas políticas públicas: do resto à causa. Revista Intellectus, v. 27, p. 87, 2014.

BROIDE, J.; BROIDE, E. E. A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções. São Paulo: Editora Escuta, 2016.

BROIDE, E. Os grupos na instituição: lógicas e problemáticas. Caderno Enlaces, v. 3, 2016.

CHERIX, K. Corpo e envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 18, p. 39, 2015.

CHOI, H. *et al*. Impact of social isolation on behavioral health in elderly: systematic review. World Journal of Psychiatry, v. 5, p. 432, 2015. DOI: 10.5498/wjp.v5.i4.432

DE BARROS, V. *et al*. Atividades de lazer na população idosa e fatores associados: uma revisão sistemática da literatura. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v. 30, p. 1-16, 2025. DOI: 10.22456/2316-2171.135442

FERNÁNDEZ, A. M. O campo grupal: notas para uma genealogia. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2006.

FERREIRA NETO, J. L. & KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, p. 1119, 2010. DOI: 10.1590/S0103-73312010000400004

FOUCAULT, M. História da sexualidade I. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GLOCK, M. *et al*. Utilization of mental health services during the first year of the COVID-19 pandemic – a systematic review and meta-analysis. European Psychiatry, v. 69, n. 1, e10, p. 1-23, 2026. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2025.10119

GOLDFARB, D. C. Demências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HENRIQUE, R. A. & RODRIGUES, N. A. O envelhecimento e a psicanálise: decrepitude do corpo e invisibilidade do ser. Apresentado no VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 11-13 dez. 2021.

LOURENÇO, R. C. C. & MASSI, G. A. A. Grupo operativo como espaço para atividades dialógicas junto a idosos. Vínculo, v. 13, p. 13, 2016.

MIRANDA, G. M. D. *et al*. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, p. 507, 2016. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140.

MUCIDA, A. O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MÜLLER, D. O envelhecimento e a inclusão digital de idosos [monografia]. Santa Rosa: UNIJUÍ, 2014.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein, v. 6, p. S4, 2008.

NERY, B. L. S. *et al*. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, p. 184, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0109.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 15, p. 69, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614.

QUEIROZ, J. B. & TRINCA, S. F. Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 36, p. 95, 1983. DOI: 10.1590/S0034-71671983000100010.

SANTOS, W. J. A religiosidade como estratégia de enfrentamento do processo de incapacidade funcional dos idosos da cidade de Bambuí, Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Fiocruz, 2012.

SATO, F. G. *et al*. O dispositivo grupal em psicanálise: questões para uma clínica política do nosso tempo. Revista Psicologia Política, v. 17, n. 40, 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública, v. 43, p. 548, 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000025

ZAIDI, A. Features and challenges of population ageing: the European perspective. Policy Brief, v. 1, p. 1, 2008.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 30

ASSOCIAÇÃO ENTRE FILIAÇÃO RELIGIOSA E INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS BRASILEIROS

CAMILA FERNANDA FRONER KACHUK[1]
EDUARDO MARRONE DE BELLIS[1]
JOANA STELLA LORENZONI[2]
STÉFANY MELGAREJO SOARES[3]

[1]*Discente – Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*
[2]*Discente- Medicina, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.*
[3]*Discente- Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina.*

Palavras-Chave: *Idosos; Transtorno de Humor; Internações.*

DOI: 10.59290/5000213209

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Já há alguns anos tem sucedido no mundo inteiro o principal fenômeno demográfico das últimas décadas: o envelhecimento populacional. Este se deve ao chamado processo de "transição demográfica", ou seja, quando há redução das taxas de mortalidade e, depois, principalmente, a queda das taxas de natalidade (NASRI, 2008; MIRANDA *et al*. 2015). Todavia, apesar de ser uma ocorrência global, essa transição e envelhecimento se dão em momentos e maneiras distintas em cada região. Dessa forma, na Europa, primeiro local a passar por isso, esse evento se deu de forma mais suave, havendo uma significativa diferença temporal de cerca de cem anos na queda da taxa de fecundidade e, posteriormente, de mor-talidade, permitindo com que esses países se preparassem melhor para o novo cenário etário. Em comparação, mesmo com uma ocorrência muito semelhante, o envelhecimento na América Latina se deu com implicações diversas. Tomando o Brasil como representante, houve pouco tempo hábil para se adaptar à nova realidade, em razão da redução da mortalidade se dar nos anos 1940 e, em seguida, nos anos 1960 ocorrer a diminuição da fecundidade (NASRI, 2008).

Diante disso, principalmente pensando no cenário brasileiro marcado por certo despreparo, é essencial que nos atentemos de fato a esse envelhecimento, pois o crescimento significativo dessa parcela da população origina uma série de novas dinâmicas em todos os setores da nossa sociedade, como economia, saúde e relações familiares (VERAS, 2009). Nesse contexto, especialmente na área da saúde, é essencial se considerar a transição epidemiológica, consequência da nova demografia já citada, que se caracteriza pela mudança de perfil das doenças que acompanha a nova conjuntura etária da população (NASRI, 2008), de forma que as doenças crônicas e os transtornos mentais são cada vez mais comuns. Tal transição leva a alteração no quadro de morbimortalidade do país (RIBEIRO, 2015), principalmente em razão da falta de recursos humanos especializados para o adequado atendimento das necessidades desse grupo envelhecido (DE QUEIROZ *et al*. 2009).

Além disso, analisando as características dessa população, percebe-se que existem diferentes problemáticas que atravessam a chamada "terceira idade". Por exemplo, o sentimento de finitude da vida por estar na "última etapa", os lutos decorrentes das perdas de entes queridos e amigos (OLIVEIRA & MENEZES, 2018), os afastamentos resultantes do parar de trabalhar e da aposentadoria, além das limitações funcionais e doenças crônicas que surgem de modo frequente nessa faixa etária (VERAS, 2007). Tais vulnerabilidades relacionadas ao processo de envelhecimento podem resultar em sentimentos de impotência e muitas vezes ao desenvolvimento de sintomas depressivos (NERY *et al.*, 2018). Diante disso, os idosos tendem a encontrar na religiosidade um modo de sentirem-se presentes no mundo (OLIVEIRA & MENEZES, 2018), auxiliando-os a lidar com suas emoções e dando sentido à vida, de forma que voltem a ser sujeitos agentes em suas próprias existências.

Desse modo, sendo a religião uma dimensão sócio-cultural importante para a significação (ARAÚJO *et al*., 2008), vê-se a necessidade de relacionar a faixa etária em crescimento atual e a religião como um possível fator protetivo para idosos em relação aos transtornos de humor, como a depressão. Assim, admitindo as maiores demandas de investimentos, políticas, serviços em saúde, previdência social e estudos que levem em consideração tal população (BORGES *et al*., 2017; MIRANDA *et al*., 2015), e compreendendo a importância da reli-

giosidade e espiritualidade para os idosos, o presente estudo ecológico teve como objetivo investigar a associação entre a porcentagem de pessoas com filiação religiosa e as taxas de internação por transtornos de humor na população idosa brasileira no período entre os anos de 2010 à 2016.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo ecológico, com unidades de análise definidas como as capitais brasileiras, no qual as variáveis foram analisadas em nível populacional. O delineamento foi adotado a fim de avaliar associações em nível populacional nos centros urbanos do país, levando-se em consideração características sociodemográficas e indicadores assistenciais de saúde mental nestas localidades.

Fontes de dados

A partir do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram coletados dados do Censo Demográfico de 2010 – escolhido em razão de ser a fonte mais recente e abrangente disponível em nível municipal, por faixa etária e religião - relativos ao número de idosos em população absoluta, conforme religião ou ausência dela na declaração, estratificados por município (capitais brasileiras) e faixa etária.

Além disso, utilizou-se do SIDRA, também, para obtenção do número de idosos por capital brasileira no período compreendido entre 2012 e 2016 no cálculo das taxas médias de internação por transtornos de humor. A escolha desse período para o cálculo das taxas médias de internação teve como objetivo reduzir a variabilidade anual verificada nos pequenos números de internações, especialmente em capitais de menor porte populacional.

As informações referentes às internações hospitalares por transtornos de humor em idosos foram obtidas junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), considerando o período de 2012 a 2016, selecionado com o objetivo de reduzir flutuações anuais associadas a pequenos números de internações e obter estimativas mais estáveis das taxas.

População do estudo

A população do estudo foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos**,** residentes nas capitais brasileiras incluídas na análise. Foram consideradas apenas capitais com disponibilidade completa de dados para as variáveis de interesse. A exclusão incluiu Macapá pela ausência de informações sobre o número de internações por transtornos de humor no período delimitado pelo estudo, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

Variáveis

Variável independente: proporção de idosos sem religião (%) em cada uma das capitais brasileiras, de acordo com o Censo Demográfico de 2010.

Variável dependente: taxa de internação por transtornos de humor (CID 10 F30-F39) dividido pela população idosa estimada do município, multiplicada por 100.00 idosos.

Período analisado: 2010 a 2016.

Análise estatística

Estatística descritiva: foi demonstrada ampla variabilidade entre as capitais brasileiras pela análise descritiva, tanto na proporção de idosos sem religião quanto nas taxas de internação hospitalar por transtornos de humor. A proporção de idosos sem religião apresentou valores

médios distintos entre as capitais, evidenciando heterogeneidade do perfil religioso populacional. As taxas de internação por transtornos de humor, igualmente, apresentaram variação entre as capitais, o que reflete diferenças regionais no padrão de adoecimento e na utilização dos serviços hospitalares.

Correlação de Spearman: A correlação de Spearman foi empregada em razão do tamanho amostral reduzido (n=26 capitais) e da presença de distribuição assimétrica e elevada variabilidade entre as unidades de análise. Observou-se correlação fraca e negativa entre a proporção de idosos sem religião e as taxas de internação por transtornos de humor ($\rho = -0,145$; $p = 0,48$), sem significância estatística. Esses achados indicam ausência de associação monotônica consistente entre as variáveis no nível ecológico das capitais brasileiras.

Regressão linear simples: foi aplicada regressão linear simples, considerando a taxa de internação por transtornos de humor em idosos como variável dependente e a proporção de idosos sem religião como variável independente, a fim de estimar a variação média da taxa de internação associada ao aumento da proporção de idosos sem religião, bem como o poder explicativo do modelo. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises estatísticas. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o *Microsoft Excel*®**,** empregado para organização dos dados, análise descritiva, correlação de Spearman e regressão linear simples.

Aspectos éticos

O estudo utilizou dados secundários, agregados e de domínio público**,** não envolvendo identificação individual, sendo dispensada a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Envelhecimento e religiosidade como possibilidade de ancoragem

A fase do envelhecimento é marcada por uma série de novos percalços que se impõem ao indivíduo em diferentes âmbitos de sua vida. Assim, pode-se citar as diversas mudanças morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e cognitivas que colocam o sujeito idoso em uma posição de maior vulnerabilidade a enfermidades (BORGES *et al.*, 2017). Tais limitações e alterações orgânicas e corporais, por sua vez, reverberam na psique do envelhescente de modo a acarretar em prejuízos profundos na saúde mental do mesmo, em razão de haver um acúmulo de frustrações, desestabilização da identidade (CHERIX, 2015), não identificação com a própria imagem (HENRIQUE & RODRIGUES, 2021), diminuição das experiências sexuais (BORGES *et al.*, 2017) e discursos sociais estigmatizantes sobre a velhice que reforçam preconceitos (MUCIDA, 2004). Além disso, todo esse sofrimento é extremamente potencializado por um isolamento significativo vivenciado por essas pessoas, que pode se con-figurar inclusive como “morte social”, sendo marcada pela atenuação e decaimento da qualidade e quantidade das relações interpessoais (MÜLLER, 2014).

Desse modo, considerando todos os desafios e vulnerabilidades relacionadas ao envelhecimento citados, entende-se que, a fim de ressignificar as dificuldades e encontrar um modo de sentirem-se presentes no mundo (OLIVEIRA & MENEZES, 2018) os idosos muitas vezes ancoram-se na religiosidade, visto que, como corroborado por diferentes estudos sistemáticos, há correlações positivas e significativas de espiritualidade com bem-estar, qualidade de vida e longevidade (COSTA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA *et al*, 2006; POWELL *et al*, 2003). Isso porque, como é descrito por Gordon

Allport (1961) em seus estudos sobre personalidade, pessoas maduras e sadias buscam identificação e participação em eventos externos que posteriormente passam a fazer parte do próprio ser, sendo a vida espiritual uma possibilidade importante para essa extensão de senso de self. Ainda segundo o mesmo autor, a maturidade da personalidade é também marcada por uma filosofia de vida unificadora que lhes dá um propósito mais evidente, a qual quando não presente na vida das pessoas costuma levar a sentimentos de vazio. Com isso, Allport (1954) argumenta da possibilidade de a religião poder cumprir esse papel caso a relação estabelecida entre o indivíduo e sua espiritualidade seja madura, levando a uma consciência bem-desenvolvida.

Dessa forma, as práticas religiosas auxiliam a população idosa a lidar com os seus sentimentos e a dar, novamente, sentido a suas vidas, já que perderam a função produtiva e rentável na sociedade (ARAÚJO *et al.*, 2008; FARINASSO, 2011; GOLDSTEIN & SOMMERHALDER, 2002). Ademais, estudos apon-tam que a religiosidade e espiritualidade trazem diferentes benefícios para a vida dos idosos como menores níveis de angústia e aumento da resiliência, da adaptatividade e da sensação de bem-estar (NERY *et al.*, 2018), além de estar relacionada positivamente com a qualidade de vida (OLIVEIRA & MENEZES, 2018) sendo um importante mecanismo de adaptação à nova realidade cheia de mudanças biopsicossociais (FERREIRA & AMORIM, 2015). Ainda, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é evidenciado de maneira mais intensa entre pessoas que convivem sob maiores condições de estresse no cotidiano, como idosos, pessoas com deficiências e outras doenças físicas (MOREIRA-ALMEIDA *et al.,* 2006). Consequentemente, a religiosidade e espiritualidade se relacionam com a saúde e bem-estar dos idosos de modo a ocupar um lugar de ancoragem e conforto, elementos que auxiliam a enfrentar doenças, gerando, sobretudo, esperança e autoconfiança.

Além disso, há outros motivos da prática religiosa ser fecunda nesse sentido, como ser um meio de interação, criação de comunidade, acolhimento e pertencimento, configurando-se como uma importante rede de suporte social (CHAVES & GIL, 2015; SILVA, 2012). Segundo Stroppa & Moreira-Almeida (2008), "A participação religiosa frequente parece estar ligada não somente a um aumento do número de vínculos e interações sociais, mas também a melhor qualidade dessas relações", ou seja, o suporte social obtido através da religiosidade pode auxiliar o idoso a resistir às adversidades da velhice, como o sentimento de solidão. Tal aspecto se relaciona a outra característica descrita por Allport (1961) referente às personalidades maduras e saudáveis, que é a da "relação cordial do self com os outros", a qual se baseia na capacidade de olhar para além de si mesmo e amar os outros de maneira compassiva e íntima e não de modo possessivo e desinteressado. Assim, esse atributo do *self* pode ser potencializado justamente por meio da religião pelas questões de coletivo e formação de comunidade advindas dessa.

Igualmente, ainda segundo Stroppa & Moreira-Almeida (2008), outro mecanismo importante para a potente relação entre envelhecimento saudável e religião é a regulação social. Em outras palavras, os grupos religiosos estabelecem normas, comumente registradas em seus livros sagrados e reforçadas por seus líderes, as quais ditam o que os fiéis são ou não são aconselhados a fazer, como por exemplo, fumar ou beber bebidas alcoólicas, e isso previne os seguidores de criarem certos hábitos não saudáveis. Ainda, de acordo com Moreira-Almeida *et al*. (2006), a autopercepção do corpo como um

templo sagrado pode ser útil como forma de auxílio em questões de saúde que assolam o mundo contemporâneo, como por exemplo, o estresse, competitividade e individualismo. Nesse sentido, a formação de uma comunidade coesa e com hábitos parecidos contribuem para que o idoso se sinta pertencente a algo maior (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Entretanto, apesar do sentimento de pertencimento associado à religiosidade, existem múltiplas práticas e comportamentos orientados por religiões que podem ser prejudiciais à saúde (MOREIRA-ALMEIDA, 2006). Entre eles, destacam-se a impossibilidade da realização de transfusões sanguíneas, a recusa ao uso de vacinas por razões religiosas e culturais bem como o incentivo aos casamentos endogâmicos, gerando impactos individuais e coletivos na esfera da saúde. Além disso, diversas práticas religiosas são acompanhadas de conflitos, sejam eles causados entre familiares com opiniões divergentes sobre o assunto, bem como com grupos maiores, resultando frequentemente em discriminação, violência e exclusão social, sofrida principalmente por membros de religiões menos populares em determinadas regiões. (FERNÁNDEZ-NIÑO *et al.*, 2019).

Dessa maneira, a religiosidade se mostra como um meio de apoio e de amparo aos idosos, especialmente quando há mudanças significativas relacionadas à velhice, a qual, também, favorece o desenvolvimento de uma saúde mental saudável.

Resultados

A proporção de idosos sem religião apresentou variação entre as capitais brasileiras, com valores mínimos próximos a 3% e máximos em torno de 8%, evidenciando heterogeneidade na distribuição dessa característica populacional entre as capitais analisadas (**Tabela 30.1**).

Tabela 30.1 Proporção de idosos sem religião e taxa de internação por transtornos de humor em idosos nas capitais brasileiras, 2012–2016

Capital	% Idosos sem religião	Internações (2012-2016)	População Idosa Média (2012-2026)	Taxa por 100.000
Aracaju	4,94	43	59.600	72,15
Belém	2,95	47	141.200	33,29
Belo Horizonte	4,15	77	340.600	22,61
Boa Vista	7,68	6	18.200	32,97
Brasília	5,46	294	257.800	114,04
Campo Grande	5,74	84	97.400	86,24
Cuiabá	4,36	4	60.800	6,58
Curitiba	3,29	720	226.600	317,74
Florianópolis	5,49	77	65.800	117,02
Fortaleza	3,24	317	284.000	111,62
Goiânia	5,18	325	150.000	216,67
João Pessoa	4,32	78	86.800	89,86
Maceió	6,23	130	99.000	131,31
Manaus	3,74	41	137.800	29,75
Natal	4,02	130	93.600	138,89

Palmas	6,07	8	12.000	75,00
Porto Alegre	4,86	915	225.200	406,31
Porto Velho	7,20	16	31.400	50,96
Recife	6,71	118	191.600	61,59
Rio Branco	7,65	81	25.600	316,41
Rio de Janeiro	7,48	797	1.135.400	70,20
Salvador	7,41	155	287.800	53,86
São Luís	3,74	303	96.800	313,02
São Paulo	4,81	2.295	1.716.000	133,74
Teresina	3,10	112	77.000	145,45
Vitória	5,14	4	49.200	8,13

Fonte: Elaboração autoral com base em dados do IBGE (Censo Demográfico 2010) e DATASUS/SIH-SUS (2012–2016).

As taxas de internação por transtornos de humor em idosos, expressas por 100.000 idosos, também apresentaram ampla variação entre as capitais, com valores mínimos inferiores a 10 internações por 100.000 idosos e valores máximos superiores a 400 internações por 100.000 idosos, indicando elevada dispersão das taxas no conjunto das capitais estudadas.

Correlação:

Valor de ρ e p-valor: Observou-se correlação fraca e negativa entre a proporção de idosos sem religião e as taxas de internação por transtornos de humor nas capitais brasileiras (ρ = –0,15; p = 0,48); isto é, sem significância estatística.

Na análise de regressão linear simples, considerando a taxa de internação por transtornos de humor em idosos como variável dependente e a proporção de idosos sem religião como variável independente, observou-se coeficiente angular negativo (β = –9,2668). O teste de significância do coeficiente angular não indicou associação estatisticamente significativa entre as variáveis (p = 0,48). O coeficiente de determinação do modelo foi $R^2 = 0,0168$, indicando baixo poder explicativo da regressão linear (**Tabela 30.2**).

Tabela 30.2 Resultados da análise de correlação e regressão linear entre as variáveis

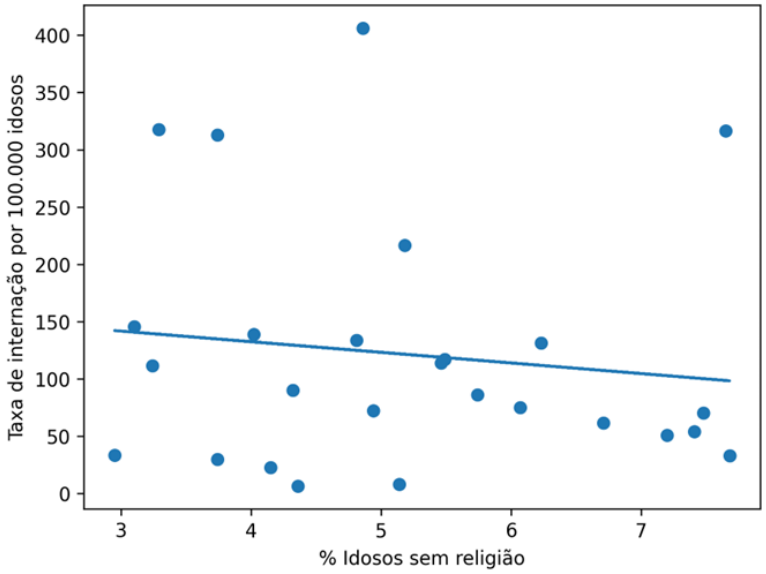
Análise estatística	Coeficiente	Valor	p-valor	R^2
Correlação de Spearman	ρ	-0,15	0,48	-
Regressão linear simples	β	-9,2668	-0,48	0,0168

Análise dos Dados

No presente estudo ecológico, não foi observada associação estatisticamente significativa entre a proporção de idosos sem religião e as taxas de internações por transtornos de humor nas capitais brasileiras. A correlação de Spearman indicou associação fraca e negativa (ρ = –0,15; p = 0,48), e a regressão linear simples demonstrou baixo poder explicativo, com coeficiente de determinação reduzido ($R^2 = 0,0168$), sugerindo ausência de relação linear consistente entre as variáveis analisadas. Embora o coeficiente angular da regressão indique que, a cada aumento de 1 ponto percentual na proporção de

idosos sem religião, a taxa de internação tenderia a diminuir, em média, 9,27 internações por 100.000 idosos, essa tendência apresenta relevância estatística e epidemiológica limitada, considerando o valor extremamente baixo do coeficiente de determinação, que evidencia fraca capacidade explicativa do modelo. Esses achados contrastam com parte da literatura, que sugere um possível efeito protetor da religiosidade sobre sintomas depressivos e saúde mental em nível individual. Entretanto, a ausência de associação no presente estudo pode ser explicada, em parte, pelo delineamento ecológico, no qual a unidade de análise é populacional e não individual, estando sujeito à falácia ecológica (**Figura 30.1**).

Figura 30.1 Representação da dispersão entre proporção de idosos sem religião e taxa de internação por transtornos de humor



Adicionalmente, as taxas de internação hospitalar refletem não apenas a ocorrência de depressão, mas também fatores estruturais e assistenciais, como acesso aos serviços de saúde, disponibilidade de leitos psiquiátricos, critérios de internação e políticas locais de saúde mental, os quais podem variar substancialmente entre as capitais. Soma-se a isso o uso de dados censitários de 2010 para a variável religiosidade, em contraste com dados de internação de período posterior, o que pode introduzir viés temporal, considerando possíveis mudanças no perfil religioso da população ao longo do tempo. A presença de baixos números absolutos de internações em algumas capitais também podem contribuir para maior variabilidade das taxas e redução do poder estatístico para detecção de associações. Dessa forma, os resultados sugerem que, em nível populacional, a proporção de idosos sem religião não se configura como um preditor relevante das taxas de internação por transtornos de humor, indicando que outros determinantes sociais, estruturais e assistenciais provavelmente exercem maior influência sobre esse desfecho.

Com isso, a ausência de correlação pode se explicar pelo fato de que, como apontado por Papalia *et al*. (2006), apesar de haver sim uma influência das experiências socioculturais vivenciadas pelo indivíduo na intensidade e rigidez dos transtornos de humor, a presença dessas psicopatologias estaria muito mais relacionada a uma dimensão específica da personalidade da pessoa, no caso o neuroticismo, do que a outras

variáveis. Assim, ainda que seja válido levar em conta a religiosidade do sujeito, não é isso que determinará se ele desenvolverá ou não transtornos de humor.

Ademais, por mais que anteriormente se tenha dissertado a respeito dos benefícios da religiosidade, os dados ainda sim são corroborados por outras pesquisas e estudos. Isso porque, atualmente a psicologia da religião se baseia principalmente em avaliar se a religião ajuda ou não as pessoas a viverem de uma forma mais satisfatória, ou seja, se ela serviria como fonte de saúde psicológica, configurando-se enquanto uma religião salugênica, ou como fonte de adoecimento, sendo considerada uma religião patogênica (FARRIS & SATHLER-ROSA, 2011). Ainda, é possível que existam diferentes associações dependendo de qual aspecto da religião será analisado, como por exemplo, religiosidade, espiritualidade e realização de práticas religiosas de maneira individual ou coletiva (FERNÁNDEZ-NIÑO *et al*., 2019).

Pensando, então, nessa relação subjetiva e individual de cada pessoa com suas crenças, diferentes autores se debruçam sobre isso com análises semelhantes, mas conceitualmente diversas. Em primeira análise, temos o conceito de "coping" que diz respeito às estratégias de uma pessoa para conseguir administrar situações estressantes da vida (STROPPA & MOREIRA-ALMEIDA, 2008) e, especificamente, o coping religioso/espiritual, segundo Pargament (1997), se refere ao modo de lidar com circunstâncias adversas utilizando recursos religiosos e espirituais. Contudo, segundo Pargament *et al*. (2000) esse tipo de coping se divide em positivo e negativo, os quais podem influenciar a saúde de formas diferentes de modo que pessoas demonstram maior ou menor capacidade de adaptação a situações estressantes a depender da forma de coping. Stroppa & Moreira-Almeida (2008) sintetizaram achados de Pargament e outros pesquisadores, auxiliando a diferenciar o coping religioso positivo do negativo. No coping religioso positivo, é nítido maior apoio espiritual, perdão divino, visão de divindade(s) como ser(es) benevolente(s), conexão espiritual e maior apoio dos outros fiéis. Já no negativo, percebe-se reavaliação dos poderes da(s) divindade(s), crença em divindade(s) punitiva(s), descontentamento espiritual e com o grupo religioso, além de fortes crenças de que as forças malignas estão atuando em suas vidas, concepções que podem aumentar o estresse.

Segundamente, pode-se retomar a figura de Allport (1966), o qual, apesar de demarcar o comprometimento religioso profundo enquanto um aspecto da personalidade madura, admite que ser religioso não é sinônimo de ter uma orientação religiosa igualmente madura. Assim, Allport & Ross (1967) definem a dualidade de orientação religiosa extrínseca e intrínseca, na qual a primeira possui um caráter instrumental, sendo a religião para pessoas com esse pensamento apenas um meio e não um fim, de modo que o objetivo da crença seja um conforto e conveniência social, mas que não leve de fato a criação de um significado mais profundo ou a uma integração da personalidade. Já indivíduos da segunda orientação encontram na religião uma significação que vai além de si mesmas, gerando amor e compaixão com o Eu e o próximo, de modo a integrar o self.

Dessa forma, segundo Stroppa & Moreira-Almeida (2008), o elemento principal na análise não seria o sistema de crenças em si, mas sim a importância dada à religião pelo indivíduo em sua vida, de modo que é um dado subjetivo e que pode variar drasticamente entre pessoas que se declaram da mesma religião. Ou seja, mais que se dizer pertencente a determinada religião, o que mais influencia é a maneira com a qual o indivíduo reflete sobre a crença em si e seu nível de envolvimento (OLIVEIRA & MENE-

ZES, 2018). Consequentemente, não basta relacionar as taxas de internação por transtornos de humor em idosos com a filiação religiosa, de modo que se deve investigar as minúcias das práticas religiosas e espirituais dessa população. Em resumo, percebe-se que o mais importante não é a filiação religiosa de um indivíduo, mas sim, o tipo de relação e conexão com sua espiritualidade e crenças.

Ainda, outro achado que corrobora os presentes dados, é o estudo de Nery *et al*. (2018) que buscou identificar vulnerabilidades e a associação entre religiosidade e a presença de sintomas depressivos em idosos internados em uma unidade de urgência e emergência. Tal estudo, assim como o presente capítulo, não observou associação entre os níveis de religiosidade e ausência de sinais depressivos nos idosos estudados. Contudo, os autores percebem a importância da religiosidade para a população idosa, a fim de aumentar os níveis de resiliência às adversidades da vida (NERY *et al.*, 2018).

Fora isso, como já abordado no texto, as religiões e as comunidades religiosas se caracterizam por serem relevantes formas de interação social e construção do sentimento de pertencimento, os quais são aspectos de extrema importância para a saúde mental, principalmente dos idosos. Contudo, a religiosidade/espiritualidade é apenas uma das diversas maneiras de interação social na velhice. Segundo o estudo de Barricelli *et al*. (2012), os idosos associam uma boa qualidade de vida principalmente com lazer, atividades físicas e mentais e socialização com pares. Portanto, há outros modos de formar comunidade e socializar que não necessariamente perpassam a religiosidade, o que pode justificar não se ter encontrado relação entre as internações por transtornos de humor e religiosidade, já que as práticas religiosas e outras questões qualitativas não puderam ser destrinchadas no presente estudo.

Desse modo, a busca por uma via de regra da associação entre religiosidade e bem-estar é naturalmente dificultada pela complexidade desses dois campos, os quais são permeados por uma série de variáveis e elementos (FARRIS & SATHLER-ROSA, 2011). Todavia, o recorte da terceira idade, apesar de ser um limitador do campo amostral, não é necessariamente um facilitador, em razão de que por conta de uma série de atravessamentos há uma impossibilidade de se conceituar a velhice como algo único, sendo ela na verdade múltipla, subjetiva e singular em seus devires, de modo que se deve admitir uma heterogeneidade da velhice (BORGES *et al.*, 2017; HENRIQUE & RODRIGUES, 2021; VERDON, 2022), algo que impõe uma dúvida quanto à possibilidade de se encontrar um padrão fortemente estabelecido na associação em questão.

Limitações da Pesquisa

Neste estudo, são observadas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados apresentados, como o uso de dados secundários, obtidos por meio do Censo Populacional de 2010, o que pode implicar na precisão das informações obtidas, especialmente no âmbito da religiosidade autorreferida em contraste com a religiosidade que efetivamente é praticada, conforme já apontado anteriormente na literatura (NERY *et al*., 2018). Além disso, em estudos epidemiológicos é pouco comum encontrar dados específicos sobre religiosidade e práticas religiosas, mesmo que estas já tenham sido relacionadas com saúde e qualidade de vida, o que pode ter dificultado o estabelecimento de associações adequadas (STROPPA & MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Ademais, destaca-se que o presente estudo ecológico utilizou como principal variável a ser analisada a afiliação religiosa, critério que não contempla as múltiplas esferas do fenômeno religioso, como a espiritualidade, práticas indi-

viduais e coletivas, as quais podem se associar de distintas maneiras quando correlacionadas à saúde mental, como já mencionado por Fernández-Niño (2019), de modo que não se tem como saber se aquelas pessoas que se dizem religiosas possuem uma orientação intrínseca ou extrínseca ou se praticam um coping positivo ou negativo, questões que, como já apontadas, são essenciais de se levar em consideração. Deste modo, a análise restrita a apenas um dos diversos aspectos da religiosidade pode dificultar comparações mais abrangentes e representativas da atualidade. Ainda, diante da complexidade do fenômeno da religiosidade, um foco de pesquisa quantitativo pode não ser o bastante na busca por uma associação, sendo também necessário aprofundar-se na temática de maneira qualitativa (CHAVES & GIL, 2015)

Além disso, a maioria das pesquisas são realizadas no Ocidente e, consequentemente, devido ao contexto histórico, a maioria das práticas e filiações religiosas são de origem ocidental, como as de origem cristã. Dessa forma, a pesquisa fica limitada por não abranger devidamente diferentes religiosidades de outras matrizes que não a europeia hegemônica.

Por fim, a utilização de dados referentes a internações por transtornos de humor pode ter limitado a análise, já que, além das taxas de internação estarem relacionadas a outras variáveis não diretamente associadas à ocorrência de depressão, existem outros transtornos de humor que podem não ser afetados pela religiosidade. Portanto, os dados não específicos sobre práticas religiosas e sobre as internações por transtornos de humor na população idosa brasileira foram possíveis limitadores para o estudo.

CONCLUSÃO

O presente estudo ecológico, ao avaliar a existência de correlação entre a afiliação religiosa e as taxas de internação por transtornos de humor na população idosa brasileira, não identificou associação estatisticamente significativa entre a população analisada e uma possível redução destas taxas. Tal constatação indica que somente o fator filiação religiosa, quando considerado de forma isolada, não se apresenta como um fator preditor relevante para uma mudança deste desfecho.

Apesar dos benefícios consistentes relacionados à melhora da saúde mental quando associada à religiosidade, amplamente descritos na literatura, tais efeitos não são refletidos de maneira direta em indicadores assistenciais populacionais, como as taxas de internação por transtornos de humor. Desta forma, ressalta-se a importância de se considerar os múltiplos determinantes sociais, culturais e assistenciais no âmbito da saúde mental e principalmente no enfrentamento e manejo dos transtornos de humor na velhice. Ainda, vê-se que a religiosidade/espiritualidade pode ser, ou não, benéfica para os fiéis, a depender do modo com que ela é praticada e da intensidade das crenças, ou seja, não se pode generalizar que ter filiação religiosa pode ser salugênico em todos os contextos. Além disso, a velhice é um período longo e heterogêneo, não sendo sempre possível extrapolar os dados e encontrar fortes padrões. Ademais, a formação de comunidade e sentimento de pertencimento, aspectos importantes para uma saúde mental saudável na velhice, pode ser oportunizada fora do meio religioso.

Por fim, destaca-se que, independentemente da ausência de correlação estatisticamente significativa, a religiosidade permanece como pilar e recurso social de extrema relevância a diversas populações, principalmente para os idosos, ao acolher e favorecer o sentimento de pertencimento e amparo diante das queixas, perdas e angústias que afligem esta população. Por conta disso, entende-se como relevante um am-

pliamento futuro das pesquisas tanto sobre os idosos, público que infelizmente acaba recebendo menos foco científico do que outros, e sobre a religiosidade, preocupando-se tanto com a conceituação primária do campo quanto com a diferenciação mais complexificada dos tipos de relações que cada indivíduo estabelece com suas crenças, de modo a se aprofundar nessas duas áreas separada e conjuntamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLPORT, G. W. Pattern and growth in personality. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1961. Disponível em: https://openlibrary.org/works/OL3420405W. Acesso em: 02 mar. 2026.

ALLPORT, G. W. The nature of prejudice. Cambridge: Addison-Wesley Publishing Company, 1954. Disponível em: https://openlibrary.org/works/OL3420510W. Acesso em: 02 mar. 2026.

ALLPORT, G. W. & ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. Journal of Personality and Social Psychology, v. 5, n. 4, p. 432–443, 1967. DOI: 10.1037/0022-3514.5.4.432.

ARAÚJO, M. F. M. *et al*. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 21, p. 201–208, 2008. DOI: 10.5020/18061230.

BORGES, E. *et al*. O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. In: PEREIRA, D. D. S. (ed.). Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017.

CHAVES, L. J. & GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3641–3652, 2015.

CHERIX, K. Corpo e envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 18, p. 39–52, 2015.

COSTA, F. B. *et al*. Spirituality, religiousness and quality of life in elderly people. Geriatrics, Gerontology and Aging, v. 7, p. 173–178, 2013.

DE QUEIROZ, Z. P. V. *et al*. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. Revista Kairós-Gerontologia, v. 12, p. 21–34, 2009.

FARINASSO, A. L. C. A vivência do luto em viúvas idosas e sua interface com a religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FARRIS, J. R. & SATHLER-ROSA, R. Religião salugênica e religião patogênica: uma aproximação à luz da psicologia. Revista Pistis & Praxis, v. 3, p. 361–378, 2011.

FERNÁNDEZ-NIÑO, J. A. *et al*. Religious affiliation and major depressive episode in older adults: a cross-sectional study in six low- and middle-income countries. BMC Public Health, v. 19, p. 460, 2019. DOI: 10.1186/s12889-019-6806-1.

GOLDSTEIN, L. L. & SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, p. 950–958, 2002.

HENRIQUE, R. A. & RODRIGUES, N. A. O envelhecimento e a psicanálise: decrepitude do corpo e invisibilidade do ser. Anais do VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 2021.

LUCCHETTI, G. *et al*. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, p. 159–167, 2011.

MIRANDA, G. M. D. *et al*. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, p. 507–519, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al*. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 28, p. 242–250, 2006.

MUCIDA, A. O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2004.

MÜLLER, D. O envelhecimento e a inclusão digital de idosos. Monografia (Graduação) – Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Santa Rosa, 2014.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein, v. 6, p. S4–S6, 2008.

NERY, B. L. S. *et al*. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, p. 184–192, 2018.

OLIVEIRA, A. L. B. & MENEZES, T. M. O. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 770–776, 2018.

PAPALIA, D. E. *et al*. Experience human development. Columbus: McGraw-Hill Education, 2011.

PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I. *et al*. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology, v. 56, p. 519–543, 2000. DOI: 10.1002/1520-7068(200005)56:5<519:AID-JCLP7>3.0.CO;2-5.

POWELL, L. H. *et al*. Religion and spirituality: linkages to physical health. American Psychologist, v. 58, p. 36–52, 2003. DOI: 10.1037/0003-066X.58.1.36.

SILVA, C. M. J. S. Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar. Tese (Doutorado) – Universidade Católica Portuguesa, Portugal, 2012.

SOARES, A. S. F. & AMORIM, M. I. S. P. L. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. Revista Especial, v. 18, n. esp. 2, p. 74–82, fev. 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública, v. 43, p. 548–554, 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009000300017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 2463–2466, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100022.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 31

INFLUÊNCIA DA MICROBIOTA INTESTINAL NOS TRANSTORNOS MENTAIS

MAÍSA ALMEIDA VALADÃO[1]
LORENZO PONTOPPIDAN NASCIMENTO[1]
BERNARDO AGUIAR DE SOUZA LOUGOM RODOLFO[1]
ANNA BEATRIZ VON RONDOV MIRANDA[1]
ALBERTO PASSAMANI TAMANINI[1]
MARIA EDUARDA PASSAMANI POLEZE[1]
GUILHERME BAIÔCO SFALSIN[1]
PAULA CALAZANS PITTOL[1]
ALICE PONTES KONZEN[1]
DÉBORA BARREIROS DA SILVA[1]
SOPHIA BRIDI ZAMPROGNO[1]
MARIANA BATISTA BISSOLI[1]
PRISCILLA FERREIRA E SILVA[2]
RAFAEL ANNICHINI DE CASTRO[3]

[1]Discente – Medicina Centro Universitário MULTIVIX Vitória.
[2]Docente – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo.
[3]Odontólogo – Pesquisador Independente.

Palavras-Chave: *Microbiota Intestinal; Saúde Mental; Probióticos.*

DOI: 10.59290/0782121620

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A microbiota intestinal é conceituada como um conjunto de microrganismos residentes do trato gastrointestinal (TGI) do ser humano, que atuam de forma simbiótica, proporcionando benefícios mútuos (MEDEIROS & COSTA, 2020). Tal população é constituída por trilhões de bactérias comensais que são responsáveis não só pelas funções de auxílio na digestão de alimentos e na produção e ativação de vitaminas, pela proteção contra patógenos, pelo fortalecimento da barreira intestinal, como também pela produção de neurotransmissores, sendo de suma importância para a manutenção da homeostase, através da modulação das funções cognitivas e emocionais (SOARES *et al.*, 2025).

A composição da comunidade microbiana do TGI é influenciada desde o ambiente intrauterino, pelo tipo de parto (contato com microbiota vaginal materna) e pelo aleitamento materno (JUNIOR *et al.,* 2024). Outros fatores como o sexo, idade, genética, estresse, dieta e medicamentos também exercem influência na microbiota intestinal, (SOARES *et al.,* 2025; MANOSSO *et al.,* 2021), sendo os probióticos e prebióticos agentes de maior ênfase, pois, atuam diretamente no equilíbrio e proliferação bacteriana (VALIENGO & CHAUD, 2022).

A desregulação desta microbiota do TGI pode afetar a atividade cerebral, devido à alterações das vias neurais e endócrinas, dependentes de neurotransmissores produzidos pelas bactérias comensais, como serotonina, melatonina e ácido gama-aminobutírico (GABA) (FISCHER & ARAÚJO, 2024; MEDEIROS & COSTA, 2020). Tal relação determina-se fenômeno "Eixo intestino-cérebro", vide essa interação neural, endócrina, imunológica e metabólica entre o intestino e o sistema nervoso central (SNC) (FISCHER & ARAÚJO, 2024; LIU *et al.,* 2023).

Assim, a correlação entre a modulação da microbiota intestinal e alterações neuropsiquiátricas compõe um viés de discussão relevante para a busca de alternativas terapêuticas e propedêutica em uma gama extensa de pacientes com transtornos mentais estabelecidos e na melhora da qualidade de vida individual (FERREIRA & CARDOSO, 2024).

A modulação da microbiota intestinal é uma estratégia terapêutica coadjuvante importante nos tratamentos psiquiátricos, tendo em vista que experimentos realizados em camundongos machos tiveram resultados semelhantes aos de antidepressivos e também obtiveram melhora da inflamação crônica (FERREIRA & CARDOSO, 2024). Além disso, foram comprovados que dieta, prebióticos e probióticos contribuem significativamente na saúde intestinal, favorecendo a proliferação saudável da microbiota, prevenindo a disbiose e a doença celíaca, e com melhora do estresse e do humor (CHULUCK *et al.,* 2023).

A utilização de probióticos naturais como o kimchi, o iogurte e a kombucha, além de cápsulas de cepas probióticas como *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus helveticus*, *Bacillus coagulans* MTCC5856, *Bifidobacterium longum* em doses variando de 10 bilhões a 20 bilhões de unidades formadoras de colônia ($10x10^9$ UFC), com e sem a associação sinérgica de prebióticos como galacto oligossacarídeos vem sendo abordada em estudos científicos em busca da melhoria de sintomas associados à saúde mental, tais como ansiedade e depressão, em pacientes em uso de medicação tradicional (NOONAN *et al.,* 2020; KAZEMI *et al.,* 2019;)

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender as relações entre microbiota e disbiose intestinal, prebióticos, probióticos e psicobióticos na modulação positiva de transtornos psi-

quiátricos, considerando o avanço das pesquisas sobre o papel da microbiota intestinal nas alterações neurológicas e nos transtornos mentais, a fim de aprimorar condutas terapêuticas fundamentadas em evidência científica e refinar resultados em benefício dos pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão literária de artigos científicos, realizada no período de janeiro a fevereiro de 2026, a partir das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), PubMed, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), buscando produções publicados no período de 2016 a 2026 e utilizando os descritores "Comunidades Microbianas Gastrointestinais" *OR* "Microbiota Intestinal" *AND* "Transtornos Mentais" *OR* "Saúde Mental", combinados por meio dos operadores booleanos, conforme os critérios de seleção.

Dentre os critérios de inclusão, destacam-se artigos publicados nos idiomas português e inglês, no período entre 2016 e 2026, disponibilizados na íntegra e que abordassem a temática proposta. O recorte temporal foi escolhido com o objetivo de garantir a atualidade das informações e a relevância dos achados discutidos. Dentre os critérios de exclusão, sobressaem-se artigos de opinião, teses e dissertações, estudos não disponibilizados na íntegra, artigos duplicados e produções que não abordassem diretamente o tema proposto ou que não atendessem aos critérios de inclusão definidos.

A pesquisa nas bases de dados resultou em 25 registros, cujos resumos e conclusões foram cuidadosamente analisados, culminando na eliminação de duas produções duplicadas, duas dissertações e quatro estudos não disponíveis na íntegra, e na seleção de 17 artigos científicos submetidos à minuciosa leitura para extração de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas, visando aprofundar as discussões sobre a relação entre microbiota intestinal e transtornos mentais sob perspectivas fisiopatológicas, clínicas e ambientais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Eixo intestino-cérebro e mecanismos fisiopatológicos

A microbiota intestinal constitui um ecossistema complexo que desempenha papel central na comunicação bidirecional entre o intestino e o SNC, fenômeno conhecido como eixo intestino-cérebro (LIU *et al.,* 2023). Essa interação ocorre por meio de vias neurais, endócrinas, imunológicas e metabólicas integradas, sendo fundamental para a regulação da homeostase cerebral, emocional e comportamental (FISCHER & ARAÚJO, 2024).

Entre as vias neurais, destaca-se o nervo vago, principal componente da comunicação parassimpática entre o intestino e o cérebro. Aproximadamente 80% de suas fibras são aferentes, transmitindo informações sensoriais do TGI ao SNC (MOURA *et al.,* 2023). Alterações na composição da microbiota intestinal podem modular a atividade vagal e influenciar regiões cerebrais envolvidas na regulação do humor, do estresse e da ansiedade (REYES-MARTÍNEZ *et al.,* 2023).

Estudos experimentais em modelos animais foram conduzidos para avaliar especificamente o papel do nervo vago nessa comunicação. Em camundongos, a administração de determinadas cepas probióticas foi associada à modulação de receptores GABA centrais e à redução de comportamentos do tipo ansioso e depressivo. Entretanto, quando os animais foram submetidos à vagotomia subdiafragmática, tais efeitos comportamentais e neuroquímicos foram abolidos, sugerindo que a integridade da via vagal é con-

dição necessária para a mediação desses efeitos microbiota-dependentes (MOURA *et al.,* 2023). Esses achados reforçam a relevância funcional do nervo vago como via crítica do eixo intestino–cérebro.

Além da comunicação neural direta, alterações na microbiota estão associadas à ativação de vias imunológicas sistêmicas (LIU *et al.,* 2023). O aumento da permeabilidade intestinal favorece a translocação de componentes microbianos, como lipopolissacarídeos (LPS), para a circulação sistêmica, desencadeando resposta inflamatória crônica de baixo grau (JUNIOR *et al.,* 2024; LIU *et al.,* 2023). Citocinas pró-inflamatórias podem atravessar ou alterar a permeabilidade da barreira hematoencefálica, promovendo ativação microglial, alterações na neurotransmissão e prejuízo da neuroplasticidade (JUNIOR *et al.,* 2024; LIU *et al.,* 2023).

Outro mecanismo relevante envolve o eixo hipotálamo–hipófise–adrenal (HPA), principal regulador da resposta ao estresse (FISCHER & ARAÚJO, 2024). Em estados de disbiose, observa-se hiperativação desse eixo, com aumento sustentado da liberação de cortisol e intensificação de processos inflamatórios. Essas alterações neuroendócrinas e imunológicas contribuem para maior vulnerabilidade ao desenvolvimento e à manutenção de transtornos mentais (FISCHER & ARAÚJO, 2024; MOURA *et al.,* 2023).

Disbiose intestinal e transtornos mentais

A disbiose intestinal, definida como um desequilíbrio estrutural e funcional da microbiota caracterizado pela redução de microrganismos comensais benéficos e pela expansão de espécies produtoras de metabólitos potencialmente tóxicos, como LPS e aminas biogênicas, tem sido associada a aumento da permeabilidade intestinal, alcançando a circulação sistêmica e causando ativação inflamatória sistêmica (VALIENGO & CHAUD, 2022).

No contexto alimentar, dietas ricas em gorduras, açúcares e bebidas alcoólicas estão associadas a maior risco de disbiose e a um perfil inflamatório mais elevado no trato gastrointestinal, podendo influenciar regiões do SNC relacionadas à regulação emocional, como hipotálamo e amígdala, e contribuir para maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e ansiosos ao longo do tempo (VALIENGO & CHAUD, 2022). Por outro lado, padrões alimentares ricos em fibras favorecem a produção de ácidos graxos de cadeia curta, metabólitos associados à modulação da inflamação sistêmica e à manutenção da integridade da barreira intestinal (REYES-MARTÍNEZ *et al.,* 2023).

Diferenças relacionadas ao sexo biológico também influenciam a diversidade e a composição da microbiota intestinal, possivelmente em razão de variações hormonais, imunológicas e metabólicas (MANOSSO *et al.*, 2021). Essas diferenças tornam-se mais evidentes em períodos de transição hormonal, como puberdade e fase reprodutiva, podendo contribuir para distintos padrões de vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos entre homens e mulheres (MANOSSO *et al.,* 2021). Ademais, o uso de antibióticos e psicofármacos pode modificar o ecossistema intestinal, reforçando a natureza dinâmica e bidirecional da interação entre microbiota e saúde mental (NAUFEL *et al.,* 2023).

Na contramão da disbiose, a ciência vem estudando meios de equilibrar a microbiota intestinal, em busca de um melhor e mais equilibrado funcionamento do eixo intestino cérebro, especialmente investindo na compreensão do papel dos probióticos, prebióticos e dos psicobióticos, substâncias que ao serem incluídas como suplementação alimentar de forma terapêutica, podem favorecer a redução dos mecanismos inflamatórios e a melhor produção e distribuição de neurotransmissores.

Probióticos são microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequa-

das, conferem benefício à saúde do hospedeiro; prebióticos correspondem a substratos seletivamente utilizados por bactérias benéficas; e psicobióticos designam probióticos ou prebióticos com potencial de modular funções cognitivas, emocionais ou comportamentais por meio do eixo microbiota – intestino – cérebro (MANOSSO *et al.,* 2021; VALIENGO & CHAUD, 2022).

No transtorno depressivo maior, alterações na composição da microbiota intestinal têm sido associadas à redução da diversidade microbiana e aumento de microrganismos pró-inflamatórios (LIU *et al.,* 2023; MANOSSO *et al.,* 2021). Esse perfil favorece elevação de citocinas como IL-6 e TNF-α, podendo desviar o triptofano para a via da quinurenina e impactar a neurotransmissão glutamatérgica e a neuroplasticidade (REYES-MARTÍNEZ *et al.,* 2023; MANOSSO *et al.,* 2021).

Nos transtornos de ansiedade, a disbiose pode modular o eixo HPA e a neurotransmissão GABAérgica, aumentando a reatividade ao estresse e favorecendo hiperativação neuroendócrina (MOURA *et al.,* 2023; MANOSSO *et al.,* 2021). Contudo, as evidências humanas permanecem predominantemente observacionais, não sendo possível afirmar relação etiológica primária (VALIENGO & CHAUD, 2022).

Em transtornos psicóticos e no transtorno bipolar, associações entre alterações microbianas e elevação de marcadores inflamatórios sugerem possível contribuição para processos de neuroinflamação (REYES-MARTÍNEZ *et al.,* 2023; MANOSSO *et al.,* 2021). Entretanto, antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor também podem modificar a composição microbiana e parâmetros inflamatórios. O lítio, por exemplo, tem sido associado a alterações imuno metabólicas que podem repercutir indiretamente sobre o ecossistema intestinal (REYES-MARTÍNEZ *et al.,* 2023; MANOSSO *et al.,* 2021). Assim, as alterações observadas podem decorrer tanto da fisiopatologia psiquiátrica quanto do tratamento farmacológico (VALIENGO & CHAUD, 2022).

Em esquizofrenia e transtorno bipolar, probióticos reduziram marcadores inflamatórios e sintomas gastrointestinais, embora sem impacto consistente sobre sintomas psicóticos centrais (MANOSSO *et al.,* 2021). Nos transtornos do neurodesenvolvimento, estudos demonstraram melhora de sintomas gastrointestinais e discretos ganhos comportamentais, porém com limitações metodológicas importantes (NAUFEL *et al.,* 2023; VALIENGO & CHAUD, 2022).

Nos transtornos do neurodesenvolvimento, como o transtorno do espectro autista e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, alterações bacterianas têm sido associadas a sintomas gastrointestinais e comportamentais, embora fatores ambientais e o uso de psicofármacos limitem a consolidação de um modelo causal definitivo (NAUFEL *et al.*, 2023; VALIENGO & CHAUD, 2022).

Perspectivas terapêuticas

Do ponto de vista clínico, achados como inflamação sistêmica e disfunção da barreira intestinal, secundários à disbiose intestinal, ampliam a compreensão da fisiopatologia dos transtornos mentais (FERREIRA & CARDOSO, 2024; CHULUCK *et al.*, 2023). Intervenções dietéticas e estratégias de modulação da microbiota têm sido investigadas como abordagens complementares, com ênfase no uso de probióticos e psicobióticos, prebióticos e simbióticos, de modo a alterar de forma positiva o eixo intestino-cérebro ao equilibrar a flora intestinal e suas funcionalidades (AZEVEDO & SILVA, 2025; SOARES *et al.*, 2025; VALIENGO & CHAUD, 2022).

Os probióticos são caracterizados por microrganismos vivos, principalmente *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, que realizam imunomodulação do TGI ao reforçar a função da bar-

reira epitelial intestinal, restaurar o equilíbrio da flora e combater microrganismos patógenos (MERKOURIS *et al.* 2024; DIAS *et al.*, 2021). Dentre os probióticos, os psicobióticos são uma subcategoria com potencial também para beneficiar a saúde mental e emocional, pois estimulam a secreção de neurotransmissores, a modulação do eixo HPA para controle do estresse e os mecanismos anti-inflamatórios, refletindo em possíveis melhorias nos quadros psiquiátricos (AZEVEDO & SILVA, 2025; MERKOURIS *et al*. 2024).

Distintamente, os prebióticos correspondem a substratos alimentares não digeríveis, predominantemente carboidratos como fibras insolúveis, fibras solúveis e frutanos, por exemplo Lignina, Pectina e Inulina, respectivamente. Ao serem fermentados, promovem a proliferação seletiva e o metabolismo saudável da microbiota intestinal. Ademais, os prebióticos também são capazes de imunomodulação, redução da síntese de citocinas pró-inflamatórias e diminuição da circulação de radicais livres no TGI (DIAS *et al.,* 2021).

Derradeiramente, os simbióticos correspondem à classe de compostos que associa probióticos a prebióticos, sendo uma terapêutica que visa otimizar os efeitos sobre o eixo intestino-cérebro por meio de mecanismos sinérgicos (DIAS *et al.,* 2021).

Ensaios clínicos randomizados avaliaram probióticos como terapia adjuvante, sobretudo em depressão e ansiedade. Combinações de *Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus casei* e *Bifidobacterium bifidum* demonstraram redução de escores depressivos em comparação ao placebo (MERKOURIS *et al*. 2024; MANOSSO *et al.*, 2021). *Bifidobacterium longum* 1714 e a combinação *Lactobacillus helveticus* R0052 com *Bifidobacterium longum* R0175 estiveram associadas à redução de sintomas ansiosos e modulação do eixo HPA (REYES-MARTÍNEZ *et al.*, 2023; MANOSSO *et al.*, 2021).

Apesar dos avanços científicos e do potencial terapêutico observado no uso de prebióticos e probióticos, ainda persistem limitações relacionadas à pequena representatividade amostral, à heterogeneidade metodológica dos estudos, que dificultam a realização de meta análise, à ausência de estudos longitudinais robustos a longo prazo e com avaliação isolada de cepas. Isso reforça a necessidade de investigações adicionais antes da consolidação da modulação da microbiota intestinal como alvo terapêutico estabelecido no manejo dos transtornos mentais na psiquiatria (MERKOURIS *et al*. 2024; MANOSSO *et al.*, 2021).

De forma geral, apesar de achados pontuais relacionando o desequilíbrio da microbiota intestinal e diversos transtornos mentais, não há evidência científica robusta que estabeleça relação causal direta entre disbiose e desenvolvimento primário de doenças psiquiátricas, sendo essa associação considerada multifatorial e potencialmente bidirecional (VALIENGO & CHAUD, 2022).

CONCLUSÃO

A revisão científica confirma que o ecossistema microbiano intestinal constitui um tema emergente na compreensão contemporânea da saúde mental. A partir dos estudos revisados, reafirma-se que a microbiota intestinal, composta por trilhões de microrganismos residentes do trato gastrointestinal, exerce funções metabólicas, imunológicas e neuroquímicas essenciais à manutenção da homeostase sistêmica. Sua comunicação bidirecional com o sistema nervoso central, por meio do eixo intestino–cérebro, consolida a compreensão de que alterações periféricas podem repercutir diretamente na regulação do humor, da cognição e do comportamento.

Observa-se que a disbiose intestinal, caracterizada pelo desequilíbrio na composição e di-

versidade microbiana, associa-se a mecanismos fisiopatológicos relevantes, como o aumento da permeabilidade intestinal, a translocação de lipopolissacarídeos para a circulação sistêmica, a ativação de respostas inflamatórias crônicas de baixo grau e a consequente neuroinflamação, que por sua vez, causa alterações na integridade da barreira hematoencefálica, disfunções no eixo HPA com hiperativação da resposta ao estresse e modificações na produção e disponibilidade de neurotransmissores fundamentais, como serotonina, GABA, dopamina e metabólitos do triptofano. Tais alterações contribuem para maior vulnerabilidade ao desenvolvimento e à manutenção de transtornos como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do espectro autista e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, ainda que tal relação seja multifatorial e bidirecional.

Nesse contexto, destaca-se que fatores individuais, ambientais e comportamentais, como padrão alimentar, uso de antibióticos e psicofármacos, sedentarismo, estresse crônico, condições socioeconômicas e transições hormonais, exercem influência significativa sobre o equilíbrio microbiano intestinal. Assim, a saúde mental não pode ser analisada sob uma perspectiva isoladamente neuroquímica ou exclusivamente farmacológica, mas deve ser compreendida dentro de um modelo ampliado, que considere a interação dinâmica entre sistema nervoso, sistema imune, metabolismo e ambiente.

Do ponto de vista clínico, a modulação da microbiota intestinal emerge como estratégia terapêutica complementar promissora. Intervenções dietéticas, bem como o uso de probióticos, prebióticos, psicobióticos e simbióticos, demonstram potencial na redução de marcadores inflamatórios e na melhora de sintomas depressivos e ansiosos, especialmente quando associadas ao tratamento psiquiátrico convencional.

Contudo, embora os resultados sejam encorajadores, persistem limitações metodológicas importantes como a heterogeneidade de cepas utilizadas, variabilidade de protocolos e escassez de estudos longitudinais robustos, o que reforça a necessidade de investigações adicionais para produção de evidência científica que comprovem os benefícios reais da utilização de probióticos ou de prebióticos na melhoria de sintomas relacionados à saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, L. J. & SILVA, M. C.. Modulação da saúde mental pela microbiota: uma revisão integrativa sobre o papel dos probióticos no eixo intestino-cérebro. Research, Society And Development, v. 14, n. 6, p. e10314649119, 27 jun. 2025. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v14i6.49119.

CHULUCK, J. B. G. *et al*. A influência da microbiota intestinal na saúde humana: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 4, p. 16308-16322, ago. 2023. https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-180.

DIAS, D. C. G. *et al*. Probióticos, prebióticos e simbióticos em uso clínico: uma revisão sistemática/ probiotics, prebiotics and symbiotics in clinical use. Brazilian Journal Of Health Review, v. 4, n. 4, p. 18276-18287, 29 ago. 2021. http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n4-300.

FERREIRA, V. G. & CARDOSO, A. M. O papel da microbiota intestinal nos distúrbios neuropsiquiátricos e neurodegenerativos. Revista Brasileira Militar de Ciências, v. 10, n. 24, 2024. https://doi.org/10.36414/rbmc.v10i24.177.

FISCHER, A. R. & ARAÚJO, H. M. C. Microbiota intestinal versus saúde mental: descobertas que podem impactar protocolos de tratamento psiquiátrico. Debates em Psiquiatria, v. 14, p. 1-23, fev. 2024. https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1074.

JUNIOR, S. F. C. F. *et al*. Conexões entre microbioma intestinal e saúde cerebral. Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences, v. 6, n. 3, p. 674-692, 9 mar. 2024. http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p674-692.

KAZEMI, A. *et al*. Effect of probiotic and prebiotic vs placebo on psychological outcomes in patients with major depressive disorder: a randomized clinical trial. Clinical Nutrition, v. 38, n. 2, p. 522-528, abr. 2019. http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2018.04.010.

LIU, L. *et al*. Gut microbiota and its metabolites in depression: from pathogenesis to treatment. Ebiomedicine, v. 90, p. 104527, abr. 2023. http://dx.doi.org/10.1016/j.ebiom.2023.104527.

MANOSSO, L. M. *et al*. Sex-related patterns of the gut-microbiota-brain axis in the neuropsychiatric conditions. Brain Research Bulletin, v. 171, p. 196-208, jun. 2021. http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2021.04.001.

MEDEIROS, C. I. S. & COSTA, T. P. Repercussão da microbiota intestinal na modulação do sistema nervoso central e sua relação com doenças neurológicas. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 19, n. 2, p. 342, 24 set. 2020. http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v19i2.29390.

MERKOURIS, E. *et al*. Probiotics' Effects in the Treatment of Anxiety and Depression: a comprehensive review of 2014-2023 clinical trials. Microorganisms, v. 12, n. 2, p. 411, 19 fev. 2024. http://dx.doi.org/10.3390/microorganisms12020411.

MOURA, M. M. A. *et al*. A Intrínseca Relação da Microbiota Intestinal com a Saúde Mental. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 3, p. 686-700, 31 mar. 2023. http://dx.doi.org/10.51891/rease.v9i3.8704.

NAUFEL, M. F. *et al*. The brain-gut-microbiota axis in the treatment of neurologic and psychiatric disorders. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 81, n. 07, p. 670-684, jul. 2023. http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-1767818.

NOONAN, S. *et al*. Food & mood: a review of supplementary prebiotic and probiotic interventions in the treatment of anxiety and depression in adults. Bmj Nutrition, Prevention & Health, v. 3, n. 2, p. 351-362, 6 jul. 2020. http://dx.doi.org/10.1136/bmjnph-2019-000053.

REYES-MARTÍNEZ, S. *et al*. Neuroinflammation, Microbiota-Gut-Brain Axis, and Depression: the vicious circle. Journal Of Integrative Neuroscience, v. 22, n. 3, p. 65, 8 maio 2023. http://dx.doi.org/10.31083/j.jin2203065.

SOARES, V. H. A. *et al*. A importância da modulação da microbiota intestinal na saúde mental. Research, Society And Development, v. 14, n. 6, p. e8014649084, 21 jun. 2025. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v14i6.49084.

VALIENGO, A. G. A. & CHAUD, D. M. A. Microbiota intestinal e sua relação com a saúde mental: uma revisão bibliográfica. Vita et Sanitas, v. 16, n. 1, p. 77–94, 27 jan. 2022.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 32

CRISE CONVERSIVA NA PSIQUIATRIA: COMPREENSÃO CLÍNICA E MANEJO

ANNA LAURAH DAL PONTE HAYGERT[1]
DAVY VARGAS TEIXEIRA CAVALHEIRO[1]
GABRIELA SANDRI DALLA NORA[1]
GABRIELA ZOTTI DALRI[1]
GABRIELLA SIGOLIN PONSONI[1]
GEÓRGIA CAPELLO CHINAZZO[1]
GIOVANA DIEHL HIRT[1]
GUSTAVO APOLINARIO FUMAGALLI[1]
ISADORA FOLMMER[1]
JÚLIA FORNARI COSTA[1]
LEONARDO RICCI CAIROS[1]
MANUELA GRIGOLETTO AGNES[1]
MILENA MORAES[1]
SABRINA DA ROSA[1]
VITÓRIA MARIA PAULETTO TAFFAREL[1]

[1]*Discente - Medicina na Universidade de Passo Fundo*

Palavras-Chave: *Crise Conversiva; Psiquiatria; Revisão de Bibliografia.*

DOI: 10.59290/1006062191

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A crise conversiva, atualmente compreendida no âmbito do Transtorno Neurológico Funcional (TNF), configura-se como uma condição clínica prevalente e complexa, historicamente situada entre os campos da neurologia e da psiquiatria, marcada por desafios conceituais, diagnósticos e terapêuticos persistentes (MAVROUDIS *et al*., 2025). Essa condição caracteriza-se pela presença de sintomas neurológicos, como crises não epilépticas, alterações motoras, sensoriais, cognitivas ou da marcha, que não se explicam por lesões estruturais do sistema nervoso, embora sejam experimentados pelos pacientes como reais e involuntários (MAVROUDIS *et al*., 2024). Ao longo da história da medicina, tais manifestações foram frequentemente interpretadas por modelos reducionistas, o que contribuiu para estigmatização, atrasos diagnósticos e dificuldades no manejo clínico (MAVROUDIS *et al*., 2024).

Historicamente, a crise conversiva foi inicialmente descrita sob o termo histeria, amplamente utilizado até o início do século XX, período em que os sintomas eram associados a fatores morais ou emocionais e compreendidos de forma limitada (MAVROUDIS *et al*., 2024). Posteriormente, o conceito de transtorno conversivo buscou enquadrar essas manifestações em modelos psicodinâmicos, enfatizando a conversão de conflitos psíquicos inconscientes em sintomas somáticos (MAVROUDIS *et al*., 2024). Apesar desse avanço conceitual, essa terminologia manteve pressupostos etiológicos restritivos e reforçou a dicotomia entre mente e corpo (MAVROUDIS *et al*., 2024).

A adoção do termo Transtorno Neurológico Funcional representa uma mudança paradigmática relevante, ao enfatizar disfunções nos processos funcionais do sistema nervoso, em vez da ausência de alterações estruturais detectáveis (MAVROUDIS *et al*., 2024). Essa reconceitualização permitiu o reconhecimento do TNF como um diagnóstico positivo, baseado em sinais clínicos específicos e padrões consistentes de apresentação sintomática, afastando sua compreensão como diagnóstico de exclusão (MAVROUDIS *et al*., 2025). Tal mudança contribuiu para maior validação da experiência do paciente, ainda que incertezas terapêuticas e desafios comunicacionais persistam na prática clínica (MAVROUDIS *et al*., 2025).

Do ponto de vista epidemiológico, o TNF figura entre os diagnósticos neurológicos ambulatoriais mais frequentes, sendo reconhecido como o segundo mais comum, atrás apenas da cefaleia (MAVROUDIS *et al*., 2024). Estima-se que entre 5% e 12% das consultas neurológicas envolvam manifestações funcionais, com taxas ainda maiores em unidades especializadas em epilepsia, onde crises não epilépticas psicogênicas são frequentemente identificadas (MAVROUDIS *et al*., 2025). O impacto funcional e psicossocial dessas manifestações é significativo, resultando em prejuízos à qualidade de vida e sobrecarga aos sistemas de saúde (MAVROUDIS *et al*., 2024).

A relevância psiquiátrica do TNF é amplamente reconhecida, uma vez que muitos pacientes apresentam comorbidades como transtornos de humor, ansiedade ou sintomas de estresse pós-traumático, embora uma parcela substancial não apresente diagnóstico psiquiátrico formal (PAREDES-ECHEVERRI *et al*., 2022). Evidências indicam maior exposição a experiências adversas na infância entre indivíduos com TNF, associadas a maior gravidade sintomática, início mais precoce e piores desfechos clínicos (PAREDES-ECHEVERRI *et al*., 2022). Ainda assim, a ausência de trauma em parte dos pacientes reforçou a necessidade de critérios diagnósticos que não dependam obrigatoriamente da identificação de estressores psicossociais (PAREDES-ECHEVERRI *et al*., 2022).

Avanços recentes em neuroimagem funcional e neurociência cognitiva têm contribuído para a compreensão das bases neurológicas do TNF, evidenciando alterações em múltiplas redes neurais relacionadas à emoção, atenção, autoagência e controle sensório-motor (MAVROUDIS *et al*., 2024). Esses achados fornecem sustentação neurobiológica para um transtorno historicamente considerado inexplicável e auxiliam na diferenciação entre TNF, simulação e outras condições neurológicas orgânicas (MAVROUDIS *et al*., 2024). A partir desse corpo de evidências, consolidou-se uma abordagem biopsicossocial mais integrada e menos estigmatizante (MAVROUDIS *et al*., 2024).

Diante desse contexto, torna-se fundamental uma abordagem metodológica sistematizada da crise conversiva, que contemple critérios diagnósticos positivos, identificação de fatores precipitantes e perpetuantes, diferenciação clínica adequada e estratégias terapêuticas baseadas em evidências. Assim, este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise integrada da crise conversiva no contexto do Transtorno Neurológico Funcional, abordando metodologia de estudo, bases neurológicas, critérios diagnósticos, fatores precipitantes, diferenciação clínica e manejo, com o intuito de qualificar a prática clínica e reduzir o estigma associado a essa condição.

MÉTODO

O presente capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa de literatura, com o objetivo de analisar os principais aspectos clínicos, diagnósticos, fisiopatológicos e terapêuticos relacionados ao Transtorno Neurológico Funcional (TNF), com ênfase nas crises não epilépticas psicogênicas (PNES), diferenciação clínica e manejo interdisciplinar.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Scholar, utilizando descritores em português e inglês, combinados por operadores booleanos (AND/OR), tais como: "*Functional Neurological Disorder*", "*Conversion Disorder*", "*Psychogenic Non-Epileptic Seizures*", "PNES", "*Functional Seizures*", "*Dissociation*", "*Malingering*", "*Epilepsy differential diagnosis*" e "*biopsychosocial model*".

Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra. Também foram considerados consensos internacionais, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes diagnósticas relevantes para a compreensão atual do transtorno, incluindo documentos classificatórios amplamente utilizados na prática clínica.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos que abordassem: Bases neurobiológicas do TNF; Critérios diagnósticos atuais; Fatores precipitantes e perpetuadores; Diferenciação clínica entre TNF, epilepsia e simulação; Estratégias terapêuticas e manejo interdisciplinar. Foram excluídos artigos com foco exclusivo em condições neurológicas estruturais sem interface com transtornos funcionais, bem como estudos com metodologia insuficientemente descrita ou sem relevância direta para os objetivos do capítulo.

Após leitura dos títulos e resumos, realizou-se análise crítica do conteúdo completo dos estudos selecionados, priorizando evidências com maior nível metodológico e publicações recentes. Ao final do processo, foram incluídos os artigos que fundamentaram teoricamente as seções de introdução, bases neurológicas, critérios diagnósticos, fatores precipitantes, diferenciação clínica e manejo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Bases neurológicas

O Transtorno de conversão ou Crise conversiva atualmente chamado de Transtorno de sintomas neurológicos funcionais apresenta sintomas físicos reais e persistentes que prejudicam

a funcionalidade ocupacional. Esses sintomas são sinais ou queixas físicas que não conseguem ser totalmente explicados por alterações estruturais (anatômicas) ou doenças clínicas identificáveis mesmo após investigação detalhada. As teorias clássicas de "conversão", que consideravam o trauma como causa universal dos sintomas funcionais, são atualmente vistas como restritas. Elas não contemplam a diversidade clínica do Transtorno Neurológico Funcional (DNF) e não correspondem à experiência de todos os pacientes. Entretanto, isso não significa que seu papel deva ser ignorado, fatores biopsicossociais podem atuar como elementos predisponentes, precipitantes ou perpetuadores (HALLETT *et al*., 2022).

A fisiopatologia fundamental é similar para as diferentes manifestações clínicas uma vez que apresentam alterações relacionadas a conectividade e a integração entre redes cerebrais, ou seja, não há lesões cerebrais identificáveis. O modelo neurofuncional tem sido construído com evidências por meio de exames especializados, como a ressonância magnética funcional (RMf). A disfunção ocorre principalmente na ativação e integração entre 3 diferentes circuitos neurais, aquele relacionado à interface límbico motora, aquele relacionado ao senso de agência e aquele relacionado à atenção autodirigida (HALLETT *et al*., 2022).

O estudo, que compara a ressonância magnética funcional de pacientes com tremor funcional e de pacientes com tremor simulado, identifica os padrões anormais de ativação cerebral. A alteração na conectividade funcional entre amígdala e regiões cerebrais, em primeiro plano com a hiperatividade do sistema límbico sobre as áreas motoras como o córtex pré-motor e a área motora suplementar. Dessa forma o sistema límbico age de forma facilitadora sobre o sistema motor. Somado a um segundo fator que é um comprometimento da eficiência da junção temporoparietal direita, responsável pela percepção de auto agência. A diferença mais proeminente encontrada é a redução da atividade da região quando comparado com o grupo controle, incluindo conectividade funcional dessa área com as outras partes cerebrais como o sistemas límbico e motor. A disfunção dessa rede neural colabora para percepção involuntária do movimento nos distúrbios funcionais (HALLETT *et al*., 2022).

O terceiro ponto refere-se à codificação preditiva realizada pelo cérebro humano. Trata-se de uma rede neural do sistema nervoso que opera como um mapa, construindo antecipadamente modelos sobre o corpo e sobre o ambiente com base em experiências prévias. Essas previsões têm a função de otimizar a adaptação do corpo às circunstâncias vivenciadas, antecipando respostas sensoriais e motoras. Os sinais ascendentes provenientes do próprio corpo e do ambiente são então comparados às previsões geradas, quando há discrepância, ou seja, quando o viés cognitivo é priorizado, hipotetiza-se que há um erro de predição ou uma atualização imprecisa, em virtude da pouca atenção destinada aos sinais corporais objetivos e pela supervalorização da apresentação clínica nos processos cognitivos intencionais. Isso aumenta a ativação motora disfuncional que é a manifestação clínica incapacitante. Em contrapartida, movimentos automáticos ou implícitos tendem a estar relativamente preservados, sugerindo o envolvimento de programas e mecanismos de controle motor diferenciados (HALLETT *et al*., 2022).

Ao integrar esses achados compreende-se melhor o TNF, a hiperatividade da amígdala exerce influência moduladora sobre o córtex motor, provocando um excesso de programas motores. Simultaneamente, a menor ativação da junção temporoparietal implicada na falta de percepção de agência, ou seja, na falta de reconhecimento de si como autor da ação. Além dis-

so, um erro de predição na rede de atenção ou um déficit de atualização de informações sensório-motoras, dificulta a execução do movimento correto. Como resultado apresenta uma ativação motora disfuncional modulada pela atenção anormalmente aumentada sobre o movimento e um sistema nervoso que mantém a interpretação de que o movimento anormal é involuntário (HALLETT *et al*., 2022).

Critérios diagnósticos

Atualmente no contexto mundial se utiliza como critérios de diagnóstico a DSM-5 (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) aliada a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças), ambas foram trabalhadas em conjunto para melhor reconhecimento de transtornos mentais, sem ter grandes discrepâncias sobre a realização de exames, diagnóstico e tratamento, esses que devem ter como base um bom julgamento clínico. Ademais ainda a CID-9, 10 ainda são utilizadas para melhor especificar os sintomas e sinais.

Contudo, apesar desse compartilhamento a DMS-5 é utilizada como guia clínico detalhado dos EUA enquanto a CID-11 é utilizada de maneira global para classificação dos diagnósticos. Como por exemplo, para identificar um diagnóstico principal e as suas condições adjacentes.

O Transtorno Conversivo na DMS-5, é também chamado de "Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais", ele estabelece 4 critérios para diagnóstico:

"A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada.

B. Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas.

C. O sintoma ou déficit não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou médico.

D. O sintoma ou déficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo ou requer avaliação médica."

Para que as características diagnósticas sejam identificam o médico recolhe e avalia questões: motoras (anormalidade na marcha, fraqueza e paralisia, realização de flexão) e sensoriais (percepção cutânea, visão ou audição alterada), mas também observa: tremores, disartria, afonia, disfonia, diplopia no paciente. O diagnóstico de maneira básica é feito por não ter uma explicação de doença neurológica, mas isso não é suficiente, deve-se realizar exames e verificação de achados clínicos que exclua totalmente a chance de haver doenças neurológicas presentes, ou seja a crise conversiva precisa de uma história/quadro clínico geral para ser corretamente diagnosticada.

A crise conversiva ela sem seu início relacionado ao estresse e ao trauma de natureza psicológica e física, somado a sintomas dissociativos: despersonalização, desrealização, amnésia dissociativa no início no quadro principalmente.

O transtorno ou a crise conversiva pode acontecer em qualquer momento da vida, e seus sintomas podem ser transitórios ou persistentes, estes aspectos são intimamente ligados ao indivíduo, já que os fatores de risco podem piorar o quadro ou antecipar sua manifestação, são eles: temperamento, ambiente, genéticos ou fisiológicos e modificadores de como o indivíduo vê sua doença levando ao prognóstico positivo ou negativo, já que é uma doenças que gera grande incapacitância principalmente por restringir a mobilidade.

Contudo no Brasil, o material indicado para ser realizado diagnóstico é o CID-11 uma versão mais atualizada e flexível, abrangendo de uma maneira mais minuciosa a crise conversiva,

porém como tratado antes, foi trazido o DMS-5 que muito ainda é utilizado como base clínica e como meio de auxílio para a CID-11.

Fatores precipitantes

O transtorno conversivo, atualmente denominado transtorno neurológico funcional (TNF), caracteriza-se pela manifestação de sintomas neurológicos incompatíveis com condições neurológicas reconhecidas, frequentemente associados a fatores emocionais e contextuais que antecedem a instalação do quadro clínico (MAVROUDIS *et al*., 2025). Estudos clínicos têm mostrado que a maioria dos pacientes relata eventos estressores agudos e experiências adversas antes do início dos sintomas (MORSY *et al*., 2021). A literatura também destaca uma associação com mecanismos dissociativos em amostras clínicas de indivíduos com transtorno neurológico funcional (JONES *et al*., 2023), bem como a presença de fatores individuais de vulnerabilidade que interagem com esses eventos precipitantes (MAVROUDIS *et al*., 2025).

Eventos estressores agudos podem atuar como fatores precipitantes para o desenvolvimento do transtorno neurológico funcional, incluindo doenças físicas (como lesões, infecções e dor), traumas psicológicos (como luto e conflitos interpessoais) e procedimentos médicos invasivos. Estudos indicam que mais de 60% dos pacientes com fraqueza funcional ou disfunções sensoriais referem um gatilho agudo recente. Evidencia-se ainda que diferentes apresentações clínicas da crise conversiva podem estar relacionadas a tipos específicos de estressores precipitantes. Na DFC (*Functional Cognitive Disorder*), estressores como privação de sono, doenças e pressão ocupacional são comumente associados; já na PNES (*Psychogenic Non-Epileptic Seizures*), traumas não resolvidos e estressores relacionais, especialmente no contexto de capacidade limitada de regulação emocional, configuram antecedentes frequentes (MAVROUDIS *et al*., 2025).

Segundo a literatura, traumas psicológicos precoces e tardios são descritos como fatores associados ao desencadeamento do transtorno neurológico funcional. Estudos indicam que pacientes com TNF apresentam frequência significativamente maior de experiências adversas de vida (EAVs) quando comparados a controles saudáveis, incluindo maus-tratos na infância e outros eventos estressores ao longo da vida. Evidências também apontam associação entre histórico de trauma e características clínicas do TNF, como início mais precoce dos sintomas e piores desfechos clínicos em indivíduos expostos a maus-tratos infantis. Esses achados sustentam a hipótese de que experiências traumáticas, especialmente quando vivenciadas na infância ou acompanhadas por sintomas compatíveis com transtorno de estresse pós-traumático, podem estar relacionadas a um subtipo clínico de TNF com manifestações mais intensas e complexas (PAREDES-ECHEVERRI; GUTHRIE; PEREZ, 2022).

Evidências indicam que mecanismos dissociativos são frequentemente descritos em pacientes com transtorno neurológico funcional (TNF). A dissociação, enquanto processo neurocognitivo, tem sido teorizada como subjacente ao TNF, o que se reflete na classificação da CID-11, onde a nomenclatura oficial é transtorno de sintomas neurológicos dissociativos. A dissociação refere-se a uma ruptura na integração normal entre consciência, memória, identidade, emoção, percepção e controle corporal. Clinicamente, pode se manifestar como distúrbios de memória, perda da sensibilidade corporal e do controle voluntário, desconexão subjetiva de si mesmo (despersonalização) ou de estímulos externos (desrealização), além de alterações do senso de identidade. Sintomas dissociativos são descritos em diversos transtornos psi-

quiátricos e podem ser crônicos e gravemente incapacitantes (JONES *et al*., 2023).

Além dos fatores precipitantes, estudos recentes destacam que a vulnerabilidade individual desempenha papel central na instalação do transtorno neurológico funcional. Observa-se que nem todos os indivíduos expostos a estressores ou traumas desenvolvem TNF, o que indica a presença de predisposições psicológicas e biológicas. Características como dificuldades na regulação emocional, predisposição à somatização e maior propensão a mecanismos dissociativos têm sido descritas com maior frequência em pacientes com transtorno neurológico funcional. Experiências adversas precoces também podem modular os sistemas de resposta ao estresse ao longo da vida, aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais. Esses fatores parecem estar relacionados à maior sensibilidade dos sistemas neurais envolvidos na integração entre emoção, percepção corporal e controle motor. Dessa forma, a vulnerabilidade individual atua como um terreno predisponente para o TNF, sobre o qual os eventos precipitantes exercem seus efeitos (MAVROUDIS *et al*., 2025).

A literatura atual indica que o transtorno neurológico funcional deriva da integração de fatores precipitantes, experiências traumáticas, mecanismos dissociativos e vulnerabilidades individuais. Essa associação atua como um conjunto de gatilhos, especialmente em indivíduos previamente expostos a adversidades ou com maior predisposição psicológica e neuro-biológica. Nesse contexto, alterações na integração entre sistemas emocionais, cognitivos e motores contribuem para a manifestação de sintomas neurológicos funcionais na ausência de lesão estrutural. Esses achados reforçam a compreensão do transtorno neurológico funcional como uma condição biopsicossocial, na qual fatores biológicos, psicológicos e contextuais se inter-relacionam de forma complexa. Dessa maneira, o TNF não deve ser compreendido como evento isolado, mas como expressão clínica de um processo multifatorial que envolve a interação entre vulnerabilidade individual e fatores precipitantes ao longo da vida do paciente (MAVROUDIS *et al*., 2025; PAREDES-ECHEVERRI; GUTHRIE; PEREZ, 2022; JONES *et al*., 2023).

Diferenciação clínica

Considerando a apresentação clínica e as características semiológicas do quadro, no que tange a diagnósticos diferenciais, a Crise Conversiva pode ser relacionada a dois cenários clínicos: epilepsia e Simulação (*Malingering*). Ambas as apresentações clínicas se assemelham, contudo, seus processos fisiopatológicos, padrões evolutivos e diagnósticos são distintos, os quais serão relatados a seguir.

A diferenciação entre as crises epilépticas e as crises funcionais (crises não epilépticas psicogênicas - PNES) apresenta um desafio na prática clínica, especialmente pelo fato de que as crises funcionais apresentam episódios que mimetizam crises de epilepsia, seja em sua expressão ou em sua intensidade (HALLETT *et al*., 2022) Devido a essa semelhança fenotípica, é notável o frequente atraso no diagnóstico além de que muitos quadros de epilepsia são inicialmente classificados como distúrbios funcionais, impactando negativamente o prognóstico e atrasando a conduta terapêutica adequada (HALLETT *et al*., 2022).

Do ponto de vista clínico e semiológico, a epilepsia, evolui com crises tônico-clônicas generalizadas com sequência típica: a fase tônica inicial, caracterizada por rigidez muscular sustentada, seguida por fase clônica, com movimentos rítmicos e com progressão ictal previsível (IKEMOTO, *et al*., 2023). Ademais, é frequente a presença de período pós-ictal previsível, marcado por confusão mental e letargia pós

crises, reforçado o padrão típico das crises epilépticas generalizadas (IKEMOTO *et al.,* 2023). Em contrapartida, as crises funcionais tendem a apresentar maior duração, movimentos assincrônicos, balanço de pelve, fechamento ocular ictal, movimentos laterais da cabeça, choro ictal, recordação de memória no período pós-ictal e responsividade peri-ictal (HALLETT *et al*., 2022).

Pontuando exames complementares, o estudo eletroencefalográfico por meio de vídeo-eletroencefalograma (vEEG) é considerado padrão ouro para o diagnóstico de crises funcionais, principalmente quando são registrados episódios clinicamente típicos sem correlações diretas ao vEEG (HALLETT *et al*., 2022; IKEMOTO, *et al*., 2023). Contudo, a interpretação deve ser criteriosa e realizada por profissional experiente, uma vez que certos tipos focais de epilepsia podem apresentar resultados e vEEG inalterados, o que pode gerar confusão diagnóstica principalmente se não correlacionados com a clínica (HALLETT *et al*., 2022).

Quanto ao tratamento, a abordagem para epilepsia é geralmente farmacológica, baseada na utilização individualizada de medicamentos antiepilépticos, considerando o tipo de crise e o perfil do paciente (AUVIN, 2025). Já a Crise Conversiva exige abordagem multidisciplinar e centrada no paciente, envolvendo acompanhamento psicológico, intervenções fisioterapêuticas e, em alguns casos, tratamento farmacológico, atuando na origem da crise (HALLETT *et al*., 2022).

Ao relacionar a crise conversiva (TNF) com quadros de Simulação (*Malingering*), há pontos bastante característicos que contribuem para uma diferenciação diagnóstica, mas devem ser analisados e comparados de forma minuciosa. Diferentemente do transtorno conversivo, o quadro de Simulação envolve a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou intensificados, cuja motivação do indivíduo deriva de incentivos externos (BELLMAN *et al*., 2022). Trata-se, portanto, de um comportamento voluntário visando ganhos secundários.

A Simulação não se enquadra, por si só, em um quadro de transtorno mental, mas sim, um comportamento voluntário e estratégico como instrumento para adquirir benefícios externos tais como: evadir processos criminais, adiar serviço militar, evadir trabalho, adquirir bens ou, até mesmo, receber atenção (BELLMAN *et al.,* 2022). Em contraste, a Crise Conversiva consiste em sintomas vivenciados de forma genuína pelo paciente, sem produção voluntária e sem intenção consciente de vantagem externa como na Simulação (HALLETT *et al*., 2022).

Diante disso, o diagnóstico diferencial deve incluir avaliação clínica e análise psicossocial abrangente. Clinicamente, é fundamental considerar que a Crise Conversiva consiste em um sofrimento psíquico autêntico, associado a gatilhos e histórias de trauma, tendo bases neurobiológicas (HALLETT *et al*., 2022). Diferentemente, quando houver suspeita de Simulação, deve-se correlacionar os sintomas com o perfil psicossocial do paciente, localizar prováveis motivos para adquirir ganhos externos e até mesmo verificar histórico psiquiátrico que justifique a criação dos sintomas (BELLMAN *et al*., 2022).

Assim, a diferenciação entre epilepsia, Crise Conversiva e Simulação (*Malingering*) demanda uma abordagem sistemática e completa, baseada em critérios clínicos, semiológicos, eletrofisiológicos e psicossociais. Tal processo visa um diagnóstico assertivo e uma conduta terapêutica adequada.

Manejo

O manejo das crises não epilépticas psicogênicas inicia-se pela confirmação diagnóstica adequada, pois o reconhecimento correto do transtorno permite evitar intervenções farmaco-

lógicas ineficazes e potencialmente iatrogênicas, especialmente o uso prolongado de anticonvulsivantes sem indicação clínica (PHAKEY *et al*., 2021). A suspensão desses fármacos, quando não há epilepsia associada, faz parte do manejo clínico e contribui para que o paciente compreenda a natureza funcional das crises, favorecendo maior adesão às estratégias terapêuticas recomendadas (LANZILLOTTI *et al*., 2021). Nesse processo, a forma como o diagnóstico é comunicado deve ser considerada uma intervenção terapêutica em si, sendo recomendada uma abordagem clara, empática e não estigmatizante, com impacto direto sobre o prognóstico e o engajamento do paciente no tratamento (PHAKEY *et al*., 2021).

A explicação de que as crises são involuntárias, reais e potencialmente reversíveis, associadas a mecanismos psicológicos passíveis de tratamento, reduz o estigma e a resistência ao acompanhamento especializado, estabelecendo a base para a continuidade do manejo terapêutico (PHAKEY *et al*., 2021). A partir dessa etapa inicial, o manejo deve priorizar intervenções psicossociais estruturadas, reconhecidas como o eixo central do tratamento das crises não epilépticas psicogênicas. Entre essas intervenções, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) destaca-se como a abordagem com maior respaldo científico, atuando na modificação de padrões cognitivos disfuncionais, na redução da evitação comportamental e no aprimoramento da regulação emocional associada às crises (LANZILLOTTI *et al*., 2021).

Estudos analisados por Lanzillotti *et al*. (2021) demonstraram que pacientes submetidos a programas estruturados de terapia cognitivo-comportamental apresentam redução significativa da frequência das crises, além de melhora funcional e psicossocial quando comparados ao tratamento usual isolado, que fundamenta o uso dessa abordagem como tratamento de primeira linha. Esses resultados reforçam que a TCC não atua apenas no controle sintomático, mas também na identificação de fatores precipitantes e perpetuadores dos episódios, promovendo estratégias adaptativas de enfrentamento e maior autonomia do paciente no manejo das crises (LANZILLOTTI *et al*., 2021). Outras abordagens psicoterapêuticas, como terapias focadas em trauma e intervenções psicodinâmicas, podem ser utilizadas de forma complementar, especialmente em pacientes com histórico de eventos traumáticos ou sofrimento psíquico persistente (PHAKEY *et al*., 2021).

Paralelamente às intervenções psicoterapêuticas, o manejo adequado exige avaliação sistemática das comorbidades psiquiátricas frequentemente associadas às crises não epilépticas psicogênicas, como depressão, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, que podem atuar como fatores de manutenção dos sintomas. Nesses casos, o tratamento farmacológico pode ser indicado de forma criteriosa e direcionada exclusivamente às comorbidades identificadas, não havendo evidência de benefício do uso de psicofármacos ou anticonvulsivantes para o controle direto das crises (LANZILLOTTI *et al*., 2021). Dessa forma, o uso racional de medicamentos deve integrar um plano terapêutico amplo, evitando intervenções desnecessárias e potenciais efeitos adversos (PHAKEY *et al*., 2021).

Esse manejo é significativamente fortalecido quando inserido em um modelo de cuidado interdisciplinar, envolvendo neurologistas, psiquiatras e psicólogos, permitindo integração diagnóstica, definição de condutas terapêuticas coerentes e acompanhamento longitudinal adequado. A atuação coordenada da equipe multiprofissional reduz a fragmentação do cuidado, diminui internações e exames desnecessários e favorece a continuidade do tratamento psicoterapêutico. Nesse contexto, o envolvimento da

família e da rede de apoio constitui parte integrante do manejo, uma vez que fatores ambientais e relacionais exercem influência direta sobre o desencadeamento e a manutenção das crises (KOTWAS *et al*., 2021).

Assim, o manejo das crises não epilépticas psicogênicas deve ser compreendido como um processo contínuo, baseado em comunicação diagnóstica adequada, intervenções psicoterapêuticas estruturadas e cuidado interdisciplinar, sustentado por evidências recentes que demonstram impacto positivo na redução das crises e na melhora da qualidade de vida dos pacientes (LANZILLOTTI *et al*., 2021; KOTWAS *et al*., 2021).

CONCLUSÃO

A crise conversiva, compreendida como Transtorno Neurológico Funcional (TNF), representa condição clínica prevalente e complexa, situada na interface entre neurologia e psiquiatria. Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que sua compreensão contemporânea ultrapassa modelos reducionistas, fundamentando-se em evidências neurobiológicas que demonstram alterações funcionais na conectividade entre redes límbicas, atencionais e motoras, sem a presença de lesão estrutural identificável. Esses achados reforçam que os sintomas são reais e involuntários, legitimando a experiência subjetiva do paciente.

Destacou-se que os critérios diagnósticos atuais, priorizam a identificação de sinais clínicos positivos e a incompatibilidade com doenças neurológicas reconhecidas, afastando o paradigma exclusivamente excludente. A análise dos fatores precipitantes evidenciou a relevância de eventos estressores, experiências traumáticas e mecanismos dissociativos, modulados por vulnerabilidades individuais, na gênese e manutenção do quadro.

Ressaltou-se, ainda, que a diferenciação clínica entre crises não epilépticas psicogênicas, epilepsia e simulação consciente constitui etapa fundamental do raciocínio diagnóstico, com implicações diretas sobre a segurança terapêutica e o prognóstico. As crises não epilépticas psicogênicas, embora possam mimetizar manifestações epilépticas, não apresentam correlação eletroencefalográfica compatível com descargas epileptiformes durante o evento, além de exibirem padrões semiológicos específicos que orientam o diagnóstico positivo.

A distinção em relação à epilepsia é essencial para evitar o uso indevido e prolongado de anticonvulsivantes, internações desnecessárias e procedimentos invasivos potencialmente iatrogênicos. Dessa maneira, no âmbito terapêutico, evidencia-se a necessidade de abordagem multidisciplinar estruturada, integrando neurologia, psiquiatria, psicologia e, quando indicado, reabilitação física.

Assim, sabe-se que a superação do estigma associado ao transtorno depende da articulação entre conhecimento técnico, sensibilidade clínica e cuidado interdisciplinar, elementos indispensáveis para promover melhor prognóstico, funcionalidade e qualidade de vida, visando não apenas o controle sintomático, mas a restauração da autonomia e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUVIN, S. Targeted therapies in epilepsies. Revue Neurologique (Paris), v. 181, n. 5, p. 450-455, maio 2025. DOI: 10.1016/j.neurol.2025.04.003.

BELLAMN, V. *et al.* Malingering of psychotic symptoms in psychiatric settings: theoretical aspects and clinical considerations. Psychiatry Journal, v. 2022, p. 3884317, 2022. DOI: 10.1155/2022/3884317.

HALLETT, M. *et al*. Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. The Lancet Neurology, v. 21, n. 6, p. 537-550, 2022. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00422-1.

IKEMOTO, S. *et al.* Electroencephalography-functional magnetic resonance imaging for clinical evaluation in focal epilepsy. Epilepsia Open, v. 9, n. 1, p. 84-95, 20244. DOI: 10.1002/epi4.12829.

JONES, L. *et al*. Dissociation and its biological and clinical associations in functional neurological disorder: systematic review and meta-analysis. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, v. 9, n. 1, p. e2, 2023. DOI: 10.1192/bjo.2022.597.

KOTWAS, I. *et al*. Psychogenic non-epileptic seizures: chronology of multidisciplinary team approach to diagnosis and management. Revue Neurologique (Paris), v. 178, n. 7, p. 692-702, 2022. DOI: 10.1016/j.neurol.2021.11.008.

LANZILLOTTI, A. I. *et al*. Updated review on the diagnosis and primary management of psychogenic nonepileptic seizure disorders. Neuropsychiatric Disease and Treatment, v. 17, p. 1825-1838, 2021. DOI: 10.2147/NDT.S286710.

MAVROUDIS, I. *et al*. Risk, precipitating, and perpetuating factors in functional neurological disorder: a systematic review across clinical subtypes. Brain Sciences, v. 15, n. 9, p. 907, 2024. DOI: 10.3390/brainsci15090907.

MORSY, S. K. *et al*. The relationship between psychosocial trauma type and conversion (functional neurological) disorder symptoms: a cross-sectional study. Australas Psychiatry, v. 29, n. 3, p. 261-265, 2021. DOI: 10.1177/10398562211009247.

PAREDES-ECHEVERRI, S.; GUTHRIE, A. J.; PEREZ, D. L. Toward a possible trauma subtype of functional neurological disorder: impact on symptom severity and physical health. Frontiers in Psychiatry, v. 13, 1040911, 2022. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1192755.

PHAKEY, N. *et al*. Psychogenic nonepileptic seizures and psychosocial management: a narrative review. Annals of Indian Academy of Neurology, v. 24, n. 2, p. 146-154, 2021. DOI: 10.4103/aian.AIAN_884_20.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Capítulo 33

CONSEQUÊNCIAS NEUROPSIQUIÁTRIAS DA SÍNDROME PÓS-COVID-19

ANNA LAURAH DAL PONTE HAYGERT[1]
DAVY VARGAS TEIXEIRA CAVALHEIRO[1]
GABRIELA SANDRI DALLA NORA[1]
GABRIELA ZOTTI DALRI[1]
GABRIELLA SIGOLIN PONSONI[1]
GEÓRGIA CAPELLO CHINAZZO[1]
GIOVANA DIEHL HIRT[1]
GUSTAVO APOLINARIO FUMAGALLI[1]
ISADORA FOLMMER[1]
JÚLIA FORNARI COSTA[1]
LEONARDO RICCI CAIROS[1]
MANUELA GRIGOLETTO AGNES[1]
MILENA MORAES[1]
SABRINA DA ROSA[1]
VITÓRIA MARIA PAULETTO TAFFAREL[1]

[1]*Discente - Medicina na Universidade de Passo Fundo*

Palavras-Chave: *Síndrome Pós-Covid-19; Consequências Neuropsiquiátricas; Revisão de Bibliografia.*

DOI: 10.59290/2910006200

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, desencadeada pela disseminação do coronavírus SARS-CoV-2, não apenas transformou radicalmente o panorama da saúde global, mas também trouxe à tona uma nova e complexa condição conhecida como síndrome pós-COVID-19, ou COVID longa. Ou seja, a síndrome pós-COVID-19, comumente referida como "COVID longa", é um conjunto de manifestações clínicas que persistem ou se manifestam após a fase aguda da infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2. Esta condição é caracterizada pela presença de sintomas variados como fadiga crônica, dispneia, comprometimento cognitivo, dores musculares e articulares, além de distúrbios do sono e alterações psicológicas, como ansiedade e depressão.

Com isso, as implicações clínicas da COVID longa ressaltam a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar para os pacientes afetados, visando não apenas a reabilitação física, mas também o suporte psicológico e a gestão de sintomas crônicos.

A relevância da síndrome pós-COVID-19 é sublinhada por sua diversidade de manifestações, com destaque para as alterações neuropsiquiátricas que afetam uma parcela significativa dos sobreviventes. Entre os sintomas mais comuns, encontram-se a ansiedade e a depressão, refletindo não apenas os efeitos diretos da infecção, mas também o impacto psicossocial resultante da pandemia.

A prevalência da síndrome pós-COVID-19 é alarmante, com estimativas indicando que uma proporção significativa de indivíduos que se recuperam da infecção apresenta sintomas persistentes. Essa condição não se limita aos pacientes que vivenciaram formas graves da doença, mas também se estende a aqueles que tiveram manifestações leves, revelando uma vulnerabilidade universal. Entre as populações mais afetadas, destacam-se indivíduos com comorbidades, idosos, e profissionais de saúde, todos enfrentando um risco elevado de desenvolver sequelas duradouras.

Com base no que foi citado acima, percebe-se que há impactos da COVID-19 na saúde pública, os quais são profundos e abrangentes. A pandemia exacerbou desigualdades existentes e trouxe à tona a necessidade de uma maior atenção à saúde mental, além, também da sobrecarga dos sistemas de saúde, que enfrentaram um aumento sem precedentes na demanda por cuidados.

Neste contexto, a compreensão da síndrome pós-COVID-19 e suas implicações é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes. A intersecção das manifestações clínicas neuropsiquiátricas, os fatores de risco, avaliação diagnóstica, o impacto funcional e qualidade de vida, além do tratamento demandam uma análise crítica e multidisciplinar, que será explorada ao longo deste livro. Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde terem boa base teórica e prática sobre essas condições e alta clareza da importância do manejo interdisciplinar desses pacientes. Novas estratégias diagnósticas e o aprofundamento do conhecimento acerca das consequências neuropsiquiátricas pós-covid-19, também conhecida como COVID longa são fundamentais para aprimorar e favorecer intervenções mais eficazes.

MÉTODO

O presente capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa de literatura, com o objetivo de analisar os principais aspectos relacionados às consequências neuropsiquiátricas dos pacientes pós-COVID-19. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Scholar, utilizando descritores em português e inglês, combinados

por operadores booleanos (AND/OR), tais como: “Bases fisiopatológicas”, “Saúde mental e *SARS-CoV-2*”, “Manifestações clínicas”, “Fatores de risco”, “Avaliação diagnóstica”, “Tratamento”, “Impacto funcional” e “Qualidade de vida”. Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados de 2020 até o mês de dezembro de 2025, artigos publicados em português, espanhol e inglês. Também foram considerados consensos internacionais, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes diagnósticas relevantes para a compreensão atual do transtorno, incluindo documentos classificatórios amplamente utilizados na prática clínica. 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 12 artigos principais que foram citados ao decorrer deste trabalho, conforme critérios de inclusão e exclusão abordados previamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Bases neurológicas fisiopatológicas

A Covid-19 mostrou-se ser mais do que um vírus de acometimento do sistema respiratório, de modo a apresentar-se com variadas outras consequências no corpo do doente. Diversas sequelas de âmbito neurológico começaram a ser observadas em uma parcela da população, recebendo o nome de síndrome pós-COVID-19, ou popularmente de “COVID longa” (EFSTATHIOU *et al*., 2022).

O SARS-CoV-2 possui a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica, que protege o sistema nervoso contra patógenos ou substâncias prejudiciais ao nosso corpo, promovendo alterações na permeabilidade com a desregulação de concentração de substâncias entre a parte de dentro e a de fora da membrana, junto do possível extravasamento de células imunes ao longo do parênquima. Entretanto, uma vez instalado no SNC (sistema nervoso central) o vírus tem o poder de ação direta, desencadeando processos inflamatórios persistentes por longos períodos, podendo atacar células neuronais e promover morte tecidual (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025).

A resposta inflamatória provocada pela instalação da COVID-19 no sistema nervoso gera um efeito sistêmico e alterações nas citocinas - proteínas sinalizadoras - com ativação persistente do tecido cerebral na infecção aguda podendo estar diretamente relacionado à síndrome pós-COVID-19; pois tal resposta promove alterações na perfusão cerebral, com possível hipóxia do tecido, desequilíbrio na transmissão de sinapses e perda de função das células neurais com, posterior, prejuízo na função cognitiva e com o surgimento de sintomas neuropsiquiátricos. Mudanças estruturais e funcionais no cérebro também são observadas, de modo principal, na substância branca que é altamente passível à isquemia por disfunções microvasculares e micro-hemorragias, junto da formação exagerada de complicações trombóticas (EFSTATHIOU *et al*., 2022; CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025).

A fadiga e alterações no humor também estão presentes como possíveis consequências da “COVID longa” (L-C19), já que a doença pode ocasionar mau funcionamento do sistema nervoso autônomo (SNA), responsável por diversas funções, como a frequência cardíaca. Tal desregulação está relacionada a alterações neuropsiquiátricas, já que a inconsistência do fluxo sanguíneo para o cérebro gera desde instabilidade emocional até disfunções mitocondriais pela alta sensibilidade cerebral a mudanças no metabolismo energético (EFSTATHIOU *et al*., 2022).

Ainda, neurotransmissores como dopamina e serotonina podem ser alterados por mudanças

químicas decorrentes da L-C19, sendo reduzidos a níveis perigosamente baixos. Tais alterações podem propiciar o aparecimento de sintomas psiquiátricos como ansiedade, depressão, mudanças na motivação, prazer e humor. Dessa maneira contribuindo fortemente para desinteresse em atividades diárias ou até na vida em si; a problemática piora quando o estresse é crônico, desregulando os níveis de cortisol, de modo a superativar o sistema de estresse, o que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de transtornos neuropsiquiátricos e reduz a resposta do mecanismo de autodefesa do corpo humano contra patógenos (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025).

Lidar com sintomáticas intermitentes, dificuldades salariais e o medo de ficar doente por período prolongado agravou problemas mentais pré-existentes nos doentes e ajudou no surgimento de novos. Os *lockdowns* representaram uma medida protetiva contra um inimigo invisível que, além de aumentar sentimentos de solidão e de desamparo, promoveu consequências importantes na qualidade de vida da população afetada, de modo a ser percebida uma piora no desempenho laboral ou acadêmico e em relações interpessoais e familiares. Logo, somados a aspectos incapacitantes do L-C19, gera-se um efeito cascata com a impossibilidade de se comunicar, de realizar atividades diárias, possuir uma autoestima ideal ou até de dormir adequadamente. Assim, a má qualidade do sono pode piorar a fadiga e os problemas neuropsiquiátricos, com a degeneração da saúde levando a um ciclo de má saúde, o que aglutina problemas de humor e de bem-estar geral, afetando tanto a saúde física quanto mental (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; EFSTATHIOU *et al*. 2022; TAQUET *et al*. 2021).

Dessa maneira, percebe-se que além dos efeitos da infecção aguda e do isolamento, também foram percebidas, posteriormente, problemáticas que prejudicam a vida da população afetada mesmo após o término do ciclo do vírus, podendo ser desde físicas até neuropsiquiátricas.

Manifestações clínicas neuropsiquiátricas

Entre os sistemas mais frequentemente afetados, destacam-se o sistema nervoso central e periférico e a esfera psiquiátrica, cujas alterações apresentam elevada prevalência, ampla diversidade clínica e impacto psicossocial expressivo (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022). As evidências provenientes de estudos observacionais, meta-análises e revisões sistemáticas demonstram que sintomas neuropsiquiátricos persistentes são comuns mesmo meses após a infecção do paciente, enfatizando o caráter crônico da COVID longa em parcela significativa dos indivíduos acometidos pela doença (KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

As manifestações neurológicas da COVID longa incluem, de forma prevalente, o comprometimento cognitivo, frequentemente descrito como “névoa mental”. Esse quadro abrange déficits de memória recente, dificuldade de concentração, desaceleração do pensamento e prejuízo das funções executivas, com impacto direto no desempenho profissional, universitário e social dos indivíduos afetados (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; KUBOTA *et al*., 2023). As avaliações neuropsicológicas demonstram comprometimento nesses setores, podendo persistir mesmo em pacientes sem histórico neurológico prévio (KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

Cefaleias persistentes também são amplamente relatadas, variando de sintomas leves a intensos, com características semelhantes às cefaleias tensionais ou enxaquecas, constantemente com exacerbação em indivíduos com histó-

rico prévio (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; EFSTATHIOU *et al*., 2022). Além disso, alterações do sistema nervoso periférico são comuns, especialmente neuropatias caracterizadas por parestesias e sensação de "agulhadas", predominantemente em extremidades dos participantes das pesquisas (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

Astenia, atrofia, dor musculoesquelética crônica e fadiga persistente aparecem entre os sintomas mais incapacitantes, sendo frequentemente associadas à inflamação sistêmica, ao descondicionamento físico e a períodos prolongados de inatividade (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022). Distúrbios do equilíbrio, como vertigem e tontura, especialmente relacionados a mudanças posturais, também são descritos com frequência (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025). A disautonomia compõe uma manifestação neurológica relevante da COVID longa, envolvendo alterações no sistema nervoso autônomo, como oscilações da pressão arterial, intolerância ortostática, sudorese anormal e dificuldade de regulação térmica (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; EFSTATHIOU *et al*., 2022). Nesse cenário, a síndrome da taquicardia ortostática postural (POTS) destaca-se como achado comum. Distúrbios do movimento, incluindo tremores, mioclonias, bradicinesia e ataxia, também foram mencionados (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025).

Ainda que menos comuns, manifestações neurológicas mais graves incluem convulsões, confusão mental, encefalopatia, delírio e eventos cerebrovasculares, possivelmente associados ao estado pró-trombótico causado pela infecção (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; EFSTATHIOU *et al*., 2022). O comprometimento de nervos cranianos pode resultar em anosmia e ageusia persistentes, paralisia facial periférica e alterações visuais (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025). Também houve relatos de distúrbios do sono, como insônia, sono não reparador e alterações do ritmo circadiano, os quais são altamente prevalentes e exercem papel central na perpetuação dos sintomas cognitivos e emocionais, agravando o curso clínico da COVID longa (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

No contexto psiquiátrico, a COVID longa associa-se a elevada prevalência de transtornos mentais, com impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida do sujeito. Há presença de transtornos neuróticos, incluindo transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, ansiedade social e hipocondria relacionada à saúde, são amplamente descritos, com prevalências que variam entre 20% e 40%, podendo ser ainda maiores em pacientes previamente hospitalizados ou internados em unidades de terapia intensiva (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

O transtorno depressivo maior também é comum, manifestando-se por humor deprimido persistente, anedonia, fadiga, alterações do sono e prejuízo cognitivo, havendo ainda relatos de depressão após infecção (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022). Estudos longitudinais indicam que, em parcela relevante dos pacientes, os sintomas depressivos e ansiosos podem permanecer por mais de 12 meses após a infecção, sugerindo evolução crônica (KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

A labilidade afetiva, caracterizada por irritabilidade e instabilidade emocional, pode estar relacionada à inflamação cerebral, alterações hormonais e ao estresse físico e psicológico prolongado imposto pela doença (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; EFSTATHIOU *et al*., 2022). Evidências de neuroimagem propõem as-

sociação entre marcadores inflamatórios sistêmicos, alterações estruturais cerebrais e maior gravidade de sintomas depressivos e ansiosos tardios (EFSTATHIOU *et al*., 2022).

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é outra manifestação psiquiátrica significativa, especialmente em indivíduos que vivenciaram hospitalização, internação em UTI ou risco iminente de morte (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022). Os sintomas incluem *flashbacks*, pesadelos, hipervigilância, distúrbios do sono e comportamentos de evitação relacionados à experiência traumática da doença adquirida no passado. A prevalência de TEPT varia amplamente entre os estudos, com relatos tanto de melhora progressiva quanto de persistência significativa até um ano após a infecção (KUBOTA *et al*., 2023; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

Transtornos obsessivo-compulsivos podem surgir ou aumentar após a COVID-19, constantemente associados a pensamentos intrusivos relacionados à saúde e comportamentos compulsivos, como higienização excessiva. Em menor proporção, também foram descritos quadros de psicose, alucinações e delírios, principalmente em pacientes com doenças graves (CALIMAN-STURDZA *et al*., 2025; EFSTATHIOU *et al*., 2022).

Fatores de risco

A síndrome pós-Covid-19 compreende um conjunto de sinais e sintomas que persistem após a fase aguda da infecção pelo SARS-CoV-2, incluindo manifestações neuropsiquiátricas como ansiedade, depressão, comprometimento cognitivo e distúrbios do sono. A literatura recente demonstra que esses sintomas não afetam todos os indivíduos da mesma forma, estando relacionados a diferentes fatores de risco clínicos, demográficos e psicossociais (ROGERS *et al*., 2020).

Um dos principais fatores associados ao desenvolvimento dessas manifestações é a gravidade da infecção aguda. Pacientes que tiveram quadros mais graves de Covid-19, especialmente aqueles que necessitaram de hospitalização ou internação em unidade de terapia intensiva (UTI), apresentam maior risco de sequelas neuropsiquiátricas persistentes. Esse risco pode ser explicado pela presença de hipóxia – que compromete o metabolismo neuronal –, resposta inflamatória sistêmica intensa – com liberação de citocinas pró-inflamatórias – e episódios de delirium durante a fase aguda. Essas condições podem levar a neuroinflamação persistente e à disfunção neuronal, que causam alterações cognitivas, sintomas depressivos e quadros ansiosos no período pós-agudo, comprometendo profundamente a qualidade de vida do paciente. No entanto, destaca-se que mesmo indivíduos com quadros leves de Covid-19 apresentam risco aumentado quando comparado com outras infecções respiratórias (TAQUET *et al*., 2021).

A internação em UTI, por si só, representa um grande fator de risco para o desenvolvimento de sequelas neuropsiquiátricas da Covid longa. Essa maior vulnerabilidade ocorre devido à combinação dos seguintes agentes: sedação prolongada; privação do sono; imobilização e estresse físico e psicológico intenso. Eles aumentam a ocorrência de delirium e estão associados à síndrome pós-terapia intensiva (PICS), que inclui déficits cognitivos, transtornos de humor e sintomas de estresse pós-traumático, frequentemente observados após a Covid-19 grave. Além disso, o ambiente da UTI, o isolamento e as preocupações com a saúde e o futuro, da mesma forma, impactam diretamente a saúde mental do paciente (TAQUET *et al*., 2021).

As comorbidades clínicas prévias também influenciam o surgimento de sintomas persistentes. Doenças crônicas, como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, contribuem para disfunção vascular e endotelial, redução da reserva fisiológica e maior suscetibilidade a processos inflamatórios. Isso resulta em piores desfechos clínicos e maior risco de alterações neurológicas e psiquiátricas após a infecção. Ademais, indivíduos com histórico psiquiátrico prévio, como transtornos depressivos ou ansiosos, tendem a apresentar um maior agravamento dos sintomas no período pós-Covid-19, possivelmente devido a uma menor reserva emocional e maior sensibilidade ao estresse (ROGERS *et al*., 2020).

Em relação aos fatores demográficos, estudos indicam maior prevalência de sintomas neuropsiquiátricos em mulheres e em indivíduos mais idosos. Aspectos socioeconômicos, como menor acesso aos serviços de saúde, insegurança financeira e baixa escolaridade, também podem contribuir para a manutenção dos sintomas, dificultando o acompanhamento e o tratamento adequados. Juntando esses índices com a presença de estressores psicossociais relacionados à pandemia, como isolamento social, luto e medo da morte, a saúde mental é afetada com níveis elevados de depressão e ansiedade, dificultando a recuperação emocional (IDA *et al*., 2024).

Dessa forma, os fatores de risco das consequências neuropsiquiátricas da síndrome pós-Covid-19 resultam da interação entre aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. E, ainda, reforçam a importância de uma avaliação individualizada e de um acompanhamento multiprofissional.

Avaliação diagnóstica

A avaliação diagnóstica das manifestações neuropsiquiátricas associadas à síndrome pós-Covid-19 representa um desafio clínico, principalmente devido à variedade de sintomas e à semelhança com outras condições médicas e psiquiátricas. Por esse motivo, recomenda-se uma abordagem integrada, baseada na história clínica, na avaliação neurológica e psiquiátrica e no uso criterioso de exames complementares (TAQUET *et al*., 2021).

A anamnese direcionada é o primeiro ponto da avaliação e deve incluir informações sobre a infecção pelo SARS-CoV-2, como gravidade do quadro, necessidade de internação e há quanto tempo os sintomas estão presentes. Também é fundamental investigar queixas cognitivas, alterações de humor, distúrbios do sono e o impacto dessas condições na rotina do paciente. A identificação de comorbidades clínicas, histórico psiquiátrico e fatores psicossociais contribui para uma melhor compreensão da condição do paciente (ROGERS *et al*., 2020).

A avaliação neurológica e psiquiátrica permite identificar alterações mentais e emocionais que podem não ser evidentes apenas pela história clínica. Essa avaliação envolve a observação da atenção, memória, linguagem, raciocínio e comportamento, auxiliando no diagnóstico diferencial entre transtornos psiquiátricos prévios e manifestações secundárias à infecção pelo SARS-CoV-2 (CIPOLLI *et al*., 2024).

Os instrumentos de rastreio cognitivo, como o *Montreal Cognitive Assessmen*t (MoCA) e o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), têm sido amplamente utilizados para identificar se há comprometimento cognitivo leve em pacientes com síndrome pós-Covid-19. Entretanto, destaca-se que o MoCA tem demonstrado ser mais sensível do que o MMSE na detecção de alterações nas funções executivas e na atenção, áreas frequentemente afetadas nesses pacientes. Essas ferramentas auxiliam na quantificação dos déficits cognitivos e no acompanhamento da evolução clínica, devendo ser usadas como

complemento à avaliação clínica, e não como substitutos (CIPOLLI *et al*., 2024).

Quanto aos exames complementares, é preciso salientar que métodos de neuroimagem, como a ressonância magnética, geralmente não revelam alterações estruturais específicas em pacientes com síndrome pós-Covid-19. Dessa forma, seu papel é principalmente o de excluir outras etiologias, como doenças cerebrovasculares, processos neurodegenerativos ou lesões estruturais. Exames laboratoriais também podem ser solicitados de forma complementar, especialmente quando há suspeita de causas metabólicas ou inflamatórias associadas. No entanto, esses exames não são indicados de forma rotineira e devem ser solicitados conforme a apresentação clínica e a evolução do paciente (IDA *et al*., 2024).

Assim, a avaliação diagnóstica deve ser vista como um processo contínuo, com reavaliações periódicas, uma vez que os sintomas podem persistir ou se modificar ao longo do tempo. O acompanhamento longitudinal permite monitorar a evolução clínica, ajustar condutas terapêuticas e orientar estratégias de reabilitação. Essa abordagem diagnóstica reforça a importância de uma visão integral do paciente, considerando não apenas os sintomas neuropsiquiátricos, mas também seu impacto funcional, social e emocional no contexto da síndrome pós-Covid-19.

Tratamento

O tratamento das consequências neuropsiquiátricas da COVID longa ainda não dispõe de terapias farmacológicas específicas com eficácia comprovada. Dessa forma, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar, sintomática e integrada, com objetivos semelhantes aos adotados no manejo de doenças crônicas, os quais incluem a redução do sofrimento emocional, a mitigação da disfunção cognitiva e física e a melhora da qualidade de vida do paciente (ROGERS, *et al*, 2020).

A conduta médica deve basear-se em princípios como a avaliação criteriosa de comorbidades neurológicas e psiquiátricas, a exclusão de diagnósticos diferenciais e a definição de objetivos terapêuticos realistas, sempre por meio de medidas individualizadas e centradas no paciente, a fim de que o indivíduo seja capaz de, progressivamente, retornar a realizar atividades da sua rotina diária de forma adequada.

Entre as principais intervenções terapêuticas, destaca-se a atuação psicológica, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a qual tem demonstrado benefício na redução dos sintomas psiquiátricos e na promoção da qualidade de vida por meio do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento emocional, ativação comportamental e técnicas compensatórias, bem como pela avaliação abrangente das necessidades individuais e integração dos componentes cognitivos, emocionais, comportamentais e sintomáticos, sendo assim capaz de reduzir a fadiga, ampliar a concentração e acarretar melhora do estado funcional em pacientes com danos neuropsiquiátricos acarretados pelo pós-COVID. A TCC é amplamente utilizada por poder ser aplicada de forma individual ou em grupo, presencialmente ou por meios digitais, ampliando o acesso ao tratamento. Entretanto, sua eficácia depende da qualificação profissional e da implementação adequada, sendo fundamental que a intervenção seja individualizada, baseada no conhecimento integral da condição do paciente, intervenções específicas para os sintomas relatados com supervisão clínica regular e validação do sofrimento relatado, evitando a interpretação reducionista dos sintomas como puramente psicológicos e evitando danos causados por aplicações errôneas (TAKAMATSU & KUGA, 2025).

O manejo psicológico também pode incluir programas de reabilitação cognitiva, terapia ocupacional e intervenções de apoio, especialmente em pacientes com comprometimento cognitivo mais grave, com o objetivo de favorecer o retorno progressivo às atividades da vida diária. Para que essas intervenções sejam efetivas, torna-se fundamental a implementação de estratégias psicossociais complementares, como a educação do paciente, o fortalecimento do suporte familiar, a orientação sobre gerenciamento de energia (pacing) e prática de atividades físicas graduais e supervisionadas para gerar maior adesão ao tratamento e consolidar uma estrutura terapêutica integrada, favorecendo a internalização de estratégias cognitivas e comportamentais no cotidiano e promovendo a retomada de funções sociais que podem não ter sido retomadas desde a infecção aguda pelo vírus (SACKS-ZIMMERMAN *et al*.,2022).

Em pacientes selecionados, o tratamento farmacológico pode ser considerado, desde que aplicado com cautela, devido à ausência de biomarcadores específicos e de terapias direcionadas para a COVID longa. Nessas situações, recomenda-se priorizar intervenções de reabilitação e suporte psicossocial, seguindo as diretrizes gerais da psiquiatria e neurologia. Revisões da literatura indicam aumento da incidência de ansiedade e depressão após a infecção pelo SARS-CoV-2, e, quando critérios diagnósticos são preenchidos, o manejo pode incluir o uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), com início em doses baixas e titulação gradual, considerando a maior sensibilidade a efeitos adversos observada em parte desses pacientes. Sintomas como cefaleia, distúrbios do sono, comprometimento cognitivo e dor crônica devem ser tratados conforme protocolos convencionais, com atenção especial para evitar o uso excessivo de analgésicos e priorizando intervenções não farmacológicas sempre que possível, como medidas de higiene do sono (EFSTATHIOU, *et al*., 2022).

Impacto funcional e qualidade de vida

As manifestações neuropsiquiátricas da síndrome pós-COVID-19 estão associadas ao impacto funcional significativo e à redução da qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Evidências recentes demonstram que sintomas persistentes, como fadiga, comprometimento cognitivo e transtornos psiquiátricos, podem perdurar por meses após a infecção aguda, independentemente de sua gravidade inicial, interferindo de forma negativa no desempenho físico, cognitivo e social dos pacientes (NALBANDIAN *et al*., 2021).

A fadiga crônica está entre os principais determinantes de limitação funcional no contexto da chamada COVID longa. Caracterizada por exaustão persistente, intolerância ao esforço e recuperação lenta após atividades cotidianas, essa manifestação compromete atividades básicas e fundamentais da vida diária, além de reduzir de maneira expressiva a capacidade laboral. Associado a esse quadro, o déficit cognitivo — frequentemente descrito como *brain fog* — que envolve alterações de atenção, memória, concentração e velocidade de processamento, impactando o rendimento acadêmico e profissional e dificultando a reinserção plena do indivíduo em suas atividades habituais (NALBANDIAN *et al*., 2021; CROOK *et al*., 2021).

Do ponto de vista da saúde mental, consequências psiquiátricas como TEPT, depressão, ansiedade, insônia e sintomatologia obsessiva-compulsiva são altamente prevalentes entre pacientes com síndrome pós-COVID-19. De mesmo modo, complicações neurológicas como mielite disseminada aguda, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, síndrome da encefalopatia posterior reversível e lesão hipóxi-

co-anóxica estão associadas ao desenvolvimento de déficits neurológicos duradouros e até permanentes, frequentemente demandando processos prolongados de reabilitação. Ademais, a ocorrência de miopatias e neuropatias relacionadas tanto à infecção pelo SARS-CoV-2 quanto ao uso de bloqueadores neuromusculares no contexto de terapia intensiva pode resultar em sintomas residuais persistentes, estendendo-se por semanas ou meses após a fase aguda da doença. A interação entre sintomas físicos persistentes e sofrimento psíquico contribui para um ciclo de incapacidade funcional, no qual o comprometimento emocional agrava as limitações físicas e cognitivas (NALBANDIAN *et al*., 2021).

O impacto funcional estende-se de maneira relevante ao contexto ocupacional. Muitos indivíduos relatam dificuldade no retorno ao trabalho em tempo integral, necessidade de redução de carga horária ou afastamentos prolongados, mesmo após a resolução da fase infecciosa aguda. Tal cenário gera consequências econômicas e sociais importantes, além de afetar a autoestima e o senso de identidade do paciente, especialmente em populações economicamente ativas (NALBANDIAN *et al*., 2021).

Além disso, fatores psicossociais associados ao contexto pandêmico, como isolamento social prolongado, experiências de hospitalização, medo de reinfecção e insegurança quanto à evolução clínica, atuam como moduladores do impacto funcional e da qualidade de vida. A sensação de invalidação dos sintomas e a dificuldade de reconhecimento clínico contribuem para pior adesão ao tratamento e maior sofrimento emocional, reforçando a necessidade de abordagem integral e centrada no paciente (TAKAO & OHIRA, 2023).

Dessa forma, a avaliação do impacto funcional e da qualidade de vida deve constituir parte fundamental do seguimento clínico de pacientes com síndrome pós-COVID-19. O uso de instrumentos padronizados, aliado a estratégias de reabilitação física e cognitiva e ao suporte em saúde mental, mostra-se essencial para a recuperação funcional progressiva e para a reintegração social, acadêmica e profissional desses indivíduos (CROOK *et al*., 2021).

CONCLUSÃO

A síndrome pós-COVID-19 configura-se como uma condição complexa e multifacetada, com expressivas repercussões neuropsiquiátricas que afetam de maneira significativa a funcionalidade, a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Tendo em vista as evidências apresentadas ao longo deste artigo, é notável que manifestações como fadiga crônica, comprometimento cognitivo, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, TEPT e outras alterações neurológicas e psiquiátricas podem persistir por meses após a infecção aguda, independentemente da gravidade inicial da doença. Assim, esses desfechos estão associados a mecanismos fisiopatológicos diversos, incluindo neuroinflamação, disfunção endotelial, hipóxia, alterações imunomediadas e fatores psicossociais relacionados ao contexto pandêmico.

Observa-se, ainda, que a ocorrência e a persistência dos sintomas são influenciadas por múltiplos fatores de risco, como gravidade da infecção, internação em UTI, comorbidades clínicas e psiquiátricas prévias, além de determinantes sociodemográficos e psicossociais. A avaliação diagnóstica, portanto, exige uma abordagem cuidadosa e longitudinal, capaz de integrar dados clínicos, neurológicos, psiquiátricos e funcionais, evitando interpretações reducionistas e favorecendo a identificação precoce das necessidades individuais de cada paciente.

Diante da ausência de terapias específicas para a COVID longa, o manejo das consequên-

cias neuropsiquiátricas deve fundamentar-se em um modelo de cuidado integrado, multidisciplinar e centrado no paciente. Por esse viés, torna-se essencial a articulação entre acompanhamento médico, intervenções psicoterapêuticas, reabilitação cognitiva e física, suporte psicossocial e, quando indicado, tratamento farmacológico, para a mitigação dos sintomas, a prevenção de incapacidades prolongadas e a promoção da recuperação funcional. Além disso, o reconhecimento e a validação do sofrimento relatado pelos pacientes desempenham papel central na adesão ao tratamento e na construção de estratégias terapêuticas eficazes.

Portanto, compreender as consequências neuropsiquiátricas da síndrome pós-COVID-19 e seus impactos funcionais reforça a necessidade de políticas de saúde voltadas à reabilitação integral, ao acompanhamento longitudinal e à capacitação das equipes de saúde. Investimentos em pesquisa, organização de serviços especializados e ampliação do acesso ao cuidado multiprofissional são fundamentais para enfrentar os desafios impostos pela COVID longa e para garantir uma assistência humanizada, eficaz e baseada em evidências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CALIMAN-STURDZA, O. A.; GHEORGHITA, R.; LOBIUC, A. Neuropsychiatric manifestations of long COVID-19: a narrative review of clinical aspects and therapeutic approaches. Life, v. 15, n. 3, art. 439, 2025. DOI: 10.3390/life15030439.

CAMARGO, E. D. B. *et al*. COVID longa e os sintomas clínicos: revisão integrativa da literatura. Medicus, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2024. DOI: 10.6008/CBPC2674-6484.2024.002.0001.

CIPOLLI, G. C. *et al*. Cognitive impairment in post-acute COVID-19 syndrome: a scoping review. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 82, e2356, 2024. DOI: 10.1055/s-0043-1777115.

CROOK, H. *et al.* Long COVID—mechanisms, risk factors, and management. BMJ, v. 374, n. 1648, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n1648

EFSTATHIOU, V. *et al*. Long COVID and neuropsychiatric manifestations (Review). Experimental and Therapeutic Medicine, v. 23, art. 363, 2022. DOI: 10.3892/etm.2022.11290.

EFSTATHIOU, V. *et al*. New-onset neuropsychiatric sequelae and 'long-COVID' syndrome. Psychiatry Research, v. 310, p. 114403, 2022. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114403.

IDA, F. S. *et al*. Post-COVID-19 syndrome: persistent symptoms, functional impact, quality of life, return to work, and indirect costs — a prospective case study 12 months after COVID-19 infection. Cadernos de Saúde Pública, v. 40, n. 2, e00026623, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT026623.

KUBOTA, T.; KURODA, N.; SONE, D. Neuropsychiatric aspects of long COVID: a comprehensive review. Psychiatry and Clinical Neurosciences, v. 77, n. 2, p. 84-93, 2023. DOI: 10.1111/pcn.13508.

NALBANDIAN, A. *et al*. Post-acute COVID-19 syndrome. Nature Medicine, v. 27, n. 4, p. 601–615, 2021. DOI: https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z

ROGERS, J. P. *et al*. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, v. 7, n. 7, p. 611-627, 2020. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.

SACKS-ZIMMERMAN, A. *et al*. Rehabilitation of neuropsychiatric symptoms in patients with long COVID: position statement. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 104, n. 2, p. 350-354, 2023. DOI: 10.1016/j.apmr.2022.10.001.

TAKAO, M. & OHIRA, M. Neurological post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection. Psychiatry and Clinical Neurosciences, v. 77, n. 2, p. 72-83, 2023. DOI: 10.1111/pcn.13481.

TAKAMATSU, N. & KUGA, H. Applicability and adaptation of cognitive behavior therapy for long COVID neuropsychiatric symptoms: a review with insights from ME/CFS. BMC Infectious Diseases, v. 25, 2025. DOI: 10.1186/s12879-025-11754-0.

TAQUET, M. *et al*. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. The Lancet Psychiatry, v. 8, n. 5, p. 416-427, 2021. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5.

SAÚDE MENTAL

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

Edição XXIX

Índice Remissivo

Acolhimento em Saúde 80
Adolescência 149
Adolescente 80
Álcool 102
Alucinação 202
Anorexia Nervosa 110
Ansiedade 80, 91
Antidepressivo 159
Atenção Ambulatorial 62
Atendimento Educacional 140
Autocuidado 70
Biomarcadores 6
Bulimia Nervosa 110
Comportamento de Saúde 35
Compulsão Alimentar 110
Consequências Neuropsiquiátricas 289
Crise Conversiva 278
Depressão Maior 6
Diagnóstico Tardio 55
Diferenciação 180
Disforia de Integridade Corporal 48
Dor Crônica 12, 18
Educação Básica 130
Eixo HHA 6
Eixo Intestino-Cérebro 1, 213
Enfermagem 80, 170
Erro Diagnóstico 235
Esquizofrenia Paranoide 170
Estilo de Vida 70
Etilismo 35
Exposição e Prevenção de Resposta 159
Farmacoterapia 207
Fibromialgia 12
Hospitalizações 245
Idosos 245, 256
Inclusão 140
Infância 125
Insônia 187
Internações 102, 256
Intervenções Psicossociais 245
Microbiota 1
Microbiota Intestinal 270
Neurobiologia do Sono 187
Óbito 42
Perfil Epidemiológico 42
Personalidade 12, 18
Pessoa Idosa 35
Pessoal da Saúde 27
Piauí 102
Polimorfismos Genéticos 187
Políticas Públicas 130
Pós-Parto 221
Probióticos 270
Promoção da Saúde 70
Psicopatologia Fenomenológica 202
Psiquiatria 91, 278
Psiquiatria Nutricional 213
Realidade Artificial 48
Redes sociais 149
Regulação Emocional 18
Revisão de Bibliografia 278, 289
Risco de Suicídio 55
Saúde Mental 27, 125, 130, 149, 170, 221, 270
Sensopercepção 202
Síndrome Pós-Covid-19 289
Sistema Único de Saúde 62
Sobreposição Sintomática 235
Suicídio 42
Suplementação Nutricional 213
Tecnologia Assistiva 140
Terapia Cognitivo-Comportamental 207
Transtorno Bipolar 55, 180
Transtorno de Ansiedade Generalizada 1
Transtorno de Compulsão Alimentar 207
Transtorno de Humor 256
Transtorno de Identidade de Integridade Corporal 48
Transtorno de Personalidade Borderline 180, 235
Transtorno Obsessivo-Compulsivo 159
Transtornos 125
Transtornos de Ansiedade 91
Transtornos do Sono 62
Transtornos Mentais 102
Transtornos Psiquiátricos 221
Urgência e Emergência 27

EDITORA PASTEUR