



SAÚDE *Mental*

Edição XX

Organizadores

Guilherme Barroso L. De Freitas

Márcia Astrês Fernandes

Grace Tomal

Roberta da Silva

 EDITORA
PASTEUR

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

Edição XX

Organizadores

Guilherme Barroso L. De Freitas

Márcia Astrês Fernandes

Grace Tomal

Roberta da Silva



2024

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira

(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

MSc. Aline de Oliveira Brandão

(Universidade Federal de Minas Gerais - MG)

Dra. Ariadine Reder Custodio de Souza

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

MSc. Bárbara Mendes Paz

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Daniel Brustolin Ludwig

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Durinézio José de Almeida

(Universidade Estadual de Maringá - PR)

Dra. Egidia Maria Moura de Paulo Martins Vieira

(Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)

Dr. Everton Dias D'Andréa

(University of Arizona/USA)

Dr. Fábio Solon Tajra

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

Grace Tomal

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Hanan Khaled Sleiman

(Faculdade Guairacá - PR)

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dra. Kátia da Conceição Machado

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

(FIOCRUZ - RJ)

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira

(Faculdade Inspirar - PR)

Dra. Márcia Astrês Fernandes

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

MSc. Renan Monteiro do Nascimento

MSc. Suelen Aline de Lima Barros

Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)

Dra. Teresa Leal.

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

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.

Saúde Mental - Desafios da Prevenção, Diagnóstico,
Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna / FREITAS,
G.B.L.; TOMAL, G.; FERNANDES, M.A.; SILVA, R.- Irati:
Pasteur, 2024.

1 livro digital; p. 128; ed. XX; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN: 978-65-6029-169-0

<https://doi.org/10.59290/978-65-6029-169-0>

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

I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

SAÚDE *Mental*

Edição XX

Prefácio

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

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

Dra. Márcia Astrês Fernandes

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

Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.

Membro do Corpo Editorial da Editora Pasteur

SAÚDE *Mental*

Edição XX

Sumário

Capítulo 01	1
ESQUIZOFRENIA E SEUS DESAFIOS	
Capítulo 02	13
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA	
Capítulo 03	22
TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA	
Capítulo 04	28
RELAÇÃO DA VITAMINA D NO TRATAMENTO DE ALZHEIMER	
Capítulo 05	36
O USO DE ANTIDEPRESSIVOS NO MANEJO DA DOR CRÔNICA EM PACIENTES	
Capítulo 06	43
EFEITOS TERAPÊUTICOS DA PSILOCIBINA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	
Capítulo 07	48
ANSIEDADE: DIAGNÓSTICO, MANEJO E CUIDADOS GERAIS	
Capítulo 08	57
O USO DE FLORAIS DE BACH NO MANEJO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS ANSIOSOS	
Capítulo 09	64
USO TERAPÊUTICO DE SUBSTÂNCIAS PSICODÉLICAS	

SAÚDE *Mental*

Edição XX

Sumário

Capítulo 10	78
TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS: RELAÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO PARA DESENVOLVIMENTO DA DEMÊNCIA	
Capítulo 11	84
DEPRESSÃO PÓS - PARTO, SABES IDENTIFICAR?	
Capítulo 12	90
BASES GENÉTICAS DA DEPRESSÃO	
Capítulo 13	96
A PRESSÃO POR PRODUTIVIDADE E O BURNOUT: UM FATOR DE RISCO PARA TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	
Capítulo 14	102
O USO DOS PSICOTERÁPICOS NA PRÁTICA CLÍNICA	
Capítulo 15	116
SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO: GATILHOS DE RISCO PARA O UNIVERSITÁRIO TER A IDEIAÇÃO	

Capítulo 01

ESQUIZOFRENIA E SEUS DESAFIOS

ENZO CARETTA MARTINS LOUZADA¹
JOÃO VITOR BARRETO AMIN¹
SUSSANNE RODRIGUES DE FARIA DANTAS¹
ISADORA OLIVEIRA GOMES¹
LÍVIA RECLA BERGAMASCHI¹
RAÍSSA GIORGETTE SOUZA DIAS¹
BÁRBARA MEIRELES SANTANA¹
LÍVIA ANDREATTA RIBEIRO MELO¹
MARIA LUIZA JULIATTI BATISTA ALMEIDA¹
LUIZA BELARMINO MATTOS¹
RAFAELLA MILENNA NERIS DA SILVA¹
ANA LUISA DTTMANN DRESCHER¹
GUILHERME AVANCINI NASCIMENTO¹
CATARINA SANDRE MARANGOANHA¹
ANA CLARA DA SILVA MENEZES¹

¹Discente – Faculdade de Medicina MULTIVIX.

Palavras-Chave: Esquizofrenia; Saúde Mental; Origem Multifatorial; Cérebro.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.1

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental no qual apresenta sintomas positivos, como delírio, alucinações, distúrbios do pensamento, e sintomas negativos, como suicídio, agressividade, redução das demonstrações de emoções e anedonia, incluindo o âmbito social, relacionamentos e autocuidado, desorganização e comprometimento do eixo cognitivo (TAMMINGA, 2022). Essas manifestações, normalmente, têm início durante a adolescência ou fase adulta e podem surgir de forma abrupta, sendo a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos (BRASIL, 2021).

É uma patologia que afeta aproximadamente 1% da população mundial e ocorre em proporções semelhantes entre homens e mulheres. No Brasil, é estimado que cerca de 1,6 milhões de pessoas sejam diagnosticadas com esquizofrenia, experimentando o estigma e preconceito da sociedade, que culmina no rastreamento tardio da doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2022).

A causa da esquizofrenia ainda é incerta, embora diversos fatores sejam apontados como moduladores desse quadro de desorganização de personalidade e anedonia, como fatores biológicos, culturais e neuroquímicos, embora determinados eventos externos possam desencadear, como o uso de substâncias ou estresse de grande porte (CROSSLEY *et al.*, 2021).

O diagnóstico é clínico, feito por meio do conjunto de sinais e sintomas, não envolvendo necessariamente exames de imagem. O indivíduo pode ter sintomas brandos inicialmente, determinado como pródromo, e com a evolução apresentar piora no comprometimento cognitivo (TAMMINGA, 2022).

Nessa perspectiva, o tratamento é de suma importância visando o bem-estar do paciente, uma vez que, além de acarretar transtornos psi-

quicos, traz consigo danos psicossociais. A terapia de escolha é baseada nas manifestações psiquiátricas do indivíduo, bem como no diagnóstico da patologia, e cabe ressaltar que, não se resume apenas a farmacologia com antipsicóticos, mas por um acompanhamento multidisciplinar, como programas de formação e atividades de apoio comunitário, psicoterapia e educação familiar (SILVA, 2006).

Assim sendo, busca-se investigar as argumentações acerca da epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, desafios enfrentados, diagnóstico e tratamento relacionados à esquizofrenia e seus entraves, com o intuito de alargar os conhecimentos sobre essa patologia e apresentar fundamentos necessários para desbravar essa doença que está se tornando mais comum na modernidade.

MÉTODO

O tema será tratado por meio de uma revisão sistemática descritiva. As buscas foram feitas nos bancos de dados e plataformas: PubMed, SciELO, DynaMed, EBSCO, Google Acadêmico, Ministério da Saúde e Livros de Psiquiatria/Neurologia/Saúde Mental. Os descritores utilizados foram: "Esquizofrenia", "Saúde mental", "Origem Multifatorial" "Cérebro". Os critérios de inclusão se baseiam em artigos científicos completos, escritos nos idiomas inglês e português, e publicados nos últimos 20 anos. Já os critérios de exclusão se baseiam em artigos incompletos, com fuga do tema em questão e artigos fora do tempo de análise.

FISIOPATOLOGIA

A esquizofrenia é um transtorno mental do sistema nervoso central caracterizado por diversas alterações psicopatológicas (ARARIPE

NETO *et al.*, 2007). Tal mecanismo suscita curiosidade e questionamentos acerca de seus processos fisiopatológicos e neurofisiológicos. Para uma compreensão mais aprofundada desses processos, torna-se fundamental discorrer sobre as diferentes variantes da esquizofrenia.

Em 1980, Crow propôs a classificação dos sintomas em dois grupos distintos: os sintomas positivos, intimamente associados a comportamentos psicóticos e desorganizados, como alucinações, delírios e alterações comportamentais; e os sintomas negativos, caracterizados pela redução ou cessação de funções mentais, tais como pensamento empobrecido, isolamento social e déficit de atenção (SILVA, 2006). Dessa maneira, embora a Fisiopatologia ainda esteja em processo de esclarecimento, já existem teorias e evidências científicas que são amplamente aceitas no campo de estudo acerca do transtorno.

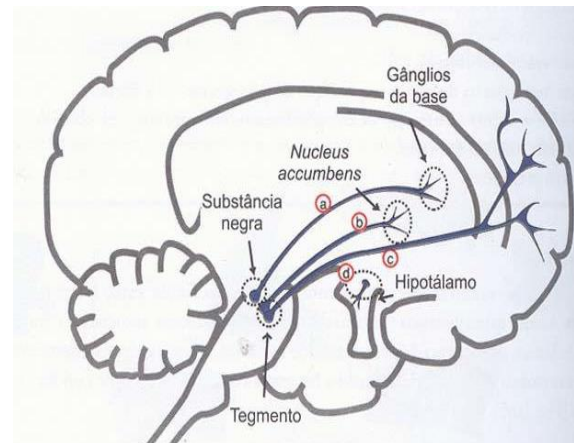
Em 1952, Jean Delay e Pierre Deniker demonstraram que a introdução da clorpromazina e do haloperidol, medicamentos antipsicóticos, revelou-se eficaz no tratamento da esquizofrenia, devido à sua afinidade pelos receptores do-

paminérgicos, especialmente da família D2 (ARARIPE NETO *et al.*, 2007).

O sistema dopaminérgico está relacionado a cinco vias, cada uma delas associando-se à esquizofrenia de diferentes maneiras (GADELHA *et al.*, 2021).

Na **Figura 1.1**, é visto as 5 vias dopaminérgicas.

Figura 1.1 Vias dopaminérgicas



Legenda: As vias dopaminérgicas. (a) via nigroestriatal, (b) via mesolímbica, (c) via mesocortical, (d) via túbero-infundibular. Fonte: Modificado de STAHL, 2002.

Na **Figura 1.2**, mostra a ação de medicações em cada via dopaminérgica.

Figura 1.2 Tabela sobre ação medicamentosa aos seus sítios específicos

Drogas	Subtipos de receptores					
	D ₁	D ₂	α ₁	H ₁	5-HT ₂	Muscarínico
Clorpromazina	++	+++	+++	++	+	++
Flufenazina	+	+++	++	++	+	++
Tioridazina	+	++	+++	-	++	++
Clopentixol	+	+++	++	-	++	-
Flupentixol	++	+++	-	-	++	-
Haloperidol	+	+++	+	+	+	+

Legenda: A tabela demonstra a relação dos antipsicóticos com receptores específicos de D2 do sistema dopaminérgico, além de receptores variantes. **Fonte:** NASELLO & RICHTZENHAIN, 1997.

Em 1957, a dopamina, um potente neurotransmissor do sistema nervoso central que atua em processos cognitivos, foi descoberto pelo farmacologista Arvid Carlsson, sendo essa des-

coberta essencial para o desenvolvimento da teoria dopaminérgica (YEGARANI *et al.*, 2010). A partir dessa constatação, verificou-se que os antipsicóticos agem de maneira antagônica aos

receptores de dopamina, o que leva à redução dos níveis desse neurotransmissor no organismo (ARARIPE NETO *et al.*, 2007).

Dessa forma, um quadro de esquizofrenia típica está intimamente relacionado a alterações no sistema dopaminérgico, sendo que a hipofunção dopaminérgica no córtex pré-frontal provoca os sintomas negativos, enquanto a hiperfunção resulta no surgimento dos sintomas positivos (GADELHA *et al.*, 2021).

Ademais, o transtorno esquizofrênico pode estar relacionado a outros neurotransmissores importantes como, o glutamato. O sistema glutamatérgico, é um sistema potencialmente excitatório do sistema nervoso central, envolvidos nas funções cognitivas, como memória e aprendizagem. Assim, esse sistema compreende dois tipos de neurotransmissores, os inotrópicos e os metabotrópicos (BRESSAN & PILOWSKY, 2003). Sendo que o neurotransmissor relacionado a esquizofrenia é o sistema receptor NMDA. Há variantes de agonistas e antagonistas que atuam nos sítios de ligação do receptor de NMDA. A principal evidência que correlaciona o envolvimento de receptores NMDA na esquizofrenia está relacionada aos efeitos da fenciclidina (PCP), que originalmente foi desenvolvido como um anestésico dissociativo, porém seu uso se tornou abusivo e ficou conhecido como “*Angel dust*” (BRESSAN & PILOWSKY, 2003).

Estudos subsequentes demonstraram que há outros antagonistas de receptores de NMDA atuando no mesmo sítio da PCP, como a ketamina e MK801, que também provocam manifestações psicóticas. Lodge & Anis demonstraram que o bloqueio nos receptores de NMDA é o principal responsável pela psicose por PCP. Tais evidências levaram os pesquisadores a sugerirem que a hipofunção do receptor de NMDA pode implicar na Fisiopatologia do transtorno (BRESSAN & PILOWSKY, 2003).

Em suma, existem ainda evidências de que há outros sistemas envolvidos na Fisiopatologia da esquizofrenia.

EPIDEMIOLOGIA

A esquizofrenia é um distúrbio mental crônico de baixa prevalência mundial, acometendo cerca de 0,7% da população. No entanto, é uma patologia tendência crescente no contexto atual (FULONE *et al.*, 2017). A partir de uma meta-análise realizada em 1997 por Kendler e Gardner, pode-se inferir o importante papel dos fatores genéticos na etiologia da esquizofrenia, haja vista que o risco para o desenvolvimento da doença em familiares de primeiro grau é 10 vezes maior do que o risco em parentes saudáveis. Além disso, aspectos como a exposição ambiental, o meio familiar e riscos pré-natais também são configurados como elementos predisponentes para o desenvolvimento dessa patologia (VALLADA FILHO & SAMAIA, 2000).

Além disso, estudos apontam que os sintomas de esquizofrenia começam a se manifestar nos homens de maneira mais precoce, durante o início da vida adulta, antes dos 25 anos de idade. Por outro lado, tendem a acometer mulheres mais tardiamente, até os 35 anos de idade (FULONE *et al.*, 2017). Nesse ínterim, o sexo feminino tende a apresentar melhor prognóstico e melhor adaptação social do que o sexo masculino, possuindo sintomas mais brandos (MARI & LEITÃO, 2000).

QUADRO CLÍNICO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave e crônico, afetando funções cognitivas, emocionais e comportamentais. O quadro clínico é complexo e se manifesta de diversas formas, com variação nos sintomas e na intensidade

conforme a fase da doença. A idade de início geralmente ocorre entre 15 e 20 anos para homens e entre 20 e 25 anos para mulheres, sendo comum que os primeiros sinais surjam de maneira sutil e insidiosa (HANSEN *et al.*, 2014).

Sintomas iniciais

Antes do aparecimento dos sintomas psicóticos mais evidentes, há uma fase chamada de *pródromo*, onde ocorrem mudanças sutis no comportamento. Sintomas como perda de energia, redução de iniciativa, desinteresse pelas atividades diárias, isolamento social, humor depressivo e negligência com a aparência pessoal são comuns nesse período. Esse quadro pode durar semanas ou até meses, e geralmente familiares e amigos percebem essas alterações antes do paciente procurar ajuda médica. Muitas vezes, essa fase *pródromica* pode ser confundida com outros transtornos, como depressão, o que atrasa o diagnóstico precoce da esquizofrenia (VALLADA FILHO & BUSATTO FILHO, 1996).

Sintomas positivos e negativos

Com o avanço da doença, surgem os chamados sintomas positivos, que incluem alucinações e delírios. As alucinações mais frequentes são as auditivas, presentes em cerca de 50% dos casos, seguidas das alucinações visuais, que ocorrem em aproximadamente 15% dos pacientes. Os delírios, por outro lado, são ainda mais prevalentes, sendo observados em até 90% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia (PULL, 2005). Esses sintomas comprometem a capacidade do indivíduo de distinguir a realidade da fantasia, levando a comportamentos desorganizados e imprevisíveis.

Os sintomas negativos incluem embotamento afetivo, apatia, falta de vontade (*avolição*) e redução na capacidade de experimentar prazer (*anedonia*). Esses sintomas interferem na

motivação do indivíduo para realizar atividades cotidianas e sociais, resultando em um isolamento progressivo e na incapacidade de manter relacionamentos interpessoais e profissionais saudáveis.

Distúrbios cognitivos e catatonia

A esquizofrenia também é marcada por déficits cognitivos importantes, que afetam a atenção, a memória e a resolução de problemas. Pacientes com esquizofrenia demonstram um desempenho abaixo do esperado em testes neuropsicológicos que medem a capacidade de raciocínio conceitual, memória de curto prazo, habilidades motoras e sensoriais, além da velocidade psicomotora. Esses déficits cognitivos prejudicam o funcionamento diário do indivíduo, dificultando sua autonomia e capacidade de se inserir em atividades acadêmicas ou laborais. Além dos déficits cognitivos, a catatonia é outro aspecto característico da esquizofrenia, embora nem sempre esteja presente. A catatonia envolve um conjunto de comportamentos motores desordenados, como imobilidade prolongada, posturas rígidas e ausência de resposta a estímulos externos, que podem variar de intensidade ao longo do curso da doença (PULL, 2005).

Segmento/desafios enfrentados

Os desafios enfrentados por pessoas com esquizofrenia no Brasil são múltiplos e atravessam fatores biopsicossociais. A esquizofrenia é uma condição crônica marcada por sintomas positivos, como alucinações e delírios, e sintomas negativos, como apatia e retraimento social, que têm profundas consequências na vida dos pacientes. Essas dificuldades afetam a integração social, as relações familiares e a capacidade de inserção no mercado de trabalho, além de reforçar o estigma social e o isolamento (MELO & FREITAS, 2023). O impacto da es-

quizofrenia é agravado pela maneira como a mídia brasileira retrata a doença, muitas vezes centrada no modelo biomédico, o que pode levar a uma compreensão simplificada e reducionista das complexidades que cercam o transtorno (MELO & FREITAS, 2023).

Outro desafio importante está na adesão ao tratamento. A falta de compreensão sobre a doença, associada aos efeitos colaterais dos antipsicóticos, como ganho de peso e disfunções motoras, resulta em baixa adesão ao tratamento, o que aumenta o risco de recaídas. Além disso, a falta de recursos nos serviços públicos de saúde mental no Brasil, especialmente em áreas de baixa renda, limita o acesso a terapias complementares e acompanhamento contínuo (MAIA-DE-OLIVEIRA *et al.*, 2012). Esses fatores contribuem para que muitos pacientes não recebam o suporte necessário para gerenciar a doença de forma eficaz, perpetuando um ciclo de marginalização.

No Brasil, o subfinanciamento e a sobrecarga dos serviços de saúde mental agravam esses desafios, criando barreiras para o acesso a cuidados adequados. Isso é particularmente problemático em um contexto em que intervenções psicossociais e programas de reabilitação poderiam melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes e reduzir as taxas de hospitalização (MAIA-DE-OLIVEIRA *et al.*, 2012). Portanto, é essencial que o tratamento da esquizofrenia inclua não apenas intervenções farmacológicas, mas também um suporte psicossocial integrado.

DIAGNÓSTICO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2023) a esquizofrenia pode ser descrita como desequilíbrios em esferas de sintomas como alucinações, delírios, pensamento ou discurso

desorganizado, sintomas negativos e comportamento motor grosseiramente desorganizado ou catatônico. Para o diagnóstico da patologia se faz necessário que dois ou mais sintomas estejam presentes em um período mínimo de 1 mês (APA, 2023).

No que diz respeito às alucinações, estas podem ser visuais, auditivas ou olfatórias, desse modo afetando os órgãos do sentido na ausência de estímulo externo, na patologia esquizofrênica a maioria das alucinações concernem à audição (SILVA *et al.*, 2016). Já os delírios podem ser descritos como crenças convictas e inalteradas, independente de evidências discordantes, cujo tópico pode diversificar-se em temas, como: persecutório, religioso ou de grandeza, por exemplo (NUNES *et al.*, 2020).

O pensamento desorganizado geralmente é percebido através do discurso do sujeito esquizofrênico, o qual apresenta-se com alterações bruscas do tema, tornando confuso ou ainda incompreendido, tal como na “salada de palavras” (ZUANAZZI & RIBEIRO, 2015).

Em relação aos sintomas negativos, os mais relevantes são: expressão emocional diminuída e avolia, os quais descrevem respectivamente, significativa redução da expressão de emoções faciais e diminuição das atividades autoiniciadas com finalidade (FARIA *et al.*, 2019).

O comportamento motor anormal pode ser expresso pelo meio de condutas infantis até reações agitadas e imprevisíveis. Tais ações podem ser vistas na realização de atividades cotidianas, representando assim dificuldade para o portador da patologia. O comportamento catatônico pode ser descrito como considerável atenuação na responsividade para com o espaço (COSTA *et al.*, 2023).

Relativo ao diagnóstico, esse é realizado por meio de entrevista direta do profissional da medicina com o paciente, sendo realizada também a análise da presença dos sintomas supracitados. É importante salientar que tais sinto-

mas, mesmo que característicos, não são patognômicos do transtorno psicótico crônico da esquizofrenia (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Ainda sobre o diagnóstico da esquizofrenia, este é contestável por ter como base somente exames clínicos, desse modo é imprescindível que o médico realize a anamnese e detalhe com minúcia e crítica a história clínica, além de lançar mão de exames físicos e psíquicos. (COSTA *et al.*, 2023). Ademais, frisa-se a realização de exames considerados complementares, cita-se os de imagem ou laboratoriais, por exemplo. Com o objetivo de excluir diagnósticos diferenciais como epilepsia ou intoxicação por drogas, em especial a cocaína. (COSTA & MACHA-

DO, 2012). Na pesquisa de Sá (2018) também se ressalta sobre o diagnóstico através de exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, nas quais se faz possível a visualização de sinais de atrofia do cérebro, como diminuição de volume em áreas frontais, tálamo, gânglios da base e corpo caloso, ademais cita-se também o alargamento de ventrículos cerebrais e aumento de sulcos corticais, entretanto se faz necessário mais estudos acerca dos achados.

Na **Figura 1.3**, é visto os sintomas mais comuns relacionados a esquizofrenia.

Figura 1.3 Tabela de achados diagnósticos da Esquizofrenia

Pelo menos dois dos seguintes sintomas característicos com duração de pelo menos um mês
Delírios;
Alucinações;
Discurso desorganizado;
Desorganização grosseira ou comportamento catatônico;
Sintomas negativos, como rebaixamento afetivo, pobreza do pensamento e retraimento social;
(Apenas um desses sintomas característicos é requerido se há delírios bizarros ou alucinações auditivas de vozes que comentam sobre o comportamento ou pensamentos do paciente, ou se duas ou mais vozes conversam entre si);
Disfunção no trabalho, em relações interpessoais ou no próprio tratamento durante a maior parte do distúrbio;
Um nível de funcionamento marcadamente abaixo do nível que o paciente apresentava ou poderia razoavelmente ter apresentado antes do início do distúrbio;
Qualquer um dos sintomas acima que restaram, com toda intensidade ou de forma atenuada por, pelo menos, seis meses;
Desordem de humor não evidente após o início dos sintomas psicóticos - se os sintomas psicóticos sempre ocorrem durante um distúrbio de humor severo bastante para preencher os critérios de transtorno bipolar ou depressão maior, o diagnóstico pode ser transtorno esquizoafetivo -;
Distúrbio não ocorrendo durante uma medicação ou qualquer condição médica ou abuso de substâncias;
Distúrbio que não seja parte de autismo ou outro transtorno pervasivo de desenvolvimento.

Fonte: RAMOS & HÜBNER, 2004.

TRATAMENTO

Atualmente, a esquizofrenia, uma doença mental complexa, não tem cura. Entretanto, o tratamento adequado para minimizar os sintomas e para manter a doença sob controle pode estabelecer um impacto positivo na qualidade de vida do paciente e de sua família (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021). Deve apresentar uma abordagem multidisciplinar e individualizada, baseada nas especificidades de cada pa-

ciente. As recomendações para o tratamento da esquizofrenia incluem a abordagem medicamentosa, como o uso de antipsicóticos, e intervenções psicológicas para o primeiro episódio de psicose, exacerbações agudas e prevenção de recaídas de psicose (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021). É importante que o tratamento seja feito de forma otimizada, uma vez que a esquizofrenia está associada à deterioração funcional progressiva em boa parte dos casos (CRESPO-FACORRO *et al.*, 2017).

Para a escolha de qual é o melhor tratamento para o paciente, os sintomas e a funcionalidade são os aspectos que mais pesam na decisão (CRESPO-FACORRO *et al.*, 2017). Os sintomas podem ser caracterizados em positivos, por exemplo delírios, desorganização da fala e alucinações; em negativos, como retraimento social e motivação reduzida; comprometimento cognitivo, que pode afetar a atenção, o funcionamento executivo de tarefas, interações sociais e memória; e transtornos de humor (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021).

Os antipsicóticos atuam, principalmente, modulando a dopamina e ajudam sobretudo no controle dos sintomas positivos, assim, os sintomas negativos e cognitivos permanecem em muitos pacientes. A decisão de qual antipsicótico usar muitas vezes é feita se baseando no perfil dos efeitos colaterais do medicamento, visto que não há dados claros que estabelecem uma melhor eficácia entre antipsicóticos de primeira geração ou típicos e de segunda geração ou atípicos. Nesse sentido, antipsicóticos típicos têm mais chances de acarretarem sintomas extrapiramidais e os antipsicóticos atípicos causam com mais frequência efeitos colaterais metabólicos, como ganho de peso, hiperlipidemia e diabetes mellitus (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021).

Desse modo, geralmente, o tratamento para um paciente de primeiro episódio é o uso de antipsicóticos atípicos, com preferência pelos de ação prolongada, mas sempre levando em conta os efeitos colaterais, pois eles reduzem a qualidade de vida e a adesão ao tratamento. Deve-se também analisar a resposta inicial do paciente, considerando melhora dos sintomas e na funcionalidade, na cognição e na qualidade de vida e avaliar a dose adequada se forem necessários reajustes (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021). No tratamento de um primeiro episódio de esquizofrenia, a abordagem medicamentosa é melhor assimilada pelos pacientes e eles ne-

cessitam de doses mais baixas. Enquanto os pacientes com diversos episódios não têm essa mesma adaptação e são mais vulneráveis aos efeitos colaterais dos fármacos (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021).

Ademais, o tratamento de manutenção inclui o tratamento obrigatório durante dois anos após o primeiro episódio psicótico, utilizando a mesma medicação se apresentar boa adesão e assimilação. Outros tipos de intervenções para o tratamento integral do paciente incluem a reabilitação psicossocial, psicoeducação, aconselhamento, terapia cognitivo-comportamental e terapia familiar. Em casos de não adesão ou não assimilação do medicamento, pode-se mudar o fármaco ou reajustar a dose (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021).

Em casos de esquizofrenia resistente ao tratamento, as diretrizes recomendam o uso da clozapina como primeira opção, apesar de se levar em conta comorbidades do paciente, adesão ao tratamento e doses. O uso combinado de clozapina com outros antipsicóticos também é uma opção possível (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021). Em última instância, um tratamento alternativo para pacientes com esquizofrenia que pode ser utilizado desde o início da doença são as formulações injetáveis de ação prolongada de medicamentos antipsicóticos, que apresentaram melhor adesão e aceitabilidade, assim como melhor controle dos sintomas e redução das recorrências, quando comparadas com os antipsicóticos orais (ESCAMILLA-OROZCO *et al.*, 2021).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A esquizofrenia é caracterizada como uma psicose crônica de origem desconhecida, que resulta em diversas alterações estruturais no cérebro, assim como mudanças neuroquímicas, especialmente relacionadas à transmissão de dopamina e glutamato. Os principais sintomas

incluem a psicose, que se manifesta como a perda da liberdade de pensamento, além de delírios, alucinações, catatonia, prejuízos cognitivos e dificuldades sociais e profissionais. Geralmente, esses sintomas surgem na adolescência ou no início da vida adulta, com a faixa etária de início sendo entre 15 e 20 anos para os homens e entre 20 e 25 anos para as mulheres.

Na **Figura 1.4**, é apresentada a média das idades dos indivíduos com esquizofrenia. A **Figura 1.5** ilustra a relação entre gênero e duração da internação.

Figura 1.4 Média de idade de portadores de esquizofrenia internados no Hospital Doutor João Machado durante o período de 1999 a 2005. Natal, RN, 2007

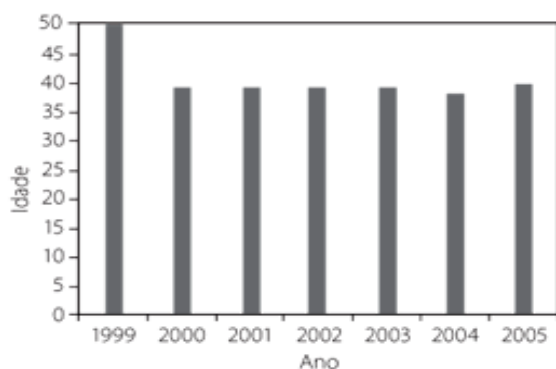
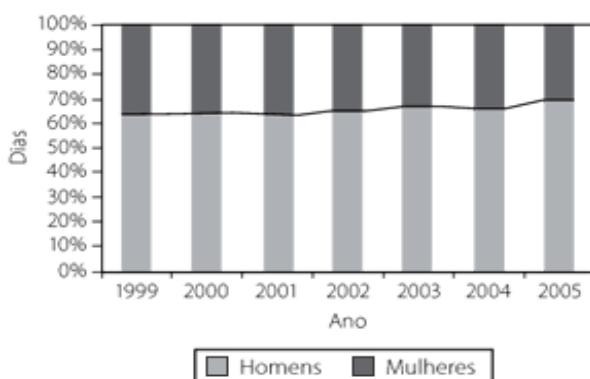


Figura 1.5 Contribuição dos gêneros sobre portadores de esquizofrenia internados no Hospital Dr. João Machado, durante o período de 1999 a 2005. Natal, RN, 2007

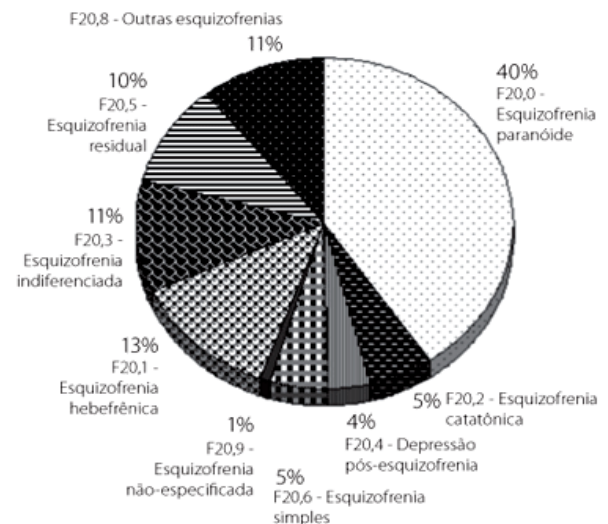


Os tipos mais comuns de esquizofrenia estão na **Figura 1.6**.

A prevalência global da esquizofrenia é de aproximadamente 1%, e no Brasil, os estudos epidemiológicos mostram níveis semelhantes

aos encontrados mundialmente. Ao comparar a prevalência entre os gêneros, observa-se que permanece relativamente constante em diferentes culturas. No Hospital Doutor João Machado, localizado no Rio Grande do Norte, até 2005, cerca de 13 mil pacientes foram internados devido a transtornos mentais, dos quais aproximadamente 4.500 apresentavam diagnóstico de esquizofrenia.

Figura 1.6 Distribuição das formas de esquizofrenias sobre portadores internados no Hospital Doutor João Machado durante o período de 1999 a 2005. Natal, RN, 2007

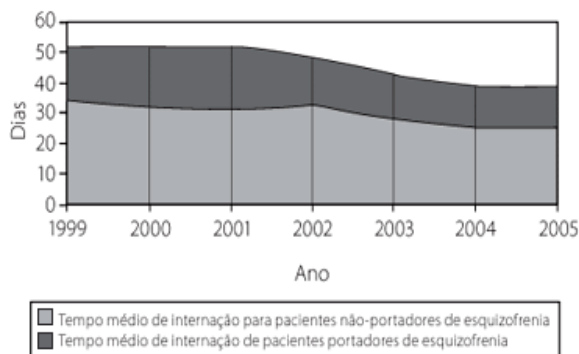


A **Figura 1.7** mostra uma média da relação entre o tempo de internação e o sexo do paciente

O tratamento pode incluir antipsicóticos típicos ou atípicos — conhecidos como neurolépticos ou tranquilizantes —, além de terapia e reabilitação. Sem a administração de medicamentos, entre 70% a 80% dos pacientes enfrentam episódios frequentes; entretanto, com o uso adequado dos fármacos, essa porcentagem diminui para 30% ou até menos. É importante que a medicação seja mantida por pelo menos 1 a 2 anos após o primeiro episódio. Os antipsicóticos típicos apenas suavizam os sintomas psicóticos, sem proporcionar a cura, mas contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, os antipsicóticos atípi-

cos são indicados para tratar os sintomas negativos da esquizofrenia, apresentando uma menor probabilidade de provocar efeitos colaterais em comparação aos típicos.

Figura 1.7 Tempo médio de internação de portadores e não portadores de esquizofrenia no Hospital Doutor João Machado durante o período de 1999 a 2005. Teste de Whitney, $p < 0,05$. Natal, RN, 2007 ($p < 0,0001$)



CONCLUSÃO

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica crônica e multifatorial que continua a representar um grande desafio para a saúde pública, tanto no diagnóstico quanto no tratamento. Com uma prevalência estimada em torno de 1% da população global (REGIER *et al.*, 1988), a esquizofrenia é agravada por fatores como antecedentes familiares de esquizofrenia, que tendem a antecipar o surgimento da doença, e por características genéticas e ambientais que contribuem para o risco de seu desenvolvimento. A hiperfunção dopaminérgica, juntamente com alterações estruturais no cérebro, como o alargamento dos ventrículos, tem sido amplamente estudada como uma das bases biológicas da doença. Além disso, distúrbios no neurodesenvolvimento, muitas vezes causados por eventos precoces na vida intrauterina ou no nascimento, têm sido implicados na gênese da esquizofrenia. A interação entre esses fatores biológicos e o ambiente familiar e social do indivíduo pode agravar o quadro clínico, levando a uma maior dificuldade no manejo e na adaptação social.

Um dos maiores desafios no tratamento da esquizofrenia é a falta de um atendimento integrado e multidisciplinar. No contexto brasileiro, a fragmentação dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica, contribui para a inadequação do tratamento oferecido. A falta de capacitação dos profissionais em lidar com transtornos mentais, juntamente com o estigma associado à esquizofrenia, dificulta a criação de vínculos essenciais para um manejo eficaz da doença. A ausência de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde também resulta em planos de manejo ineficientes, prejudicando a evolução clínica dos pacientes.

A integração de diferentes abordagens terapêuticas é crucial para o sucesso do tratamento da esquizofrenia. Além da farmacoterapia, que envolve o uso de antipsicóticos para controlar os sintomas positivos, é necessária uma rede de apoio psicossocial que auxilie o paciente no enfrentamento do estresse e das dificuldades cotidianas. A busca por novos antipsicóticos que reduzam os efeitos colaterais extrapiramidais continua sendo um foco importante para melhorar o manejo da doença e reduzir as complicações associadas ao tratamento farmacológico.

Por fim, é fundamental que o diagnóstico da esquizofrenia seja realizado de forma precoce e precisa. A correta diferenciação entre outros transtornos mentais, como a doença do transtorno bipolar ou depressão, é essencial para evitar erros no manejo clínico. Além disso, o estigma associado à esquizofrenia e a alta taxa de suicídio entre os pacientes exigem que as intervenções sejam realizadas de forma ágil e eficaz, com suporte psicossocial contínuo. A continuidade das pesquisas sobre os fatores genéticos e ambientais que influenciam a esquizofrenia, assim como a busca por novos biomarcadores diagnósticos, são indispensáveis para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Dia Mundial da Pessoa com Esquizofrenia: saiba mais sobre a doença mental. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/dia-mundial-da-pessoa-com-esquizofrenia-saiba-mais-sobre-a-doenca-mental>. Acesso em: 20 set. 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ARARIPE NETO, A.G. *et al.* Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 34, p. 198, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000800010>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia: cercada de tabus, doença tem tratamento no SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/dia-nacional-da-pessoa-com-esquizofrenia-cercada-de-tabus-doenca-tem-tratamento-no-sus>. Acesso em: 20 set. 2024.
- BRESSAN, R.A. & PILOWSKY, L.S. Hipótese glutamérgica da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, n. 3, p. 177, 2003.
- COSTA, M.A.S.G. *et al.* Esquizofrenia: perspectivas atuais sobre diagnóstico, tratamento e evolução clínica da doença. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, v. 6, n. 1, p. 61, 2023. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-007>.
- COSTA, N.S. & MACHADO, D.M.S. Neurobiologia e neuropsicologia na esquizofrenia e no uso de cocaína. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 2, p. 199, 2012.
- CRESPO-FACORRO, B. *et al.* Effectiveness, efficiency and efficacy in the multidimensional treatment of schizophrenia: Rethinking project. *Journal of Psychiatry and Mental Health (English Edition)*, v. 10, n. 1, p. 4, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>.
- CROSSLEY, N.A. *et al.* Structural brain abnormalities in schizophrenia in adverse environments: examining the effect of poverty and violence in six Latin American cities. *The British Journal of Psychiatry*, v. 217, n. 5, p. 667, 2020. DOI: 10.1192/bjp.2020.143.
- ESCAMILLA-OROZCO, R. *et al.* Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta Médica de México*, México, v. 157, n. 4, p. S1, 2021. <https://doi.org/10.24875/GMM.M21000501>.
- FARIA, M.A. *et al.* A utilização do Método de Rorschach no diagnóstico diferencial da Esquizofrenia e Transtorno Dissociativo de Identidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online], v. 35, p. e3521, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3521>.
- FULONE, I. *et al.* Uso de antipsicóticos atípicos no tratamento da esquizofrenia no Sistema Único de Saúde: estudo de coorte, 2008-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 1, p. e2022556, 2017. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300015>.
- GADELHA, A. *et al.* Esquizofrenia: teoria e clínica. 2.ed. Porto Alegre, 2021.
- HANSEN, N.F., *et al.* A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 16, n. 1, p. 220, 2014. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20965>.
- MARI, J.J. & LEITÃO, R.J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 15–17, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500006>.
- MAIA-DE-OLIVEIRA, J.P. *et al.* Níveis plasmáticos/séricos do óxido nítrico em pacientes com esquizofrenia: uma revisão sistemática e metanálise. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 34, p. s149, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.07.001>.
- MELO, A.H.F. & FREITAS, F. Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. *Saúde Em Debate*, v. 47, n. 136, p. 96, 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313606>.

- NASELLO, A.G. & RICHTZENHAIN, M. H. V. Revisão sobre a Farmacologia dos Neurolépticos. *Âmbito Hospitalar*, v. 3, p. 29, 1997.
- NUNES, P.L.P. *et al.* Subtipos de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, v. 3, n. 5, p. 11670, 2020. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-024>.
- OLIVEIRA, R.M. *et al.* Desafios da adesão ao tratamento da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, n. 3, p. 341, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017>.
- PULL, C. Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Esquizofrenia* (p. 13). Porto Alegre: Artmed, 2005.
- RAMOS, M.R.C. & HÜBNER, C.V.K. Esquizofrenia. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 6, n. 1, p. 1, 2004.
- REGIER, D.A. *et al.* Onemonth prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry*, v. 45, n. 11, p. 977, 1988. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800350011002>.
- SÁ, BA. Potencial diagnóstico não invasivo da esquizofrenia com redes neurais artificiais: EEG e estímulos visuais acromáticos. Monografia apresentada ao curso Engenharia de Computação do Centro de Informática, da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.
- SILVA, A.M. *et al.* Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 13, n. 30, p. 18, 2016.
- SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, v. 17, n. 4, p. 263, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>.
- STAHL, S.M. *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações práticas*. 2 ed. Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, 2002.
- TAMMINGA, C. Esquizofrenia. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi-qui%C3%A1tricos/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia#Diagn%C3%B3stico_v1029196_pt>. Acesso em: 20 set. 2024.
- VALLADA FILHO, H.P. & SAMAIA, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 2–4, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500002>.
- VALLADA FILHO, H., & BUSATTO FILHO, G. Esquizofrenia. In P. Almeida, L. Dractu & R. Laranjeira (Orgs.), *Manual de psiquiatria* (p. 127). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- YERAGANI, V.K. *et al.* Arvid Carlsson, and the story of dopamine. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 52, n. 1, p. 87, 2010. doi: 10.4103/0019-5545.58907.
- ZUANAZZI, A.C. & RIBEIRO, R.L. Testes projetivos na avaliação psicológica da esquizofrenia: Uma revisão da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 71, 2015.

Capítulo 02

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

JESSICA CRAVELIN PENTEADO¹
MARÍLIA DANIELLA MACHADO ARAÚJO²
LARISSA ELISA FILIPAK¹
KÉZIA FERNANDES³
MILENA PIRES RODRIGUES³
KÁTIA PEREIRA DE BORBA⁴
DANIELA VIGANO ZANOTI JERONYMO⁵
TATIANA DA SILVA MELO MALAQUIAS⁶

SIDIANE DE MOURA MAROCHIO⁷
CARLOS EDUARDO DOS SANTOS⁸
PAULA REGINA JENSEN⁹
RAPHAELLA ROSA HORST MASSUQUETO¹⁰
RAFAEL BRANDÃO DA SILVA¹¹
VANDERLEIA ROSA SIQUEIRA⁸
ELISABETH NASCIMENTO LIRA¹²

¹Discente - Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

²Docente - Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná.

³Graduado - Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

⁴Docente - Doutora em Ciências e Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo (USP).

⁵Docente - Doutorado em Ciências, área de concentração Psicologia e Psiquiatria Médica pela Universidade Federal de São Paulo, Unifesp.

⁶Docente - Doutora em Enfermagem pelo Programa do Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, PR.

⁷Docente - Mestranda no PPGD em Desenvolvimento Comunitário da Unicentro- Guarapuava-PR.

⁸Docente - Graduado em Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

⁹Docente - Mestranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro Oeste - PPGDC-UNICENTRO.

¹⁰Docente - Mestrado no Programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário pela Universidade Estadual do Centro-Oeste.

¹¹Docente - Mestre em Enfermagem pela UESC.

¹²Docente - Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Palavras-Chave: Psicofármaco; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais são uma importante causa de morbimortalidade, representando 12% da carga mundial de doenças. No Brasil, estimativas do Ministério da Saúde apontam que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental e 9% de atendimento eventual, no caso de transtornos de menor gravidade (BRASIL, 2019; GERBALDO *et al.*, 2018).

Cerca de 95% das pessoas que tentam ou cometem suicídio apresentam um transtorno mental previamente diagnosticado. O suicídio é considerado a segunda principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos em todo o mundo (BORBA *et al.*, 2017). Estima-se que 9,3% dos brasileiros apresentam algum transtorno de ansiedade e 5,8% depressão. Esses números colocam o país em primeiro lugar no mundo em casos de ansiedade e na quinta posição em casos de depressão (SILVA *et al.*, 2021).

A literatura evidencia que a prevalência de depressão aumentou 7% com a pandemia provocada pela Covid-19. As evidências existentes sugerem que algumas medidas tomadas para controlar a disseminação da doença, principalmente o isolamento social, produziram um impacto desproporcional sobre a saúde mental da população mais vulnerável. Entre os fatores associados destacam-se sexo feminino, status socioeconômico, uso frequente de mídia social, e menor apoio social (MAZZO *et al.*, 2021).

No entanto, cerca de 40% dos países ainda não apresentam políticas em saúde mental que sejam eficientes e 30% não têm programas voltados para essa demanda (HIANY *et al.*, 2018). No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental, estabelecida em 2001 por meio da Lei nº 10.216, compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de redirecionar a assistência às pessoas com problemas

de saúde mental (BRASIL, 2001).

A partir disso, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção a pessoas com sofrimento psíquico. Dentre os objetivos da Raps consta a promoção do cuidado em saúde mental para grupos vulneráveis, incluindo crianças, adolescentes e jovens. Encontra-se organizada a partir de diferentes componentes, incluindo a Atenção Básica em Saúde (ABS), tendo um importante papel na detecção e atenção das demandas de saúde mental (ESSWEIN *et al.*, 2021).

Dentre os componentes da Raps, a ABS deve ser o nível preferencial para oferta de ações de saúde mental. Envolve um conjunto de atividades que visam o cuidado integral e contínuo, a prevenção de crises e a redução do risco de internação, abrangendo diagnóstico precoce, tratamento – incluído o manejo de psicotrópicos – e acompanhamento adequado, além de promoção da saúde (GERBALDO *et al.*, 2018).

Um estudo realizado por Guerra *et al.* (2013) mostra que a utilização dos psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países. No Brasil, os ansiolíticos são as drogas mais prescritas (59%), seguido pelos antidepressivos (37%). De acordo com Rocha & Werlang (2012), o aumento do consumo pode ser atribuído à maior frequência de diagnósticos de transtornos mentais, introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico e novas indicações terapêuticas. Com isso, é de extrema importância garantir o uso racional, visto que podem produzir efeitos adversos, além de provocar a dependência.

A literatura indica que variáveis sociodemográficas como gênero e nível socioeconômico estão associadas a diferentes transtornos mentais (SILVA *et al.*, 2021). As mulheres são mais acometidas por transtornos de ansiedade, humor e somatoformes, enquanto os transtornos relacionados ao uso de substâncias psico-

ativas são mais prevalentes em homens (BORBA *et al.*, 2017). Silva *et al.* (2014) ressalta a importância de conhecer o perfil sociodemográfico das pessoas com transtornos mentais, a fim de possibilitar reflexões acerca do planejamento e da organização dos serviços de saúde e de políticas públicas, bem como ofertar aos profissionais de saúde subsídios para a implementação de uma assistência em saúde mental qualificada.

Diante disso, surge o interesse em identificar o perfil sociodemográfico da população em uso de psicofármacos, por ser uma ferramenta indispensável para a organização da oferta de ações em saúde mental na Atenção Básica. Espera-se com isso, oferecer subsídios para a elaboração de estratégias para melhoria do acesso e para o uso racional dessas drogas.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a dimensão individual da gestão do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e como objetivo específico, caracterizar o perfil sociodemográfico da população em uso de psicofármacos na Atenção Básica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com utilização de dados provenientes da pesquisa fonte intitulada “Dimensão individual da gestão do cuidado em saúde mental na atenção básica na percepção dos usuários”. A pesquisa foi realizada em uma unidade básica de saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Guarapuava, Paraná.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), a população estimada era de 181.504 habitantes. O município conta com 33 equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF), lotadas em UBS, sendo que duas delas contam com uma equipe multiprofissional (composta por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo) e três contam com equipes do Nú-

cleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, educador físico e assistente social. A rede de saúde mental de Guarapuava conta também com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS AD, CAPS II e CAPS AD III.

A amostra foi selecionada de modo não probabilístico por conveniência e de maneira intencional. Todos os usuários da área de adscrição da UBS que utilizam psicofármacos no período da coleta de dados foram elegíveis.

Participaram da pesquisa 59 pessoas. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, estar adstrito na área de abrangência da unidade e utilizar um ou mais psicofármacos. Foram excluídos aqueles que, no momento da coleta, não apresentem condições verbais para responder as perguntas; ou aqueles que não foram localizados após duas tentativas de abordagem da equipe de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de 22 de janeiro a 21 de maio de 2022. Para o recrutamento dos participantes, foi realizada visita domiciliar onde foram explicitadas as principais características da pesquisa e foi feito o convite para participar. Todos os que aceitaram encontraram-se disponíveis no momento deste primeiro contato e a entrevista foi realizada imediatamente.

A entrevista ocorreu no domicílio com duração entre 30 e 60 minutos. Utilizou-se um roteiro semiestruturado com questões relacionadas às características socioeconômica e demográficas. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas como apoio à fidedignidade das respostas, que posteriormente foram transcritas.

Os dados foram codificados e armazenados em uma planilha eletrônica de dados do *Microsoft Excel®* e posteriormente analisados neste programa, mediante estatística descritiva (distribuição absoluta e percentual). Os resulta-

dos foram apresentados em tabelas.

A pesquisa fonte intitulada “Dimensão individual da gestão do cuidado em saúde mental na atenção básica na percepção dos usuários” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste, sob parecer nº 4.697.251, respeitando-se a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os sujeitos participaram desta pesquisa de livre e espontânea vontade, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora informou aos participantes o caráter da pesquisa, a metodologia aplicada, os benefícios e riscos desta pesquisa. Para aqueles que consentiram, a devolutiva da cópia do TCLE assinada pela pesquisadora responsável foi enviada via *Whatsapp* ou *e-mail*, conforme preferência do participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A **Tabela 2.1** apresenta o perfil sociodemográfico dos usuários em uso de psicofármacos no cenário do estudo. Dos 59 participantes, 88,1% (52) eram mulheres e 11,9% (7) homens. Houve predominância de jovens adultos de 40 a 59 anos, casadas, de cor branca, com média de um a dois filhos, católicas e que não precisam de cuidadores.

Tabela 2.1 Características sociodemográficas da população adscrita de uma unidade de saúde. Guarapuava, PR, 2022

Variável	N	%
Faixa etária		
Até 39 anos	21	35,6%
Acima de 39 anos	22	37,3%
60 anos ou mais	16	27,1%
Estado Civil		
Casado (a)	33	55,9%
Solteiro (a)	11	18,6
Viúvo (a)	6	10,2
Divorciado (a)	2	3,4

União consensual	7	11,9
Raça/cor		
Branca	42	71,2%
Parda	15	25,4%
Negra	2	3,4%
Filhos		
Sim	55	93,2%
Não	4	6,8%
Número de filhos		
De 1 a 2	30	55,6%
De 3 a 4	16	29,6%
Mais que 5	8	14,8%
Crença Religiosa		
Católico	38	64,4%
Evangélico	16	27,1%
Agnóstico	5	8,5%
Precisa de Cuidador/Acompanhante		
Sim	6	89,8%
Não	53	10,2%

No que se refere às características socioeconômicas (**Tabela 2.2**), a maioria tem ensino fundamental incompleto, mora em casa própria com o cônjuge e em média de três a quatro moradores na residência.

Tabela 2.2 Características socioeconômicas da população adscrita de uma unidade de saúde. Guarapuava, PR, 2022

Variável	N	%
Ocupação		
Do lar	29	49,2%
Professor	4	6,8%
Vendedor	3	5,1%
Manicure	1	1,7%
Cozinheira	1	1,7%
Aposentadoria/Auxílio	6	10,2%
Desempregado	3	5,1%
Outros	12	20,3%
Do lar	29	49,2%
Jornada de Trabalho		
Não informada	36	61%

20 horas semanais	4	6,8%
40 horas semanais	14	23,7%
Mais de 40 horas semanais	5	8,5%
Situação de Trabalho		
Autônomo	12	20,3%
Do lar	13	22%
Carteira assinada	17	28,8%
Não trabalha	17	28,8%
Principal Provedor Financeiro		
O (a) Próprio (a)	19	32,2%
Cônjuge	17	28,8%
Ambos	12	20,3%
Outros	11	18,6%
Origem da Renda		
Trabalho Formal	15	25,4%
Trabalho Informal	20	33,9%
Benefícios	20	33,9%
Não Informado	4	6,8%
Renda Individual Mensal		
Menos de 1 salário-mínimo	13	22%
1 a 3 salários-mínimos	35	59,3%
Mais de 4 salários-mínimos	2	3,4%
Sem renda	9	15,3%

Em relação ao perfil de trabalho e renda (Tabela 2.3), a maioria assumia o papel de principal provedor financeiro, com renda média de um a três salários-mínimos, advinda de trabalho informal ou benefícios. Destaca-se que poucos tinham vínculo empregatício com carteira assinada. A maioria (76,3%; n=45) não possui plano privado de saúde.

Tabela 2.3 Perfil de trabalho e renda dos usuários adscritos em uma unidade de saúde. Guarapuava, PR, 2022

Variável	N	%
Escolaridade		
Fundamental Completo	4	6,8%
Fundamental Incompleto	31	52,5%
Ens. Médio Completo	12	20,3%

Ens. Médio Incompleto	6	10,2%
Ensino Superior	4	6,8%
Analfabeto	2	3,4%
Situação Habitacional		
Casa Própria	57	96,6%
Casa Alugada	2	3,4%
Número de Moradores no Domicílio		
De 1 a 2	16	27,1%
De 3 a 4	26	44,1%
Mais de 4	17	28,8%
Com quem mora		
Cônjuge	45	76,3%
Filhos	11	18,6%
Pais	3	5,1%
Escolaridade		
Fundamental Completo	4	6,8%
Fundamental Incompleto	31	52,5%
Ens. Médio Completo	12	20,3%
Ens. Médio Incompleto	6	10,2%
Ensino Superior	4	6,8%
Analfabeto	2	3,4%
Situação Habitacional		
Casa Própria	57	96,6%
Casa Alugada	2	3,4%
Número de Moradores no Domicílio		
De 1 a 2	16	27,1%
De 3 a 4	26	44,1%
Mais de 4	17	28,8%
Com quem mora		
Cônjuge	45	76,3%
Filhos	11	18,6%
Pais	3	5,1%
Fundamental Incompleto	31	52,5%
Ens. Médio Completo	12	20,3%
Ens. Médio Incompleto	6	10,2%

Em relação ao estado civil, diferente dos achados deste estudo, a literatura apresenta maior prevalência de transtornos mentais entre solteiros. O fato de que a maioria não consegue

formar uniões conjugais, nos permite refletir que os sujeitos são prejudicados em sua independência e interação relacional tendo em vista ausência de satisfação amorosa o que pode reduzir sua autoestima (OLIVEIRA & SILVA, 2014).

O estudo de Silva *et al.* (2021), realizado em um ambulatório de saúde mental em Imperatriz no Maranhão, com objetivo de verificar possíveis associações entre intensidade de sintomas e perfil sociodemográfico dos indivíduos, evidenciou que os níveis de saúde mental do indivíduo também são determinados pelo nível de escolaridade, mostrando-se relevante para a intensidade das psicopatologias, já que pessoas com mais anos de estudo apresentaram sintomas mais brandos que os demais.

Ribeiro *et al.* (2018), em seu estudo sobre equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns, identificou que poucos possuem plano privado de saúde, reforçando os achados do presente estudo. Costa *et al.* (2020), em seu estudo sobre o SUS na pandemia, mostra a sua importância quanto ao seu acesso universal, que atende os brasileiros sem nenhum custo. Ao contrário, dos países que não adotam esse modelo de sistema de saúde, onde observou-se que sem esse sistema público, muitos cidadãos fogem dos tratamentos, morrendo em suas casas por medo da conta que não podem pagar.

Os achados do presente estudo mostram que a maioria possui casa própria, possibilitada através de um plano habitacional do governo, que lança a produção de casas em massa, com recursos do orçamento da união do fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS). Cabe salientar que esse projeto, acolhido como proposta pelo governo, apresenta-se como uma perspectiva na redução do déficit habitacional (MEYLAN, 2019).

A maioria dos estudos sobre diferenças socioeconômicas no uso de atenção à saúde inclui a renda como indicador de status socioeconômico. A renda está diretamente relacionada à capacidade de pagamento dos serviços de saúde (BLOMGREN & VIRTÁ, 2020), consecutivamente ligado a questões sociais de moradia, onde há aglomerado de pessoas, que intensificam as desigualdades sociais (ANDRADE, 2018). A precariedade habitacional, implica na qualidade de vida. O impacto na saúde de ambientes insalubres e o distanciamento da comunidade científica da realidade comprovam a necessidade de aumentar a eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde (COHEN *et al.*, 2014).

A renda familiar encontrada no presente estudo mostra em média de um a três salários-mínimos, advinda de trabalho informal na maioria dos casos, ou de benefícios sociais. Estudos revelam predominância de desempregados e trabalhadores informais entre pessoas com transtornos mentais (OLIVEIRA & SILVA, 2014).

Magalhães (2022) ressalta a importância do trabalho para a saúde dos indivíduos, seu impacto positivo ou negativo a depender das condições trabalhistas. É comum que trabalhadores apresentem casos de transtorno mental, o que pode interferir na produtividade desses trabalhadores. Foi perceptível através de estudos que a pandemia impactou as empresas, que acabaram adotando o modo home office, como forma de proteger a saúde de todos onde muitos apresentaram dificuldades com as tecnologias, podendo provocar perturbações psicológicas e sociais.

Grande parte dos estudos já realizados sobre diferenças socioeconômicas no uso da atenção à saúde inclui a renda como indicador de status socioeconômico, mas os papéis da educação também devem ser avaliados. No estudo realizado por Blomgren & Virta (2020) sobre as di-

ferências socioeconômicas de uma população na Finlândia, reconheceu-se que a desigualdade relacionada à renda nem sempre surge da renda em si, mas pode estar associada a baixa escolaridade ou a ocupação das pessoas. Estudos revelam que documentar disparidades sociais nas trajetórias de tratamento é importante para aumentar o conhecimento acerca das desigualdades em saúde (PITKANEN *et al.*, 2022).

Ladeia *et al.* (2020) em seu estudo sobre análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de Covid-19, apresenta os desafios para a saúde pública em todo o mundo, tais como o impacto psicológico diante do isolamento físico e social e das alterações da rotina de toda a população. Isso evidenciou em grande parte aumento de transtornos mentais, principalmente questões de ansiedade e depressão. Além disso, a crise econômica também está relacionada a sérios impactos na saúde mental da população. Destaca-se a necessidade de pesquisas voltadas ao impacto psicossocial em populações vulneráveis, enfatizando a importância da preocupação da saúde mental, visto que diante da pandemia é notório observar comportamentos de estresse, medo, ansiedade e depres-

são.

Diante disso, faz-se necessário atentar-se para o perfil sociodemográfico dos usuários, visto que isso implica diretamente na adesão ao tratamento. Além disso, deve-se fortalecer as relações intersetoriais, entendendo que o cuidado com a saúde mental envolve mais do que apenas um ponto de atenção da rede.

CONCLUSÃO

Conclui-se que descrever o perfil sociodemográfico da população em uso de psicofármacos na atenção básica, nos permite identificar possíveis meios de intervenção para o desenvolvimento de ações em saúde e o fortalecimento de relações intersetoriais.

Corroborando com a literatura, o perfil de maior prevalência de transtornos mentais caracteriza-se por mulheres, com baixa escolaridade e baixa renda. Tal fato nos permite construir meios para garantir atendimento adequado a esse público. Frente a isso, reconhecemos a atenção básica como um espaço fundamental na atenção à saúde mental, numa perspectiva de cuidado integral e com equidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, J.M.B. Estudo sobre doenças e desigualdades sociais em aglomerados subnormais do bairro da Redenção – Manaus (AM). Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018.
- BLOMGREN, J. & VIRTÁ, L.J. Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: a register-linkage study of a working-age population in finland. *Plos One*, v. 15, n. 4, p. e0231792, 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0231792.
- BORBA, L.O. *et al.* The mental disorder profile of patients treated at the center for psychosocial care (CAPS). *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 21, p. e-1010, 2017. doi: 10.5935/1415-2762.20170020.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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. Brasília DF., abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 05 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2024.
- COHEN, S.C. *et al.* Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 807, 2004. doi: 10.1590/S1413-81232004000300031.
- COSTA, A.M. *et al.* Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 125, p. 289, 2020. doi: 10.1590/0103-1104202012500.
- ESSWEIN, G.C. *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3765, 2021. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.15602019.
- GERBALDO, T.B. *et al.* Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p. 1079, 2018. doi: 10.1590/1981-7746-sol00150.
- GUERRA, C.S. *et al.* Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade referência para saúde mental. *Revista de Enfermagem*, v. 7, n. 6, 2013. doi: 10.5205/1981-8963-v7i6a11685p4444-4451-2013.
- HIANY, N. *et al.* Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 87, n. 25, 2018. doi: 10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201317.
- LADEIA, D.N. *et al.* Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 46, p. e3925, 2020. doi: 10.25248/reas.e3925.2020.
- MAGALHÃES, V.C.C. Saúde mental e pandemia: A influência da pandemia do Covid-19 na saúde de funcionários de uma organização privada. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação no Curso de Administração) - Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Caruaru, 2022.
- MAZZO, D.M. *et al.* Efeitos da pandemia na saúde mental de pacientes em reabilitação. *Journal Health NPEPS*, v. 6, n. 2, 2021. doi:10.30681/252610105481.
- MEYLAN, A. A política de habitação social no Brasil: as inflexões da política habitacional pelo programa minha casa, minha vida. *Revista Brasileira de Direito Urbanístico – RBDU*, v. 5, n. 8, p. 77, 2019. doi: 10.55663/rbdu.v5i8.622.
- OLIVEIRA, J.F.M., SILVA R.J.G. Perfil sociodemográfico de pessoas com transtorno mental. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 5, n. 3, p. 862, 2017.
- PITKANEN, J. *et al.* Socioeconomic differences in psychiatric treatment before and after self-harm: an observational study of 4,280 adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*, v. 22, n. 14, 2022. doi: 10.1186/s12888-021-03654-9.

RIBEIRO, M.K.P. *et al.* Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, p. e180011, 2018. doi: 10.1590/1980-549720180011.

ROCHA B.S. & WERLANG M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 18, n. 11, p. 3291, 2013. doi: 10.1590/S1413-81232013001100019.

SILVA, R.P. *et al.* Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Usuários de um Ambulatório de Saúde Mental. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 13, n. 1, p. 41, 2021. doi: 10.18256/2175-5027.2021.v13i1.3559.

SILVA, T.L. *et al.* Profile of hospitalizations in the psychiatric unit of a general hospital. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 644, 2014. doi: 10.5935/1415-2762.20140047.

Capítulo 03

TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA

ARIZA BARBOSA DO NASCIMENTO¹
ÍTALO ARÃO PEREIRA RIBEIRO²
LAURA ELIS AGUERO REIS³
LAURA MARIA SOUZA DE LINHARES⁴

¹Enfermeira - Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

²Enfermeiro – Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

³Enfermeira – Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

⁴Enfermeira – Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Palavras-Chave: Tentativa de Suicídio; Adolescente; Saúde Mental.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.3

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

As tentativas de suicídio são atos deliberados de autoinfecção com a intenção de causar a própria morte, mas que não resultam em óbito. Esses eventos são considerados um importante fator de risco para o suicídio e representam um fenômeno associado ao comportamento suicida (AVANCI *et al.*, 2023). Em 2016, estimativas indicaram que o comportamento suicida resultou em 62 mil vítimas entre adolescentes de 15 a 19 anos globalmente, posicionando o suicídio como a terceira principal causa de morte nessa faixa etária (WHO, 2021).

Apesar da gravidade da problemática, as taxas de óbitos e lesões autoprovocadas permanecem subestimadas, seja devido à falha na notificação por parte dos profissionais de saúde ou à ocultação dos casos por familiares, influenciados por estigmas sociais, religiosos ou culturais (SANTOS & NEVES, 2021). No que tange às tentativas de suicídio, a subnotificação é significativa; dados da Organização Mundial da Saúde indicam que, para cada tentativa registrada, há pelo menos quatro não documentadas (WHO, 2002; WHO, 2014).

A adolescência, caracterizada por intensas transformações corporais, hormonais e biopsicossociais, está associada a elevadas taxas de tentativas de suicídio. Esse aumento pode ser atribuído à adoção frequente de comportamentos inadequados, à dificuldade de reconhecimento e validação no contexto familiar e social, e a ações impulsivas e imediatistas, que dificultam a capacidade dos jovens de resolver problemas. Esses fatores podem contribuir para situações de violência, uso de substâncias psicoativas e conflitos familiares, todos associados ao comportamento suicida (SIMÕES *et al.*, 2022).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é identificar o perfil dos adolescentes que tentam suicídio, examinar os fatores associados ao comportamento suicida nesta população e sina-

lizar intervenções preventivas eficazes, propondo recomendações para sua implementação.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, um método que sintetiza múltiplos estudos publicados e contribui para a formação de conclusões sobre um determinado tema (MENDES *et al.*, 2008).

A pesquisa foi realizada por meio da busca de artigos científicos, dissertações e teses em diversos bancos de dados, incluindo *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) Brasil, Google Acadêmico, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados na busca foram: "tentativa de suicídio", "adolescente" e "saúde mental".

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: publicações científicas completas no idioma português, com data de publicação a partir de 2019, que incluíssem os descritores selecionados e que estivessem disponíveis nas plataformas digitais SciELO, Google Acadêmico, PubMed e BVS. Foram excluídas da análise as publicações anteriores a 2019, textos incompletos, duplicados e produções em outros idiomas.

A coleta de dados foi realizada por meio de fichamentos bibliográficos, permitindo uma análise sistemática das leituras selecionadas para este trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a elaboração dos resultados e discussões, foram buscadas e coletadas um total de 148 publicações, que constituem a base deste trabalho. Durante a pesquisa, foram utilizados os seguintes descritores: "tentativa de suicídio", "adolescente" e "saúde mental".

As bases de dados consultadas incluíram a SciELO Brasil, Google Acadêmico, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O Google

Acadêmico foi a plataforma que apresentou o maior número de resultados, representando aproximadamente 85,81% do total de publicações coletadas, seguido pela BVS, com 10,81%. A SciELO Brasil contribuiu com cerca de 2,70%, enquanto a PubMed apresentou o menor índice, com 0,67%. O período considerado para as publicações abrangeu de 2019 a 2023.

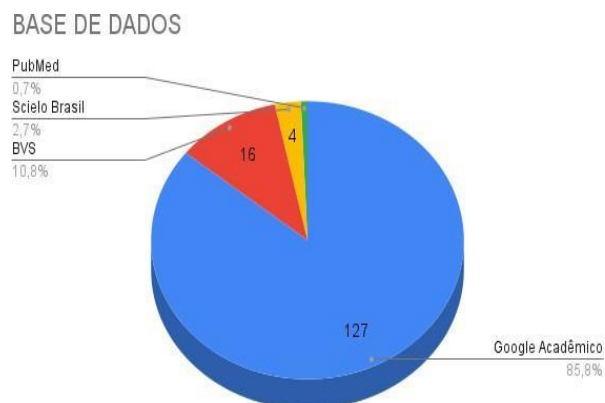
O **Gráfico 1.1** ilustra de forma mais clara a porcentagem de artigos encontrados, divididos de acordo com a plataforma de origem.

Durante a busca dos artigos que foram encontrados e coletados nas bases de dados já citadas anteriormente, 21 artigos foram pré-selecionados, entretanto, devido a presença de duplicidade de um artigo presente em duas plataformas, a indisponibilidade de um texto completo na íntegra devido a não autorização do autor e um artigo publicado no ano de 2017, tendo

o auxílio da plataforma Zotero, apenas 17 destes foram selecionados devido aos critérios que foram definidos na confecção deste estudo.

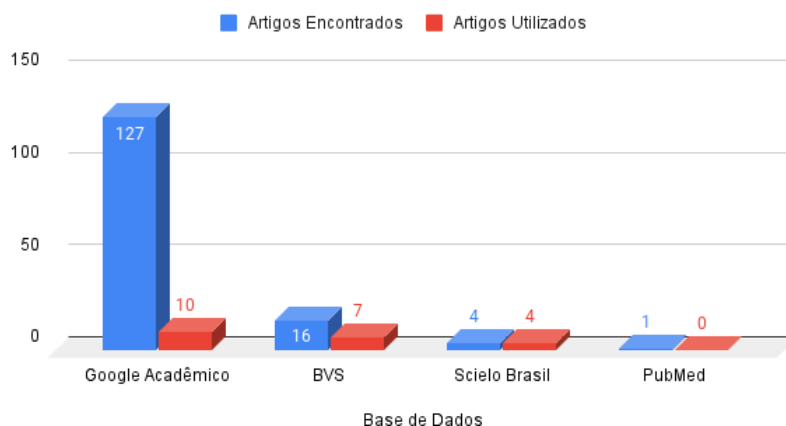
Gráfico 1.1 Distribuição da quantidade total de artigos em porcentagem de acordo com cada plataforma. Campo Grande (MS), 2023

A seguir, o gráfico de acordo com a quantidade



de artigos encontrados em cada plataforma, respectivamente.

Gráfico 2.2 Distribuição da quantidade de artigos encontrados e artigos utilizados. Campo Grande (MS), 2023



Após a coleta dos artigos para a produção deste trabalho, eles foram analisados e organizados de acordo com título e subtítulo, autores, ano de publicação, tipo de estudo e objetivos. A análise dos artigos selecionados revelou que as seis publicações discutem o perfil dos adolescentes que tentaram suicídio, destacando uma prevalência significativa do sexo feminino. Segundo Pinheiro *et al.* (2021), as mulheres tendem a optar por métodos menos letais e apre-

sentam uma maior ocorrência de transtornos mentais, o que amplifica sua vulnerabilidade.

Os estudos indicam que o local mais frequente para tentativas de suicídio entre adolescentes é a residência, sugerindo que o comportamento suicida pode estar associado ao isolamento, além de fatores precipitantes, como conflitos familiares e terminos de relacionamentos (GRIGOLETTO *et al.*, 2020). Em relação aos fatores de risco identificados, três artigos abor-

daram essa questão, revelando que os principais fatores associados incluem a presença de transtornos mentais, o sexo feminino e a disfuncionalidade familiar.

No estado do Rio Grande do Sul, em 2019, foi lançado um Guia Intersectorial de Prevenção do Comportamento Suicida, que elenca fatores de risco como história de tentativas anteriores, transtornos mentais, *bullying*, *cyberbullying*, violência intra ou extrafamiliar, histórico de abuso sexual, suicídio na família, baixa autoestima, uso de substâncias e discriminação de populações vulneráveis, como pessoas LGBTQIA+, indígenas e negras, além de pessoas em situação de rua (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019). Um fator de risco isolado não exerce a mesma influência que fatores combinados, ressaltando que quanto maior o número de fatores de risco, maior a probabilidade de automutilação ou tentativas de suicídio (QUESADA, 2020).

A presença de transtornos mentais entre adolescentes também foi uma constante nos resultados, destacando a vulnerabilidade dessa faixa etária. De acordo com Alpe (2023), um em cada seis adolescentes entre 10 e 19 anos já enfrentou sofrimento mental, com diagnósticos que muitas vezes se tornam complexos, uma vez que os sintomas podem ser confundidos com aspectos normais do desenvolvimento. Os transtornos mentais associados às tentativas de suicídio frequentemente incluem transtornos de humor (como transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar), uso de substâncias psicoativas, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta, transtorno de estresse pós-traumático e esquizofrenia (BOTEGA, 2015; SOUSA *et al.*, 2017; WHO, 2014).

Sintomas de depressão são prevalentes entre vítimas de *bullying*, tanto em contextos virtuais

(*cyberbullying*) quanto escolares. Contudo, o número de casos é 2,5 vezes maior entre as vítimas de *cyberbullying*, o qual é definido como um ato agressivo e intencional perpetrado por indivíduos ou grupos por meio da internet, frequentemente manifestando sentimentos de ódio e retaliação (WENDT & LISBOA, 2020). Uma pesquisa realizada pelo Instituto Ipsos em 2018 revelou que o Brasil ocupa a segunda posição mundial em casos de *cyberbullying*, atrás apenas da Índia. Em 2019, a UNICEF identificou que 37% dos adolescentes relataram ter sido vítimas de *cyberbullying* nas redes sociais (SALES *et al.*, 2022).

Quanto aos métodos utilizados nas tentativas de suicídio, os artigos analisados apontam a ingestão de medicamentos como o meio mais frequente, seguido pela automutilação. Um estudo de Simões *et al.* (2022), realizado no estado de Victoria, Austrália, sugere que adolescentes que ingerem altas doses de medicamentos e praticam automutilação apresentam um risco aumentado de suicídio. Embora a automutilação seja citada como uma das formas de tentativa de suicídio entre adolescentes, nem sempre expressa a intenção de morte, sendo muitas vezes uma forma de buscar alívio emocional sem a presença de ideação suicida (AVANCI *et al.*, 2023).

Após identificar o perfil dos adolescentes que tentam suicídio e discutir os fatores de risco associados, surge a questão das medidas preventivas que podem ser implementadas. Algumas intervenções, como atividades de lazer individuais ou coletivas, demonstram potencial para reduzir em até 80% as chances de tentativas de suicídio ou automutilação (MENDES *et al.*, 2023). A família desempenha um papel ambíguo, podendo ser um fator de proteção ou risco, especialmente em contextos de baixa comunicação, disfunções familiares e expectativas irrealistas (BENATTI, 2020). O reconhecimento do comportamento suicida deve ser uma

prioridade não apenas para as famílias, mas também para os profissionais de saúde, que precisam de treinamento adequado para identificar e intervir precocemente (BRITO *et al.*, 2021).

A capacitação de profissionais de saúde para a detecção precoce do comportamento suicida na adolescência é fundamental para fomentar o desejo de viver entre esses jovens, promovendo vínculos e aumentando a confiança (ABREU *et al.*, 2010). Iniciativas como reuniões de equipe e trabalho em rede são essenciais para a prevenção do comportamento suicida, integrando e compartilhando cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde, com o intuito de identificar fatores de risco e vulnerabilidades (SILVA & PEGORARO, 2023).

Além disso, a escola desempenha um papel crucial na prevenção do comportamento suicida, pois é o espaço onde os adolescentes desenvolvem habilidades sociais e emocionais. A presença de um professor que forneça apoio emocional e aborde temas como relações tóxicas, emoções, *bullying* e mídias sociais pode resultar em uma diminuição significativa dos índices de depressão entre os estudantes, evidenciando a importância de medidas preventivas eficazes. Dessa forma, é imperativo que sejam implementadas estratégias intersetoriais e multidisciplinares, visando à promoção do bem-estar e à redução do comportamento suicida entre adolescentes, garantindo um ambiente seguro e acolhedor para seu desenvolvimento emocional e social.

CONCLUSÃO

A adolescência é um foco crescente de estudo devido aos impactos epidemiológicos associados às tentativas de suicídio e ao suicídio consumado. Este trabalho revisou a literatura existente para traçar o perfil dos adolescentes e identificar os fatores de risco relacionados ao

comportamento suicida.

Observou-se uma lacuna significativa nas publicações analisadas quanto à notificação e à identificação do comportamento suicida por profissionais de saúde, bem como na discussão de medidas de prevenção e intervenções após tentativas de suicídio. Os resultados corroboram estudos anteriores, evidenciando a predominância do sexo feminino nas tentativas, o domicílio como local mais frequente e a ingestão de medicamentos como o método mais comum.

Fatores individuais e familiares são cruciais para o desenvolvimento do comportamento suicida. É essencial que pais e responsáveis aumentem sua vigilância sobre o comportamento dos adolescentes, promovendo diálogo e proximidade familiar. A revisão também revelou que a maioria dos autores é composta por profissionais da psicologia vinculados à academia, com escassa participação de profissionais atuantes no cuidado direto de adolescentes com transtornos mentais, como aqueles dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantojuvenis. Essa situação pode ser atribuída à rotina extenuante na saúde mental, que dificulta discussões mais aprofundadas sobre os casos atendidos.

O processo de residência na área da saúde mental pode promover a integração entre teoria e prática, incentivando publicações futuras e melhorias na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A interação entre profissionais de saúde, adolescentes e suas famílias é fundamental para prevenir o comportamento suicida, pois estabelece confiança e um espaço para esclarecer dúvidas. A implementação de ações como a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), grupos de apoio para adolescentes e suas famílias, além de reuniões intersetoriais, mostra-se promissora na obtenção de resultados positivos a curto e longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, K.P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 12, n. 01. 2010. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9537>.
- ALPE, A.C.O.E.S. Tentativas de suicídio na adolescência: atribuindo sentidos e significados. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Santa Maria - RS, 2023.
- AVANCI, J.Q. *et al.* Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência: conversando com profissionais sobre formas de prevenção. - Rio de Janeiro: Faperj, 2023.
- BENATTI, L.M.P. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio - um processo de desenvolvimento de competências. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Universidade de Évora, Portalegre, 2020.
- BOTEGA, N.J. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRITO, F.A.M. *et al.* Violência autoprovocada em adolescentes no Brasil, segundo os meios utilizados. *Cogitare. Enfermagem*, v. 26, p. e76261, 2021. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76261>.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes. Porto Alegre: Governo do Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2024.
- GRIGOLETTO, A.P. *et al.* Tentativas de suicídio notificadas em um hospital de ensino no estado do Rio Grande do Sul, 2014-2016. *Revista Pesquisa. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*, n. 12, p. 447, 2020.
- MENDES, K.D.S. *et al.* Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- MENDES, A.G.P. *et al.* Violência autoprovocada em adolescentes no Brasil: fatores de risco e de proteção. *Anais X Seminário de Produção Científica do Curso de Psicologia, Universidade Evangélica de Goiás*, 2023.
- PINHEIRO, T.P. *et al.* Caracterização das tentativas de suicídio e automutilação por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014 - 2018. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 30, n. 03, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400026>
- QUESADA, A.A. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, p. 95, 2020.
- SALES, J.I.S. *et al.* Cyberbullying entre jovens e adolescentes no ambiente escolar. Trabalho de Conclusão de Bacharelado em Direito. Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte, 2022.
- SANTOS, N. & NEVES, E.L. Adolescência e Comportamentos suicidários. In: SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. (coord.). *Suicídio e comportamento autolesivo: dos conceitos a prática clínica*. Lisboa: Lidel, p. 225, 2021.
- SILVA, D.R. & PEGORARO, R.F. Estratégias de cuidado a pessoas que tentaram suicídio segundo a literatura. *Psicologia Revista*. v. 32, n. 01, p. 36, 2023. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2023v32i1p36-55>.
- SIMÕES, É.V. *et al.* Motivos atribuídos às tentativas de suicídio: percepção dos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 75. Suppl 3, p. e20210163, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0163>.
- SOUSA, G.S. *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3099, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>.
- WENDT, G.W. & LISBOA, C.S.M. Cyberbullying e depressão em adolescentes. *Revista Psicologia para América Latina*. n. 34, p. 221, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genebra: WHO; p.169, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 15 de janeiro de 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2024.

Capítulo 04

RELAÇÃO DA VITAMINA D NO TRATAMENTO DE ALZHEIMER

DÉBORA PRETO CARDOSO¹

LUANA IRIS POCHOSAI SOARES¹

ANA ANGÉLICA RUSCHEWEYH RIGONI²

¹Discente – Farmácia do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.

²Docente - Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer; Idosos; Cognição; Vitamina D.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.4

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A vitamina D é um termo denominado que abrange um grupo de moléculas formadas por anéis, derivados do colesterol, com diferentes cadeias laterais a qual sintetiza na pele. Tem como benéfico e papel fundamental regulação óssea, funções biológicas que são realizadas por receptores da vitamina D além da absorção intestinal de cálcio (ANNWEILER, 2016).

No processo de metabolismo da vitamina D, a deficiência em qualquer etapa, seja devido à exposição inadequada aos raios ultravioleta, doenças hepáticas ou renais, leva a uma redução na eficácia da vitamina D. Isso resulta em mudanças nos níveis de cálcio e fósforo no sangue, que são essenciais para: processos metabólicos; saúde óssea e função neuromuscular.

Na regulação óssea aumenta a densidade óssea e com isso diminui o risco de quedas e fraturas. Outra função importante é o efeito neuroprotetor, com a defesa neural realiza regulação de cálcio através dos canais de cálcio, além de demonstrar a ação neuroprotetora contra radicais livre do oxigênio e óxido nítrico ele atua inibindo a síntese de óxido nítrico e regula as enzimas (ANNWEILER, 2016).

A Vitamina D pode ser encontrada em duas formas; Ergocalciferol (vitamina D2) e colecalciferol (vitamina D3).

Ergocalciferol ou Vitamina D2 é uma pré vitamina D de origem vegetal encontrada em fungos ou plantas e é sintetizada por meio da ação da radiação ultravioleta do sol sobre o esteroide chamado ergosterol. A vitamina D2 dupla ligação entre os carbonos 22 e 23 e não apresenta grupo metil no carbono 24 (BIVONA *et al.*, 2021).

Colecalciferol ou Vitamina D3 é sintetizada por ação dos raios ultravioletas B (UVB) que transforma o 7-deidrocolesterol em pré-vitamina D3 e em seguida se converte em colecal-

ciferol é produzida por seres humanos e animais. A Vitamina D3 apresenta uma ligação simples entre os carbonos 22 e 23 com a mesma característica observada na vitamina D2. Tal como ergocalciferol como colecalciferol são transportados por meio da proteína ligadora da vitamina D até o fígado. Nesse órgão sofrem modificações e formam o calcifediol, a forma de depósito da vitamina. Posteriormente o calcifediol segue para os rins, nos quais forma o calcitriol, que é a forma metabolicamente ativa da vitamina D (BIVONA *et al.*, 2021).

A vitamina D pode ser absorvida pelo organismo de duas formas: por síntese cutânea que ocorre em 90% dos casos através da exposição ao sol, entretanto existem fatos que essa síntese ocorra de maneira adequada. E tem por alimentação ocorre em menor frequência, cerca de 10%. Alguns alimentos são ricos em vitaminas D, podendo citar salmão, óleo de fígado de bacalhau, sardinha, atum e fígado de boi (GALVÃO *et al.*, 2013).

Em 1906 pela primeira vez foi documentada a doença Alzheimer (DA) pelo médico alemão psiquiatra neuroanatomista Alois Alzheimer (1864 – 1915), no hospital que trabalhava acompanhou uma mulher chamada Auguste Deter, que tinha aproximadamente 50 anos na época, e que sofria de distúrbios cognitivos desorientação, delírios entre outras condições. Após seu falecimento Examinaram o cérebro da mulher, notando uma mudança significativa como: atrofia generalizada, alteração no córtex cerebral (INSTITUO ALZHEIMER BRASIL, 2012). Esse acontecimento foi um destaque na história da medicina.

Após alguns anos da descoberta da anomalia no cérebro por Alois Alzheimer, foi compreendido que a doença ocorre devido à falta de ações sinápticas no cérebro que é responsável pelas funções cognitivas pelas quais estão incluídos córtex cerebral, hipocampo, córtex en-

torrinal e estriado ventral. A perda acontece pois os portadores da doença têm o tecido funcional cerebral reservatório de fibrilares amiloides presa nos vasos sanguíneos associadas por diferentes placas senis, que ocorre a formação anormais dos filamentos da proteína tau, resultando o desenvolvimento de novos neurofibrilares, indução da glia, inflamação e deterioração neural (SERENIKI & VITAL, 2008).

A manifestação Clínica da DA caracteriza como perda de função cognitiva (linguagem, memórias, discernimento, entre outros) ou neuropsiquiátrica. Supõe-se que comece aos vinte e poucos anos do aparecimento dos primeiros sintomas, pois a mudança do cérebro é indetectável, só com o passar dos anos que é notável, com déficit de memória e dificuldade de linguagem. Conforme o mistério da saúde a doença possui estágio (fases) dividida em quatro: Primeiro Inicial, Segundo Moderado, Terceiro Grave e Quarto Terminal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Primeiro estágio (Inicial)- ocorre a perda da memória, humor, personalidade e habilidades visuoespaciais; Segundo estágio (Moderado)- Agitação, insônia, complicação na fala, dificuldade na coordenação motora e tarefas cotidianas; Terceiro estágio (Grave) – Dificuldade na alimentação, Perda progressiva da função motora, Incontinência urinária e fecal; Quarto estágio (Terminal) – perda total da capacidade motora, confinado ao leito, perda quase toda de lembranças (INOUE & OLIVEIRA, 2004).

Dentro desse contexto o objetivo desse trabalho avaliar a ligação entre os níveis de vitamina D e a função cognitiva com foco na DA. Esse estudo explora os efeitos da suplementação de vitamina D na evolução dos sintomas da DA, e avalia a influência de nutrientes e outras vitaminas como, vitamina B, A, E, selênio e ômega 3 no avanço da doença e sua prevenção.

MÉTODO

Este estudo foi conduzido por meio de uma bibliográfica acerca da relação entre a vitamina D e a DA, além de outras vitaminas e nutrientes associados à cognição, realizada no período de março 2024 até agosto de 2024, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e Google Acadêmico, bem como revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados publicados entre os anos de 2000 e 2023.

Foram utilizados artigos que abordavam a síntese, metabolismo, funções e efeitos da vitamina D e outros micronutrientes no organismo, com especial ênfase na neuroproteção e na cognição

Os critérios de inclusão foram: artigos e revisão com foco na vitamina D doenças neurodegenerativas, particularmente a DA. Foram excluídos artigos que não abordavam o sistema nervoso central ou que não relacionavam vitaminas e doenças cognitivas.

Foram abordados os artigos que possuíam associação o déficit de vitamina D a evolução da DA com as provas clínicas de suplementação vitamínica como intervenção, e foram analisados outros nutrientes, como vitaminas B1, B9, A, E, ômega 3 e selênio, De acordo com a literatura que detalha suas ações no cérebro e no desempenho cognitivo.

Depois da seleção dos artigos, foi conduzido uma análise crítica comparativa para identificar pontos comuns entre os estudos e avaliar as intervenções com vitamina D o Alzheimer. O método envolve também a revisão de ensaios clínicos duplo-cegos sobre suplementação vitamínica e seus impactos em biomarcadores relacionados ao Alzheimer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a população envelhecendo a DA está aumentando significativamente, sendo a mani-

festação mais comum de demência, manifestando entre 50% a 70% dos casos (WINBLAD *et al.*, 2016). Após estudos foram associados fatores de risco como predisposição genético,

idade, hábito alimentar e prática de exercício físicos relacionado à doença. Ainda não existe nenhuma intervenção clínica que previne o aparecimento ou mesmo a cura.

Tabela 4.1 Resumo dos estudos sobre ingestão e medidas de vitaminas

Vitaminas	Número de Participantes/Idade [Ano]	Referências
Vitamina B	266/≥70	DE JAGER, C.A. <i>et al.</i> Resultados cognitivos e clínicos do tratamento com vitamina B para redução da homocisteína no comprometimento cognitivo leve: um ensaio clínico randomizado.
Vitamina A	333/≥60	SHAHAR, S. <i>et al.</i> Associação entre o status de vitamina A, vitamina E e apolipoproteína E com comprometimento cognitivo leve entre idosos em áreas residenciais de baixo custo.
Vitamina E	7540/>60	KRYSCIO, R. <i>et al.</i> Associação FA de Uso de Suplementos Antioxidantes e Demência na Prevenção da Doença de Alzheimer por Teste de Vitamina E e Selênio (PREADViSE).
Vitamina D	4144/>65	ROSSOM, R.C. <i>et al.</i> Suplementação de cálcio e vitamina D e comprometimento cognitivo na iniciativa de saúde da mulher.

Os resultados da pesquisa mostram que a vitamina B tem resposta cognitiva e clínica no tratamento, para redução da homocisteína no comprometimento cognitivo leve: um ensaio clínico randomizado (SHIH *et al.*, 2019).

Na opinião do autor a ingestão alimentar insuficiente de vitamina A está vinculada a um risco aumentado de demência (SHIH *et al.*, 2019).

Conforme o autor, a vitamina E não resultou em melhora na função cognitiva após uma intervenção com a suplementação (SHIH *et al.*, 2019).

Os pacientes que apresentaram pontuações mais baixas no teste MEEM (Mini Exame do Estado Mental) exibiram níveis séricos mais baixos de vitamina D, conforme evidenciado pela pesquisa (SHIH *et al.*, 2019).

Tabela 4.2 Nutriente envolvidos na prevenção da doença de Alzheimer

Nutriente	Mecanismo de ação sugerido	Recomendação diária de consumo	Principais fontes alimentares
Vitamina B1 (Tiamina)	Está relacionada com a liberação pré-sináptica de acetilcolina, ligando-se aos receptores nicotínicos e levando à atividade anticolinesterase (CARVALHO <i>et al.</i> , 2015)	1,2mg (PADOVANI <i>et al.</i> , 2009).	Oleaginosas (amendoim e soja) e leguminosas (ervilha, grão de bico e lentilha) (CARVALHO <i>et al.</i> , 2015)
Vitamina B9 (Folato)	Relacionada com o funcionamento dos neurotransmissores (BATTIROLLA, 2010).	400 mcg/d (PADOVANI <i>et al.</i> , 2009).	Fígado, hortícolas de cor verde-escura, leguminosas e cereais enriquecidos (COSTA, 2009)
Ômega 3	EPA e DHA ampliam a fluidez da membrana plasmática, que intervém na	1,6g (Al) (PADOVANI <i>et al.</i> , 2009).	Salmão, sardinhas, atum, mariscos, truta, óleos vegetais (canola, soja e

	neurotransmissão e na sinapse, alternado o funcionamento do cérebro (COSTA, 2009).		linhaça) e nozes (CARVALHO <i>et al.</i> , 2015).
Selênio	Evita o estresse oxidativo das células, inclusive dos neurônios (SIMON, 2009)	55 ug/dia (PADOVANI <i>et al.</i> , 2009).	Oleaginosas, ovo, carnes, peixes (CARVALHO <i>et al.</i> , 2015).
Vitamina D	Estudos mostram que a vitamina D é essencial para a execução cognitiva normal, pois há receptores dessa vitamina em algumas áreas do cérebro que são responsáveis pela formação e processo de novas memórias (CARVALHO <i>et al.</i> , 2015).	600 UI/dia (PADOVANI <i>et al.</i> , 2009).	Vísceras, gema de ovo, legumes de folhas verdes, cereais integrais, oleaginosas (CARVALHO <i>et al.</i> , 2015).

O autor cita que a vitamina B1 (Tiamina) está relacionada com a liberação pré-sináptica de acetilcolina, ligando aos receptores nicotínicos e levando à atividade anticolinesterase (CARVALHO *et al.*, 2015).

A vitamina B9 (Folato) está relacionada com o funcionamento dos neurotransmissores. (BATTIROLLA, 2010).

Ômega 3 a EPA e DHA ampliam a fluidez da membrana plasmática, que intervém na neurotransmissão e na sinapse, alternando o funcionamento do cérebro (COSTA, 2009).

O selênio evita o estresse oxidativo das células, inclusive dos neurônios (SIMON, 2009).

De acordo com o autor a vitamina D mostra que é essencial para execução cognitiva normal, que possui esses receptores dessa vitamina em algumas áreas do cérebro que são responsáveis pela formação e processo de novas memórias (CARVALHO *et al.*, 2015).

Um estudo realizado sobre o efeito da suplementação de vitamina D na função cognitiva e nos biomarcadores sanguíneos relacionados à beta-amiloide (A β) com DA, cujo objetivo é avaliar se a adição da vitamina D pode retardar a progressão clínica em pacientes. Os participantes foram recrutados em abril de 2016 e abril de 2017 no hospital Huanhu de Tianjin, (JACK *et al.*, 2011) com algumas condições: diagnóstico provável de DA, avaliação médica completa, incluindo história clínica, ter o chinês como língua nativa, ser destro, estar cognitiva-

mente intacto e disposto a colaborar com o estudo; ter 65 anos ou mais (JIA *et al.*, 2019).

Teste realizado dividindo dois grupos sendo um deles com vitamina D em capsula, sendo administrada 400ui duas vezes ao dia totalizando 800ui por um período de 12 meses, o outro grupo foi administrada em cápsula de placebo com grânulos de amido sem a vitamina D, no mesmo período de tempo. Esse estudo foi realizado em duplo-cego (JIA *et al.*, 2019).

As pesquisas relatam que houve evidências de melhora da função cognitiva em testes de QI de Escala Completa, informação, aritmética, extensão de dígitos, vocabulário, desenho de blocos e organização de imagens. Esses estudos propõem que o papel neuroprotetor da vitamina D pode estar associado à diminuição dos biomarcadores relacionados ao A β (JIA *et al.*, 2019).

Em desfecho a suplementação de vitamina D pode aperfeiçoar significativamente a função cognitiva em pacientes com DA, supostamente por meio da redução dos níveis de proteína A β . De acordo o autor as pesquisas adicionais são necessárias para confirmar esses dados (JIA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Embora as evidências estejam aumentando no sentido de que a vitamina D pode ter um papel importante no declínio cognitivo, a pesquisa

sobre os efeitos da incorporação dessa vitamina na função mental ainda é insuficiente. Estudos recentes indicam que baixos níveis de vitamina D podem estar relacionados a problemas cognitivos. Isso pode ocorrer devido à presença de receptores da vitamina D em certas regiões cerebrais envolvidas no processo de formação e manutenção de novas memórias. Essa associação sugere que a vitamina D pode influenciar a evolução clínica da Doença de Alzheimer (DA) e possivelmente adiar seu desenvolvimento.

A evidência disponível aponta para a possibilidade de que a suplementação de vitamina D possa ajudar a preservar a função cognitiva em indivíduos com DA, ajudando a retardar a progressão dos sintomas. No entanto, é necessário um maior número de estudos robustos e bem controlados para confirmar esses efeitos e esclarecer os mecanismos subjacentes. A continuidade da pesquisa é crucial para estabelecer recomendações claras e efetivas sobre o uso de vitamina D na prevenção e manejo de condições neurodegenerativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANNWEILER, C. Vitamin D in dementia prevention. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1367, n. 1, p. 57, 2016. doi:10.1111/nyas.13058.
- BATTIROLLA, M.R. Nutrição e seus efeitos na Doença de Alzheimer. II Seminário Científico de Nutrição, Foz do Iguaçu, v. 1, n. 2, p. 1, 2010.
- BIVONA, G. *et al.* The role of vitamin D as a biomarker in Alzheimer's disease. *Brain Sciences*, v. 11, n. 3, p. 334, 2021. doi:10.3390/brainsci11030334.
- CARVALHO, T. & REAL, H. Papel da tiamina presente nas leguminosas na prevenção e progressão da Doença de Alzheimer. *Revista Nutricias*, Porto, v. 1, n. 24, p. 18, 2015.
- COSTA, S.M.C.L. Importância das Vitaminas, Antioxidantes e Omega-3 na Doença de Alzheimer. 2009. 71 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto, 2009.
- DE JAGER, C.A. *et al.* Cognitive and clinical outcomes of homocysteine-lowering B-vitamin treatment in mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 27, n. 6, p. 592, 2012. <https://doi.org/10.1002/gps.2758>.
- GALVÃO, L.O. *et al.* Considerações atuais sobre a vitamina D. *Brasília Med*, Brasília, v. 50, n. 4, p. 324, 2013.
- INOUE, K. & OLIVEIRA, G.H.D. Avaliação crítica do tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer. *INFARMA*, Araraquara-SP, v. 15, n. 11-12, p. 80, 2004.
- INSTITUTO ALZHEIMER BRASIL. Alzheimer deve ser prioridade mundial, diz a OMS. Disponível em: <<http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/noticias-detahesInstitutoAlzheimerBrasil/52/alzheimerdeve ser prioridade mundial, diz oms>>. Acesso em: 11 maio 2024.
- JACK, C.R. *et al.* Introdução às recomendações do Instituto Nacional sobre grupos de trabalho da Associação de Envelhecimento-Alzheimer sobre diretrizes diagnósticas para a doença de Alzheimer. *Demência de Alzheimer*, v. 7, p. 257, 2011.
- JIA, J. *et al.* Effects of vitamin D supplementation on cognitive function and blood A β -related biomarkers in older adults with Alzheimer's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, v. 90, n. 12, p. 1347, 2019. doi:10.1136/jnnp-2018-320199.
- KRYSCIO, R.J. *et al.* Association of Antioxidant Supplement Use and Dementia in the Prevention of Alzheimer's Disease by Vitamin E and Selenium Trial (PREADVISE). *JAMA Neurology*, v. 74, n. 5, p. 567, 2017. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.5778>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mal de Alzheimer 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/mal-de-alzheimer>>. Acesso em: 11 de maio de 2024.
- PADOVANI, R.M. *et al.* Ingestão dietética de referência: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 6, p. 741, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732006000600010>.
- ROSSOM, R.C. *et al.* Calcium and vitamin D supplementation and cognitive impairment in the women's health initiative. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 60, n. 12, p. 2197, 2012. <https://doi.org/10.1111/jgs.12032>.
- SERENIKI, A. & VITAL, M.A.B.F. A Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista de Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 1, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>.
- SHAHAR, S. *et al.* Association between vitamin A, vitamin E and apolipoprotein E status with mild cognitive impairment among elderly people in low-cost residential areas. *Nutritional Neuroscience*, v. 16, n. 1, p. 6, 2013. <https://doi.org/10.1179/1476830512Y.0000000013>.

SHIH, E. *et al.* Efeito da vitamina D na função cognitiva e na hiperintensidade da substância branca em pacientes com doença de Alzheimer leve. *Geriatria. Gerontologia Internacional*, v. 20, p. 52, 2019.

SIMON, C.C. A influência do selênio na gênese e na progressão da Doença de Alzheimer. 36 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição), 2009.

WINBLAD, B. *et al.* Derrotar a doença de Alzheimer e outras demências: uma prioridade para a ciência e a sociedade europeias. *Lancet Neurology*, v. 15, p. 455, 2016.

Capítulo 05

O USO DE ANTIDEPRESSIVOS NO MANEJO DA DOR CRÔNICA EM PACIENTES

SARAH DE PAULA MARINHO OLIVEIRA SALES¹
ANA BEATRIZ MESQUITA MARQUES DE ARAÚJO FARIA²
LIZZA DALLA VALLE NASCIMENTO³
SARA TANGERINA DOS SANTOS⁴
LUCAS REIS KUBELKE²
ISADORA PAULA CORREIA²
BEATRIZ HOFFMANN MELUCCI²
LUIGI DE BONIS CAMIOTTI⁵
JOÃO PAULO LOPES MILHOMEM⁵
VITÓRIA RODRIGUES REIS CARVALHO³
RICARDO MASCHIO PELAQUIN⁶
MARIA CAROLINA REZENDE NAHIME⁷
GIOVANA OLIVEIRA DA CUNHA⁸
WALESKA PAIVA ALENCAR⁹
LETICIA BUTKEVICIUS DOMINGUES²

¹Discente – Medicina pelo Centro universitário de Goiatuba (UNICERRADO), Goiás.

²Discente – Medicina pela Universidade de Rio Verde (UniRV), Goiás.

³Graduada – Médica pela Universidade de Rio Verde (UniRV), Goiás.

⁴Discente – Medicina pelo Centro acadêmico Barão de Mauá, São Paulo.

⁵Discente – Medicina pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), São Paulo.

⁶Discente – Medicina pela Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Goiás.

⁷Graduada – Médica pelo Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Goiás.

⁸Discente – Medicina pela Faculdade de Medicina na Região Administrativa de São José do Rio Preto (FACERES), São Paulo.

⁹Discente – Medicina pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC), Minas Gerais.

Palavras-Chave: Antidepressivos; Dor Crônica; Tratamento.

INTRODUÇÃO

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial (MERSKEY, 1986 apud MESSIAS *et al.*, 2020). Nesse viés, Santos *et al.* (2006), apud Messias *et al.* (2020), relataram que a dor é percebida como uma experiência sensorial complexa, influenciada pela memória, expectativas e emoções. Além disso, é considerada uma evidência de alterações na integridade física e/ou emocional das pessoas.

A dor aguda ou crônica geralmente causa no indivíduo sintomas como mudanças nos padrões de sono, apetite e libido, além de irritabilidade, variações de energia, dificuldade de concentração e limitações nas atividades familiares, profissionais e sociais. Dessa maneira, observa-se que nos casos de dor crônica, a persistência da dor prolonga esses sintomas, podendo até intensificá-los (KRELING *et al.*, 2006).

Segundo a taxonomia da "International Association for Study Pain" (IASP), um dos critérios diagnósticos para a pesquisa em dor crônica não-oncológica é a duração de seis meses (MERSKEY, 1994 apud KRELING *et al.*, 2006).

A dor crônica afeta os aspectos físico, psicológico e social dos pacientes, além de gerar prejuízos em diferentes âmbitos de suas vidas. Consequentemente, ocasiona preocupações, sentimentos de incapacidade, incertezas e medos (LODUCA *et al.*, 2014 apud MESSIAS *et al.*, 2020).

Nesse viés, a prevenção da dor é fundamental, e sua evolução precisa ser monitorada regularmente para garantir intervenções adequadas para o seu controle (JALES, 2009 apud MESSIAS *et al.*, 2020).

Ademais, entende-se que a falta de tratamento adequado para a dor e o sofrimento psíquico do paciente pode provocar uma manifestação de sofrimento ainda mais intensa do que aquela causada pela patologia orgânica subjacente, resultando em um aumento da probabilidade de insucesso no tratamento (SALAZAR & MOTTA, 2013 apud MESSIAS *et al.*, 2020).

Sendo assim, o manejo da dor é essencial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, especialmente no caso da dor crônica. Assim, uma das abordagens utilizadas no tratamento da dor crônica é o uso de antidepressivos.

Nessa linha de raciocínio, observa-se que esses medicamentos são empregados não apenas pelo seu efeito sobre os sintomas depressivos, que frequentemente acompanham a dor crônica, mas também devido às suas propriedades analgésicas.

Logo, nota-se que os antidepressivos, especialmente os tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), ajudam a modular a percepção da dor ao influenciar os neurotransmissores no sistema nervoso central, reduzindo a intensidade da dor e melhorando o bem-estar geral do paciente.

O objetivo deste artigo é explorar o papel dos antidepressivos no tratamento da dor crônica, examinando os mecanismos de ação subjacentes, a evidência clínica atual e as considerações práticas para sua utilização. Assim, avalia-se de forma abrangente a eficácia e a segurança do uso de antidepressivos no manejo da dor crônica em pacientes.

MÉTODO

Este estudo adotou uma abordagem de revisão de literatura para investigar o uso de antidepressivos no manejo da dor crônica em pacientes. Dessa maneira, a revisão foi realizada com

base em artigos publicados entre 2000 e 2024, com o objetivo de identificar, analisar e sintetizar as evidências disponíveis.

Por conseguinte, as fontes de dados utilizadas para a coleta dos artigos foram as bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), abrangendo publicações em inglês e português. A seleção dos artigos foi baseada na utilização de estudos que abordassem a temática de antidepressivos no tratamento da dor crônica.

Para a busca nas bases de dados, foram utilizados descritores em saúde, relacionados aos termos "Antidepressivos", "Dor Crônica", "Tratamento". A análise dos dados coletados envolveu a leitura e síntese das informações, permitindo identificar tendências, lacunas na literatura e proporcionar uma visão abrangente sobre o tema.

Por fim, esta revisão de literatura visa contribuir para o entendimento do papel dos antidepressivos no manejo da dor crônica, fornecendo subsídios para a prática clínica e futuras pesquisas na área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, foi possível entender que a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais. Sendo sempre subjetiva, cada indivíduo aprende e utiliza esse termo com base em suas próprias experiências (MERSKEY, 1986 apud MESSIAS *et al.*, 2020).

Em contiguidade, constata-se que a dor crônica é caracterizada por ser uma dor persistente que dura por um período prolongado, geralmente mais de três a seis meses, e vai além do tempo esperado de cura de uma lesão ou doença.

Desse modo, ela pode resultar de diversas condições, como doenças crônicas, lesões mal curadas ou mesmo sem uma causa identificável. Assim, a dor crônica pode ser descrita como contínua ou intermitente, e frequentemente está associada a impactos negativos na qualidade de vida, incluindo problemas de sono, alterações no apetite, limitações nas atividades diárias e sociais, além de comorbidades psíquicas como depressão e ansiedade.

Nessa linha de raciocínio, é possível demonstrar que indivíduos com dor crônica frequentemente apresentam comorbidades psíquicas, especialmente a depressão, resultando em incapacidade e afetando a qualidade de vida, além do convívio familiar e social. Assim sendo, um exemplo é o estudo de Wilson *et al.* (2009), que demonstrou que participantes com dor moderada a extrema tinham até duas vezes mais chances de apresentar sintomas de depressão e quase três vezes mais ansiedade (MESSIAS *et al.*, 2020).

SANTOS *et al.* (2014), apud MESSIAS *et al.* (2020), explicaram que, quando uma pessoa começa a experimentar altos níveis de dor e essa condição se torna crônica, ela tende a se isolar e a buscar constantemente tratamentos médicos. Com essa nova realidade, há uma grande tendência de o indivíduo reduzir suas relações sociais, afastando-se do trabalho, da família e de atividades prazerosas. Logo, isso pode interferir na saúde mental e possivelmente se tornar um preditor para o surgimento de transtornos mentais, como depressão, estresse e ansiedade.

De acordo com o trabalho publicado por Kreling e colaboradores (2006), os autores analisaram os resultados e constataram uma alta prevalência de dor crônica, destacando a importância das cefaleias e dores lombares como possíveis causas de prejuízos pessoais e sociais. Logo, eles apontam a necessidade de pesquisas

que caracterizem a incapacidade resultante dessas condições.

Ademais, a conclusão do estudo foi que há uma necessidade urgente de programas de prevenção e controle da dor para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados (KRELLING *et al.*, 2006).

Dessa maneira, constata-se que o início de medidas, como o uso de medicamentos que modulam a dor – de classes farmacológicas distintas, é fundamental para ajudar pacientes, proporcionando alívio da dor e dos sintomas associados.

A pregabalina, que pertence à classe dos anticonvulsivantes, tem um mecanismo de ação semelhante ao da gabapentina, mas com efeito farmacocinético superior, sendo uma droga eficaz e reconhecida no tratamento de diversas síndromes dolorosas (ROWBOTHAM, 2006 apud KRAYCHETE *et al.*, 2016).

Sendo assim, ela possui notável capacidade de aumentar a potência analgésica dos opioides e reduzir a depressão respiratória. Além disso, a pregabalina não apresenta efeitos deletérios sobre a mucosa gastrointestinal e a função renal, sendo também mais fácil de dosar (ROWBOTHAM, 2006 apud KRAYCHETE *et al.*, 2016).

Em contrapartida, os antidepressivos tricíclicos inibem a recaptação de serotonina e noradrenalina, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica. Assim, esses medicamentos não só ajudam a melhorar a depressão, mas também proporcionam alívio da dor (CHATUVERDI, 1998 apud PIMENTA *et al.*, 2000).

Em continuidade, o uso de antidepressivos para o tratamento da dor crônica pós-operatória, especialmente em casos de dor neuropática, já está bem fundamentado na literatura (FINNERUP *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, pode-se observar que a trajetória dos antidepressivos no tratamento da dor é semelhante à dos anticonvulsivantes. Desde a década de 1960, observou-se que a imipramina, um antidepressivo tricíclico, demonstrava eficácia analgésica tanto na dor neuropática quanto na dor reumática, com sua ação analgésica ocorrendo de forma independente da ação antidepressiva (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

Desse modo, a dose necessária para alívio da dor era menor do que aquela usada para tratar transtornos do humor. Desde então, a imipramina tem sido amplamente empregada no tratamento da neuralgia pós-herpética e na polineuropatia diabética. Assim, sua eficácia tanto nos distúrbios do humor quanto nas alterações do sono fez com que os antidepressivos tricíclicos se tornassem os medicamentos mais prescritos para a dor, após os anti-inflamatórios e opioides (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

A venlafaxina inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina em 70% e 30%, respectivamente, e é eficaz no tratamento de polineuropatias, especialmente diabéticas. A titulação começa com 37,5 mg, aumentando gradualmente até 375 mg/dia, em uma ou duas doses. Assim como a duloxetina, pode causar efeitos adversos semelhantes e, em doses altas, a suspensão abrupta pode levar a síndrome de abstinência (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

Os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN), como duloxetina e venlafaxina, atuam predominantemente como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) em doses mais baixas, e inibem a recaptação de noradrenalina em doses mais altas. São considerados fármacos de primeira linha no tratamento da dor neuropática (DN) (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

Os antidepressivos tricíclicos (ADT), como amitriptilina e nortriptilina, bloqueiam a recaptação de serotonina e noradrenalina, além de inibir a hiperalgesia induzida pelo agonista NMDA e os canais de sódio. Portanto, a titulação deve iniciar com 10 mg, aumentando gradualmente a cada 3-7 dias até alcançar 150 mg em dose única noturna. Assim sendo, os principais efeitos adversos incluem sonolência, tontura, hipotensão ortostática, bloqueio de condução cardíaca, retenção urinária, constipação, boca seca, visão turva, ganho de peso e redução do limiar convulsivo; no entanto, uma titulação lenta e o uso de doses baixas podem ajudar a minimizar esses efeitos (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

Além disso, os antidepressivos tricíclicos são contraindicados em casos de anormalidades de condução ventricular, retenção urinária, glaucoma de ângulo fechado e epilepsias não controladas. Ademais, eles apresentam risco de crise serotoninérgica se administrados juntamente com outros antidepressivos ou tramadol (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

A duloxetina é eficaz no tratamento de dor neuropática diabética, neuralgia pós-herpética, dor musculoesquelética e fibromialgia. A titulação inicia com 30 mg, aumentando semanalmente até 120 mg/dia; no entanto, doses acima de 60 mg não mostram maior eficácia. Em contiguidade, seus principais efeitos adversos incluem náusea, sedação, constipação, boca seca, diminuição do apetite, ansiedade, tontura, fadiga, insônia, disfunção sexual, hiperhidrose, hipertensão arterial e ataxia. É contraindicada em glaucoma e deve ser usada com cautela em pacientes com convulsões, retenção urinária, ou que usam anticoagulantes, antidepressivos ou tramadol (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a paroxetina e o cita-

lopram, são usados no tratamento da dor crônica, especialmente quando outras terapias são insuficientes. Embora esses medicamentos sejam geralmente considerados como terceira linha de tratamento para a dor neuropática (DN), eles demonstram alguma eficácia ao melhorar a modulação da dor através da serotonina, um neurotransmissor envolvido no controle da dor e do humor (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

A bupropiona, que inibe especificamente a recaptação de noradrenalina e, de forma mais fraca, a de dopamina, tem pouca afinidade por receptores muscarínicos, histaminérgicos e alfa-adrenérgicos. Com efeito adverso mais tolerável comparado a antidepressivos tricíclicos ou ISRS, deve ser iniciada com 150 mg uma vez ao dia e, se necessário, ajustada para duas vezes diárias após uma semana. Seus principais efeitos adversos incluem boca seca, insônia, dor de cabeça, tremores, constipação e tontura (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

Assim sendo, os resultados da revisão de literatura indicam que a dor crônica é uma condição debilitante que requer uma abordagem de tratamento multifacetada. Logo, o uso de antidepressivos, tanto os tricíclicos quanto os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), mostraram-se eficazes no manejo da dor crônica neuropática e outras condições dolorosas.

Nesse viés, entende-se que a farmacoterapia sistêmica é a abordagem predominante no tratamento da dor neuropática. Embora antidepressivos e outros medicamentos apresentem eficácia moderada, frequentemente o ajuste das doses é limitado pelos efeitos adversos.

Portanto, a seleção do tratamento, que pode ser realizada por monoterapia ou terapia combinada, deve ser adaptada às necessidades específicas de cada paciente. Além disso, a reavaliação contínua deve se concentrar não apenas no

controle da dor, mas também na melhoria da qualidade de vida do paciente (HENNEMANN-KRAUSE & SREDNI, 2016).

Ademais, a integração de abordagens farmacológicas com suporte psicossocial e terapias não farmacológicas é essencial para o manejo abrangente da dor crônica, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, este estudo destaca a importância contínua da pesquisa e da prática clínica baseadas em evidências para aperfeiçoar as estratégias de manejo da dor crônica.

CONCLUSÃO

A dor crônica, conforme evidenciado ao longo deste estudo, é uma condição complexa que afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Sua gestão eficaz é essencial, considerando os múltiplos impactos físicos, psicológicos e sociais.

Nessa linha de raciocínio, a farmacoterapia sistêmica, particularmente o uso de antidepressivos, desempenha um papel crucial no manejo da dor neuropática e outras formas de dor crônica. Antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, e outros como a duloxetina e venlafaxina, têm demonstrado eficácia não apenas no alívio da dor, mas também na melhora do estado emocional

dos pacientes, reduzindo comorbidades como depressão e ansiedade.

No entanto, o uso desses medicamentos não está isento de desafios, uma vez que os efeitos adversos podem limitar a adesão e eficácia do tratamento. Logo, a titulação adequada e a monitoração contínua são fundamentais para maximizar os benefícios terapêuticos e minimizar os riscos associados. Assim, a escolha entre monoterapia e terapia combinada deve ser individualizada, levando em consideração as necessidades específicas de cada paciente.

Além disso, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos à prevenção da dor crônica e ao monitoramento regular de sua evolução, para garantir intervenções adequadas e oportunas. Por fim, a integração de abordagens farmacológicas e não-farmacológicas, aliada ao suporte social e emocional, pode oferecer um alívio mais abrangente e duradouro para os pacientes.

Em suma, este estudo reafirma a importância dos antidepressivos no tratamento da dor crônica, destacando a necessidade de uma abordagem holística e personalizada para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Ademais, a continuidade da pesquisa e a disseminação de conhecimento sobre esse tema são essenciais para aprimorar as práticas clínicas e desenvolver novas estratégias terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FINNERUP, N.B. *et al.* The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain*, v. 150, n. 3, p. 573, 2010. DOI: 10.1016/j.pain.2010.06.019.

HENNEMANN-KRAUSE, L. & SREDNI, S. Systemic drug therapy for neuropathic pain. *Revista Dor*, v. 17, p. 91, 2016. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160057>.

KRAYCHETE, D.C. *et al.* Postoperative persistent chronic pain: what do we know about prevention, risk factors, and treatment. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 66, n. 5, p. 505, 2016. DOI: 10.1016/j.bjan.2015.11.002.

KRELING, M.C.G.D. *et al.* Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 4, p. 509, 2006. DOI: 10.1590/S0034-71672006000400008.

MESSIAS, C.R. *et al.* Dor crônica, depressão, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos. *Revista Psicologia Saúde, Campo Grande*, v. 12, n. 4, p. 41, 2020. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.819>.

PIMENTA, C.A.M. *et al.* Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 1, p. 76, 2000. DOI: 10.1590/S0080-62342000000100010.

Capítulo 06

EFEITOS TERAPÊUTICOS DA PSILOCIBINA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

ALÉXIA CASARIN PEIXOTO¹
CAROLINA FERRO ROQUE¹
GABRIELA SION RODRIGUES FATIGATTI¹
JOAO PEDRO GIANSAnte COSTA¹
HADI MOHAMAD ABDUL RAHIM¹
GIULLIA BERRACOSO¹
ENZO HUMBERTO ANNICCHINO¹
GEORGE MATHEWS AMARO MONTEIRO¹
RAQUEL ZECHETTI DE OLIVEIRA¹
ISADORA FADEL MÜLLER¹
LUIZA FREITAS MELLO¹
LIED PEREIRA MENDES²

¹*Discente Universidade Nove de Julho campus São Bernardo do Campo*

²*Docente Universidade Nove de Julho campus São Bernardo do Campo*

Palavras-Chave: Alucinógenos; Transtorno Depressivo Maior; Acesso ao Tratamento.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.6

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A depressão (DP) é um transtorno mental que se manifesta pela perda ou diminuição do prazer pela vida, podendo ocorrer com ou sem razões aparentes. Essa condição varia em intensidade, abrangendo desde quadros leves até formas mais graves, o que a torna uma das doenças mais desafiadoras de serem tratadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 11,5 milhões de brasileiros vivem com depressão, destacando a importância desse problema como um grave desafio de saúde pública (OMS, 2017).

Os tratamentos convencionais, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), frequentemente enfrentam dificuldades, principalmente devido aos efeitos colaterais. Os pacientes podem se sentir desencorajados, impotentes diante da falta de eficácia dos medicamentos e desenvolver tolerância, o que complica ainda mais o manejo da doença e dificulta a busca por melhorias significativas em seu estado (VANIN, 2020). Nesse contexto, muitos buscam alternativas que evitem esses efeitos adversos e que ofereçam um alívio mais consistente.

Nesse cenário, a psilocibina, um composto psicodélico encontrado em certos tipos de fungos, tem despertado interesse como uma potencial alternativa terapêutica para aqueles que lidam com a DP resistente a tratamentos tradicionais. Pesquisas recentes indicam que, quando administrada em condições controladas e com o devido suporte psicológico, a psilocibina pode trazer melhorias notáveis no bem-estar dos pacientes (DAVIS *et al.*, 2021). Essa substância pode transformar a forma como os indivíduos percebem e lidam com seus sintomas, proporcionando uma nova esperança para quem não obteve sucesso com os métodos convencionais.

Com o aumento contínuo de diagnósticos de

depressão e a crescente busca por terapias alternativas, o uso da psilocibina se apresenta como uma abordagem promissora. A utilização de alucinógenos em contextos terapêuticos abre novas possibilidades para aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida de pessoas que enfrentam a depressão, especialmente aquelas que têm dificuldades em se adaptar aos tratamentos tradicionais (VANIN, 2020).

Assim, o principal objetivo desta revisão narrativa é explorar a depressão e a possibilidade de um tratamento alternativo com a psilocibina. Além disso, busca-se ressaltar os benefícios desse alucinógeno, que, juntamente com o suporte psicológico, pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes que enfrentam esse transtorno.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como revisão narrativa de literatura, a respeito do tratamento no Transtorno Depressivo Maior por meio do uso de psilocibina. A coleta de dados foi realizada no período de 15 de setembro a 03 de novembro de 2023, utilizando como base de dados os sites *PubMed*, *Cambridge Core*, *Elsevier*, *SpringerLink* e *NCBI*, e como descritores as palavras “Psilocibina”, “Transtorno Depressivo Maior” e “Acesso ao tratamento”. Dos 21 artigos encontrados, foram definidos como critérios de inclusão artigos que dissertam sobre o uso de psilocibina no tratamento da depressão grave e os riscos e benefícios do uso dessa substância, nos idiomas português e inglês, e que tenham sido publicados nos últimos 6 anos. Os critérios para a exclusão foram artigos de revisão, publicações que não eram específicas sobre o uso da substância em questão ou que contemplaram o uso deste alucinógeno como terapia para outros transtornos e doenças. Após a aplicação destes critérios, 4 artigos foram usados

como base para a realização deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão é um transtorno mental complexo que atinge milhões de pessoas ao redor do mundo, sendo um dos problemas de saúde mais comuns hoje em dia. Essa condição vai além da tristeza; ela pode se manifestar de várias maneiras, como a perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas, mudanças no apetite e no sono, além de fadiga intensa e dificuldades de concentração. Somado aos sintomas emocionais, a depressão pode impactar significativamente as funções cognitivas e sociais, prejudicando a vida cotidiana do indivíduo.

As opções de tratamento para a depressão são diversas e incluem tanto métodos farmacológicos quanto não farmacológicos. Entre os tratamentos convencionais, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são bastante utilizados. No entanto, aproximadamente 60% dos pacientes não conseguem obter alívio eficaz, muitas vezes devido a intolerâncias ou efeitos colaterais desses medicamentos, como ideação suicida, redução da libido e ganho de peso, o que pode levar à interrupção do tratamento (VANIN, 2020).

Em resposta a esses desafios, o interesse por alternativas terapêuticas tem crescido, especialmente o uso de substâncias psicodélicas, como a psilocibina. Um estudo notável realizado por Carhart-Harris *et al.* em 2016, em Londres, analisou a segurança e a eficácia da psilocibina em 12 pacientes com depressão unipolar resistente ao tratamento. Os resultados foram promissores, mostrando que a intensidade média dos sintomas depressivos diminuiu significativamente nos grupos que receberam doses baixas e altas. A psilocibina foi bem tolerada, com poucos efeitos adversos graves, resultando em uma redução notável dos sintomas depressivos, além

de melhorias na ansiedade e na anedonia.

Outro estudo, conduzido em 2018 com 20 pacientes, avaliou os efeitos da psilocibina ao longo de até seis meses. Os pesquisadores observaram que o tratamento foi bem aceito e resultou em uma drástica diminuição dos sintomas depressivos nas primeiras cinco semanas após a administração. Na quinta semana, uma parte significativa dos pacientes apresentou resposta clínica e remissão. O mais interessante é que esses efeitos positivos se mantiveram ao longo de três e seis meses, sem a necessidade de antidepressivos convencionais. A intensidade da experiência psicodélica foi um bom indicador da redução dos sintomas, sugerindo que a profundidade da experiência pode impactar a eficácia do tratamento.

Essa linha de pesquisa continuou a se desenvolver, como evidenciado pelo estudo de Davis *et al.* em 2021, em Baltimore, que incluiu 27 pacientes com Transtorno Depressivo Maior. Os resultados mostraram que os pacientes que receberam tratamento imediato apresentaram pontuações médias significativamente mais baixas em escalas de avaliação de depressão nas semanas 1 e 4, em comparação com aqueles que começaram o tratamento mais tarde. A rápida redução nos escores de depressão foi notável, com 71% dos participantes na primeira semana e 63% na quarta semana apresentando uma resposta clinicamente significativa. Esses dados destacam a eficácia da psilocibina, especialmente em comparação com tratamentos tradicionais.

A crescente relevância da psilocibina como uma alternativa terapêutica é ainda mais evidente diante do contexto da depressão, que afeta mais de 350 milhões de pessoas globalmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, pesquisas indicam que a psilocibina pode ser eficaz após uma única dose, com efeitos colaterais mínimos (DAVIS *et*

al., 2021). Em comparação com antidepressivos tradicionais, como escitalopram e cetamina, a psilocibina apresenta um tempo de ação aproximadamente quatro vezes maior e um perfil de dependência inferior. Os efeitos agudos da experiência psicodélica costumam ser limitados, com a principal queixa sendo uma dor de cabeça passageira nas 24 horas após a administração (CARHART-HARRIS *et al.*, 2018; DAVIS *et al.*, 2021).

Dessa maneira, a psilocibina se destaca como uma alternativa promissora e menos invasiva para o tratamento da depressão, trazendo novas perspectivas para o manejo desse transtorno debilitante. A continuidade das pesquisas nessa área é essencial para compreender melhor os mecanismos de ação da psilocibina, aprimorar os protocolos de tratamento e, finalmente, oferecer soluções mais eficazes para aqueles que enfrentam a depressão.

CONCLUSÃO

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns no mundo e representa um grande desafio para a saúde pública, afetando milhões de pessoas em diversas idades e contextos. Embora os tratamentos convencionais sejam amplamente utilizados, muitos pacientes enfrentam dificuldades em obter alívio eficaz devido a efeitos colaterais e intolerâncias. Nesse cenário, a psilocibina surge como uma alternativa terapêutica promissora, oferecendo uma aborda-

gem inovadora para aqueles que não respondem aos métodos tradicionais.

A revisão dos estudos sugere que a psilocibina, quando administrada em um ambiente controlado e com o suporte psicológico adequado, pode levar a melhorias significativas nos sintomas da depressão, além de proporcionar uma experiência transformadora que impacta positivamente a qualidade de vida. Os resultados demonstram que a psilocibina é eficaz na redução dos sintomas depressivos, com benefícios duradouros e um perfil de segurança aceitável.

A importância dessa nova abordagem é ainda mais evidente diante do crescente número de casos de depressão e da busca incessante por tratamentos mais eficazes. À medida que a pesquisa sobre a psilocibina avança, é essencial continuar explorando seus mecanismos de ação, assim como os potenciais riscos e benefícios, além de desenvolver diretrizes clínicas para sua aplicação.

Em resumo, a psilocibina oferece uma nova esperança para aqueles que lutam contra a depressão, ressaltando a necessidade de diversificar as opções de tratamento e de encontrar soluções que atendam às necessidades individuais dos pacientes. A continuidade das pesquisas nesse campo não apenas aprofundará nossa compreensão sobre a depressão, mas também poderá abrir novas portas para abordagens mais eficazes e humanizadas no tratamento dessa condição debilitante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARHART-HARRIS, R.L. *et al.* Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 7, p. 619, 2016. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30065-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30065-7).

CARHART-HARRIS, R.L. *et al.* Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. *Psychopharmacology (Berl)*, v. 235, n. 2, p. 399, 2018. <https://doi.org/10.1007/s00213-017-4771-x>.

DAVIS, A.K. *et al.* Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, v. 78, n. 5, p. 481, 2021. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3285.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>. Acesso em: 03/11/2023.

VANIN, B. Terapias Psicodélicas: discussão de riscos, benefícios e desafios do uso de substâncias alucinógenas para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica, trabalho de conclusão de curso - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Capítulo 07

ANSIEDADE: DIAGNÓSTICO, MANEJO E CUIDADOS GERAIS

HEITOR AUGUSTO DE BRITO LEMOS¹
JAQUELINE DE PAULO FELIX¹
EMMANUEL OLIVEIRA SANTOS¹
BRUNA GUIMARÃES FREIRE¹
LARA GUIMARÃES FREIRE¹
JULIA CAMARA TAVARES¹
JULIA BRANDO MORETTE¹
BRUNA FARINELLI MORETO¹
FLÁVIA PIRES ARENA¹
DOUGLAS DOS SANTOS ALMEIDA¹

¹Discente - Medicina Da Universidade Nove de Julho - Campus Mauá

Palavras-Chave: Ansiedade; Tratamento; Manejo.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.7

INTRODUÇÃO

O sentimento de ansiedade é uma importante ferramenta adaptativa do ser humano, porém requer atenção clínica quando sua manifestação ocorre de forma desproporcional e passa a causar prejuízos no funcionamento social, acadêmico ou profissional do indivíduo, sendo preciso avaliar a existência de transtornos de ansiedade (TA) — como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social e fobia específica (APA, 2014).

Os TA são considerados o grupo predominante entre os transtornos mentais na maior parte das sociedades ocidentais, com prevalência que varia entre 20% e 30%. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que o Brasil é o país com o maior número de pessoas ansiosas no mundo, englobando aproximadamente 9,3% de sua população. Em seguida, aparece o Paraguai (7,6%), Noruega (7,4%), Nova Zelândia (7,3%) e Austrália (7%). Tais transtornos são mais comuns entre a população feminina, especialmente quando associados a fatores desencadeantes de uma pior qualidade de vida. As suas principais características são sentimento de medo excessivo e prolongado e comportamento de esquiva diante de possíveis ameaças no ambiente interno ou externo (APA, 2014). Ademais, esses transtornos geralmente são acompanhados de outras comorbidades, sejam psiquiátricas ou somáticas. Os critérios mais utilizados para o diagnóstico de transtornos de ansiedade são os estabelecidos por estes dois sistemas: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, V Revisão (DSM-V), e Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10).

É importante destacar que a maioria dos TA tem origem durante a infância, adolescência ou

início da idade adulta e possui forte tendência a cronicidade se o transtorno não for identificado e tratado, porém estudos apontam que pode haver uma redução dos sintomas em aproximadamente 40% dos pacientes (APA, 2014).

Este estudo tem como objetivo evidenciar, por meio de uma revisão de literatura, os diferentes TA, bem como seus sintomas, diagnóstico, manejo clínico e seus impactos, corroborando para a formação de médicos mais qualificados e aptos a promover ativamente a saúde mental de seus pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de novembro e dezembro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados na plataforma *Publish Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, V Revisão (DSM-V), no SciELO e no relatório Informe Mundial de Saúde Mental da OMS, de 2022. Foram utilizados os descritores em inglês: “*anxiety disorder*”, “*anxiety symptoms*”, “*anxiety treatment*”, “*anxiety alternative treatment*” e “*anxiety comorbidity*”. Desta busca foram encontrados mais de trinta mil artigos, posteriormente selecionados 28 destes. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, meta-análise, *guideline* e de caso controle disponibilizados na íntegra.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, meta-análise, *guideline* e de caso controle disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não

abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 28 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: a definição e classificação dos diversos transtornos de ansiedade; os dados epidemiológicos; seus fatores de risco; os sintomas, e por meio deles, os métodos de diagnóstico; as comorbidades que podem acompanhar estes transtornos; as abordagens terapêuticas; as intervenções preventivas; os impactos dos transtornos de ansiedade na qualidade de vida das pessoas; os efeitos da ansiedade a longo prazo; as perspectivas futuras de cientistas em relação aos transtornos; considerações culturais sobre a ansiedade e os desafios e as lacunas da literatura

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, V Revisão (DSM-V), define os transtornos de ansiedade (TA) como um grupo de transtornos com características excessivas de medo e ansiedade idiopáticos, acompanhados de sintomas psicológicos (pensamentos obsessivos, preocupação excessiva, inquietação) e somáticos (sudorese, taquicardia, tremores). Eles são diferentes do medo e da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistentes além do apropriado ao nível do desenvolvimento. Além disso, eles podem ser diferenciados do medo e da ansiedade provisórios pela sua persistência.

Os TA diferem entre si na ideação cognitiva associada e nos tipos de objetos ou situações que induzem o medo, ansiedade ou comportamento de esquiva. Esse grupo engloba os seguintes transtornos:

- Transtorno de ansiedade generalizada (TAG): ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de diversos tópicos;

- Fobia específica (FE): apreensão, ansiedade e esquiva de objetos ou situações específicas, como animais, sangue, ambientes naturais, entre outros;

- Transtorno do pânico (TP): presença de ataques de pânico – ataques abruptos de medo intenso acompanhados de sintomas físicos – inesperados e recorrentes;

- Mutismo seletivo: fracasso consistente para falar em situações sociais em que é esperado que se fale;

- Transtorno de ansiedade de separação (TAS): ansiedade ou apreensão quanto à separação de figuras de apego em um nível impróprio para o desenvolvimento;

- Transtorno de ansiedade social ou fobia social (FS): ansiedade ou esquiva de interações e situações sociais ou de desempenho;

- Agorafobia: medo ou ansiedade de situações ou locais sem possibilidade de escapar ou em que não haverá ajuda disponível em caso de ansiedade intensa;

- Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento: ansiedade devido a intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso.

Epidemiologia

Estima-se que uma a cada seis pessoas tenha sido afetada por algum transtorno mental no ano de 2019, sendo isto a maior causa de incapacidade no mundo. As taxas de condições como ansiedade e depressão aumentaram em mais de 25% no de 2020. Sendo a ansiedade a perturbação de saúde mental mais comum na população geral. Quase 10% da população brasileira sofre de ansiedade, fator que faz do Brasil o país com a população mais ansiosa do mundo. De 10% a 14% da população adulta

atende aos critérios do DSM-V para TA em um ano (BANDELOW *et al.*, 2015).

A prevalência cumulativa de todos os transtornos de ansiedade combinados na adolescência tardia e no início da vida adulta varia entre 20% e 30% (COPELAND *et al.*, 2014). Esse estudo sugere que três a cada cinco crianças e adolescentes têm ou terão algum transtorno de ansiedade em algum momento da infância, apesar de nem sempre precisarem de atenção médica. A prevalência de ansiedade severa em indivíduos de 13 a 18 anos é aproximadamente 6% (BEHENCK, 2018).

Transtornos de ansiedade são significativamente mais comuns em mulheres, fator que se acentua no desenvolvimento e se torna mais evidente na adolescência (BANDELOW & MICHAELIS, 2015). Transtornos de ansiedade também são mais observados em pessoas de baixa remuneração, não casadas, sem filhos e sem ocupação (BEHENCK, 2018).

Fatores de risco

Os diferentes fatores de risco não influenciam da mesma maneira cada tipo de transtorno de ansiedade, assim como os fatores de risco para um determinado TA podem não ter influência no desenvolvimento de outros. Apesar disso, o desenvolvimento de um tipo de transtorno de ansiedade pode preceder ou influenciar o desenvolvimento de outro (MARSHALL, 1996). O DSM-V define fatores temperamentais, ambientais e genéticos e fisiológicos que influenciam no desenvolvimento dos transtornos de ansiedade.

Sendo definido como neuroticismo como um traço de personalidade que se refere ao nível crônico de desajustamento e instabilidade emocional (MCCRAE & JOHN, 1992), este é considerado um fator de risco para início de ataques de pânico, FE, agorafobia e TAG. Sendo inibição comportamental definida como um traço de

temperamento caracterizado pela tendência a reagir com medo extremo face a pessoas desconhecidas e situações novas (FOX *et al.*, 2005), esta é considerada um fator de risco para FE, FS, agorafobia e TAG. Sendo a sensibilidade à ansiedade uma tendência específica a reagir com medo aos sintomas da ansiedade (BEHENCK, 2018), esta é considerada um fator de risco para início de ataques de pânico e agorafobia. Um histórico de "períodos de medo" (i.e., ataques com sintomas insuficientes para satisfazer todos os critérios para ataques de pânico) pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de ataques de pânico posteriores e TP. Além disso, o TAS na infância, especialmente quando grave, pode preceder o desenvolvimento posterior de TP, apesar de não ser considerado um fator de risco consistente. Ademais, o medo de avaliação negativa é um fator de risco importante para a FS, assim como a evitação de danos é para o TAG. Os fatores de risco temperamentais para mutismo seletivo não são bem identificados no DSM-V, porém o neuroticismo e a inibição comportamental parecem ter influência, bem como história parental de timidez, isolamento e ansiedade social. Os fatores de risco para o TAS são pouco conhecidos, de modo que o DSM-V não cita fatores temperamentais que influenciam no desenvolvimento deste.

Existem diversos fatores ambientais que são considerados causais ou de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Abuso físico e sexual são fatores de risco para o desenvolvimento de TAS (neste, não tem fator causal) FE, FS, agorafobia e TP, sendo o último o que mais apresenta relatos de experiências infantis destes fatores em comparação aos demais transtornos de ansiedade. Superproteção parental pode estar associada ao TAS, além de ser fator de risco para o desenvolvimento de FE, agorafobia e mutismo seletivo (crianças com um-

tismo seletivo geralmente lidam com pais mais controladores e superprotetores do que crianças com outros transtornos de ansiedade). Não foram identificados fatores ambientais de risco específicos para TAG, apesar de ser comumente associada a adversidades na infância e a superproteção parental. Geralmente, o TAS se desenvolve após um estresse vital, este que pode ocorrer na infância (situação que envolveu separação de figuras de apego, mudança de escola, morte de um parente ou animal de estimação) ou na vida adulta (início de relação romântica, saída da casa dos pais para construir seu próprio lar). A maioria dos pacientes com transtorno do pânico relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao primeiro ataque de pânico.

Os TA que podem ser herdados são: TAS, com herdabilidade estimada em 73% e com taxas mais altas em meninas; FE, com a mesma categoria de fobia específica sendo herdada; agorafobia, com herdabilidade estimada em 61%; FS, com herdabilidade estimada em 10% (HETTEMA *et al.*, 2005). No caso do TP, múltiplos genes conferem vulnerabilidade a este, porém são desconhecidos os genes exatos, produtos de genes ou funções relacionadas às regiões genéticas implicadas. No caso da ansiedade de separação, os traços que são fatores de risco são influenciados pela genética (por exemplo, pessoas que apresentam inibição comportamental têm maior chance de ter filhos com o mesmo traço em relação a pessoas que não apresentam), influência que está sujeita à interação gene-ambiente, portanto, indivíduos com aqueles traços são mais suscetíveis a sofrer influências do ambiente. Em relação ao mutismo seletivo, acredita-se que há fatores genéticos compartilhados por este e pelo transtorno de ansiedade social, devido à sobreposição relevante observada entre ambos.

Sintomas e diagnóstico

O DSM-V especifica que para a ansiedade ser considerada patológica, ela deve estar associada a pelo menos três sintomas, os mais comuns são: inquietação, sensação de tensão, déficits nas capacidades de concentração, tensão muscular, palpitações, sudorese, tremores e irritabilidade. Deve haver mais dias com os sintomas presentes do que com sintomas ausentes nos últimos seis meses para efetuar o diagnóstico.

O diagnóstico desses transtornos é clínico, sendo, no Brasil, os critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Apesar disso, no âmbito da saúde mental, muitos profissionais utilizam o DSM-V para a realização de avaliações diagnósticas, pois este descreve mais detalhadamente os critérios diagnósticos, instrumentos para as avaliações dos sintomas e critérios sobre a formulação cultural dos transtornos. Assim, é comum que profissionais utilizem o DSM-V em avaliações neuropsicológicas, porém, o CID-10 é mais usado pelos profissionais da medicina, pois este classificar e padronizar doenças médicas além dos transtornos mentais, portanto os médicos tendem a ter maior familiaridade com o CID-10. Nos casos mais comuns, começa-se a investigação quando o indivíduo busca um profissional alegando histórias de crises ou ataques de ansiedade. Assim, o profissional deve verificar a natureza das crises ou dos ataques. Se eles não têm um motivo aparente e são associados a medo de novos episódios, o profissional deve considerar a presença de transtorno do pânico. Se eles são associados a constrangimento ou medo em situações sociais, deve-se investigar a presença de fobia social. Se as crises ou os ataques são específicos para uma situação, pessoa ou objeto, deve-se considerar o diagnóstico de fobia específica. O DSM-V especifica uma série de

critérios a considerar e descartar em relação à natureza das crises e aos pensamentos associados.

Comorbidades

A ansiedade muitas vezes ocorre acompanhada de outros transtornos, sejam eles mentais ou somáticos; demandando uma avaliação psiquiátrica e clínica completa, atentando-se a possíveis condições de saúde ou uso de substâncias e medicamentos. Sob essa perspectiva, percebe-se que a ansiedade múltipla, que consiste na presença de mais de um subtipo de transtorno de ansiedade, e a ansiedade associada com transtorno depressivo possuem taxas mais altas de ocorrência e diagnóstico; sendo a associada com transtornos depressivos relacionada com uma maior gravidade clínica (DAVIES *et al.*, 2023; APA 2014). Além disso, pode ocorrer concomitantemente com transtorno bipolar, transtorno de dependência de substância, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático; tais comorbidades sinalizam maior gravidade, de modo que tais pacientes devem ter um tratamento mais específico. Já em relação a comorbidades associadas a doenças somáticas; como cardiovasculares, respiratórias ou musculares; apresenta-se um risco também aumentado, podendo haver sobreposição dos sintomas, dificultando o diagnóstico. Logo, a detecção e o manejo da comorbidade são essenciais para o tratamento adequado dos pacientes (PENNINX *et al.*, 2021).

Abordagens terapêuticas

Considerando-se o fato de os TA serem globalmente subdiagnosticados e sub-tratados, destacam-se terapias e tratamentos que oferecem efeitos e benefícios comprovados, oportunizando um maior bem-estar a pacientes que sofrem de tal condição.

Partindo dos tratamentos considerados de primeira linha, com mais evidências embasando-os, destaca-se a psicoterapia e a farmacologia. Em relação ao primeiro, a psicoterapia, ele transita desde métodos mais brandos, como autoajuda, até a ida à terapeutas, sendo o método de terapia cognitiva comportamental (TCC) o mais bem aceito para os TA, com a qual se estabelecem metas e aprendizados para se buscar o desenvolvimento de habilidades que permitam a redução da ansiedade. Já a farmacoterapia, recomendada principalmente quando não se há resposta à psicoterapia ou em situações mais complexas, administra medicamentos, principalmente inibidores de neurotransmissores, conseguindo melhorar os sintomas ansiosos (PENNINX *et al.*, 2021; ALONSO *et al.*, 2018; BANDELOW *et al.*, 2015). Além disso, existem as intervenções não convencionais, sendo algumas com eficácia mais aceita e outras envoltas com maiores controvérsias. Em relação aos métodos com maior aceitação científica, destaca-se exercício físico, yoga, meditação e fitoterapia; destacam-se lavanda, lúpulo, erva-cidreira e maypop e valeriana como potenciais em aliviar formas leves de distúrbios neurológicos (KENDA *et al.*, 2022).

Impacto na qualidade de vida

No âmbito funcional, partindo-se das características gerais do transtorno (ansiedade, medo e antecipação de ameaça futura), os traços podem desencadear uma série de comportamentos e sintomas com potencial de prejudicar a qualidade de vida do indivíduo. Assim, as consequências são das mais diversas e variam de acordo com o transtorno apresentado. Tomando por base algumas das classificações pode-se citar, para aqueles com ansiedade mais voltada à separação, um prejuízo na autonomia, de modo a não conseguir desempenhar certas funções sem a presença da figura de apego; no mutismo

seletivo e FS nota-se principalmente o prejuízo social, com dificuldade em interagir com os pares e tendência ao isolamento; quando o gatilho é a exposição às situações cotidianas o prejuízo é no desempenho de papéis e na produtividade; em indivíduos com uma ansiedade mais generalizada, a preocupação excessiva prejudica a eficiência no desempenho das atividades e também se associa a irritabilidade, cansaço, tensão e insônia (APA, 2014).

Efeitos a longo prazo

Acredita-se que há uma tríade entre obesidade, ansiedade e distúrbios do sono. Essa relação é decorrente de desordens do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que contribuem para desregulação do apetite e aumento de peso subsequente em indivíduos estressados. Dessa forma, encontra-se relação direta entre obesidade e ansiedade, indicando que indivíduos que apresentam maior estado de ansiedade têm maiores índices de compulsão alimentar e pior qualidade do sono (FUSCO *et al.*, 2020). Essas pessoas não apenas têm seu apetite aumentado, mas também adquirem um grande desejo de ingerir alimentos com teores elevados de açúcar, sal e gordura, uma vez que o aumento do cortisol no plasma leva à busca pelo alimento como conforto, na tentativa de atender à necessidade energética da rede de resposta ao estresse, o que pode levar o indivíduo a desenvolver um quadro de obesidade no futuro.

Estudos também reportaram respostas de estresse aumentado na exposição de estressores em pessoas com TA se comparadas a grupos de controle. Indivíduos com esses transtornos relataram com maior frequência doenças cardiovasculares, sintomas de conversão ou hipocondria (CITKOWSKA-KISIELEWSKA *et al.*, 2019). As doenças cardiovasculares não se desenvolvem de maneira isolada, mas são apenas uma consequência de um conjunto de hábitos ma-

léficos à saúde que pessoas ansiosas tendem a desenvolver. Pacientes com transtornos de ansiedade geralmente vivem em constante estresse emocional, com uma maior tendência a má alimentação, sedentarismo e baixa qualidade de sono, fatores que aumentam o risco de doenças cardiovasculares. Porém, estas questões podem ser evitadas e modificadas com tratamento psicológico e farmacológico.

Considerações culturais

No contexto mundial, cada cultura exige uma análise cautelosa para promoção adequada da saúde mental, pois fatores socioeconômicos influenciam diretamente na qualidade de vida de cada indivíduo. Destaca-se o grande impacto dos efeitos da pandemia da COVID-19 que aumentou significativamente as taxas de doenças que já eram comuns, como ansiedade e depressão. Houve um aumento de 25% apenas no primeiro ano da pandemia nas taxas desses transtornos. Os transtornos mentais ocorrem em todos os países membros da ONU, com uma variação na prevalência de 10,9%, no continente africano, a 15,6%, no continente americano. Regiões de alta renda têm maior frequência (cerca de 15,1%) do que países de baixa renda (cerca de 11,6%) (FUSCO *et al.*, 2020).

Existem vários fatores que podem gerar ansiedade nas pessoas, como desemprego, ambiente de trabalho conturbado, desempenho no trabalho, maternidade, insatisfação corporal, baixa escolaridade dentre outros. Esses fatores variam dependendo de cada região, uma vez que cada comunidade influencia o cidadão de uma forma diferente. Nos Estados Unidos, por exemplo, existe uma pressão consideravelmente maior para que as pessoas saiam da casa dos pais assim que iniciam a vida adulta e encontrem um emprego em relação a países com menor PIB. Em relação a tratamento, países mais pobres também sofrem de escassez de tra-

tamento adequado para a população, o que muitas vezes acaba dificultando o acesso a diagnóstico de pessoas que podem ter algum transtorno mental. Países mais ricos, mas que apresentem sistemas de saúde pública precários, como os Estados Unidos, podem fazer com que cidadãos de baixa e média renda não tenham acesso a diagnóstico e tratamento de transtornos mentais devido aos altos custos, podendo fazer com que essas pessoas busquem métodos de autodiagnóstico e meios alternativos de tratamento.

CONCLUSÃO

Em meio à complexidade dos transtornos de ansiedade, desde sua definição e classificação até os fatores de risco, sintomas e impactos a longo prazo, é evidente que a ansiedade não é apenas uma perturbação momentânea, mas sim uma condição que permeia diversos aspectos da vida. A prevalência significativa desses transtornos destaca a importância de compreendermos não apenas suas manifestações clínicas, mas também os fatores que os influenciam.

A interconexão entre fatores genéticos, temperamentais e ambientais ressalta a necessidade

de abordagens abrangentes no diagnóstico e tratamento. A busca por intervenções terapêuticas, sejam elas psicoterapêuticas, farmacológicas ou alternativas, destaca-se como uma ferramenta crucial para aliviar o impacto desses transtornos na qualidade de vida dos afetados.

Além disso, ao explorar as comorbidades associadas, fica claro que a ansiedade muitas vezes coexiste com outros desafios de saúde, demandando uma abordagem integrada para garantir um tratamento eficaz.

No entanto, as lacunas em nossa compreensão sobre intervenções preventivas indicam a necessidade contínua de pesquisa. Enquanto aguardamos avanços nesse campo, é imperativo reconhecer e enfrentar os efeitos a longo prazo, como a tríade entre obesidade, ansiedade e distúrbios do sono, para proporcionar cuidados abrangentes aos indivíduos afetados.

Assim, encerramos este capítulo cientes de que a jornada para compreender e abordar os transtornos de ansiedade é contínua, demandando esforços colaborativos da comunidade médica, dos pesquisadores e da sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, J. *et al.* A lacuna no tratamento dos transtornos de ansiedade é global: resultados das Pesquisas Mundiais de Saúde Mental em 21 países. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 34, n. 1, p. 7, 2018. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000100003>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANDELOW, B. *et al.* Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, v. 30, n. 4, p. 183, 2015. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078.
- BANDELOW, B. & MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 17, n. 3, p. 327, 2015. doi: 10.31887/DCNS.2015.
- BEHENCK, A.S. Sensibilidade à ansiedade e transtorno de pânico: avaliação do impacto da terapia cognitivo - comportamental em grupo. 80f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS, 2018.
- CITKOWSKA-KISIELEWSKA, A. *et al.* Anxiety symptoms in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Psychiatria Polska*, v. 53, n. 4, p. 845, 2019. doi: 10.12740/PP/105378.
- COPELAND, W.E. *et al.* Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 53, n. 1, p. 21, 2014. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.017.
- DAVIES, M.R. *et al.* Factors associated with anxiety disorder comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, v. 323, p. 280, 2023. doi: 10.1016/j.jad.2022.11.051.
- FOX, N.A. *et al.* Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, v. 56, p. 235, 2005. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141532.
- FUSCO, S.D.F.B. *et al.* Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, p. e03656, 2020. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013903656>.
- HETTEMA, J.M. *et al.* The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *JAMA Psychiatry*, v. 62, n. 2, p. 182, 2005. doi: 10.1001/archpsyc.62.2.182.
- KENDA, M. *et al.* Plantas medicinais usadas para tratamento de ansiedade, depressão ou estresse: uma atualização. *Brazilian Journal of Psychiatry*. v. 27, p. 6021, 2022.
- MARSHALL, J.R. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 60, Suppl. 2, p. A39, 1996.
- MCCRAE, R.R. & JOHN, O.P. An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, v. 60, n. 2, p. 175, 1992. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x.
- PENNINX, B.W. *et al.* Anxiety disorders. *The Lancet*, v. 397, Issue 10277, p. 914, 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7).

Capítulo 08

O USO DE FLORAIS DE BACH NO MANEJO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS ANSIOSOS

ANA CAROLINA DE SOUZA CASTILHO¹

¹Discente – Graduanda do curso de Medicina da Universidade Brasil de Fernandópolis - SP

Palavras-Chave: *Essências Florais de Bach; Depressão; Terapias Complementares.*

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.8

INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor são caracterizados por reações voláteis e superabundantes à acontecimentos, hipersensibilidade, inconsistência nos relacionamentos pessoais, sentimentos intensos, imagem autodepreciativa do corpo, ações e decisões impulsivas e dissociações. Em específico, os transtornos depressivos-ansiosos são frequentes na atualidade e, em uma geração regada a antidepressivos, as terapias não farmacológicas são uma opção complementar. Segundo a Organização Mundial da Saúde, (OMS), pelo menos 18,6 milhões de brasileiros (cerca de 9% da população) sofrem de algum problema de ansiedade (OMS, 2020). Os sintomas variam em manifestações por alterações fisiológicas e psicológicas. As respostas orgânicas podem incluir tremores, palpitações, vertigens, hiperventilação, náuseas, diarreia, boca seca, insônia, fraqueza e inapetência. As alterações comportamentais incluem preocupação, inquietação, nervosismo, tensão e apreensão e podem aparecer sem que a presença de uma ameaça real seja identificada, podendo assim parecer aos demais como desproporcional à intensidade da emoção (SILVA *et al.*, 2012).

Os florais são considerados terapias utilizadas para prevenir ou tratar distúrbios emocionais através das vibrações energéticas das flores, sendo uma alternativa de tratamento para os transtornos de ansiedade e faz parte da Política Nacional de Tratamento Integral e Complementar (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA & UHLMANN, 2021).

Apesar de receberem a fama de placebos, várias pesquisas científicas mostram a eficácia não farmacológica deles na melhora de sintomas. Devido à incidência deste transtorno e seus extensos sintomas e fatores de risco, os florais de Bach se tornam uma ferramenta incrível e inovadora. Porém, mesmo com o reconhecimento do Ministério da Saúde, essa prática per-

manece como um tabu para a comunidade científica e seus usuários.

O presente estudo teve como objetivo demonstrar a possibilidade do uso dos Florais de Bach como uma ferramenta adicional importante aos tratamentos psicoterápicos e suas indicações específicas a cada quadro, ressaltando que, devido não causar impacto direto sobre medicações em uso ou sobre as funções fisiológicas do corpo, o uso é recomendado em qualquer idade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura realizada no período de (janeiro/2024 a setembro/2024), por meio de pesquisas nas bases de dados: Google Acadêmico, SciELO, Ministério da Saúde e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores “Essências Florais de Bach”, “Depressão”, “Terapias Complementares” e “Ansiedade”.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, apresentando como temática central o uso de florais de Bach a terapêuticas não farmacológicas de transtornos depressivos-ansiosos escritos nos últimos 21 anos (2005 a 2024), e excluindo artigos duplicados, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 9 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas e de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando os usos específicos de cada floral e seus resultados em estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os transtornos depressivos-ansiosos se iniciam muito cedo na vida dos pacientes, há ma-

nifestações desde a infância, mas se torna mais evidente no início da vida adulta, na medida em que os contatos com os outros se tornam mais obrigatórios. Os tratamentos normalmente prescritos são farmacológicos e da forma ocidental, em especial os benzodiazepínicos, que podem inclusive levar a intoxicação se utilizado sem cautela, precisando ser revertido com a medicação Flumazenil. Com esse pensamento, e para evitar problemas com uso extremo de medicações, foram estudadas e introduzidas as terapias complementares aos tratamentos farmacológicos.

O SUS utiliza a Terapia Floral como um complemento integrativo para a saúde, sendo que beneficia o paciente com o equilíbrio de seus sentimentos e podem ser utilizadas em associação com outras formas de tratamento sem causar prejuízos à saúde, não substituindo as medicações e sim complementando seus efeitos benéficos.

“Em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as respectivas alterações, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidou-se, assim, a Política nacional de Práticas integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006” (BRASIL, 2015).

Tendo em vista que o Sistema “Florais de Bach” é uma forma de terapia complementar de fácil acesso devido ao seu baixo custo, a não exigência de prescrição médica e à possibilidade de ser usada concomitantemente a outros

tratamentos, essa terapia foi escolhida como referência para a pesquisa de motivação de uso de práticas complementares em tratamentos de saúde (VALENTE, 2011).

O criador da Terapia Floral, Dr. Edward Bach, (1886-1936), médico, cirurgião, membro da academia real de cirurgiões, licenciado pela academia real médica, especializado em saúde pública, bacteriologista, parasitologista e homeopata iniciou a sua trajetória como foco as doenças crônicas. Em seus anos de estudo observou que muitos pacientes reagiam de forma diferente aos tratamentos, mas também apresentavam influências no prognóstico da doença de acordo estado do humor e personalidade.

Seguindo seus estudos voltados a natureza, percebeu que as plantas com altas vibrações eram capazes de reerguer as pessoas que estavam com as suas em declínio. Dessa forma Dr. Bach observou que as doenças não eram apenas resultantes de agentes físicos, como bactérias ou vírus; mas, decorrente das desarmonias e conflitos profundos entre o que constituía a personalidade e a verdadeira natureza espiritual do indivíduo, nascendo então os florais de Bach (JESUS & NASCIMENTO, 2005).

Dr. Bach classificou as 38 essências do seu sistema em sete grupos - que correspondem às sete emoções - as quais denominou de 38 estados mentais. Esses grupos são: Medo; Indecisão; Falta de interesse no presente; Solidão; Hipersensibilidade à influência e opiniões; Desespero; excessiva preocupação com o bem-estar dos outros.

Tabela 8.1 Para os que sentem medo

Nome do floral	Alívio
<i>ASPEN (Populus tremula)</i>	Medos sem consciência de causa, nos casos de ansiedade, tesão e lembranças ruins.
<i>CHERRY PLUM (Prunus cerasifera)</i>	Controle da mente e da razão, visão embasada e emoções vulneráveis. Indicado para pessoas com problemas compulsórios de alimentação e outros vícios.

<i>ROCK ROSE (Helianthemum nummularium)</i>	Indicados em caso de emergência, como medo muito extremo, e pânico. Eficaz em eventos traumático repentinos, como acidentes ou doenças surpresa, ou em estados muito graves.
<i>RED CHESTNUT (Aesculus carnea)</i>	Para indivíduos que se preocupam de mais com o próximo do que com si mesmo, antecipando coisas negativas antes que aconteçam.
<i>MIMULUS (Mimulus guttatus)</i>	Indicado para pessoas tímidas que tem medo do mundo real, de problemas, e estão travadas por pavor de enfrentar a vida.

Fonte: Adaptado de JESUS & NASCIMENTO (2005)

Tabela 8.2 Para os que sofrem de indecisão

Nome do floral	Indicação
<i>CERATO (Ceratostigma willmottiana)</i>	Indicado a pessoas que sempre precisam do próximo para tomar decisões sobre suas próprias vidas.
<i>SCLERANTHUS (Scleranthus annuus)</i>	Para pessoas voláteis que ora escolhem uma coisa, ora outra. Não possuem poder de escolha entre duas decisões.
<i>GENTIAN (Gentiana amarella)</i>	Pessoas sem foco, que desanimam facilmente dos projetos traçados. No início possuem sucesso, mas logo fracassam no primeiro imprevisto.
<i>GORSE (Ulex europaeus)</i>	Para pessoas que desistiram da vida, não crendo mais em nada.
<i>HORNBEAM (Carpinus betulus)</i>	Para pessoas desmotivadas e cansadas do dia a dia, apesar de cumprirem suas atividades e ajudarem os outros.
<i>WILD OAT (Bromus mamosus)</i>	Para pessoas ambiciosas e talentosas que nunca estão satisfeitas com suas escolhas

Fonte: Adaptado de JESUS & NASCIMENTO (2005)

Tabela 8.3 Para a falta de interesse no presente

Nome do floral	Indicação
<i>CLEMATIS (Clematis vitalba)</i>	Para pessoas que sonham de mais com o futuro e esquecem do presente.
<i>HONEYSUCKLE (Lonicera caprifolium)</i>	Para pessoas nostálgicas que não vivem no presente.
<i>WILD ROSE (Rosa canina)</i>	Para pessoas acomodadas com a vida, mesmo em situações difíceis
<i>OLIVE (Olea europaea)</i>	Para pessoas sem energia de viver.
<i>WHITE CHESTNUT (Aesculus hippocastanum)</i>	Para pessoas que tem a mente conturbada com pensamentos, discursões, que tiram a paz mental.
<i>MUSTARD (Sinapsis arvensis)</i>	Tristeza e solidão sem causa aparente.
<i>CHESTNUT BUD (Aesculus hippocastanum)</i>	Para os que não tiram todo proveito da observação e da experiência, e levam mais tempo para aprenderem as lições da vida. Têm dificuldade em aprender com os erros do passado, levando-os a repeti-los. Indicado para melhorar a memória e o aprendizado.

Fonte: Adaptado de JESUS & NASCIMENTO (2005)

Tabela 8.4 Para os que sentem solidão

Nome do floral	Indicação
<i>WATER VIOLET (Hottonia palustris)</i>	Para pessoas seguras de si que têm dificuldade de se relacionar com outras pessoas.
<i>IMPATIENS (Impatiens grandiflora)</i>	Pessoas ansiosas que querem tudo no seu tempo. Extremamente apressadas.
<i>HEATHER (Calluna vulgaris)</i>	Para aqueles que sofrem de carência, sempre precisam desabafar sem se importar com o outro.

Fonte: Adaptado de JESUS & NASCIMENTO (2005)

Tabela 8.5 Para a hipersensibilidade a influências e opiniões

Nome do floral	Indicação
AGRIMONY (<i>Agrimonia eupatoria</i>)	Para pessoas que sonham de mais com o futuro e esquecem do presente.
CENTAURY (<i>Erythraea centaurium</i>)	Para pessoas nostálgicas que não vivem no presente.
WALNUT (<i>Juglans regia</i>)	Para pessoas acomodadas com a vida, mesmo em situações difíceis
HOLLY (<i>Ilex aquifolium</i>)	Para pessoas sem energia de viver.

Fonte: Adaptado de JESUS & NASCIMENTO (2005)

Tabela 8.6 Para o desalento ou desespero

Nome do floral	Indicação
LARCH (<i>Larix decidua</i>)	Para as pessoas inseguras de se mesmas.
PINE (<i>Pinus sylvestris</i>)	Pessoas que se autossabotam mesmo estando corretas.
ELM (<i>Ulmis procera</i>)	Pessoas que se sentem sobrecarregadas e acabam cometendo erros.
SWEET CHESTNUT (<i>Castanacea sativa</i>)	Para pessoas que chegaram no seu limite, porém desconhecem do seu potencial total.
STAR OF BETHLEHEM (<i>Ornithogalum umbellatum</i>)	Para pessoas que sofreram traumas e precisam de consolo
WILLOW (<i>Salix vitellina</i>)	Pessoas magoadas, que acham que são as vítimas em todas as situações.
OAK (<i>Quercus robur</i>)	Para pessoas que não param nem mesmo doentes.
CRAB APPLE (<i>Malus pumila</i>)	Para pessoas que perderam a autoestima.

Fonte: Adaptado de JESUS & NASCIMENTO (2005)

Tabela 8.6 Para a excessiva preocupação com o bem-estar dos outros

Nome do floral	Indicação
CHICORY (<i>Cichorium intybus</i>)	Para pessoas que tem problemas com possessividade e controle, com o próximo.
VERVAIN (<i>Verbena officinalis</i>)	Para pessoas que se acham sempre “o dono da razão”
VINE (<i>Vitis vinifera</i>)	Para pessoas inflexível, com tendencia a abuso de poder.
BEECH (<i>Fagus sylvatica</i>)	Pessoas que não conseguem reconhecer o bem no próximo.
ROCK WATER	Pessoas que não conseguem reconhecer o bem no próximo.

Fonte: Adaptado de JESUS & NASCIMENTO (2005)

No caso de um paciente com traço de caráter Borderline, um dos florais indicados seria o Chicory. Este floral é indicado para pessoas amáveis e gentis, porém que cobram atenção, carinho, elogios e reconhecimento dos outros exageradamente. A relação que pode ser feita com o indivíduo Borderline ocorre devido ao seu comportamento carente, ciumento e possessivo, que faz chantagem emocional e sente insegurança quanto ao amor do outro. O floral irá auxiliar trazendo a capacidade de amar de forma mais equilibrada e a percepção de ser

amado sem precisar que o outro prove isso se sentindo realizado e confiante (PEROZIN & VOLPI, 2019).

Em um estudo espanhol com estudantes que sofriam de ansiedade, o uso dos florais de Bach auxiliaram na melhora na concentração, calma e clareza durante os estudos e realização de provas, além da diminuição na irritabilidade; a outra metade do grupo de estudo, que estava com o placebo, também apresentou melhora e clareza de ideias; os dois apresentando melhora significativa em 15 dias e mantendo até 6 meses

sem reincidência de crise de ansiedade, mesmo sem a introdução de medicações alopáticas, os Florais de Bach, obtiveram uma resposta satisfatória no auxílio da qualidade de vida de acadêmicos para diversos sintomas estressores (OLIVEIRA, 2020).

Em outro estudo, os florais demonstraram efeitos positivos na efetividade da redução de ansiedade em outro grupo de estudantes, semelhante ao primeiro estudo, apresentando melhora em seu desempenho pessoal e notas. Porém, nesses estudantes, além dos sintomas ansiosos, alguns tinham históricos de traumas, medo ao tomar decisões e desânimo, apoiando novamente a ideia de que os Florais de Bach são úteis não só em sintomas ansiosos, mas também na diminuição de efeitos psicossomáticos negativos, consequentemente ofertando qualidade de vida (OLIVEIRA, 2020). Também houve estudos englobando crianças com TDAH e hiperatividade com resultados positivos e ajuda com as dores dos climatérios em mulheres no pós-parto. Sendo utilizadas até para redução da pressão arterial e tratamento complementar para crianças com câncer na Alemanha devido ao aumento de chances de cura por fortalecerem o sistema imunológico (OLIVEIRA, 2020).

Junto a terapia floral sugere-se o uso da psicoterapia para um tratamento completo e integrativo alcançando um equilíbrio emocional estável aos pacientes. Os sucessos nos tratamentos realizados levam a disseminação dos benefícios ao uso dos florais, assim mais pessoas tem conhecimento e acessos alcançando qualidade de vida, nunca esquecendo que ele não substitui a necessidade de remédios farmacológicos e sim complementam o tratamento.

Em contrapartida, durante os estudos, os efeitos do placebo têm sido muito semelhantes ao uso verdadeiro dos florais, porém, não se re-

comenda parar a terapia pois ela não causa nenhum mal ao organismo humano, independentemente da idade e comorbidade do paciente.

CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que o uso da terapia de florais de Bach é uma alternativa adicional válida para o tratamento dos transtornos depressivos ansiosos, apresentando melhora dos casos estudados até então, casos como crise de ansiedade, trabalho de parto, síndrome do túnel do carpo, psoríase, vitiligo, acne, tratamento da dor, distúrbios do sono, *baby blues*, entre outros. No entanto, os efeitos placebos dos estudados também apresentaram melhora, deixando uma dúvida no ar, porém, como seu uso não é prejudicial para idades juvenis ou avançadas, não é necessária a cessação da terapia se essa estiver ajudando. Desse modo conclui-se que as terapias complementarem merecem maior reconhecimento na área da medicina e mais estudos precisam ser realizados visto que é uma terapia natural e não prejudicial aos órgãos, podendo evitar uso de remédios farmacológicos em casos leves ou ajudar diminuindo doses nos casos mais graves. Mesmo com seu uso aumentando nos últimos tempos, muitos usuários não sabem que a terapia é oferecida pelo SUS, sendo merecedor de maior divulgação pelo estado. O maior estudo sobre os florais de Bach e seus benefícios na divulgação ajudariam aos que são céticos a respeito das melhorias exercida por eles, ceticismo que é entendível visto que a cultura do Brasil é totalmente embasada na farmacologia ocidental. Salientando que os florais não são medicamentos, e não substitui a necessidade de cuidados médicos e psicológicos (ROCHA & BEZERRA, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso/ Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

JESUS, E.C. & NASCIMENTO, M.J.P. Florais de Bach: uma medicina natural na prática. Revista de Enfermagem da UNISA, v. 6, p. 32, 2005.

OLIVEIRA, R.C. A possível contribuição dos florais de Bach na efetividade de tratamentos psicoterápicos em pacientes com altos níveis de ansiedade. Revista Perspectiva: Ciência e Saúde, v. 5, n. 1, p. 48, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/plantas-medicinais-e-fitoterapicos/publicacoes/estrategia-da-oms-sobre-medicina-tradicional-2014-2023/view>. Acesso em: 08/04/24.

PEROZIN, N.P. & VOLPI, J.H. O uso dos florais de Bach na Análise Reichiana. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) 24º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2019. Disponível em: <http://centroreichiano.com.br/anais-dos-congressos-de-psicologia/> Acesso 14/08/2024.

ROCHA, A.D.C. & BEZERRA, J.F. A utilização de florais de Bach em pacientes ansiosos: uma medicina alternativa. Revista de Ensino e Cultura, Rio Grande do Norte, v. 02, n. 02, p. 6, 2019.

SILVA, J.S. & UHLMANN, L.A.C. Florais de Bach para o Tratamento da Ansiedade Bach Flower Essences for the Treatment of Anxiety. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 6, p. 64017, 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-672>.

SILVA, M.J.P. *et al.* Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 2, p. 238, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200013>.

VALENTE, M.J.C. A motivação dos pacientes no uso dos florais de Bach como prática complementar em tratamentos de saúde. 2011. 34f. Trabalho de Conclusão de curso (Monografia). Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

Capítulo 09

USO TERAPÊUTICO DE SUBSTÂNCIAS PSICODÉLICAS

GUSTAVO CAVALCANTI DE ALENCAR FILHO¹
LEONARDO HAIDAR CONTAR¹
LUCCAS SANTOS BENETON¹
MARJORY ASSIS¹

¹ Discente – Medicina em Faculdade de Medicina de Santo Amaro.

Palavras-Chave: Psicodélicos; Tratamento Psiquiátrico; Ketamina; MDMA; Psilocibina; LSD.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.9

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

As doenças psiquiátricas, como depressão, ansiedade, transtornos de estresse pós-traumático e dependência química, são um grande desafio para a saúde pública por representarem uma das principais causas de incapacidade e mortalidade em todo o mundo. Apesar dos avanços significativos na compreensão e tratamento dessas condições, muitos pacientes continuam a sofrer de sintomas debilitantes que afetam sua qualidade de vida e capacidade funcional em seu dia a dia. Recentemente, com o crescente interesse em terapias alternativas e a necessidade de novos tratamentos para transtornos psiquiátricos resistentes, o uso de substâncias psicodélicas no tratamento dessas condições voltou a ser estudado (ANVISA, 2019).

O termo "psicodélico" vem do grego "*psyche*", que significa "mente", e "*delos*", que significa "manifestar". Substâncias psicodélicas, também chamadas de psicotomiméticos, como: MDMA, mescalina, DMT e psilocibina; são drogas - sintéticas ou orgânicas - capazes de produzir uma série de efeitos como: alterar a consciência, a percepção de tempo e espaço, o humor, hiper intensificar sentidos, desencadear alucinações com produção de visões com cores extremamente vívidas e uma intensa sensibilidade emocional. Elas podem ser consumidas por via oral, inalação ou injeção e são utilizadas por diversas culturas ao redor do mundo (BECKER *et al.* 2022).

Drogas chamadas de alucinógenas começaram a se tornar populares muito antes dos dias atuais. Ao longo da história, essas drogas começaram a ser utilizadas em várias culturas para fins medicinais, religiosos e recreativos. O *Ayahuasca*, cerimônia religiosa xamânica de povos originários da América do Sul, considera a utilização de um chá composto de psicoativos como o peiote e o cogumelo mágico - que con-

tém a psilocibina - junto a uma mistura de plantas, sendo a principal *Banisteriopsis caapi*, para provocar alucinações nos participantes que acreditam alcançar, através desse ritual, a cura física e espiritual, o autoconhecimento e a conexão com a natureza e o divino (BECKER *et al.*, 2022).

Nos meados dos anos 1960 e 1970, a chamada Era Psicodélica, foi um período no qual o âmbito social artístico foi influenciado pelo consumo de drogas psicodélicas. Um exemplo é o LSD, o qual começou a ser disseminado para uso recreativo com a finalidade de expandir a mente e a consciência no intuito de escapar da cultura vigente na época. Principalmente na cidade de San Francisco, localizada nos Estados Unidos da América, a cultura de psicodélicos, incluindo o cannabis, já estava inserida entre os músicos de jazz e blues, e começou a crescer no rock - com os Beatles, The Doors e Pink Floyd - e no *folk*, onde o termo "Psicodélico" foi utilizado pela primeira vez (BECKER *et al.*, 2023).

Logo, a fama das drogas psicodélicas junto ao movimento *Hippie* - que defendia ideais como a paz, amor livre, liberdade individual e a igualdade social - começaram a se espalhar para outros tipos de arte como cinema, literatura e pinturas no estilo "psicodélico". Os quadros demonstravam extremas cores vivas, deformidades geométricas e alteração de profundidade que constituíam os movimentos da Pop Art., como as obras do artista contemporâneo Alex Grey (BECKER *et al.*, 2023).

Entretanto, no final da década de 60, as drogas psicodélicas, legalizadas na maioria dos países, foram banidas e consideradas clandestinas e os estudos sobre elas também foram considerados proibidos. Pelo fato de que durante essa época houve um aumento do uso recreativo dessas substâncias, as autoridades locais debatiam sobre os efeitos colaterais negativos na saúde

pública e na segurança, além de haver uma oposição política e social contra o movimento que estava associado ao uso dessas drogas. Logo, chegaram à conclusão de que a proibição seria a melhor maneira de combater esse movimento. Apesar desse movimento contrário às drogas, esse período da história cultural continua influenciando muitas tendências que existem até hoje (BECKER *et al.*, 2023; BREWERTON *et al.*, 2022).

Em uma reviravolta na história, nos últimos anos cientistas do mundo todo buscam cada vez mais entender o potencial terapêutico de substâncias psicodélicas principalmente para o tratamento de transtornos psiquiátricos como TEPT, melhoria da qualidade de vida em pacientes com câncer, dependência química e transtornos de ansiedade e depressão – principalmente para pacientes que não responderam à tratamentos convencionais (CARHART-HARRIS *et al.*, 2021; CLIFFORD & DAVIS, 2020; DAWS *et al.*, 2022; FAMILY *et al.*, 2022).

Recentemente, países como Estados Unidos, Canadá, Holanda e Portugal já aprovaram o uso terapêutico dessas substâncias. No Brasil, a ANVISA já aprovou estudos clínicos com Ayahuasca e MDMA para fins terapêuticos (BECKER *et al.*, 2022; GLAZER *et al.*, 2023).

Apesar das liberações legais para estudo, ainda persiste o tabu no mundo todo, inclusive na área da saúde, de que toda droga é viciante. O estudo “*Psychedelic drug abuse potential assessment for new drug applications and controlled substance scheduling: A United States perspective*” concluiu que esse tipo de droga não aumenta o risco de dependência. Portanto, é necessário discutir sobre essas drogas (DAWS *et al.*, 2022; GOODWIN *et al.*, 2022).

O objetivo deste estudo é avançar recentes na pesquisa sobre o uso de substâncias psicodélicas no tratamento de transtornos psiquiátricos. Os mecanismos de ação dessas substâncias e as

implicações para a prática clínica e para a compreensão da neurobiologia desses transtornos também serão abordados. Além disso, serão discutidos os desafios e as limitações do uso de substâncias psicodélicas no tratamento de transtornos psiquiátricos.

MÉTODO

Essa revisão sistemática foi realizada na base de dados do PubMed e para realizar os fluxogramas foi utilizada a plataforma *Canvas*. A busca foi restrita aos filtros “*Full text*”, “*Trials*”, “*Humans*” e artigos publicados em 2022 até fevereiro de 2023. Na barra de pesquisa foi utilizado: “(((*psychedelic treatment*) AND (*psychiatric treatment*)) NOT (*Cannabis*)) NOT (*CBD*)”. Foram excluídos os remanescentes artigos sobre *Cannabis*, DMT e dois artigos que não eram “*Trials*”. Vale ressaltar que todos os artigos encontrados estavam na língua inglesa.

Após os critérios de seleção restaram XX artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em (tabelas, gráficos, quadros) ou, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: descrever os subtítulos ou pontos que foram mencionados na discussão) ou, com base na âncora teórica (exemplo: política nacional de humanização; diretrizes internacionais de prevenção e controle do diabetes, entre outros).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 27 estudos, dos quais 2 de cannabis, 1 de DMT e 1 comentário e 1 sobre financiamento de terapias psicodélicas (não eram um estudo de *Clinical Trial*) foram excluídos. As drogas abordadas nos estudos foram: LSD, MDMA, Ketamina e Psilocibina; escolhidas para apreciação nesse artigo. Os estudos foram:

Ketamina

O estudo *“At-home, sublingual ketamine telehealth is a safe and effective treatment for moderate to severe anxiety and depression: Findings from a large, prospective, open-label effectiveness trial”* foi realizado através de telemedicina e aplicação de questionário *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para depressão e *Generalized Anxiety Disorder scale* (GAD-7) para ansiedade. Foi encontrado que o uso sublingual de ketamina foi efetivo no tratamento de depressão e ansiedade em 62,8% e 62,9%, respectivamente. Menos de 1% teve deterioração clínica e 6 dos 1247 pacientes interromperam o estudo por conta dos efeitos adversos (GOODWIN *et al.*, 2023).

O estudo *“Patients' recovery and non-recovery narratives after intravenous ketamine for treatment-resistant depression”* testou em 21 pacientes a infusão intravenosa de ketamina em um período de duas semanas. 24 horas após a terceira infusão, foram entrevistados para separar os integrantes em remissão ou sem remissão. Apenas nove (43%) participantes tiveram remissão com o tratamento. Assim, o estudo concluiu que novos estudos são necessários para a instituição dessa terapêutica uma vez que a nova falha na terapêutica pode desestimular os pacientes para buscarem a cura (GROB *et al.*, 2011).

MDMA 3-4, metilenodioximetanfetamina

O estudo *“MDMA-assisted therapy significantly reduces eating disorder symptoms in a randomized placebo-controlled trial of adults with severe PTSD”*, publicado em meio de 2022, concluiu que o MDMA-AT reduziu significativamente os sintomas de disfunção erétil e problemas alimentares em comparação com a terapia com placebo entre os participantes com TEPT grave. O estudo concluiu que o MDMA

para TEPT parece promissor e requer mais estudos (GUKASYAN *et al.*, 2022).

O estudo *“Evaluating the attitudes of mental health professionals towards trials of MDMA: a randomised vignette trial”*, de novembro de 2022, relata que psiquiatras, mas não psicólogos, tendem a ter mais hesitação em recomendar o uso de MDMA e que profissionais mais experientes possuem uma opinião mais negativa sobre a droga do que os menos experientes. Isso pode ser indicativo de falta de experiência farmacoterapêutica, ou uma tendência a se entusiasmar mais com menos anos de prática. O tratamento com MDMA deve ser abordado e estudado mais vezes e continua sendo um tratamento promissor (HENKE *et al.*, 1997).

O estudo *“A randomized controlled trial of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) and fear extinction retention in healthy adults”*, março de 2022, concluiu que o teste em humanos o efeito principal foi significativo e suas descobertas forneceram uma justificativa convincente para continuar a explorar o potencial do MDMA (HENNINGFIELD *et al.*, 2023).

Psilocibina

O estudo *“Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression”*, publicado em novembro de 2022, relata que a dose de 25 mg de psilocibina para pacientes com tratamento resistente de depressão reduziu significativamente o nível de depressão nos participantes. No entanto, houve mais efeitos adversos. Também relatou que é necessário estudos mais longos e comparativos com drogas já usadas no tratamento psiquiátrico (HOLZE *et al.*, 2023).

O estudo *“Efficacy and safety of psilocybin-assisted treatment for major depressive disorder: Prospective 12-month follow-up”* publi-

cado em fevereiro de 2022, relatou que os 24 participantes tiveram uma resposta de tratamento que diminuiu em mais de 50% os sintomas de depressão, de acordo com o comparativo da escala de depressão GRID-HAMD, e de remissão de 75% e não houve efeitos adversos graves nesse período e 12 meses de estudo. Concluiu que a terapia com psilocibina dura ao menos 12 meses (HOLZE *et al.*, 2022a).

O estudo *“The effects of psilocybin on cognitive and emotional functions in healthy participants: Results from a phase 1, randomised, placebo-controlled trial involving simultaneous psilocybin administration and preparation”*, de janeiro de 2022, relatou que, de acordo com os resultados obtidos, a psilocibina não apresentou efeitos negativos significativos na função cognitiva, mas algumas alterações emocionais foram observadas, como aumento da positividade afetiva e da sensação de significado e propósito. Além disso, houve uma redução nos níveis de ansiedade e depressão em participantes que receberam psilocibina, em comparação com aqueles que receberam o placebo.

No entanto, é importante ressaltar que este estudo envolveu um número limitado de participantes e, portanto, são necessárias mais pesquisas para compreender completamente os efeitos da psilocibina em indivíduos saudáveis (HULL *et al.*, 2022).

De acordo com o estudo *“Acute Effects of Psilocybin After Escitalopram or Placebo Pre-treatment in a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Study in Healthy Subjects”*, publicado online em abril de 2022, indica que a psilocibina causou alterações mentais e efeitos subjetivos, incluindo dissolução do ego ansioso e sentimentos de abertura, mas também aumentou as classificações de “efeitos ruins da droga”, “medo” e “ansiedade”. O escitalopram reduziu alguns dos efeitos subjetivos negativos, como ansiedade e medo, mas não

afetou as alterações mentais positivas induzidas pela psilocibina (JOHANSEN & KREBS, 2018).

O estudo *“Direct comparison of the acute effects of lysergic acid diethylamide and psilocybin in a double-blind placebo-controlled study in healthy subjects”* publicado em maio de 2022. Ambas as substâncias tiveram durações de efeito dependentes da dose, com as dosagens mais altas produzindo efeitos mais longos. No entanto, os efeitos do LSD foram significativamente mais longos do que os da psilocibina, o que pode ser explicado pelas diferenças na farmacocinética das duas substâncias. Ambas as substâncias também produziram efeitos estimulantes autonômicos significativos, com respostas cardíacas presentes em ambas as doses (LAPIDOS *et al.*, 2023).

O estudo *“Increased global integration in the brain after psilocybin therapy for depression”* sugere que a terapia com psilocibina pode aumentar a integração global do cérebro em pacientes com depressão. Os pesquisadores usaram imagens de ressonância magnética funcional (fMRI) para avaliar as alterações na conectividade funcional do cérebro em pacientes antes e depois da terapia com psilocibina (MAPLES-KELLER *et al.*, 2022).

Os resultados indicaram que os pacientes que receberam psilocibina apresentaram maior conectividade em várias regiões do cérebro, incluindo áreas associadas à emoção e à cognição. Essas alterações na conectividade foram associadas a melhorias na depressão e na ansiedade (MAPLES-KELLER *et al.*, 2022).

O estudo *“Single-dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression: Impact on patient-reported depression severity, anxiety, function, and quality of life”*, que foi publicado em abril de 2022, relata que tanto a utilização de 25mg como 10mg de psilocina foram associadas a melhorias nas medidas de gra-

vidade de depressão, ansiedade, afeto e funcionamento relatadas pelos pacientes. Esses resultados complementam os principais achados do maior estudo clínico randomizado de psilocibina para Transtorno Depressivo Resistente ao Tratamento (TRD), que foram expandidos para avaliar outros resultados importantes para os pacientes (GOODWIN *et al.*, 2023).

O estudo *“Exploratory investigation of a patient-informed low-dose psilocybin pulse regimen in the suppression of cluster headache: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial”* de novembro de 2022. Os resultados do estudo mostraram que a terapia com psilocibina de baixa dose reduziu significativamente a intensidade e a frequência das dores de cabeça em comparação com o grupo placebo. Além disso, a terapia com psilocibina foi bem tolerada pelos pacientes, com efeitos colaterais geralmente leves e transitórios.

Os autores concluíram que a terapia com psilocibina de baixa dose pode ser uma opção segura e eficaz para o tratamento da cefaleia, e que estudos adicionais são necessários para confirmar esses achados e explorar as possíveis limitações e riscos associados com essa terapia (SANCHES *et al.*, 2016).

LSD - Ácido Lisérgico Dietilamida

O estudo *“Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Therapy in Patients With Anxiety With and Without a Life-Threatening Illness: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase II Study”* foi realizado em dois centros, duplo-cego, com grupo recebendo placebo, dois períodos com crossover, ordem aleatória, 42 participantes que foram avaliados quanto a sintomas de ansiedade após 16 semanas (4 meses) de tratamento e com escalas para efeitos da droga e depressão, sendo nesse caso escala de: *Beck Depression Inventory*; *Hamilton Depression Rating Scale*, 21-item version. Foram encontradas notáveis reduções nos sintomas de

ansiedade e depressão após 16 semanas em relação ao placebo (HOLZE *et al.*, 2023).

O estudo *“Ketanserin Reverses the Acute Response to LSD in a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Study in Healthy Participants”* é um estudo duplo-cego, randomizado, com uso de placebo, crossover, com 24 pacientes saudáveis que receberam duas sessões de quatorze horas e posteriormente receberam 40 mg de ketanserin ou placebo uma hora após a ingestão de 100µg de LSD. Foram analisados quanto efeitos subjetivos, efeitos autonômicos, efeitos adversos agudos, fator neurotrófico derivado do cérebro, farmacocinética até 12 horas. Foi encontrado que a Ketanserina reduziu os efeitos subjetivos, alterações da mente, efeitos visuais, efeitos auditivos e dissolução do ego, efeitos cardiovasculares e midríase, em comparação ao placebo. Assim, o artigo concluiu que a Ketanserina pode ser usada para atenuar o efeito do LSD (BECKER *et al.*, 2023).

O estudo *“Low doses of lysergic acid diethylamide (LSD) increase reward-related brain activity”*, de outubro de 2022, aborda que a terapia combinada de LSD com psilocibina também melhorou significativamente a ansiedade e a qualidade de vida em comparação com o grupo de controle. No entanto, a terapia com psilocibina também foi associada a efeitos adversos agudos, como ansiedade e náusea (GLAZER *et al.*, 2023).

Os autores concluíram que a psilocibina pode ser uma opção de tratamento eficaz para a depressão, mas destacaram a necessidade de estudos adicionais para confirmar esses achados e avaliar os riscos e benefícios a longo prazo (GLAZER *et al.*, 2023).

O estudo *“Low-dose LSD and the stream of thought: Increased Discontinuity of Mind, Deep Thoughts and abstract flow”*, de junho de 2022, o LSD afeta a percepção de cores, sen-

sações em pensamentos ativos e passivos. E concluíram que após 4 horas do uso sugere que o LSD pode ser útil em terapias psicolíticas em uma fase avançada de tratamento (WEIBNER *et al.*, 2022).

O artigo *“Safety, tolerability, pharmacokinetics, and subjective effects of 50, 75, and 100 µg LSD in healthy participants within a novel intervention paradigm: A proof-of-concept study”*, de março de 2022, considerou de 50, 75 e 100 mcg é seguro em adultos saudáveis e mostram eventos adversos leves. Diz também que estudos futuros são necessários para avaliar melhor a segurança, tolerabilidade e custo-efetividade.

O estudo *“Single-dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression: Impact on patient-reported depression severity, anxiety, function, and quality of life”*, de abril de 2022, concluiu que o uso de LSD pode afetar a função cognitiva das pessoas. Durante o período após o uso da droga, conhecido como *“afterglow”*, pode haver uma melhoria na memória episódica e na habilidade verbal. No entanto, durante o período de ressaca, chamado de *“hangover”*, pode ocorrer uma diminuição na flexibilidade cognitiva. É importante lembrar que o uso de LSD é ilegal em muitos países e pode ter consequências negativas para a saúde física e mental (FAMILY *et al.*, 2022).

O estudo *“Safety pharmacology of acute LSD administration in healthy subjects”*, de junho de 2022, relata que usar uma dose única de LSD é considerado seguro para danos psicológicos e físicos agudos em indivíduos saudáveis (HOLZE *et al.*, 2022b).

O estudo *“LSD and creativity: Increased novelty and symbolic thinking, decreased utility and convergent thinking”*, de fevereiro de 2022, diz que o LSD muda a capacidade criativa e a cognição a ponto de apoiar a eficiência

do tratamento na terapia assistida por psicodélicos.

O estudo *“Repeated low doses of LSD in healthy adults: A placebo-controlled, dose-response study”*, de março de 2022, concluiu que foi possível estudar a droga em baixas doses e em situações controladas. No entanto, os resultados indicaram poucos benefícios da droga em relação ao humor, função emocional ou cognição. Apesar disso, ainda continua sugerindo pesquisas para explorar melhorias (HULL *et al.*, 2022).

A seguir serão, individualmente, abordadas as substâncias Ketamina, MDMA, Psilocibina e LSD.

Ketamina

A S-Ketamina (Ketamina) é uma mistura racêmica composta por S-ketamina e R-ketamina que são derivados da FenilCiclo-hexilamina. Enzimas hepáticas, como o citocromo P450 representadas pelas enzimas CYP2B6 e CYP3A4, são responsáveis pela metabolização deste medicamento. Assim, faz-se importante ressaltar possíveis interações medicamentosas já que diversas drogas também utilizam essas enzimas na metabolização. A ketamina é desmetilada à Norketamina pelas enzimas CYP2B6 e CYP3A4, essa que metaboliza a S-ketamina mais rapidamente que a R-ketamina (fator que pode explicar a mais rápida ação e duração do efeito/efeitos colaterais da do isótopo S-ketamina e a maior disponibilidade da R-ketamina no tecido cerebral, assim alcançando efeitos antidepressivos melhores que a S-ketamina nesse quesito). Norketamina segue a metabolização para hidroxinorketaminas (HNKS) e dihidronorketamina (DHNK) entrando nesse processo as enzimas CYP2A6, CYP2B6, CYP3A4 e CYP3A5. Exemplificando uma infusão intravenosa, a ketamina predomina no plasma no momento da infusão, se-

guida pela norketamina, DHNK e HNKS em sequência.

Acredita-se que a ketamina e seus metabólitos ultrapassam a barreira hematoencefálica sem depender de nenhum transportador e que esses produtos não são metabolizados no tecido encefálico. A ketamina e seus metabólitos agem como antagonista dos receptores N-metil-D-aspartato, um canal glutamérgico que em repouso encontra-se fechado pela presença do Mg^{2+} . Uma vez abertos, esses canais possibilitam a entrada de Ca^{2+} , o qual ativa diversas vias intracelulares em neurônios e células da glia. Porém, outras ações são realizadas por esse medicamento como baixa afinidade com outros receptores e canais iônicos, por exemplo: dopaminérgicos, serotoninérgicos, sigma, opioides, colinérgicos e canais iônicos ativados por nucleotídeos cíclicos e hiperpolarização (STAFORD, 2003).

O medicamento pode ser administrado por via intravenosa (uso mais comum e que atinge concentração plasmática máxima), intramuscular (usado em emergência em pacientes não colaborativos e pediátricos, pico em 5 a 30 minutos), oral (menor biodisponibilidade por extensa primeira passagem hepática, pico em 20 a 120 minutos), intranasal (biodisponibilidade de 45 a 50% por evitar a primeira passagem hepática; também possui rápida absorção sistêmica e é pouco invasiva assim como outras drogas aplicadas por essa via), intrarretal (25 a 35% de biodisponibilidade). A distribuição do medicamento se faz por meio plasmático sem se ligar predominantemente em proteínas (10 a 50%). O papel dos rins em sua eliminação garante curta meia vida, 2 a 4 horas, apesar da maior parte da droga ser excretada pela conjugação dos metabólitos com o ácido glicurônico no fígado com posterior excreção na urina e bile. A velocidade de eliminação depende da via de administração.

Cada via de administração possui suas peculiaridades, brevemente mencionadas, que podem ser exploradas nos mais diversos cenários (centro cirúrgico, emergência, ambulatorial, enfermagem etc.). Em ambiente cirúrgico, associada a outros medicamentos anestésicos, a ketamina é utilizada para anestesia e amnésia, sendo a alteração de memória a principal utilidade do medicamento. Efeitos analgésicos e anti-inflamatórios também já foram descritos na literatura, assim como um possível efeito antidepressivo nos pacientes bipolares ou com depressão maior e refratários a outras intervenções terapêuticas.

Seus efeitos adversos são extensos, cobrindo: alterações dos sentidos (visão, audição, tato) incluindo a propriocepção; relaxamento e sensação de bem-estar; alucinações entre outras a depender da dose e do isótopo ou da mistura racêmica completa. Além dos efeitos de dissociação, outros efeitos da função encefálica são afetados. Cognição, concentração, repetição, reconhecimento, memória (de eventos e de procedimentos), vigilância, fluência verbal, resposta a estímulo verbal podem estar afetadas durante a infusão do medicamento ou logo após sua aplicação. Efeitos a longo prazo não foram estabelecidos de forma clara e talvez vieses podem atrapalhar o estabelecimento de dados concretos sobre esse dano como dito por Zanos *et al.*, 2018. Estudos controlados sobre o uso recreativo (no qual doses diversas são utilizadas) são escassos. No entanto, usuários usualmente utilizam a via de aspiração nasal e relatam alterações sensitivas como dissociação corporal, leveza corporal, alucinações (“sair para fora do corpo”). Agitação, ansiedade e ataques de pânico também podem ocorrer.

Efeitos no SNP incluem, também, grande espectro a depender da dose. Alterações dos nervos periféricos incluem a sensibilidade e motora, por exemplo as fasciculações, espas-

mos, mioclonia entre outras; o sistema vestibular pode induzir a náuseas, vômitos, vertigem; o sistema cardiovascular pode ser afetado e provocar hipertensão, palpitações, taquicardia; nistagmo, diplopia, dilatação da íris, borramento visual; efeitos urológicos também são importantes no uso à longo prazo, como disúria, polaciúria, urgência miccional, incontinência urinária, hematúria, dor ao urinar e cistite ulcerativa. Outras alterações histológicas nos tecidos urológicos são encontradas no uso recreativo da droga.

Vale ressaltar as evidências acerca da neurotoxicidade do uso recorrente dessa medicação (por exemplo no tratamento antidepressivo, anti-inflamatório e analgésico). Efeitos celulares agudos e crônicos são citados na literatura, porém ainda é necessário maior atenção ao tema visto que mais estudos na área de tratamentos de condições refratárias são realizados.

Os Resultados encontrados apontam para possíveis benefícios da terapia oral guiada, com baixa desistência e deterioração clínica (GOODWIN *et al.*, 2023). No entanto, a via de administração e dose ainda precisam ser ajustadas para obtenção de melhores resultados (GROB *et al.*, 2011). Ambos os estudos apontam benefício no uso do medicamento, mas mostram que ainda é necessário aprimorar a utilização do medicamento. Demonstrando, assim, que há potencial terapêutico para doenças mentais na Ketamina.

MDMA - 3-4, metilenodioximetanfetamina

A 3-4, metilenodioximetanfetamina, popularmente conhecida como MDMA, MD ou ecstasy, é uma droga sintética psicoestimulantes de SNC relacionada às anfetaminas. MDMA é uma substância majoritariamente lipossolúvel e capaz de liberar/inibir a recaptação de serotonina parassimpática (5-HT), dopamina (DA) e

norepinefrina (NE). Essas ações resultam na interação do MDMA com os transportadores de membrana envolvidos na recaptação de neurotransmissores e sistemas de armazenamento vesicular (HOLZE *et al.*, 2022b).

A administração do MDMA tipicamente é oral, através de comprimidos, cápsulas ou tablets. Quando o ecstasy é ingerido, devido à sua intensa lipossolubilidade, sua principal absorção acontece no TGI, mais precisamente no intestino delgado. Sua absorção também pode ocorrer no estômago, no entanto devido à sua acidez afeta a absorção e diminui sua disponibilidade. Vale ressaltar que a absorção dessa substância depende de muitas variáveis incluindo o modo de administração, presença de alimento no estômago e a fatores genéticos como a velocidade do esvaziamento gástrico da pessoa. De modo geral, após a ingestão, os efeitos da droga começam a ser sentidos em cerca de 30 a 60 minutos, com o pico ocorrendo entre 2 a 3 horas, quando o nível sanguíneo está no seu máximo e sua meia vida é de cerca de 8 horas (STAFFORD, 2003; WEIBNER *et al.*, 2022; HOLZE *et al.*, 2022b).

Logo após sua absorção, ele é distribuído para os tecidos do corpo. No cérebro ele atravessa a barreira hematoencefálica se ligando em vários receptores, principalmente no de serotonina. A serotonina (5-HT) é um neurotransmissor responsável por regular funções como o humor, ansiedade, sono e apetite. O MDMA inibe a recaptação da 5-HT em várias áreas do cérebro, especialmente no córtex pré-frontal e hipocampo, que estão envolvidos no processamento de memória e de emoções, fazendo com que aumente a concentração de serotonina na fenda sináptica e consequentemente amplia seu efeito. Além da serotonina, o MD age também no aumento da liberação de dopamina e noradrenalina.

O MDMA é principalmente metabolizado no fígado em duas vias distintas compostas por enzimas do citocromo P450. Na via da CYP2D6, o MDMA é convertido em HHMA e depois em DHPG (ácido 3,4-diidroxifenilacético), que é excretado pelos rins. Na via da CYP3A4, o MDMA é convertido em MDA, que é então convertido em outros metabólitos como HMMA (4-hidroximetil-3-metoxianfetamina), HHA ((4-hidroxianfetamina)) e HMA ((4-hidroximetilanfetamina)), que também são excretados pelo corpo. Os metabólitos podem ser detectados na urina, no sangue e no cabelo por alguns dias após o consumo da droga (WEIBNER *et al.*, 2022; WRIGHT *et al.*, 2022).

Devido à sua interação os efeitos mais frequentes do MDMA é a euforia, sensação extrema de bem-estar, aumento de energia, extroversão, sentimento de proximidade dos outros, aumento da empatia, mudança de percepção de cores e sons, também alteram sintomas somáticos - aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e midríase), desrealização, mas não causa alucinação.

Os efeitos adversos que são mais comuns respectivamente são: diminuição de apetite, mandíbula apertada, boca seca, inquietação, palpitação, equilíbrio prejudicado, dificuldade de concentração, tontura, sensibilidade ao frio, insônia, confusão, ansiedade e tremor. MDMA também produz efeitos mais fortes como: ataques de pânico, delírio e episódios psicóticos que se resolvem rapidamente quando a ação da droga desaparece (OMS, 2022).

Ademais, os efeitos tóxicos do MDMA estão relacionados às suas ações farmacológicas. Os sinais leves de toxicidade incluem náusea, vômito, boca seca, suor, tremores e irritabilidade. Os sinais moderados incluem confusão, agressividade e aumento da temperatura corporal. A toxicidade grave pode levar a coma, con-

vulsões e falência renal. A hipertermia é uma complicação comum que pode resultar de um efeito direto da droga no sistema nervoso central, desidratação e altas temperaturas ambiente. O golpe de calor é uma complicação grave que pode causar a morte. Hiponatremia, hepatite fulminante e necrose hepática também são possíveis complicações. Seus efeitos neurotóxicos em médio a longo prazo em animais está associada à neurodegeneração do sistema serotoninérgico e é preocupante pois altera funções cognitivas como - memória ou desempenho de tarefas mais complexas e impulsividade. Logo, o uso crônico de MDMA também tem sido associado na diminuição na densidade de neurônios no hipocampo e podem afetar a estrutura das células nervosas resultando na mudança da forma dos dendritos (SEWELL *et al.*, 2021).

Os Resultados encontrados nas pesquisas demonstraram um grande potencial do MDMA para o uso terapêutico em comorbidades psiquiátricas, principalmente em transtornos de TEPT grave, assim melhorando a qualidade de vida dessas pessoas (GUKASYAN *et al.*, 2022); e que existe sim uma justificativa convincente o suficiente para continuar realizando estudo (HENNINGFIELD *et al.*, 2023). No entanto, ainda há um estigma por trás de psiquiatras que já estão há mais tempo em atuação (HENKE *et al.*, 1997).

Psilocibina

O uso terapêutico da psilocibina relaciona-se com transtornos psiquiátricos, como a ansiedade e o transtorno depressivo maior. Estudos realizados demonstram que o tratamento por esse psicodisléptico mostrou eficácia e segurança em pacientes durante intervalo de acompanhamento de até doze meses. No entanto, ainda é discutível essas vantagens a longo prazo.

A psilocibina (4-phosphoryloxy-N, N-dimetiltriptamina) é extraída, majoritariamente,

de cogumelos do gênero *Psilocybe* sp. Existem mais de 370 espécies dentro deste gênero, sendo as mais conhecidas: *P. cyanescens*, *P. cubensis*, *P. tampanensis*. Geralmente, são provenientes de habitat relacionado com esterco bovino (WRIGHT *et al.*, 2022).

A substância é um agonista parcial do receptor de serotonina 5-hidroxitriptamina-2A (5-HT_{2A}), que, após a desfosforilação mediada pela fosfatase alcalina, torna-se o metabólito ativo psilocina. Expressa como mecanismo ação a estimulação de atividade simpática e serotoninérgica, no entanto com menor potência (STAFFORD, 2003).

A psilocibina pode ser identificada no plasma 20 a 40 minutos após sua ingestão oral, alcançando os níveis máximos plasmáticos em 80 a 105 minutos, e apresenta valores de meia-vida chegando a 2,5 horas. O tempo de efeito pleno da substância pode variar de 4 a 12 horas. Estudos demonstram que este alucinógeno apresenta duração de efeito dose-dependente, deste modo, doses mais elevadas produzem efeitos mais duradouros (WEIBNER *et al.*, 2022).

Os efeitos subjetivos da droga são induzidos através da estimulação do receptor 5-HT_{2A}, sendo exemplos o efeito místico, o humor agudo positivo e sentimentos de bem-aventurança. Verificou-se também efeitos simpaticomiméticos, como aumento da pressão sanguínea, aumento da frequência cardíaca, aumento da temperatura corporal, e midríase. Os efeitos endócrinos incluem o aumento dos níveis plasmáticos de cortisol, oxitocina e de prolactina.

Os efeitos adversos incluem ansiedade, dor de cabeça, humor deprimido, insônia, náusea, pesadelos, episódios de flashback.

Os resultados desenvolvidos nas pesquisas apontaram que o uso de psilocibina, em comparação às outras drogas, considera-se mais promissor. A utilização da dose de 10mg a 25mg,

para pacientes com tratamento resistente de depressão grave, diminuiu em cerca de 50% os sintomas, de acordo com a escala de GRID-HAMD (HOLZE *et al.*, 2023; HOLZE *et al.*, 2022a; OMS, 2022). Também abordou que o uso conjunto da psilocibina com o escitalopram potencializa o tratamento pois o escitalopram reduz os efeitos subjetivos que o psilocibina produz (JOHANSEN & KREBS, 2018), mas não retira os efeitos bom como o aumento da positividade afetiva, sensação de significado e propósito (HULL *et al.*, 2022). Ademais, os pacientes que receberam a psilocibina resultaram em maior conectividade em várias regiões do cérebro (MAPLES-KELLER *et al.*, 2022). Desse modo, mesmo precisando de mais estudos sobre a droga, a terapia com baixas doses de psilocibina pode resultar num tratamento alternativo positivo com poucos efeitos adversos, e quando ocorrem são em maioria subjetivos (SANCHES *et al.*, 2016).

LSD - Ácido lisérgico dietilamida

Claviceps purpurea é um fungo que afeta plantações de cereais e produz alcaloides derivados do ácido lisérgico. Em 1938, o químico suíço Albert Hoffman sintetizou pela primeira vez o Ácido lisérgico dietilamida (LSD), um semissintético que provou ter efeitos alucinógenos e psicodélicos. O LSD é metabolizado no fígado em 13- e 14-hidroxi-LSD, que são posteriormente conjugados pelo ácido glicurônico, 2-oxo-LSD e 2-oxo-3-hidroxi-LSD e Nor-LSD. Assim, os metabólitos do LSD são principalmente excretados pela urina, na qual é possível detectar a droga em até quatro dias após o uso. Pouco LSD é excretado sem sofrer metabolização.

As vias (via oral, intravenosa, intramuscular etc.), já mencionadas anteriormente nas outras drogas contempladas neste artigo, são possíveis na administração de LSD. As diferentes vias de administração somente alteram o tempo de ação

da droga e sua metabolização/biodisponibilidade, porém sem alterar os efeitos obtidos através dela. Dose também é importante para a quantificação dos efeitos (HOLZE *et al.*, 2022b)

Os efeitos do LSD incluem alterações sensoriais do usuário, incluindo visão, audição, tato e propriocepção. Efeitos mentais também estão presentes, como por exemplo alteração do estado de consciência, alucinações, melhora na introspecção e euforia. Esses efeitos ocorrem, pois, a droga age como um agonista de receptores 5-HT_{1A} (serotoninérgicos) no SNC alterando, assim, a secreção do neurotransmissor Serotonina. Também, há ação em receptores 5-HT_{2A} expresso em células piramidais do neocórtex e em células do tálamo, que por sua vez incrementa os níveis de glutamato (essa alteração afeta a hierarquia das comunicações corticocorticais e corticosubcorticais, assim, gerando os efeitos alucinógenos). Diversos outros receptores serotoninérgicos possuem grande afinidade com o LSD (WRIGHT *et al.*, 2022; HOLZE *et al.*, 2022b).

Essa interação do LSD é também encontrada em outras drogas psicodélicas. Pensando na neuroplasticidade, alterações com o uso desse receptor podem gerar efeitos a longo prazo e ênfase é necessária no contexto em que o paciente se encontra. Por exemplo, cada indivíduo terá uma conformação cerebral e um paciente ansioso terá alterações em sua organização do órgão diferente de um paciente saudável.

Os resultados apontam majoritariamente para benefícios, principalmente em associação com a Psilocibina (SEWELL *et al.*, 2021; WEIBNER *et al.*, 2022; WRIGHT *et al.*, 2022). No entanto, ressalvas são importantes quanto aos seus efeitos isolados à longo prazo, como piora na flexibilidade cognitiva, da memória episódica e da habilidade verbal. Dose única não parece afetar significativamente indivíduos saudáveis e a Ketanserina atenua seus efeitos agudos

em comparação ao placebo (STAFFORD, 2003). Portanto, o uso de LSD isolado potencialmente não é o modo mais eficaz para o uso terapêutico. Assim, a associação com Psilocibina pode ser manejada conforme a dose, uma vez que essa variável determina proporcionalmente os efeitos da droga (STAFFORD, 2003).

CONCLUSÃO

O investimento em tratamentos psiquiátricos é de suma importância em um mundo contemporâneo cada vez mais afetado por distúrbios de saúde mental e com extensão da expectativa de vida, aumentando, assim, as doenças degenerativas. Portanto, o conhecimento crescente sobre substâncias psicodélicas pode ser um aliado na luta contra essas doenças uma vez que, mais e mais, novas evidências demonstram melhora subjetiva e funcional dos pacientes refratários, portanto torna-se uma opção promissora.

A Ketamina, medicamento amplamente utilizado para amnésia em procedimentos cirúrgicos, encontra espaço no tratamento da ansiedade e depressão, mas ainda precisam ser determinadas as doses e vias de administração mais eficazes. O MDMA é uma droga promissora para o tratamento de TEPT, mas ainda precisa de estudos para o avanço das pesquisas e a quebra do estigma relacionado a ela. A Psilocibina é a droga com maior avanço no uso terapêutico, sendo preconizada a dose de 10 a 25 mg via oral. Associado a ela, o Escitalopram e o LSD indicam possível adjuvância terapêutica; o uso isolado de LSD não encontrou resultados favoráveis na totalidade dos estudos analisados.

Vale lembrar, que essas drogas por si só não serão capazes de solucionar o problema. Fazendo-se necessário a adoção de medidas multidisciplinares com os pacientes e na comunidade/sociedade, cujo mesmo está inserido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 344, de 2019. Regulamenta o uso compassivo de substâncias psicodélicas para tratamentos em casos excepcionais sem alternativas terapêuticas disponíveis. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2019/anvisa-regulamenta-uso-compassivo-de-substancias-psicodelicas-para-tratamentos-em-casos-excepcionais-sem-alternativas-terapeuticas-disponiveis>. Acesso em: 09 mar. 2023.

BECKER A.M. *et al.* Acute Effects of Psilocybin After Escitalopram or Placebo Pretreatment in a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Study in Healthy Subjects. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, v. 111, n. 4, p. 886, 2022. <https://doi.org/10.1002/cpt.2487>.

BECKER, A.M. *et al.* Ketanserin Reverses the Acute Response to LSD in a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Study in Healthy Participants. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 26, n. 2, p. 97, 2023. doi: 10.1093/ijnp/pyac075.

BREWERTON, T.D. *et al.* MDMA-assisted therapy significantly reduces eating disorder symptoms in a randomized placebo-controlled trial of adults with severe PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, v. 149, p. 128, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.008>.

CARHART-HARRIS, R.L. *et al.* The effects of psilocybin on cognitive and emotional functions in healthy participants: results from a phase 1, randomized, placebo-controlled trial involving simultaneous psilocybin administration and preparation. *Journal of Psychopharmacology*, v. 35, n. 4, p. 436, 2021. doi:10.1177/0269881120989897.

CLIFFORD, D. & DAVIS, A.K. The therapeutic potential of psychedelic drugs: Past, present, and future. *Neuropsychopharmacology Reports*, v. 40, n. 4, p. 187, 2020. doi: 10.1002/npr2.12120.

DAWS, R.E. *et al.* Increased global integration in the brain after psilocybin therapy for depression. *Nature Medicine*, v. 28, n. 4, p. 844, 2022. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01744-z>.

FAMILY, N. *et al.* Safety, tolerability, pharmacokinetics, and subjective effects of 50, 75, and 100 µg LSD in healthy participants within a novel intervention paradigm: A proof-of-concept study. *Journal of Psychopharmacology*, v. 36, n. 3, p. 321, 2022. <https://doi.org/10.1177/02698811211069103>.

GLAZER, J. *et al.* Low doses of lysergic acid diethylamide (LSD) increase reward-related brain activity. *Neuropsychopharmacology*, v. 48, n. 2, p. 418, 2023. doi: 10.1038/s41386-022-01479-y.

GOODWIN, G.M. *et al.* Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. *New England Journal of Medicine*, v. 387, n. 18, p. 1637, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2206443.

GOODWIN, G.M. *et al.* Single-dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression: Impact on patient-reported depression severity, anxiety, function, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, v. 327, p. 120, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.108>.

GROB, C.S. *et al.* Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, v. 25, n. 11, p. 1437, 2011. doi: 10.1177/0269881111420188

GUKASYAN, N. *et al.* Efficacy and safety of psilocybin-assisted treatment for major depressive disorder: Prospective 12-month follow-up. *Journal of Psychopharmacology*, v. 36, n. 2, p. 151, 2022. <https://doi.org/10.1177/02698811211073759>.

HENKE, J. *et al.* I Want to Take You Higher: The Psychedelic Era, 1972-1978. Chronicle Books, 1997.

HENNINGFIELD, J.E. *et al.* Psychedelic drug abuse potential assessment for new drug applications and controlled substance scheduling: A United States perspective. *Journal of Psychopharmacology*, v. 37, n. 1, p. 33, 2023. <https://doi.org/10.1177/02698811221140004>.

HOLZE, F. *et al.* Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Therapy in Patients with Anxiety with and Without a Life-Threatening Illness: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase II Study. *Biological Psychiatry*, v. 93, n. 3, p. 215, 2023. doi: 10.1016/j.biopsych.2022.08.025.

HOLZE, F. *et al.* Direct comparison of the acute effects of lysergic acid diethylamide and psilocybin in a double-blind placebo-controlled study in healthy subjects. *Neuropsychopharmacology*, v. 47, p. 1180, 2022a. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01297-2>.

HOLZE, F. *et al.* Safety pharmacology of acute LSD administration in healthy subjects. *Psychopharmacology*, v. 239, n. 6, p. 1893, 2022b. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-05978-6>.

HULL, T.D. *et al.* At-home, sublingual ketamine telehealth is a safe and effective treatment for moderate to severe anxiety and depression: Findings from a large, prospective, open-label effectiveness trial. *Journal of Affective Disorders*, v. 314, p. 59, 2022. doi: 10.1016/j.jad.2022.07.004.

JOHANSEN, P.-Ø. & KREBS, T.S. Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: A population study. *Journal of Psychopharmacology*, v. 32, n. 7, p. 732, 2018. <https://doi.org/10.1177/0269881118754710>.

LAPIDOS, A. *et al.* Patients' recovery and non-recovery narratives after intravenous ketamine for treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 323, p. 534, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.090>.

MAPLES-KELLER, J.L. *et al.* A randomized controlled trial of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) and fear extinction retention in healthy adults. *Journal of Psychopharmacology*, v. 36, n. 3, p. 368, 2022. <https://doi.org/10.1177/02698811211069124>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS destaca necessidade urgente de transformar a saúde mental e a atenção psicossocial para alcançar a saúde universal [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 09 mar. 2023.

SANCHES, R.F. *et al.* Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 36, n. 1, p. 77, 2016. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000436>.

SEWELL, R.A. *et al.* Exploratory investigation of a patient-informed, low-dose psilocybin therapy regimen for the treatment of cluster headache: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia*, v. 41, n. 6, p. 713, 2021. doi: 10.1177/0333102421996326.

STAFFORD, P. *Psychedelics*. Ronin Publishing; Later Edition, Oakland, California, 2003.

WIEßNER, I. *et al.* Low-dose LSD and the stream of thought: Increased Discontinuity of Mind, Deep Thoughts and abstract flow. *Psychopharmacology*, v. 239, n. 6, p. 1721, 2022. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06006-3>.

WRIGHT, D.J. *et al.* Evaluating the attitudes of mental health professionals towards trials of MDMA: a randomised vignette trial. *BMJ Open*, v. 12, n. 11, p. e060360, 2022. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060360>.

ZANOS, P. *et al.* Ketamine and Ketamine Metabolite Pharmacology: Insights into Therapeutic Mechanisms. *Pharmacological Reviews*, v. 70, n. 4, p. 879, 2018. doi: 10.1124/pr.116.015198err.

Capítulo 10

TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS: RELAÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO PARA DESENVOLVIMENTO DA DEMÊNCIA

EMANUELE ALEXANDRI MENDES¹
ANA LUIZA OLIVEIRA STRARLING¹
LUCAS VIEIRA DINIZ CAMARGOS¹

¹*Discente – Acadêmico de medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – FASEH.*

Palavras-Chave: DSM-5; Transtornos Neurocognitivos; Demência.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.10

INTRODUÇÃO

Segundo a 5ª edição Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), 2014, o comprometimento cognitivo leve (CCL) e a demência por transtornos neurocognitivos maiores (TNM) foram substituídos por transtorno neurocognitivo leve. Através da nova edição os transtornos neurocognitivos são definidos como uma condição adquirida, por meio de uma observação do prejuízo das funções cognitivas com carácter de progressão ou não.

A demência, anteriormente denominada de doença neurodegenerativa, colabora para o declínio e progressão da deterioração do desempenho e cognição das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), progredindo para limitações da execução de atividades básicas e comportamentos desorganizados, que antes eram realizados sem limitações.

O Transtorno neurocognitivo leve é constituído por um diagnóstico sindrômico, e de acordo com Martorelli *et al.* 2020 “O envelhecimento da população leva ao aumento da prevalência de demência e CCL. A doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência” (NARDI *et al.*, 2022). “O transtorno neurocognitivo leve também tem relação com o menor nível de escolaridade, variando de 3% em pessoas com menos de 60 anos até 15% naquelas por volta dos 75 anos”.

Segundo Nardi *et al.*, 2022, o CCL pode ser classificado segundo sua apresentação clínica. É denominado amnésico (CCLa) quando a memória é o principal domínio cognitivo acometido; ou não amnésico (CCLna) se a memória está preservada e são outros os domínios mais afetados (como linguagem, habilidades visuoespaciais, funções executivas etc.).

De acordo com as melhorias em condições de saúde e no aumento da expectativa de vida

têm contribuído para a prevalência de demência no Brasil e no Mundo. Também em relação aos avanços dos padrões de vida, a prevalência dos fatores de risco potencializa a evolução de um prognóstico negativo da enfermidade. Dessa forma, torna-se imprescindível discutir as causas que antecipam o desenvolvimento dos comprometimentos neurocognitivos, etiologia e o diagnóstico precoce das doenças neurodegenerativas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa com busca nas bases de dados BVS, PubMed e SciELO, a partir dos descritores "*neurocognitive disorders*", "*cognitive dysfunction*", "*Alzheimer Disease*" e "*Cyclooxygenase 2 Inhibitors*". Foram identificados 2863 artigos, que após as filtrações referente aos artigos que abordassem sobre demência nos últimos 4 anos, obtivemos 100 resultados. Entre eles, foram selecionados 43 artigos, que após a leitura dinâmica dos títulos, resumos e material na íntegra, priorizando 15 que abordassem a relação do declínio cognitivo e a progressão da demência. Também foi utilizado como referência o Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria, publicado em 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os transtornos neurocognitivos maiores, a doença de Alzheimer é, atualmente, a principal causa de demência no mundo e “As mulheres têm uma incidência maior da DA, mesmo após o ajuste para maior longevidade” (DE ÁVILA *et al.*, 2023). De acordo com Meghdadi *et al.* (2024) o desenvolvimento da doença começa com mudanças patológicas complexas no cérebro com efeitos acumulativos e

em cascata. Essas mudanças patológicas graduais podem levar a estágios pré-clínicos e prodrômicos prolongados antes de finalmente atingir o início de manifestações clínicas significativas. Segundo Nardi *et al.*, 2022, em relação a etiologia da demência, “Os achados neuropatológicos definidores da DA – as placas neuríticas e os emaranhados neurofibrilares – foram descritos por Alois Alzheimer no início do século XX. Placas neuríticas são depósitos extracelulares de peptídeo β -amilóide derivado da clivagem patológica de uma proteína transmembrana chamada proteína precursora de amilóide (APP). Os emaranhados neurofibrilares constituem acúmulos intraneuronais anormais que resultam da desintegração do citoesqueleto neuronal decorrente da hiperfosforilação patológica da proteína tau (p-tau). Esse processo culmina em disfunção sináptica e morte neuronal, e tem sido denominado “cascata amiloide”. Mutações na APP ou em genes, como presenilinas 1 e 2 (PSEN 1 e 2) afetam a produção e agregação do peptídeo β -amilóide e têm padrão de herança autossômica dominante com penetração dependente da idade. Indivíduos com tais mutações costumam apresentar os primeiros sintomas clínicos da DA em idades mais precoces, antes dos 65 anos. Nesses casos, a presença do alelo $\epsilon 4$ da apolipoproteína E (APOE) constitui o fator de risco genético mais importante, aumentando o risco de desenvolver DA em 50% para homozigotos e 20-30% para heterozigotos.”

“A caracterização da DA e sua gravidade tem se concentrado principalmente nas duas pontas desta cadeia causal. De um lado, as técnicas modernas de neuroimagem e biomarcadores de fluidos são agora o padrão ouro no diagnóstico da DA, detectando a patologia subjacente. Por outro lado, as manifestações clínicas da DA e sua gravidade ainda são avaliadas por medidas de desempenho cognitivo em testes

neuropsicológicos/escalas de avaliação clínica” (MEGHADADI *et al.*, 2024).

O tratamento não farmacológico como intervenções comportamentais por meio de exercícios físicos, psicoterapia, musicoterapia, entre outras e tratamentos farmacológicos como os inibidores da acetilcolinesterase (iAChes), anticolinesterásicos, como a rivastigmina, galantamina e donepezila e os antagonistas do receptor N-metil-D-aspartato contribuem para o tratamento da doença de Alzheimer, que atualmente se dá apenas em alívio dos sintomas e retardo do declínio neurocognitivo.

Outras demências de causas não Alzheimer são menos comuns, mas com prevalência significativa, como demências secundárias a doença vascular, demência por corpos de Lewy (DCL) e degeneração lobar frontotemporal (DLT), geralmente cursam sintomas neuropsiquiátricos (SNPs). Ambas as demências já mencionadas, ainda não constam tratamentos que modificam a progressão da doença, mas medidas farmacológicas e não farmacológicas contribuem para diminuição do sofrimento portadores da doença, bem como os familiares e cuidadores.

Referente ao diagnóstico, segundo Nardi *et al.*, 2022, “O surgimento de declínio cognitivo e/ou alterações comportamentais após os 50 anos de idade exige que seja realizada uma investigação pormenorizada, utilizando-se avaliação cognitiva, avaliação funcional, exames laboratoriais e de neuroimagem. Busca-se identificar possíveis causas clínicas para o declínio, e, portanto, reversíveis, e alterações que sugiram doenças neurodegenerativas subjacentes”.

Através das avaliações cognitivas e exames complementares, realizados por profissionais capacitados, pode-se analisar a capacidade funcional e cognitiva, identificando a presença da patologia da doença, possibilitando o diagnóstico precoce.

Dessa forma, a avaliação cognitiva realizada através da anamnese médica com detalhes confirmados por um informante confiável com identificação de mudanças ou declínio, devem ser submetidos a uma avaliação cognitiva objetiva, que se destaca o Miniexame do Estado Mental (MEEM), principal teste de triagem utilizados na pesquisa clínica. Embora indique boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência, ainda não é um teste considerado de boa acurácia para discernir o CCL. Também se ressalta o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), teste que aborda os domínios cognitivos principais, considerando as funções de linguagem, atenção, memória, orientação têmporo-espacial e funções executivas. O Teste de fluência verbal é caracterizado pela solicitação ao paciente para nomear itens de diferentes características por um minuto, dividido em curtos intervalos de 15 segundos, que após, deve solicitar ao paciente a retornar a nomear os nomes das imagens selecionadas. O teste do relógio (TDR) não é cronometrado, apenas solicita-se ao paciente a desenhar um relógio com números e ponteiros marcando uma hora preconizada pelo médico que realiza o exame, embora eficaz para analisar as funcionalidades cognitivas, é limitado por exigir uma escolaridade prévia do paciente examinado. Os testes *Cambridge Cognitive Test* (CAMCog), Bateria CERAD e Bateria breve de rastreio cognitivo de Nitrini também são métodos de boa acurácia. Nardi *et al.*, 2022. O uso de combinação de duas ou mais interpretações de exames para investigação de queixas cognitivas é comum na investigação clínica, contribuindo para o diagnóstico.

A avaliação funcional por meio do Índice de Pfeffer e a Escala de Lawton e Brody contribuem para avaliação das habilidades do paciente em conseguir executar, independente-

mente ou não as principais atividades instrumentais da vida diária

Entre as principais queixas e observação de progressão da doenças, a atividades instrumentais da vida diária como organização e manejo financeiro, realizar compras independentemente, administração das próprias medicações, preparar as próprias refeições, lembrar-se dos compromissos e andar sozinho pela vizinhança são as atividades que devem ser levadas em consideração na avaliação de funcionalidade, bem como as atividades básicas da vida diária, como exemplo tomar banho sem assistência, vestir-se independentemente, autonomia para realização da higiene íntima, alimentar-se independentemente e deambular sem ajuda de instrumentos de marcha.

Referente aos exames complementares, a etiologia de um quadro demencial deve ser iniciada por solicitação de exames laboratoriais, que permitem identificar outras condições clínicas, como hipotireoidismo, distúrbios do sono, deficiência de vitamina B12, diabetes descompensado, processos neoplásicos cerebrais, traumas, doenças infectocontagiosas ativas e transtornos psiquiátricos, que também impactam na cognição. Exames de neuroimagem estrutural, através de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) de crânio são essenciais para excluir causas intracranianas e afastar demais doenças neurológicas.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a atualização do DSM-5 em 2014 redefiniu as condições neurocognitivas, substituindo o comprometimento cognitivo leve (CCL) e a demência por transtornos neurocognitivos maiores (TNM) pelo termo transtorno neurocognitivo leve. Essa nova classificação enfatiza que os transtornos neurocognitivos

são condições adquiridas que podem apresentar progressão. A demência, agora considerada parte das doenças neurodegenerativas, é um processo que deteriora a cognição e a funcionalidade, impactando profundamente as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) e, eventualmente, as atividades básicas e os comportamentos.

A prevalência do transtorno neurocognitivo leve tende a aumentar com a idade e está associada a fatores como baixo nível de escolaridade. A detecção precoce, através de avaliações cognitivas e exames complementares, é essencial para o diagnóstico e tratamento. Embora o Alzheimer seja a principal causa de demência, outras formas de demência também represen-

tam uma preocupação significativa, ainda que sem tratamentos que modifiquem a progressão da doença.

Intervenções comportamentais e tratamentos farmacológicos, embora não curativos, desempenham um papel importante no alívio dos sintomas e na desaceleração do declínio cognitivo. A avaliação funcional e cognitiva detalhada, aliada a exames laboratoriais e de neuroimagem, é crucial para a identificação e manejo dessas condições. Assim, a compreensão e o diagnóstico precoce dos transtornos neurocognitivos são fundamentais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE ÁVILA, C. *et al.* Reduced *PIN1* gene expression in neocortical and limbic brain regions in female Alzheimer's patients correlates with cognitive and neuropathological phenotypes. *Neurobiologia do Envelhecimento*, v. 141, p. 160, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2024.06.007>.

MARTORELLI, M. *et al.* Diagnostic accuracy of early cognitive indicators in mild cognitive impairment. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 14, n. 4, p. 358, 2020. doi: 10.1590/1980-57642020dn14-040005.

MEGHDADI, A.H. *et al.* EEG and ERP biosignatures of mild cognitive impairment for longitudinal monitoring of early cognitive decline in Alzheimer's disease. *PLoS One*, v. 19, n. 8, p. e0308137, 2024. doi: 10.1371/journal.pone.0308137.

NARDI, A.E. *et al.* Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2022.

Capítulo 11

DEPRESSÃO PÓS - PARTO, SABES IDENTIFICAR?

GILDASIO FRAZÃO DA SILVA¹
GABRIELY LETÍCIA SIMON¹
SANDRA MAURA DA SILVA BRAUN¹
ALANA CRISTINE DOS SANTOS¹
LAÍSE FERNANDA OLINQUEVICZ¹
PRISCILLA FERREIRA SANTOS¹
FRANCIELI PAZINI¹
MAURICIO JUNIOR MEISTER¹
ADRIANNE DAYARA FRAZÃO DA SILVA LEITE¹
ARIANNY CRISTINA FRAZÃO DA SILVA LEITE¹

¹*Discente – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP.*

Palavras-Chave: *Depressão Pós-Natal; Depressão Puerperal; Disforia Pós-Parto.*

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.11

INTRODUÇÃO

A Disforia pós-parto é uma condição de saúde mental que afeta mulheres após a dequitação, podendo ter um impacto significativo para o binômio. Esta condição se caracteriza por sintomas diversos que incluem dificuldade de se relacionar com o recém-nascido, tristeza intensa, falta de energia, alterações no sono e no apetite e sentimentos de inadequação. Embora seja uma condição comum, muitas vezes passa despercebida e seus efeitos são subestimados (ALVES *et al.*, 2023; XU *et al.*, 2023; MUNK-OLSEN *et al.*, 2023).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define Depressão pós-parto como um episódio depressivo maior que começa no periparto (gravidez e/ou pós-parto) (APA, 2014). De acordo com o DSM-5, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes, sendo obrigatório pelo menos um dos dois primeiros sinais: humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer nas atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou excesso culpa, menor capacidade de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte ou ideia suicida.

Segundo Alves *et al.* (2023) a transição para a maternidade é um momento de muitas mudanças e desafios físicos, emocionais e hormonais, tornando as mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão pós-parto. Além disso, fatores de risco, como histórico prévio de transtornos de humor, falta de apoio social e eventos estressantes durante a gestação, também podem aumentar a probabilidade de desenvolver essa condição.

É importantíssimo que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e sintomas, a fim de diagnosticar esse mal precocemente, e

fornecer o suporte necessário. O diagnóstico e tratamento adequados podem ajudar a minimizar as consequências negativas para a mulher e sua família (ALVES *et al.*, 2023).

O objetivo deste trabalho é discutir os principais sinais e sintomas da depressão pós-parto, bem como abordar estratégias de identificação e intervenção precoce. Compreender esses aspectos é essencial para melhorar a detecção da desse mal, garantindo um tratamento adequado e reduzindo os impactos negativos dessa condição tanto na saúde mental da mulher quanto no desenvolvimento saudável do recém-nascido.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, com o objetivo de compilar e analisar estudos relevantes sobre a depressão pós-parto, seus sinais, sintomas, identificação e intervenção precoce. Foi realizada uma busca nas bases de dados eletrônicas, incluindo PubMed e SciELO. Os termos de pesquisa utilizados incluíram "depressão pós-parto", "sinais e sintomas", "identificação precoce" e "intervenção". Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram: (1) estudos que abordaram a depressão pós-parto; (2) estudos que descreveram os sinais, sintomas e fatores de risco associados; (3) estudos que discutiram estratégias de identificação e intervenção precoce. Os critérios de exclusão foram: Os critérios de exclusão foram: (1) estudos que não abordaram diretamente o tema; (2) artigos duplicados e publicações em formato de revisão narrativa sem metodologia clara.

Após a busca inicial, os títulos e resumos foram revisados independentemente por dois pesquisadores para garantir a objetividade na seleção dos estudos. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram avaliados na íntegra, com foco na metodologia, resultados e discussões apresentadas. Os dados foram extra-

idos e organizados em uma matriz de análise, permitindo uma comparação detalhada entre os estudos selecionados.

A síntese final dos achados buscou identificar padrões recorrentes, lacunas na literatura e áreas de consenso e divergência, oferecendo uma visão abrangente e crítica sobre o estado atual do conhecimento na área investigada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão indicaram que a disforia pós-parto é uma condição de saúde mental comum, afetando uma proporção significativa de mulheres após a dequitação. Os estudos revisados relataram uma prevalência global de depressão pós-parto variando de 10% a 20%, com algumas variações em diferentes populações e contextos culturais. Essa alta incidência destaca a importância de compreender e abordar essa condição de forma adequada e precoce (MULLER *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2022; ALVES *et al.*, 2023; RIBEIRO *et al.*, 2023; XU *et al.*, 2023; MUNK-OLSEN *et al.*, 2023).

Quanto aos sinais e sintomas, foi observado que a tristeza profunda, a falta de energia e o choro frequente foram relatados de maneira consistente em várias pesquisas. Mulheres com esse mal também podem experimentar sentimentos de inadequação, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, dificuldade de concentração, alterações no sono e no apetite, além de pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Além dos sintomas emocionais, foram encontradas evidências de sintomas físicos. Fadiga constante, dores de cabeça, problemas gastrointestinais e alterações hormonais foram mencionados em vários estudos. Esses sintomas podem aumentar o nível de sofrimento e prejudicar a capacidade da mãe de cuidar de si mesma e do recém-nascido (OLI-

VEIRA *et al.*, 2022; DADHWAL *et al.*, 2023; RIBEIRO *et al.*, 2023).

A revisão também destacou a importância do apoio social e da rede de suporte durante o período pós-parto. Mães com um bom suporte emocional e prático têm menor probabilidade de desenvolver essa mal ou experimentar sintomas mais graves. Por outro lado, a falta de apoio social e relacionamentos negativos podem aumentar o risco. Portanto, é crucial que profissionais de saúde e familiares estejam atentos e disponíveis para fornecer suporte e compreensão às puérperas que enfrentam essa condição (ALVES *et al.*, 2023; RIBEIRO *et al.*, 2023; DADHWAL *et al.*, 2023).

Na discussão desses resultados, deve-se considerar que a depressão é uma condição complexa que pode ser influenciada por diversos fatores. As alterações hormonais, mudanças de estilo de vida, histórico prévio de transtornos de humor, eventos estressantes durante a gestação e dificuldades no relacionamento conjugal são apenas algumas das variáveis que podem contribuir para o seu desenvolvimento. A compreensão desses fatores de risco é fundamental para ajudar a identificar as mulheres em maior risco e fornecer um suporte adequado (RIBEIRO *et al.*, 2023).

A depressão pós-natal requer uma abordagem multidisciplinar e holística, envolvendo profissionais de saúde, familiares e a própria mulher. A detecção e o diagnóstico precoces são essenciais para garantir o tratamento adequado o mais rápido possível. Estratégias de identificação, como a triagem com a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), têm sido amplamente utilizadas e se mostraram eficazes para detectar sintomas. A utilização desses instrumentos de triagem pode auxiliar na identificação de mulheres que necessitam de intervenções e tratamentos específicos (MULLER *et al.*, 2021; ALVES *et al.*, 2023; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

O tratamento da depressão pós-parto inclui uma combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas. A terapia cognitivo comportamental tem sido considerada uma opção eficaz para o tratamento dessa patologia, permitindo que as mulheres identifiquem e modifiquem padrões de pensamentos negativos, além de aprender estratégias para lidar com o estresse e desenvolver habilidades de enfrentamento saudáveis. O suporte psicossocial também desempenha um papel fundamental no tratamento, proporcionando um ambiente de apoio emocional e compartilhamento de experiências entre essa população afetada (ALVES *et al.*, 2023; XU *et al.*, 2023).

Além disso, é importante destacar que a prevenção desse mal também é fundamental, intervenções preventivas, como grupos de apoio pré-natais, educação sobre saúde mental durante a gestação e puerpério, e o incentivo à participação ativa do parceiro e da família no cuidado com o recém-nascido, podem contribuir para reduzir o risco de desenvolvimento dessa condição (ALVES *et al.*, 2023).

Em conclusão, esta revisão destaca a importância de reconhecer e abordar a depressão puerperal como uma condição de saúde mental que requer atenção, compreensão e intervenção adequadas. A detecção precoce, a triagem utilizando instrumentos válidos, a intervenção efetiva e o apoio social são elementos-chave para minimizar o impacto negativo dessa condição tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Investir na promoção da saúde mental durante o puerpério é fundamental para garantir o bem-estar e a saúde de todas as famílias envolvidas.

CONCLUSÃO

A depressão pós-parto é uma condição de saúde mental que afeta muitas mulheres ao redor do mundo, tendo um impacto significativo no binômio e na família como um todo. Esta re-

visão proporcionou uma compreensão mais profunda dos sinais, sintomas, fatores de risco, identificação precoce e intervenção no contexto da depressão puerperal.

Os resultados desta revisão reforçam a necessidade de identificar os sinais e sintomas, a fim de obter um tratamento precocemente. A tristeza profunda, a perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, a falta de energia e os pensamentos recorrentes de morte ou suicídio são alguns dos sintomas emocionais mais comuns relatados pelas mulheres. Além disso, sintomas físicos como fadiga constante, dores de cabeça e problemas gastrointestinais também foram observados.

Os fatores de risco associados são diversos e incluem históricos prévios de transtornos de humor, eventos estressantes durante a gestação, falta de apoio social adequado e dificuldades no relacionamento conjugal. Os profissionais de saúde devem estar atentos a esses fatores, a fim de identificar as mulheres em risco e fornecer o suporte adequado.

A triagem com instrumentos de avaliação validados, como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), pode ser uma estratégia eficaz para identificar mulheres que apresentam sintomas de depressão pós-parto.

O tratamento da depressão deve ser uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, apoio psicossocial e, quando necessário, intervenção farmacológica. A terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz no tratamento, proporcionando às mulheres estratégias para lidar com pensamentos negativos e desenvolver habilidades de enfrentamento saudáveis. Além disso, o suporte emocional, prático e informativo da família e da rede de suporte social pode desempenhar um papel fundamental no processo de recuperação.

A promoção da saúde mental durante a gestação e o puerpério é fundamental para a pre-

venção da depressão. Intervenções preventivas, como grupos de apoio pré-natais, educação sobre saúde mental e envolvimento ativo do parceiro e da família no cuidado com o recém-nascido, podem ajudar a reduzir o risco de desenvolvimento dessa condição.

Em suma, a depressão pós-parto é uma condição de saúde mental comum, mas muitas ve-

zes subestimada. Através da identificação dos sinais, sintomas, fatores de risco, identificação precoce e intervenção, é possível fornecer suporte e tratamento adequados, promovendo assim o bem-estar do binômio. A conscientização e a educação são essenciais para aumentar a detecção precoce e garantir que nenhuma mulher seja deixada sem o apoio necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. *et al.* Gravidez e depressão pós-parto (DPP): uma revisão não sistemática sobre o estado da arte do conhecimento da DPP. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, v. 9, n. 1, p. 1, 2023. <https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.293>.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos. 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

DADHWAL, V. *et al.* Prevalence of postpartum depression & anxiety among women in rural India: Risk factors & psychosocial correlates. *Indian Journal of Medical Research*, v. 158, n. 4, p. 407, 2023. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_3489_20.

MULLER, E.V. *et al.* Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. 4, p. 995, 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400003>.

MUNK-OLSEN, T. *et al.* Postpartum and non-postpartum depression: a population-based matched case-control study comparing polygenic risk scores for severe mental disorders. *Translational Psychiatry*, v. 13, n. 1, p. 346, 2023. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02649-2>.

OLIVEIRA, T.A. *et al.* Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 5, p. 452, 2022. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>

RIBEIRO, G.S. *et al.* Análise da ocorrência de sintomas depressivos no puerpério na pandemia de covid- 19 no Ceará. *Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.]*, v. 97, n. 4, p. e023202, 2023. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1843>.

XU, H. *et al.* Effectiveness of aerobic exercise in the prevention and treatment of postpartum depression: Meta-analysis and network meta-analysis. *PLoS One*, v. 18, n. 11, p. e0287650, 2023. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287650>.

Capítulo 12

BASES GENÉTICAS DA DEPRESSÃO

BRUNA ILMARA UCHIMURA PASCOLI¹
DALIDA BASSIM EL ZOGHBI¹
VICENTE CLINTON JUSTINIANO FLORES¹
VICTÓRIA BRANDÃO BARBOSA¹
KALIL DUAILIBI²

¹*Discente – Medicina da Universidade Santo Amaro.*

²*Docente – Departamento de Psiquiatria da Universidade Santo Amaro*

Palavras-Chave: Transtorno Depressivo Maior; Psiquiatria; Genes.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.12

INTRODUÇÃO

A depressão é uma psicopatologia que possui etiologia complexa, englobando um largo leque de mecanismos fisiopatológicos diferentes que englobam aspectos sociais, biológicos, genéticos e comportamentais. Trata-se de uma síndrome em que é característica a presença de um humor anormalmente reduzido (hipotímia), pessimismo sobre o mundo ao seu redor e em relação a si próprio. Atualmente, as duas principais classificações que são utilizadas como base são a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V). Segundo o DSM-V, uma das principais formas de depressão é o transtorno depressivo maior (TDM).

De acordo com o DSM-V, é necessário apresentar cinco dos seguintes sintomas para a caracterização do TDM: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; interesse ou prazer marcadamente diminuídos em relação a todas ou quase todas as atividades, quase todos os dias; perda ou ganho de peso significativo; insônia ou sono excessivo quase todos os dias; agitação ou lentidão psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentir-se sem valor ou com culpa excessiva, quase todos os dias; habilidade reduzida de pensar ou se concentrar, quase todos os dias; pensamentos recorrentes sobre morte, pensamentos suicidas sem um plano, tentativa de suicídio ou plano para cometer suicídio (APA, 2014).

Acredita-se que seja provável que a predisposição para esse espectro de transtornos seja definida pela coordenação de vários genes e a interação desses com os fatores propiciados pelo ambiente e situações a que cada indivíduo é exposto. E que além disso, cada gene tenha uma diminuta responsabilidade, por si só, de ser

responsável pelo desencadeamento dessa enfermidade (SHADRINA *et al.*, 2018). Há diversas teorias que por meio de diferentes mecanismos tentam explicar como esses processos são desencadeados, sendo alguns dos principais a serem explicitados nesta revisão.

O objetivo deste estudo foi o de investigar as influências genéticas acerca da heterogeneidade fenotípica do TDM, à fim de esclarecer a refratariedade terapêutica observada em alguns tratamentos medicamentosos e a relação de fatores de risco envolvidos com o desencadeamento de alterações em eixos hormonais, que levam à ativação da expressão de certos genes e consequentemente ao início do quadro depressivo.

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura utilizou as bases de dados Medline, LILACS, PubMed e SciELO, entre o período de 2015 e 2023. As palavras-chave utilizadas foram “psiquiatria”, “depressão”, “genética” e suas correspondentes em inglês “*psychiatry*”, “*depression*” e “*genetics*”. Foram critérios de exclusão: artigos publicados em outros idiomas além do português e inglês. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles repetiram-se nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo. Foram selecionados 31 artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo, sendo a maior quantidade de exclusões referentes ao não enquadramento dos temas descritos. Sendo utilizados 12 artigos na íntegra como base para a confecção desta revisão.

DISCUSSÃO

A teoria da monoamina

Essa teoria foi descrita por Joseph Schildkraut na década de 60 e se baseou nos bons re-

sultados obtidos com a utilização de iproniazida (inibidor da monoamina oxidase) e imipramina (inibidor de recaptação de neuromediadores de monoamina) para o tratamento da depressão. Foi descrito que a baixa quantidade de neuromediadores de monoamina (dopamina, serotonina e norepinefrina) em determinadas áreas do Sistema Nervoso Central (SNC) podem levar à depressão (LIU *et al.*, 2017). Posteriormente, o estudo do mecanismo de funcionamento dessas substâncias e de antidepressivos tricíclicos, ratificou o mecanismo de que a baixa presença dos neuromediadores têm importância no desenvolvimento dos transtornos depressivos. Os estudos dessa teoria tiveram foco na análise e identificação de polimorfismos em genes relacionados à neurotransmissão da dopamina, serotonina e noradrenalina (RAITSIN *et al.*, 2017). Sendo que a maior parte das análises investigou o transportador de serotonina (SERT ou 5-HTT), uma proteína que em humanos além de ser codificada pelo gene SLC6A4 tem como função realizar a recaptação de serotonina da fenda sináptica para o neurônio pós-sináptico, permitindo a manutenção do 5-HTT nessa área (SPIES *et al.*, 2018). Nesse contexto, apesar de muitos antidepressivos apresentarem resultados positivos no tratamento da depressão e seus principais mecanismos de ação serem conhecidos, como a inibição da enzima responsável pela degradação e inibição da recaptação dos neuromediadores, ainda assim em 30% dos casos o tratamento não apresenta o efeito esperado não sendo, por sua vez, possível saber ainda a causa de tal refratariedade ao tratamento medicamentoso. Assim, busca-se em outras teorias a resposta para esse questionamento (CHIUCCARIELLO *et al.*, 2015).

Transtornos depressivos e o estresse

Estresse crônico e ocorrências que levam ao seu surgimento são grandes preditores da de-

pressão. Ainda que a resposta ao estresse tenda a levar à manutenção da homeostase, à longo prazo a manutenção dos estímulos estressantes pode causar consequências prejudiciais ou mesmo fatais, aumentando as chances de doenças cardíacas, obesidade, depressão e outros distúrbios. O eixo hipotálamo/hipófise/adrenal (HHA) e seus principais componentes que são as células neurosecretoras hipotalâmicas, córtex adrenal e a glândula pituitária atuam na adaptação das alterações às respostas dadas de acordo com condições estimulantes do ambiente (DOOLIN *et al.*, 2017). Esse sistema HHA opera em resposta a um estímulo estressor, a partir do qual os neurônios nos núcleos paraventriculares hipotalâmicos liberam o hormônio liberador de corticotropina (CRH), que executa sua função na hipófise para dar início à secreção no sangue do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), que induz à secreção de corticosteroides, especialmente o cortisol, oriundo do córtex adrenal. O produto desse eixo hormonal é o cortisol que se junta aos receptores mineralocorticoides e aos receptores de glicocorticoides para dar origem aos complexos hormônio-receptor, que são levados para o núcleo da célula onde atuam em determinadas regiões do DNA, a ativação da resposta aos glicocorticoides ativa a expressão de genes dependentes de hormônios (SLEYEPCHENKO *et al.*, 2017).

Essa teoria baseia-se no fato de que o início dos quadros depressivos começa com a hiperatividade do sistema HHA que pode ser um mecanismo importante que sustenta o desenvolvimento da depressão após a exposição aos estímulos estressantes. Muitos exemplos de mau funcionamento do sistema HPA durante a depressão falam a favor dessa teoria. Primeiramente, as ocorrências estressantes durante a vida de um indivíduo são os elementos mais fortes que podem dar início ao quadro da depressão. Além disso, os pacientes deprimidos

com frequência mostram altos níveis de cortisol. Eles também possuem elevação no tamanho da hipófise e das glândulas suprarrenais ou ainda função reduzida dos receptores de corticosteroides. A alta ativação do eixo HHA é vista em, pelo menos, 50% das pessoas com depressão e o uso contínuo de antidepressivos mostra auxiliar na diminuição dessa ativação. Assim, é provável que haja uma grande quantidade de genes que esteja relacionada ao funcionamento do eixo HHA. Nesse contexto, os estudos mostram que genes com maior probabilidade de estarem envolvidos em quadros de depressão são aqueles que codificam os alvos do cortisol e outros hormônios glicocorticoides secretados durante o estresse também estão envolvidos, assim, acredita-se que, essa modulação hormonal pode estar fortemente relacionada aos quadros de depressão (DOOLIN *et al.*, 2017).

A teoria do ritmo circadiano

O Ritmo circadiano apresenta uma frequência de 24 horas e é responsável pela regulação de um grande espectro de processos comportamentais e fisiológicos. As variações cíclicas endógenas são reguladas em seres humanos e outros mamíferos pelos neurônios do núcleo supraquiasmático do hipotálamo anterior. O marcapasso circadiano pode alterar seu padrão de modo que o ritmo circadiano possa ser atrasado, avançado ou permanecer constante em diferentes estados não fisiológicos ou sob a ação de diferentes substâncias, fármacos e hormônios. A melatonina, é um exemplo disso, pois regula a atuação do relógio biológico, mecanismo esse que auxilia a manter a expressão rítmica dos genes específicos ao longo de um ciclo de 24 horas (SATYANARAYANAN *et al.*, 2019).

Em cerca de 80% a 90% dos pacientes com distúrbios do sono, a insônia é vista como um fator de elevado risco para o início da depressão. Acredita-se que a alteração da função nor-

mal das proteínas do sistema circadiano pode ter um papel fundamental para o início dos quadros depressivos. Trabalhos sugerem que há influência dos genes do ritmo circadiano no início desses quadros. Eles mostram que as alterações patológicas observadas nessas síndromes são causadas por mutações nos genes PER2, PER3, CK1 ϵ , e CLOCK, que codificam proteínas do sistema circadiano, os quais ao sofrerem mutações faz com que certos indivíduos por elas acometidas manifestem em muitos casos sinais e sintomas de depressão. Além disso, pessoas com histórico de depressão possuem uma elevada expressão dos genes do sistema circadiano como CLOCK, PER1, e BMAL1 em comparação à indivíduos saudáveis (FARHUD & ARYAN, 2018).

Adversidades do estudo genético da depressão

Existem muitos motivos pelos quais o reconhecimento dos genes de risco para TDM ter se mostrado muito difícil. Primeiramente, como grande parte das doenças complexas, a depressão é uma patologia poligênica que decorre do efeito combinado de muitas variáveis genéticas com magnitude de efeito individualmente pequenos. Muitas fontes mostram fortes evidências para a arquitetura poligênica da depressão, apesar da não descoberta de genes que isoladamente apresentem efeitos consideráveis para o desenvolvimento da TDM em todo o genoma. Além disso, a hereditariedade do TDM é modesta, cerca de 36%, quando comparado com outros transtornos psiquiátricos, o que tem como significado que os alelos de risco têm alta probabilidade de terem intensidade de efeito menores (RANTALA *et al.*, 2018). A depressão é um distúrbio heterogêneo cuja heterogeneidade genética é inerente à poligenicidade; os indivíduos atingidos podem ter combinações diferentes de alelos de risco e os indivíduos não

afetados também podem carregar muitas dessas variáveis. Assim a subfenotipagem dos nove principais indica que quase 1.500 combinações de sintomas podem preencher os critérios diagnósticos e que dois pacientes com diagnóstico de TDM podem não ter um único sintoma em comum (KÖHLER-FORSBERG *et al.*, 2017). Subtipos de depressão, como recorrência ou início precoce, podem ser mais hereditários. Outro exemplo marcante de heterogeneidade são as diferenças de sexo, com depressão duas vezes mais prevalente entre mulheres do que homens e estudos com gêmeos indicando que cerca de 45% da responsabilidade genética para TDM não é compartilhada entre os sexos. Os métodos de pontuação de risco poligênicos também nos permitem procurar semelhanças genéticas entre as características e sugerir que a depressão pós-parto pode ser mais geneticamente semelhante ao transtorno bipolar, que a depressão típica mostra mais pleiotropia com esquizofrenia e que a depressão atípica, caracterizada por aumento do apetite e peso, adicionalmente compartilha efeitos genéticos com o IMC (GATT *et al.*, 2015). Essas descobertas juntas fornecem evidências convincentes de que a depressão é provavelmente composta de subtipos com diferenças na etiologia biológica e uma arquitetura genética heterogênea. Portanto, a identificação bem-sucedida de associações genéticas com TDM requer tamanhos de amostra aumentados ou esforços conduzidos empiricamente para re-

duzir a heterogeneidade (FARHUD & ARYAN, 2018).

CONCLUSÃO

Pode-se notar que devido a poligenicidade das doenças hereditárias sem efeito pronunciado do gene principal, como ocorre na TDM, evidencia que cada um dos genes implicados provavelmente deem uma pequena contribuição para a progressão da TDM. O importante papel das interações intergênicas não foi estudado até o momento e exigirá novos métodos, incluindo a contribuição de combinações de dois ou mais marcadores polimórficos de DNA. Como observado acima, a TDM tipicamente tem uma alta heterogeneidade fenotípica, que pode se manifestar em gravidade diferente dos principais sintomas, e essa heterogeneidade limita o uso de estudos de associação. Uma abordagem para analisar amostras muito grandes com critérios de avaliação minimamente rígidos para o fenótipo dos transtornos depressivos, deve ser complementado com a análise de pequenas amostras clínica e altamente homólogas (GUO *et al.*, 2020). Esse tipo de análise pode não esclarecer a incerteza sobre a genética da depressão como um todo, mas tornará possível identificar certas variantes genéticas subjacentes aos subfenótipos individuais de todo esses transtornos psiquiátricos associados à depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 5ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

CHIUCCARIELLO, L. *et al.* Monoamine oxidase-A occupancy by moclobemide and phenelzine: implications for the development of monoamine oxidase inhibitors. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 19, n. 1, p. pyv078. doi: 10.1093/ijnp/pyv078.

DOOLIN, K. *et al.* Diurnal hypothalamic-pituitary-adrenal axis measures and inflammatory marker correlates in major depressive disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 18, n. 10, p. 2226, 2017. <https://doi.org/10.3390/ijms18102226>.

FARHUD, D. & ARYAN, Z. Circadian Rhythm, Lifestyle and Health: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, v. 47, n. 8, p. 1068, 2018.

GATT, J. *et al.* Specific and common genes implicated across major mental disorders: a review of meta-analysis studies. *Journal of Psychiatric Research*, v. 60, p. 1, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.09.014>.

GUO, D. *et al.* Construction of gene-classifier and co-expression network analysis of genes in association with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, v. 293, p. 113387, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113387>.

KÖHLER-FORSBERG, O. *et al.* Association between C-reactive protein (CRP) with depression symptom severity and specific depressive symptoms in major depression. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 62, p. 344, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.02.020>.

LIU, B. *et al.* From serotonin to neuroplasticity: evolvement of theories for major depressive disorder. *Frontiers in cellular neuroscience*, v. 11, p. 305, 2017. <https://doi.org/10.3389/fncel.2017.00305>.

RAITSIN, S. *et al.* Subchronic glucocorticoids, glutathione depletion and a postpartum model elevate monoamine oxidase activity in the prefrontal cortex of rats. *Brain Research*, v. 1666, p. 1, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2017.03.032>.

RANTALA, M. *et al.* Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: Proximate mechanisms and ultimate functions. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 69, p. 603, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.10.012>.

SATYANARAYANAN, S.K. *et al.* Melatonergic agonist regulates circadian clock genes and peripheral inflammatory and neuroplasticity markers in patients with depression and anxiety. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 85, p. 142, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.03.003>.

SHADRINA, M. *et al.* Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in Psychiatry*, v. 9, p. 334; 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00334>.

SLEYEPCHENKO, A. *et al.* Gut microbiota, bacterial translocation, and interactions with diet: pathophysiological links between major depressive disorder and noncommunicable medical comorbidities. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 86, n. 1, p. 31, 2017. <https://doi.org/10.1159/000448957>.

SPIES, M. *et al.* Brain monoamine oxidase A in seasonal affective disorder and treatment with bright light therapy. *Translational Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 198, 2018. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0227-2>.

Capítulo 13

A PRESSÃO POR PRODUTIVIDADE E O BURNOUT: UM FATOR DE RISCO PARA TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

BEATRIZ CASSEL CORRÊA¹
GIULIANA VIECILLI CASTILHOS¹
EDUARDA HENN¹
MARÍLIA BELING GULARTE¹
KADRISE GUIZONI LEITE MORAES¹
LARISSA DE SOUZA PIARDI¹
GABRIELA DOS SANTOS DIEHL¹
AMANY ABDEL RAHMAN ABU HWAS¹
VITÓRIA CARNIEL FERREIRA¹
LARISSA RODRIGUES¹
THAÍS SODER KAERCHER¹
BRUNA EDUARDA HOCHSCHEIDT¹
EDUARDA SALTON GRANDO¹
JULIA YUNG DE OLIVEIRA¹
INGRID WENDLAND SANTANNA²

¹ Discente - Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.

² Orientadora - Médica Otorrinolaringologista e Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Palavras-Chave: Burnout; Ansiedade; Trabalho.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.13

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A pressão por produtividade constante está inerte a sociedade moderna, esse padrão comportamental gera um estresse contínuo e sentimentos de inadequação, além de aumentar os sintomas de ansiedade, como irritabilidade e dificuldade de concentração, impactando gravemente a saúde emocional. O burnout é caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional, levando à fadiga intensa, distanciamento no trabalho e perda de sentido nas atividades. Isso afeta a saúde física e mental e agrava o isolamento social, colaborando com a exacerbação dos transtornos de ansiedade (DELAFONTAINE *et al.*, 2024).

A pressão por produtividade é uma realidade comum em muitos ambientes de trabalho, onde os colaboradores são constantemente incentivados a atingir metas e resultados cada vez mais desafiadores. Esse fenômeno pode ser percebido em diversos setores da economia, desde empresas privadas até instituições públicas (CASTRO *et al.*, 2020). A competição no mercado de trabalho e a busca por eficiência têm contribuído para o aumento da pressão sobre os profissionais, criando um ambiente propício para o surgimento do burnout e transtornos de ansiedade relacionados ao estresse laboral crônico.

A relação entre o burnout e os transtornos de ansiedade é uma questão de grande relevância no campo da saúde mental. Estudos têm demonstrado uma associação significativa entre o desenvolvimento do burnout e o aumento da incidência de transtornos de ansiedade. Indivíduos que sofrem de burnout apresentam um risco elevado de desenvolver transtornos de ansiedade, como a síndrome do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada e a fobia social. A exaustão emocional, a despersonalização e a

diminuição da realização pessoal inerente ao burnout contribuem para o aumento da ansiedade nos indivíduos afetados (DELAFONTAINE *et al.*, 2024).

O objetivo deste estudo é analisar como a pressão por produtividade constante e o burnout estão exacerbando os transtornos de ansiedade. Isso porque, a pressão por produtividade e o burnout podem ter impactos significativos na saúde mental e física dos indivíduos. Os efeitos negativos podem incluir distúrbios do sono, dores musculares, alterações no apetite, fadiga crônica, aumento do risco de doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, entre outros (CASTRO *et al.*, 2020). Portanto, é crucial reconhecer a gravidade desses impactos e buscar estratégias eficazes para prevenir e auxiliar aqueles que sofrem com essas consequências.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada no período de agosto a setembro de 2024. Foram selecionados artigos científicos das bases de dados SciELO, PubMed, *Web of Science* e *Scopus*. Os descritores e seus equivalentes em inglês estão no DeCS/MeSH. Foram utilizados “*Burnout*”, “*Professional*”, “*Anxiety Disorders*”, “*Work*” e “*Pressure*”, com o uso do operador booleano “AND”. Desta busca foram encontrados 185 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2016 a 2024 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, revisões, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 05 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O burnout é um estado de exaustão emocional, física e mental que resulta da exposição prolongada a situações estressantes, especialmente no ambiente de trabalho. Pode ser caracterizado por sentimentos de sobrecarga, falta de motivação e despersonalização, afetando a qualidade de vida do indivíduo e sua capacidade de se relacionar com colegas e realizar tarefas cotidianas. A constante pressão por resultados, aliada à falta de reconhecimento e suporte, contribui para o desenvolvimento do burnout, que pode se manifestar em sintomas como insônia, irritabilidade e até problemas de saúde física.

Ainda, vê-se que esse fenômeno, juntamente com a pressão por produtividade constante, está aumentando diretamente os transtornos de ansiedade desses indivíduos. Tal ambiente insultuoso compromete o bem-estar emocional e gera uma cultura negativa de desempenho, em que há confusão e mistura entre a validação pessoal e o sucesso profissional - a pessoa afetada não consegue mais separar as possíveis frustrações laborais com sua vida privada. Essa associação de sentimentos e emoções prejudiciais comprometem as expectativas pessoais, tendo em vista que o indivíduo se sente incapaz de atendê-las, propiciando preocupações constantes e inseguranças, que podem desencadear transtornos de ansiedade.

Também se verifica que a falta de apoio emocional e a dificuldade em estabelecer limites saudáveis exacerba o quadro ansioso, criando um ciclo vicioso que impacta negativamente a saúde mental e a qualidade de vida. A falta de estratégias eficazes para manejar com o estresse por parte do empregador leva ao isolamento do empregado, fazendo com que este se

sinta desamparado e desconectado com o ambiente de trabalho, o que promove esgotamento, desmotivação e apatia.

Para Castro *et al.* (2020), a síndrome burnout é geralmente experienciada por profissionais que têm contato direto com outros seres humanos, como ocorre em profissionais da área da saúde. Neste estudo, foi enfatizado que, dentro de todos os locais do hospital, a unidade de terapia intensiva (UTI) é dada como uma das mais estressantes, tanto para os pacientes e parentes quanto para os profissionais da saúde. Foi averiguado que há uma elevada frequência de síndrome de burnout grave entre os profissionais atuantes em cuidados intensivos, assim como uma correlação positiva entre depressão, ansiedade, estresse e burnout e uma negativa entre burnout e engajamento com o trabalho.

Bem como, o estudo supracitado averiguou que a elevada carga de trabalho e um desequilíbrio entre a capacidade técnica e relacionamento interpessoais aumentam a frequência de burnout, principalmente quando relacionada à exaustão emocional e à despersonalização. Ademais, outros fatores ampliam o risco de burnout, como baixo controle sobre o trabalho, baixo nível de suporte dos colaboradores, baixos níveis de reconhecimento e falta de congruência entre os valores éticos e morais do trabalhador e da instituição. Ainda, aqueles que possuem alto nível de perfeccionismo são os que mais apresentam risco de burnout.

Além disso, a diminuição no desempenho profissional gera um impacto negativo direto nos cuidados ao paciente, tendo em vista que o estudo verificou que enfermeiros com burnout tiveram associação com diminuição da qualidade dos cuidados, menor satisfação do paciente, maior número de eventos adversos, taxas mais elevadas de infecções associadas ao tratamento e níveis mais elevados de mortalidade em 30 dias. Com relação a sintomas físicos,

tem-se que transtornos musculoesqueléticos parecem estar diretamente associados com burnout, uma vez que profissionais com tal síndrome possuem maior risco para desenvolver dor em curto e em longo prazo, quando comparados a profissionais sem burnout.

Outro estudo realizado por Oliveira *et al.* (2022) demonstrou que o cenário causado pela pandemia da Covid-19 propiciou um aumento de adoecimento mental da população geral, mas principalmente dos profissionais da saúde. Tais sintomas podem ser caracterizados por tristeza, ansiedade, sintomas depressivos, irritabilidade, cansaço, distúrbios do sono e sintomas somáticos. Nesse sentido, um aumento de demandas sem precedentes, em conjunto com pressão intensa e constante, propiciou um esgotamento físico e mental dos profissionais da área da saúde. Assim, a exposição ao estresse constante, com carga horária laboral excessiva, falta de recursos, medo de contrair o vírus e preocupação com familiares e população formaram uma combinação devastadora, que afetou o bem-estar desses trabalhadores, assim como gerou sentimentos de ansiedade e impotência, intensificados pelo aumento avassalador de casos de burnout.

De acordo com Gaume *et al.* (2024), os problemas de saúde mental frequentemente ocorrem simultaneamente ao uso de substâncias como drogas ilícitas, álcool e neuroestimulantes, conforme evidenciado em estudo realizado com estudantes de medicina da Suíça, em que o fator que compreende o nível de risco para uso de álcool, tabaco e cannabis, substâncias mais prevalentes, foi significativamente associado ao fator burnout e ao fator de estresse da situação financeira e do trabalho paralelo.

Já Pereira-Lima *et al.* (2016), fez uma análise sobre saúde mental de residentes médicos. Nesse estudo, verificou-se que, pelas características estressantes, o período da residência pode

desenvolver maior propensão ao abuso e dependência de álcool. Ademais, conforme já averiguado nos outros estudos, fatores como longas jornadas de trabalho, pressão constante por desempenho e responsabilidade por lidar com situações críticas diariamente, levam os médicos residentes a terem maior possibilidade de desencadear burnout e transtornos ansiosos.

As faltas de sono, de autocuidado e de descanso, ocasionam um cotidiano cansativo e inviável. Ainda, a cultura de competitividade e a normalização do sofrimento fazem com que o desgaste emocional seja intenso e que prejudique as relações interpessoais. Tais fatores levam ao isolamento, o que acentua os episódios ansiosos. Também, muitas vezes ocorre a falta de procura de apoio, perpetuando um ciclo vicioso, levando ao agravamento de sintomas, assim como consequências físicas e mentais da exaustão extrema.

Os seis principais fatores de risco para o esgotamento profissional são a sobrecarga de trabalho, o controle limitado, a falta de recompensas, situações de injustiça, conflito de valores e a falta de senso de comunidade no ambiente de trabalho. Nesse sentido, os sintomas de insatisfação se acumulam ao longo do tempo devido a condição humana natural de não demonstrar vulnerabilidade (RIBEIRO, 2021).

De acordo com Nunes (2008) os sintomas do Burnout devem ser entendidos como uma resposta ao estresse laboral que aparece quando falham as estratégias funcionais de enfrentamento. Esse enfrentamento pode ser entendido como o conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas ou internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades.

Soares (2008) afirma que o trabalho faz parte da natureza humana e, por meio dele, o homem se constrói, com identidade e subjetivi-

dade próprias, e constrói o mundo. A execução das atividades laborais poderia ser percebida como prazerosa, no entanto, na maioria das circunstâncias, ela é vista como um sacrifício desencadeador de sofrimento e adoecimento, não pelo trabalho em si, mas pelo clima organizacional e emocional existente no ambiente laboral. Um ambiente de trabalho hostil, onde a competitividade é normalizada, contribui para a desintegração das relações interpessoais e para o isolamento emocional, exacerbando os problemas de saúde mental. A escassez de suporte social e reconhecimento por parte da gestão agrava essa situação, criando um ciclo vicioso em que o estresse gera mais pressão e menos motivação.

Além disso, a falta de estratégias eficazes de manejo do estresse e a ausência de limites saudáveis entre vida profissional e pessoal são fatores críticos que aumentam o risco de desenvolvimento de transtornos ansiosos. Portanto, é necessário que as organizações adotem práticas que priorizem o bem-estar dos funcionários, promovendo um ambiente de trabalho mais equilibrado e sustentável. Sendo assim, a necessidade de reavaliar as abordagens de produtividade se torna evidente, com o objetivo de reduzir a incidência de burnout e, consequentemente, os transtornos de ansiedade associados, visando uma melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores e na eficácia organizacional.

Ademais, a partir dos estudos analisados, verificou-se que uma rotina intensa de trabalho, junto com dificuldade nas relações interpessoais e cobrança intensa para busca de desempenho leva ao esgotamento mental e, consequentemente, ao burnout. Ainda, a exposição frequente e constante a um ambiente hostil gera uma insatisfação pessoal, o que propicia o aparecimento de sentimentos infelizes com a sua rotina e vida, facilitando o aparecimento de transtornos de ansiedade. Logo, deve-se reavaliar o método de busca pela produtividade, prin-

cipalmente dos profissionais da área de saúde, tendo em vista o aumento periclitante de casos de burnout na atualidade.

CONCLUSÃO

O burnout, uma realidade cada vez mais presente nos ambientes de trabalho, especialmente na área da saúde, emerge como um grave problema de saúde pública. Este estudo indica que a pressão por produtividade constante e o burnout estão diretamente relacionados ao aumento dos transtornos de ansiedade.

A combinação de longas jornadas, alta pressão por resultados, falta de reconhecimento e apoio, e a exposição constante a situações estressantes gera aumento dos sintomas ansiosos, impactando negativamente a saúde física e mental dos indivíduos. Além disso, as consequências do burnout vão além do indivíduo, impactando a qualidade dos cuidados prestados, a saúde das organizações e a sociedade como um todo.

Dessa forma, é necessário repensar as práticas organizacionais e promover ambientes de trabalho mais saudáveis e humanizados. A implementação de medidas para prevenir e combater o burnout que valorizem o bem-estar e o trabalho dos profissionais, como a flexibilização da jornada de trabalho e a oferta de programas de apoio psicológico são imprescindíveis para prevenir esse transtorno e reduzir os níveis de ansiedade.

Logo, a saúde mental dos trabalhadores deve ser uma prioridade, pois o bem-estar individual está diretamente ligado à qualidade dos serviços prestados e à saúde da população. São necessárias mais pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre os fatores de risco, as consequências e as intervenções mais eficazes para o combate ao burnout. A compreensão desse fenômeno é crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, C.S.A.C. *et al.* Síndrome de burnout e engajamento em profissionais de saúde: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 381, 2020. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200066>.

DELAFONTAINE, A. *et al.* Impact of confrontation to patient suffering and death on wellbeing and burnout in professionals: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, v. 23, n. 74, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01393-8>.

GAUME, J. *et al.* Substance use and its association with mental health among Swiss medical students: A cross-sectional study. *Journal of Social Psychiatry*, v. 70, n. 4, p. 808, 2024. DOI: 10.1177/00207640241232321.

NUNES, R. Os sintomas do Burnout e o estresse laboral. *Revista de Psicologia Organizacional*, v. 12, n. 2, p. 45, 2008.

OLIVEIRA, F.E.S.O. *et al.* Prevalência de transtornos mentais em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Minas Gerais, v. 71, n. 4, p. 311, 2022. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000391>.

PEREIRA-LIMA, K. *et al.* Mental Health in medical residents: relationship with personal, work-related, and sociodemographic variables. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 318, 2016. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1882>.

RIBEIRO, V.L. Síndrome de Burnout, economia comportamental e corporativismo: o uso das novas teorias para a melhora de produtividade. *Revista de Economia Regional Urbana e do Trabalho*, v. 11, n. 2, p. 198, 2021. <https://doi.org/10.21680/2316-5235.2022v11n1ID25835>.

SOARES, A.S. Mobbing: relações com a síndrome de burnout e a qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição universitária de Campo Grande, MS. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande – MS, 2008.

Capítulo 14

O USO DOS PSICOTERÁPICOS NA PRÁTICA CLÍNICA

ISABELA GONTIJO MENDONÇA ¹
JÚLIA DINIZ ASSIS MOREIRA¹
MATHEUS ANDRADE ALMEIDA E SILVA¹
ROBERTA DUMONT PAIVA LOPES¹

¹*Discente – Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais*

Palavras-Chave: *Psicofarmacologia; Saúde Mental; Terapêutica.*

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.14

INTRODUÇÃO

As medicações psiquiátricas desempenham um papel muito importante diante do tratamento de diversas condições da saúde mental e, desde da década de 70, elas vem ocupando um local muito relevante dentro da medicina (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

As principais classes usadas são os antipsicóticos, estabilizadores de humor, antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos, sendo assim, eles serão abordados diante deste capítulo. Além deles, muitas vezes, são usada em conjunto, as terapias psicossociais, como a terapia cognitivo-comportamental, para oferecer uma abordagem mais holística e eficaz. Essa combinação pode ajudar os pacientes a desenvolver estratégias de enfrentamento e habilidades que promovem uma melhor qualidade de vida, e, com isso, promover um tratamento individualizado, levando em consideração o histórico do paciente, a gravidade dos sintomas e a presença de outras condições médicas (CORDIOLI, 2015).

O objetivo deste estudo foi agrupar as diversas classes de medicações psiquiátricas, para fornecer ao leitor informações básicas e práticas a respeito deles e de como usá-las diante da prática médica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de agosto e setembro de 2024, por meio de pesquisas na base de dados PubMed. Foram utilizados os descritores psicoterapia, saúde mental e terapêutica. Desta busca foram encontrados 1.766.165 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2015 a 2024 e que abordavam as temá-

ticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo de revisão e livros disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 17 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Além disso, foi usado como base, o livro “Manual de Psicofarmacologia Clínica”, de Schatzberg & DeBattista, de 2017. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando os 5 principais tipos de psicoterápicos: antipsicóticos, estabilizadores de humor, antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antipsicóticos

Na atualidade, muito se sabe sobre os efeitos colaterais, mecanismos de ação e as particularidades dos medicamentos antipsicóticos disponíveis. Além dos agentes típicos, hoje se tem muito conhecimento a respeito da nova geração de agentes atípicos, que são os mais comumente prescritos. Em que, fazem parte dos medicamentos de segunda geração a clozapina, a olanzapina, e risperidona, e quetiapina, a ziprasidona e o aripiprazol. Estes, superam com vantagem os de primeira geração como a perfenazina, clorpromazina e o haloperidol (DALGA-LARRONDO, 2019).

Um antipsicótico é considerado eficaz quando se tem um antagonismo dopaminérgico em 60 a 80% dos receptores D2 dopaminérgicos. Os atípicos possuem maior proporção de serotonina por dopamina. Os medicamentos atípicos se mostraram mais efetivos do que agentes típicos em relação à melhora do funcionamento social. É fato que, a descontinuação do

antipsicótico demonstrou taxas de recaídas muito altas, assim como, a não adesão medicamentosa, que contribui também para aumento das hospitalizações. Sendo assim, para o manejo adequado é fundamental recrutar o paciente e sua família para identificar sinais e sintomas de alerta. É preciso adequar as particularidades de cada paciente com os padrões de efeitos colaterais dos medicamentos propostos (DALGALARRONDO, 2019).

Antipsicóticos de segunda geração (atípicos)

O mecanismo de ação envolvido é o antagonista da dopamina e da serotonina, que contribui para a eficácia desses medicamentos no tratamento da esquizofrenia, da mania, da depressão bipolar, ansiedade e agitação. Estão associados a efeitos colaterais como ganho de peso, resistência insulínica, alteração gastrointestinal, sedação, acatisia, hipotensão ortostática, bradicinesia e tontura. São raros os efeitos extrapiramidais, a agranulocitose e convulsões estão mais associados à clozapina (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017)

Possuem dosagens e formas de administração específicas, que serão explicitadas a seguir. A clozapina se inicia com a dose 12,5-25 mg com tolerabilidade até 300-600 mg/dia. A risperidona 0,5-1mg, duas vezes ao dia, até 3mg. A olanzapina 2,5-5mg na hora de dormir, até 20mg. A quetiapina 25mg, duas vezes ao dia, até 300-600mg/dia. A ziprasidona tem 20mg, que pode aumentar até 80mg. O aripiprazol 15mg pode chegar até dosagem de 30mg/dia. Lurasidona 20-40mg/dia, asenapina 5mg sublingual e iloperidona com dose-alvo de 6-12mg/dia. Em geral, é possível alcançar os efeitos plenos de quatro semanas a seis meses (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017)

Em caso de descontinuação, existe um rebote colinérgico brando junto a uma recaída rápida.

Sendo necessário, reduzir as doses lentamente, assim como a titulada no sentido ascendente. Existem interações medicamentosas já conhecidas, como a fluvoxamina, que aumenta os níveis plasmáticos dos agentes atípicos. Além do EtOH, que aumenta a sedação e a hipotensão ortostática. Anti-hipertensivos podem aumentar hipotensão ortostática. A carbamazepina diminui os níveis séricos da olanzapina e clozapina, assim como, aumenta eventos adversos hematológicos com clozapina. Os depressores do SNC aumentam a sedação. O ciprofloxacino aumenta níveis dos agentes atípicos (DALGALARRONDO, 2019).

Antipsicóticos de primeira geração (típicos)

O mecanismo de ação envolve a proporção mais alta de antagonismo de D2 em relação a 5-HT2 e a ligação aos receptores dopaminérgicos de maneira mais duradoura, que possibilita eficácia para tratamento da esquizofrenia (sintomas positivos), do transtorno de Tourette (mais especificamente a pimozida), da mania, da depressão psicótica (junto com os antidepressivos), da psicose induzida por drogas e agitação. O haloperidol é o mais prescrito, possui como vantagem o baixo custo tendo em vista que está disponível na forma genérica (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Possuem como efeitos colaterais, os sintomas extrapiramidais (principalmente nos medicamentos de alta potência). Boca seca, constipação, retenção urinária, sedação, ganho de peso (mais comum nos medicamentos de baixa potência). São relatadas complicações de pele e olhos, prolongamento do intervalo QT com a tioridazina e raramente síndrome neuroléptica maligna (DALGALARRONDO, 2019)

A dose é individualizada, em que a Clorpromazina se inicia de 50-150mg podendo chegar até 300-600mg. Existem interações medica-

mentosas, como depressores do SNC que aumentam a sedação. Antiácidos diminuem a absorção dos agentes típicos. A carbamazepina e a nicotina diminuem os níveis dos antipsicóticos. Já os ISRS, a meperidina e os ADT aumentam os níveis dessa classe. A clorpromazina pode aumentar os níveis do ácido valproico (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Estabilizadores de Humor

Termo que foi primeiramente aplicado aos sais de lítio, ao notar que eram eficazes para o alívio da mania, profilaxia contra ciclos maníacos e depressivos. Nos últimos anos, medicamentos como a lamotrigina, a olanzapina, a quetiapina e o aripiprazol também receberam aprovação. Além desses, anticonvulsivantes são utilizados no tratamento do transtorno bipolar (CORDIOLI, 2015).

Vem crescendo cada vez mais o tratamento com os antipsicóticos de segunda geração, já que além do seu início de ação rápido, existe uma versatilidade para manejo de ambos os pólos e na fase de manutenção. Os medicamentos clássicos como lítio, dilvaproato e carbamazepina são benéficos tanto em monoterapia quanto combinados a outro agente no tratamento da mania aguda (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Em relação à depressão bipolar, inicialmente, deve-se receber um estabilizador do humor ou um agente atípico. Em caso de falha, deve considerar iniciar um novo medicamento, como por exemplo os antidepressivos. Sendo sempre importante, a adesão por parte do paciente e da família, para que o manejo seja contínuo e sem recaídas, dessa forma, evoluindo para o tratamento de manutenção (CORDIOLI, 2015).

Lítio

Tem sua eficácia aprovada para tratamento da mania bipolar, melhora na depressão e pre-

venir episódios subsequentes. Pode ser utilizado como coadjuvante em indivíduos com instabilidade do humor, violência ou raiva impulsiva. Todavia, demonstrou ser um pouco tóxico acima de 1,5 mEq/L, com necessidade de monitoramento do seu nível sérico, sendo frequentemente letal acima de 3,0 mEq/L (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Possui alguns efeitos colaterais como tremores, poliúria, polidipsia, ganho de peso, retardo cognitivo, hipotireoidismo e piora da função renal. A dosagem inicial é de 300mg, 2-3 vezes por dia, com tolerabilidade para nível sérico de 0,6-1,2 mEq/L na mania bipolar e 0,4-0,8 mEq/L para potencialização. A descontinuação súbita está associada a recaída com piora do prognóstico, sendo importante alertar o paciente (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Existem interações medicamentosas como a dos antipsicóticos que podem aumentar a toxicidade do lítio e a bupropiona pode aumentar o risco de convulsão. Já os AINES e os diuréticos aumentam os níveis do lítio. A carbamazepina foi associada a um raro efeito de neurotoxicidade. Teofilina, alcalinizadores de urina e verapamil diminuem o nível do lítio. Os ISRSs podem gerar a síndrome serotoninérgica. Por fim, sais iodados aumentam o risco de hipotireoidismo (DALGALARRONDO, 2019).

Anticonvulsivantes

Foi nas últimas três décadas, que se deu o aumento da utilização de anticonvulsivantes como estabilizadores de humor, sendo o valproato, e carbamazepina, a lamotrigina, a gabapentina e a oxcarbazepina alguns deles. Agem preferencialmente no lobo temporal ou nos sistemas límbicos, se mostrando eficazes para tratamento de pacientes com transtorno bipolar (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

O valproato possui benefício para manejo da mania aguda, profilaxia bipolar, ciclagem rápida e convulsões. Sua dosagem inicial é de 15mg/kg/dia podendo chegar até 60mg/kg. Está associado a efeitos colaterais como: ganho de peso, sedação e desconforto gastrointestinal. As interações medicamentosas graves são raras, porém ISRS, cimetidina e eritromicina podem aumentar os níveis do valproato (DALGALAR-RONDO, 2019).

A carbamazepina está indicada para tratar mania aguda, transtorno bipolar misto, ciclagem rápida e convulsões. Sua dosagem para fórmula XR é de 200mg, duas vezes ao dia, com faixa terapêutica de 800-1200mg/dia. Pode gerar sedação, tontura, fadiga, náuseas e ataxia como efeitos colaterais. Possui inúmeros medicamentos que podem interagir com a carbamazepina, o que acaba gerando certo receio para sua utilização. A lamotrigina é utilizada para tratamento de convulsões e terapia de manutenção do transtorno bipolar tipo I. Está associada a efeitos adversos como rashes, tontura, ataxia, náuseas e vômitos (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Antidepressivos

A popularidade dos antidepressivos baseia-se em vários fatores, como eficácia no tratamento da depressão, amplo espectro de ação, segurança e facilidade de uso. Via de regra, em relação aos placebos, os antidepressivos apresentam eficácia na redução de sintomas distintos da depressão maior, com um índice de eficácia de cerca de 50% na melhora dos sintomas em geral, alcançando altas taxa de remissão de sintomas e prevenindo recidivas nos pacientes com depressão maior recorrente. Suas vantagens sobre o placebo se tornam ainda mais evidentes nas formas mais graves de depressão (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Quando os subtipos da depressão, como depressão atípica, melancólica e psicótica, são avaliados, surgem diferenças entre as medicações. A depressão atípica é caracterizada pela reatividade do humor, além de sintomas vegetativos reversos (aumento de sono e apetite), e os que mais respondem a esse quadro são os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs), mas também respondem bem aos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) e à Bupropiona – sendo os agentes de primeira linha para o tratamento de tal subtipo. A depressão melancólica responde melhor aos ADTs, iniciando com Venlafaxina ou Mirtazapina. A depressão psicótica responde à eletroconvulsoterapia (ECT), à Amoxapina ou à combinação de um Antidepressivo Tricíclico (ADT) com um antipsicótico. A combinação Fluoxetina com Olanzapina também é eficaz, e essa seria a estratégia de primeira linha recomendada devido à segurança e à fácil utilização (CORDIOLI, 2015).

Além do seu uso no tratamento da depressão maior, tais fármacos representam uma forma de tratamento viável para a maioria dos transtornos de ansiedade. Muitos dos ISRSs e dos Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSNs) recebem indicações da FDA para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Os ISRSs também estão aprovados para o tratamento de transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de ansiedade social e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) – e, agora, são o tratamento de primeira linha para essas condições (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Em relação às demais condições psiquiátricas, os antidepressivos estão aprovados para tratar bulimia e transtorno disfórico pré-menstrual (Fluoxetina, Sertralina). A utilização *off-label* inclui o tratamento para sintomas negati-

vos da esquizofrenia, agitação na demência, transtornos do controle de impulsos e transtorno da personalidade borderline. Ademais, ressalta-se a utilização aprovada dos antidepressivos para o tratamento das condições dolorosas, como a dor neuropática, a dor lombar e a fibromialgia (Duloxetina); indicação para cessar o tabagismo (Bupropiona); e enurese (Imipramina). O uso *off-label* também engloba o tratamento dos sintomas vasomotores da menopausa, profilaxia da enxaqueca e tratamento da ejaculação precoce (CORDIOLI, 2015).

No que se refere às limitações dos antidepressivos, incluem os efeitos colaterais, latência de início e falta de eficácia em muitos pacientes. Com os avanços dos estudos e novas descobertas, agentes mais recentes podem resolver algumas das deficiências dos atuais antidepressivos.

A dose ideal de um antidepressivo é a menor dose eficaz que produza o mínimo de efeitos colaterais. Se com determinada dose do fármaco não houver sinais de melhora dos sintomas depois de 4 semanas, as chances de que tal dose seja eficaz são muito pequenas. Uma resposta parcial nas primeiras 4 semanas gera uma resposta mais completa ao longo das 8 semanas seguintes, mesmo que a dose seja mantida (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

O modelo atual de tratamento dura em torno de 6 a 12 semanas. É difícil avaliar a eficácia de um antidepressivo em menos de 4 semanas. Todos os pacientes que respondem a determinada dosagem de um antidepressivo deve ser mantido com essa dose por pelo menos 6 a 12 meses. Já a terapia de manutenção de longo prazo deve ser considerada para o indivíduo que tenha apresentado 3 ou mais episódios depressivos graves ou 2 episódios nos últimos 5 anos (CORDIOLI, 2015).

Em relação a escolha do antidepressivo, os parâmetros do indivíduo, incluindo subtipo da

depressão, idade, sexo e quadro clínico, são equiparados com os parâmetros do fármaco, como efeitos colaterais, segurança e custo (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs)

É a classe dominante de antidepressivos atualmente, incluindo a Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Citalopram e o Escitalopram. Como o próprio nome dessa classe de antidepressivos indica, os ISRSs bloqueiam seletivamente a recaptação da serotonina pelos seus efeitos inibitórios no transportador dependente da Na^+/K^+ adenosina trifosfatase (ATPase) nos neurônios pré-sinápticos. Essa classe é mais seletiva na recaptação de serotonina do que os ADT, sendo a Paroxetina e o Citalopram os mais potentes bloqueadores. Embora sejam mais seletivos, causam impactos em outros sistemas de neurotransmissores, em nível moderado (CORDIOLI, 2015).

Primariamente são indicados para o tratamento da depressão maior de leve a moderada, sendo também eficazes na depressão atípica e combinados com antipsicóticos são eficazes no tratamento da depressão psicótica. Podem ser utilizados na terapia de manutenção da depressão recorrente, além de serem benéficos no tratamento da depressão maior crônica com distímia (CORDIOLI, 2015).

Para o tratamento do TOC, normalmente são utilizadas doses mais altas do ISRS. Além disso, são eficazes para o tratamento dos transtornos alimentares, principalmente para a bulimia nervosa, melhorando o desejo por carboidratos e a alteração do humor associados à bulimia nervosa e à obesidade. Em relação aos transtornos de ansiedade, inclui o tratamento do transtorno do pânico, fobia social, TAG e TEPT (CORDIOLI, 2015).

Especialmente a Fluoxetina e a Sertralina podem ser utilizadas para o tratamento do transtorno disfórico pré-menstrual. Ademais, há relatos do uso de IRSs para o tratamento da raiva e da agressão impulsiva associadas a alguns transtornos da personalidade (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017)

A popularidade dessa classe deve-se à sua segurança e seu perfil de efeitos colaterais favoráveis; também provaram ter atividade de amplo espectro e atingem facilmente a dosagem terapêutica ideal. Tendem a ser mais seguros e mais bem tolerados do que os IMAOs e IRSNs. (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017)

Em relação aos seus efeitos gastrointestinais, incluem náuseas, cólicas, diarreia, azia e desconforto, que tendem a diminuir ao longo das primeiras 2 a 4 semanas de tratamento, sendo indicado tomar a medicação durante as refeições. A ativação do Sistema Nervoso Central (SNC) pode levar a insônia, nervosismo e agitação. Ao passo que, a Paroxetina está associada a sedação. Além disso, há relatos de efeitos associados a disfunção sexual, como ejaculação retardada, anorgasmia, impotência e diminuição da libido (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSNs)

Atuam bloqueando a recaptação de serotonina e noradrenalina ao inibir o transportador de noradrenalina (NET). Fazem parte dessa classe a Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina, Levomilnaciprano e Milnaciprano (CORDIOLI, 2015).

As principais indicações dos IRSN são a depressão maior associada a melancolia. A Desvenlafaxina é indicada para o tratamento apenas da depressão maior. A Duloxetina é muito eficaz para o tratamento do TAG e os pacientes obtêm benefícios em duas semanas; além de ser

utilizada em condições dolorosas, como o tratamento da dor neuropática, fibromialgia e neuropatia diabética. Já a Venlafaxina é utilizada para o tratamento da fobia social e TEPT (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Dentre os efeitos colaterais relatados pelo uso desses fármacos, estão os efeitos gastrointestinais, como náuseas, diarreia, cólica, azia e desconforto, e os efeitos relacionados a disfunção sexual. Além disso, há relatos de associação a hipertensão, que pode ser aliviada com a redução da dose, devendo monitorar a pressão arterial com rigor nos primeiros dois meses; bem como ao aumento da frequência cardíaca (CORDIOLI, 2015).

Ademais, existem relatos de efeitos de hepatotoxicidade relacionados aos pacientes que fizeram uso de Duloxetina, principalmente naqueles pacientes com doença hepática pré-existente. Em relação aos efeitos anticolinérgicos, são relatados sintomas como boca seca, constipação e retenção urinária associados ao uso dos IRSNs (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Antagonistas do receptor 5HT₂

O principal efeito desses fármacos é o antagonismo dos receptores pós sinápticos 5-HT₂. Além disso, bloqueiam a recaptação de serotonina e produzem um metabólito agonista da serotonina. Os principais medicamentos que compõem essa classe são a Trazodona e a Nefazodona (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

A sua principal indicação é para o tratamento da depressão maior; sendo também utilizado para o tratamento dos transtornos da ansiedade – a Trazodona é eficaz no TAG, enquanto a Nefazodona melhora pesadelos, hiperexcitação e diminui a raiva associados ao TEPT. A Trazodona também possui efeito hipnótico em

doses de 25 a 100 mg à noite (CORDIOLI, 2015).

Os efeitos colaterais relatados ao uso desses fármacos incluem sintomas gastrointestinais, como náusea, dispepsia e desconforto; efeitos sexuais, como priapismo, sendo necessária a suspensão imediata da medicação; e efeitos neurológicos, como cefaleia e visão borrada. Além disso, esses fármacos realizam bloqueio adrenérgico, caracterizado pela hipotensão ortostática, tontura e síncope. Ademais, a Nefazodona também está relacionada a lesões hepáticas, o que torna a sua prescrição contraindicada para pacientes com história de doença hepática (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Antidepressivo combinado noradrenérgico e dopaminérgico (Bupropiona)

A Bupropiona não tem seu modo de ação bioquímico completamente compreendido, mas sabe-se que ele não é um bloqueador da recaptação da serotonina e não inibe a monoaminoxidase. Dentre as principais indicações do seu uso está o tratamento da depressão, tanto para pacientes ambulatoriais com o tipo leve a moderado, quanto para pacientes hospitalizados com o tipo mais grave. Está associada a menor probabilidade de produzir mania ou ciclagem rápida (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Esse fármaco também é eficaz no tratamento da cessação do tabagismo (dose de 300mg/dia), atuando na prevenção de recaída. Além disso, também há relatos da sua utilização no tratamento do TDAH e como coadjuvante no tratamento da depressão com o ISRS, potencializando o efeito antidepressivo e amenizando os efeitos colaterais do ISRS, como a disfunção sexual. Os efeitos colaterais mais associados ao uso da Bupropiona são: insônia, boca seca e tremores e redução do limiar convulsivo (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Mirtazapina

Antagonista dos receptores centrais pré-sinápticos alfa 2 adrenérgicos, agindo aumentando a liberação de noradrenalina. Quanto menor a dose utilizada, maior a sedação. Dentre as principais indicações da Mirtazapina, está o tratamento da depressão maior e dos transtornos da ansiedade, além da associação com a melhora dos sintomas negativos da esquizofrenia e dos sintomas extrapiramidais induzidos por antipsicóticos. Além disso, é utilizada no tratamento da depressão breve recorrente e é eficaz contra náuseas em pacientes sob quimioterapia (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Os efeitos colaterais mais comuns associados ao uso da Mirtazapina são boca seca, sedação, sonolência (mais evidente em doses mais baixas) e ganho de peso. Cerca de 15% dos pacientes apresentam aumento significativo no colesterol e 6% nos triglicerídeos. Junto com a Bupropiona e a Nefazodona, a Mirtazapina parece resolver a disfunção sexual associada ao uso de ISRSs. Além disso, alguns pacientes vivenciam tonturas significativas (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Vilazodona

Agente serotonérgico aprovado para o tratamento de depressão maior. Apresenta inibição seletiva da recaptação da serotonina com atividade agonista parcial no receptor 5-HT. É bem absorvida quando ingerida com alimentos gordurosos (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Não há razão para considerar a medicação como dotada de qualquer vantagem sobre outros antidepressivos. Entretanto, as taxas dos efeitos colaterais sexuais e do ganho de peso são mais baixas, mas está associado a maiores efeitos colaterais gastrointestinais (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Vortioxetina

Inibidor da recaptação da serotonina como os ISRSs. Os efeitos colaterais mais comuns foram os gastrointestinais, como náuseas (relacionada à dose), vômitos e constipação (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos

Os medicamentos que compõem essa classe são: Imipramina, Amitriptilina, Doxepina, Desipramina, Nortriptilina, Protriptilina, Clomipramina e Amoxapina. O mecanismo de ação desses fármacos envolve o bloqueio da recaptação de noradrenalina e serotonina (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

A sedação é atribuída aos efeitos serotoninérgicos e anticolinérgicos (boca seca, constipação, incontinência urinária, visão borrada e confusão mental) e os efeitos ativadores são atribuídos à noradrenalina. Também bloqueia o receptor H1, gerando ganho de peso. Além disso, há relatos de efeitos cardiovasculares associados a esses fármacos, como bradicardia, arritmias, hipertensão e hipotensão ortostática; bem como efeitos sexuais, como disfunção sexual e impotência (CORDIOLI, 2015).

Esses fármacos são eficazes no tratamento da depressão maior grave, sendo essa a sua principal indicação, utilizados como agentes de segunda ou terceira linha. A Clomipramina é utilizada no tratamento da depressão refratária. Há relatos de indicação dessa classe para o tratamento da enurese infantil (CORDIOLI, 2015).

A Amitriptilina e a Doxepina também são eficazes no tratamento da insônia e da cefaleia, assim como a Imipramina para este último. Além disso, a Imipramina é indicada no tratamento do TAG, da bulimia e da agorafobia com ataques de pânico. Já a Clomipramina, além de também ser utilizada no tratamento da agorafobia com ataques de pânico, é eficaz no trata-

mento do TOC (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs)

Como o próprio nome já diz, esses fármacos inibem a monoaminoxidase, enzima encontrada na mucosa intestinal e responsável por degradar as monoaminas, o que resulta no aumento da disponibilidade dessas monoaminas (dobutamina, serotonina). A MAO - A age sobre a serotonina e noradrenalina, enquanto a MAO - B age na dopamina. Existem 2 classes de IMAOs: as Hidrazinas (Fenelzina) e as Não Hidrazinas (Selegilina e Tranilcipromina) (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

As principais indicações relacionadas a esses fármacos são depressão refratária aos ADT; fobia social e transtorno do pânico. Também são indicados quando muitas tentativas de fármacos tenham falhado. A Fenelzina é eficaz no tratamento da depressão ansiosa (CORDIOLI, 2015).

Os principais efeitos colaterais relatados são tontura (mais comum), insônia, sedação, estimulação durante o dia, espasmos musculares, incontinência urinária e ganho de peso (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Inibidores da recaptação de noradrenalina (IRN - Reboxetina e Atomoxetina)

A Reboxetina é um antidepressivo seletivo que está em uso na América do Sul e a Atomoxetina é um IRN aprovado para TDAH. Melhoram a neurotransmissão central da noradrenalina pelo bloqueio seletivo de sua recaptação, ou seja, são IRNs seletivos. Além disso, bloqueiam a recaptação da dopamina (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

A Reboxetina é eficaz no tratamento da depressão maior, onde se mostrou mais eficaz que a Fluoxetina na redução dos sintomas de

depressão grave e da melancólica. A principal indicação da Atomoxetina é para o tratamento do TDAH (CORDIOLI, 2015).

Esses fármacos possuem menos probabilidade de náuseas, diarreia, sonolência e efeitos colaterais sexuais. Contudo, efeitos colaterais como boca seca, constipação, incontinência urinária e hipotensão são relatados (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Ansiolíticos

Os ansiolíticos são medicamentos muito amplos, heterogêneo, que modulam múltiplos neurotransmissores e mecanismos fisiológicos. Mas sua principal indicação é para tratamento dos TEAs (transtorno do espectro da ansiedade) que inclui transtorno de ansiedade generalizada, pânico, ansiedade social, fobias e ansiedade relacionada ao abuso de drogas (STEWART *et al.*, 2015). As duas principais classes de ansiolíticos são benzodiazepínicos e barbitúricos, que também são medicamentos muito usados como hipnóticos, porém nesse livro será abordado de forma separada.

Historicamente os barbitúricos foram amplamente usados desde o início dos anos 1900, porém a partir da década de 1960 os benzodiazepínicos ganharam mais lugar, devido a sua maior margem de segurança em reação a overdose e seu potencial de desenvolver dependência. Mas além deles os anticonvulsivantes como pregabalina e gabapentina também fazem parte do arsenal dos ansiolíticos. Recentemente com a entrada de diversos tipos de antidepressivos no mercado ampliou-se ainda mais a utilidade desses medicamentos em casos de TEA (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Hoje sabe-se que o tratamento de primeira linha especificamente para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) são os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), os Inibidores do Receptor de Serotonina e No-

radrenalina (IRSN), a pregabalina e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) (CORDIOLI, 2015). A partir disso, é importante ressaltar que o acréscimo de medidas socioambientais e psicoterápicas ao tratamento medicamentoso melhoram significativamente a resposta da maioria dos pacientes.

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são indicados para tensão muscular, insônia, estados epilépticos, epilepsia mioclônica, anestesia pré-operatória, abstinência de álcool, além da própria ansiedade. Segundo Schatzberg & Debattista é provável que todos os benzodiazepínicos atualmente disponíveis sejam eficazes no tratamento de ansiedade crônica e de ansiedade secundária aos estresses da vida ou às condições clínicas. Porém, devido ao seu alto poder de sedação e sua capacidade de gerar tolerância, dependência e sintomas eles não ocupam mais o lugar de primeira linha para uso contínuo (CORDIOLI, 2015).

Diferentes tipos de benzodiazepínicos estão sendo estudados para melhorar o seu uso em situações de ansiedade, desde os que possuem ligações mais singulares até os agonistas parciais, nenhum demonstrou em estudo benefício em relação ao mais usados. Os benzodiazepínicos ansiolíticos são divididos em três subclasses, com base na estrutura: 2-ceto (clordiazepóxido, clonazepam, clorazepato, diazepam, halazepam, prazepam e o hipnótico flurazepam); 3-hidroxi (lorazepam, oxazepam e o hipnótico temazepam); e triazolo (alprazolam, adinazolam, estazolam e o hipnótico triazolam) (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017). Essas diferentes classes variam no metabolismo e consequentemente no tempo de meia-vida desses fármacos.

Atualmente a recomendação é que os benzodiazepínicos sejam utilizados no início do

tratamento devido a sua rápida produção de alívio dos sintomas, associados a antidepressivos, que demoram em média 4 a 6 semanas para apresentarem efeito. Portanto, após o tempo de resposta do antidepressivo seria recomendado retirar gradualmente o antidepressivo e usar apenas em casos de ataques de ansiedade ou crises de pânico. Infelizmente a realidade encontrada pelos psiquiatras não é essa, a maioria dos pacientes já chegam aos consultórios fazendo uso de benzodiazepínicos de forma contínua há anos, com um alto grau de dependência e tolerância.

Antidepressivos

Uma vez que os antidepressivos já foram amplamente abordados acima, aqui eles receberam menos atenção. O que os estudos indicam é que tanto os Antidepressivos Tricíclicos, quanto os ISRS e os Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO), exercem efeito antipânico similares, comparados aos transtornos de ansiedade generalizada, muitas vezes pode ser necessária uma dosagem maior desses medicamentos ou associação com outra classe. Atualmente os únicos antidepressivos aprovados pelo FDA para TAG são venlafaxina, escitalopram e paroxetina, porém acredita-se pelas metalizes existente que todos os ISRS sejam eficazes (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Anticonvulsivantes

De acordo com Schatzberg, diversos anticonvulsivantes estão sendo empregados com mais frequência no tratamento dos transtornos de ansiedade. A opinião inicial foi de que muitos desses medicamentos agiam no sistema GABAérgico e seria esperado que possuísem propriedades ansiolíticas (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017). Dentre os diversos anticonvulsivantes a pregabalina merece destaque por apresentar resultados satisfatórios nos estudos

relacionados a TAG. Ela se mostrou mais eficaz e gera menor custo que o uso de benzodiazepínicos associados aos ISRS ou IRSN, seu efeito ansiolítico começa rapidamente e não exige doses tão altas. Porém seus efeitos colaterais são tontura e sonolência (CORDIOLI, 2015).

Antipsicóticos

Assim como os antidepressivos, os antipsicóticos já foram amplamente abordados nesse capítulo, portanto passaremos de forma mais breve. Essa classe de medicamentos já é utilizada há anos como coadjuvantes no tratamento de ansiedade associada a psicopatologias. Nesse sentido, a maioria dos estudos sugere que alguns agentes atípicos possam auxiliar em casos refratários (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Barbitúricos

Os barbitúricos foram os primeiros medicamentos amplamente utilizados no tratamento de ansiedade, porém as outras classes se mostraram mais eficazes com os anos e eles foram gradativamente sendo substituídos, hoje pouco utilizados pelos psiquiatras (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

Hipnóticos

O transtorno de insônia, de acordo com o DSM-5, caracteriza-se por uma queixa de insatisfação com a quantidade e/ou a qualidade do sono associada à dificuldade de conciliá-lo e/ou mantê-lo (diversos despertares ou problemas para voltar a dormir após despertares) e/ou o despertar precoce pela manhã, sem que a pessoa consiga retomar o sono apesar de adequada oportunidade para dormir (APA, 2014). A literatura médica recomenda que os médicos e as pessoas evitem usar hipnóticos. O foco deve ser em terapias comportamentais e abordagens não-médicas sedativas.

Para realizar o diagnóstico deve-se considerar a avaliação da presença de problemas clínicos e/ ou psiquiátricos que possam estar associados à insônia, para isso o médico deve ter como objetivo do tratamento a eliminação dos fatores que causam ou mantêm a insônia. Dentre eles podemos encontrar a Síndrome das Pernas Inquietas, a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Narcolepsia, Transtorno do Ritmo Circadiano, dentre outras. Portanto é preciso definir a causa, para que ela possa ser abordada, além das comorbidades possivelmente associadas a ela possam ser adequadamente tratadas (CORDIOLI, 2015).

As intervenções não farmacológicas têm como objetivo reduzir e/ou modificar os fatores que afetam de forma negativa o sono. A higiene do sono é um conjunto de medidas importantes de serem adotadas durante o dia, em especial nas horas que precedem o adormecer, que evitam comportamentos ou atividades que interfiram negativamente no sono. Em relação a intervenções psiquiátricas é consenso entre os estudos que a Terapia Cognitivo Comportamental é a psicoterapia de escolha para o tratamento da insônia (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017). A partir da TCC é possível instruir o paciente a estabelecer um ritmo mais adequado de sono e vigília, além de desestimular o “ficar na cama” para compensar a noite mal dormida, ensinar técnicas de relaxamento, até mesmo abordar reestruturação cognitiva.

Para introduzir a terapia medicamentosa é essencial estabelecer se a insônia é recente, pois os medicamentos para tal devem ser indicados por um curto período, além de estabelecer se ela é o problema primário ou se é secundário a alguma condição clínica.

Benzodiazepínicos

A ação dos benzodiazepínicos é bem estabelecida, consiste em ligação nos receptores

GABA, que prolongam o estágio REM e são indicados para insônia a curto prazo (CORDIOLI, 2015). Para definir qual benzodiazepínico escolher é necessário saber sobre a farmacologia de cada um dos grupos. Por exemplo, os de ação lenta precisam que o médico oriente tomar o medicamento uma hora antes de dormir aproximadamente (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017). O principal efeito colateral desse medicamento é justamente sonolência que no uso como hipnótico é justamente o que se busca dele.

Hipnóticos não benzodiazepínicos (agonistas seletivos GABA A)

Quando avaliados por polissonografia foi observado que essa classe de medicamento reduz a latência para o início do sono e aumenta o tempo total de sono. Por esse motivo eles são hoje a primeira escolha para tratamento farmacológico para insônia. Outra vantagem é que eles apresentam menor potencial de dependência quando comparados aos benzodiazepínicos (CORDIOLI, 2015). O principal medicamento dessa classe usado é o Zolpidem, o segundo é o eszopiclona, ambos devem ser tomados logo antes de dormir.

Agonista do receptor de melatonina

A melatonina é amplamente utilizada há anos, considerada um suplemento e por isso não precisa de receita, diferente dos outros medicamentos apresentados até então. Ela não age nos receptores benzodiazepínicos, portanto não gera dependência como os demais. No entanto, os estudos que avaliam sua efetividade no tratamento de insônia ainda são controversos (SCHATZBERG & DEBATTISTA, 2017).

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que o uso de psicoterápicos na prática clínica é de extrema impor-

tância no manejo de diversas patologias e não somente nos acometimentos psiquiátricos. Também, é importante destaca que condutas baseadas nas evidências científicas associadas às experiências clínicas demonstram os efeitos benéficos que a terapia combinada se estabelece sobre a cognição, o humor e o comportamento, assim como, nos estressores intrapsíquicos, in-

terpessoais e psicossociais. Desse modo, é importante conhecer os principais agentes psicotrópicos, seus mecanismos de ação, além de indicações clínicas e posologias, para que, dessa forma, a prática clínica seja feita sempre baseada em evidências, fazendo com que seja priorizado as boas condutas médicas e, principalmente, o bem-estar do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5, Porto Alegre: Artmed, 2014.

CORDIOLI, A.V. *et al.* Psicofármacos: Consulta Rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SCHATZBERG, A.F. & DEBATTISTA, C. Manual de Psicofarmacologia Clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STEWART, A.M. *et al.* O fracasso das terapias ansiolíticas nos primeiros ensaios clínicos: o que precisa ser feito. Opinião de especialistas em medicamentos experimentais, v. 24, n. 4, p. 543, 2015. <https://doi.org/10.1517/13543784.2015.1019063>.

Capítulo 15

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO: GATILHOS DE RISCO PARA O UNIVERSITÁRIO TER A IDEACÃO

GABRIELA COSTA DE CASTRO¹
LAURA FURTADO MALTA¹
MATEUS FIGUEIREDO¹
PEDRO HENRIQUE SPINOLA ALVES¹
VITÓRIA CASTRO BARBOSA¹
GEOSELITA BORGES TEIXEIRA²

¹*Discente – Medicina na Universidade de Rio Verde*

²*Docente - Medicina na Universidade de Rio Verde*

Palavras-Chave: Saúde Mental; Universidade; Suicídio; Prevenção.

DOI

10.59290/978-65-6029-169-0.15

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que incerto ou impreciso, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio (ABP & CFM, 2014).

O suicídio é um problema significativo de saúde pública global, resultando em quase 700.000 mortes anuais em todo o mundo, com uma taxa global de 9,0 por 100.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O percentual de suicídio entre jovens cresceu 6% ao ano no Brasil entre os anos de 2011 e 2022. O número foi maior que na população em geral, cuja taxa de suicídio teve crescimento médio de 3,7% ao ano, neste mesmo período (ALVES *et al.*, 2024). Existem diversos fatores que variam e influenciam esse aumento da taxa, sendo eles, a idade, o sexo, presença de transtornos mentais, risco ou proteção em todos os níveis (individual, familiar e comunitário) e o meio para tal finalidade (LIU *et al.*, 2022).

Os estudantes universitários vivenciam um período de dúvida, sofrimento e angústia durante a vida acadêmica. Além de que, os mesmos vivenciam diversos estressores, como, viver fora de casa e longe dos pais, reprovações, expectativas com relação ao curso escolhido, novas responsabilidades, mudanças no convívio social, à solidão e a saudade (GALVÃO *et al.*, 2021). E essas mudanças afetam diretamente o desempenho acadêmico, podendo ser de forma positiva, em que a crise é superada garantindo um aumento da sua maturidade biopsicossocial, ou negativa, onde não consegue lidar com as mudanças, evidenciando o seu estado de desequilíbrio e sentimento de instabilidade para re-

solver a crise, o que pode repercutir em desesperança (SOSTER *et al.*, 2021).

Assim, demonstra-se estar relacionada com maior probabilidade de envolvimento em condutas suicidas. Pois, os estudantes enfrentam níveis de estresse elevados devido às mudanças que vivenciam nessa transição de fases da vida, o que pode afetar sua saúde mental e aumentar o risco de manifestação de comportamentos e ideação suicida (GRANER & CERQUEIRA, 2019).

Dessa forma, a finalidade desse artigo é debater como a admissão em uma instituição de ensino superior (IES) pode afetar a saúde mental dos estudantes, construindo um debate acerca dos fatores que contribuem para o crescimento do suicídio entre os discentes da IES e destacando a importância de expor esse assunto dentro do ambiente acadêmico.

MÉTODO

Para a construção desse artigo foi realizada uma revisão literária nas principais fontes de pesquisa acadêmica nacionais e internacionais como SciELO, PubMed e Google Acadêmico que tem gerado com objetivo levantar dados para a discussão acerca da saúde mental do acadêmico universitário.

Na elaboração deste trabalho, foi necessário dividir em duas fases. Sendo a primeira fase uma investigação através de revisão literária com produções entre os anos de 2018 a 2024 que abordam sobre a saúde mental do universitário em período contemporâneo. Já a segunda fase é o levantamento de informações sobre os gatilhos de risco para o universitário ter a ideação suicida.

Sendo assim, como objetivo geral deste trabalho, busca-se destacar a importância de debater a acerca da inserção do jovem no ambiente acadêmico e correlacionar como as IESs podem

impactar na saúde mental desse jovem, analisando que poderá haver graves transtornos mentais que evoluem para pensamento, ideação e tentativa de suicídio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após fazer o levantamento de dados pelas bases de dados nacionais e internacionais como SciELO, PubMed e Google Acadêmico, foram selecionados 8 artigos que abordaram a saúde mental dos estudantes universitários. Para que sejam comparados, chegando a um resultado

qualitativo sobre o assunto, proporcionando uma reflexão e chegando a um desfecho individual acerca da questão levantada.

Na **Tabela 15.1**, houve o agrupamento dos artigos escolhidos de acordo com seu título e ano de publicação. Observa-se que foram preferidos aqueles cujo ano de editoração ocorreu nos últimos 6 anos, a fim de proporcionar uma análise atualizada e fidedigna. Além de que, optou-se por pesquisas que se relacionam diretamente com o tema do presente artigo.

Tabela 15.1 Catalogação dos estudos publicados quanto ao título e ano da publicação

Artigo	Título	Ano de publicação
1	Fatores de Risco Associados ao Suicídio em Universitários: Uma Revisão de Escopo.	2022
2	Ideação suicida na população universitária.	2022
3	Comportamento suicida em estudantes universitários.	2021
4	Suicídio em Estudantes Universitários: Ocorrência e Fatores Psicológicos e Sociais Associados.	2022
5	Suicídio entre os universitários: uma análise da produção científica dos últimos 10 anos.	2021
6	Relação entre Fatores Acadêmicos e a Saúde Mental de Estudantes Universitários	2018
7	<i>The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022.</i>	2024
8	<i>A study among university students in the health area.</i>	2021

Na **Tabela 15.2**, a classificação dos artigos coletados quanto aos objetivos revelou interesse da sociedade científica em compreender os motivos e fatores que intensificam o comportamento suicida, como é o caso dos artigos 1, 2 e 3. Nos artigos 4 e 5, os autores buscaram dimensionar a ocorrência do suicídio e da ideação suicida nessa amostra. Também, o artigo 5, em conjunto com o artigo 6, delinearam aspectos de vulnerabilidade ao adoecimento psíquico presentes no ambiente universitário, buscando explorar os transtornos psiquiátricos e as repercussões do adoecimento psíquico ao desempenho acadêmico.

Ao passo que, os artigos 7 e 8 trazem dados estatísticos a respeito de notificações de lesões

autoprovocadas, internações por automutilação, dados de suicídio por sexo, idade, raça e região com o intuito de avaliar o perfil de saúde mental com relação ao risco suicida entre estudantes universitários de uma instituição de ensino superior.

Desse modo, constata-se que a finalidade das publicações atuais é pesquisar a associação entre sofrimento psicológico, ideação suicida nesse grupo e definir quais as características do cotidiano e/ou socioeconômicas são fatores de riscos que podem gerar uma provocação mental a iminência do indivíduo atentar contra a própria vida.

Tabela 15.2 Classificação dos artigos de acordo com os objetivos

Artigo	Objetivo
1	Investigar os fatores de risco acadêmicos associados a ideação e tentativas de suicídio em estudantes universitários.
2	Analisar se há ideações suicidas, identificar quais são as motivações, e descrever o perfil sociodemográfico e econômico dos estudantes universitários.
3	Analisar a presença de fatores desencadeantes de comportamento suicida em universitários.
4	Investigar a ocorrência de ideação suicida em universitários, bem como sua relação com a presença de sofrimento psicológico significativo e características sociodemográficas.
5	Analisar e quantificar as produções sobre suicídio entre os universitários nos últimos dez anos (2010-2019).
6	Analisar as relações entre ansiedade, depressão e stress com a qualidade das vivências acadêmicas e a autoeficácia.
7	Relatar e examinar tendências temporais de notificações, hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas e taxas de suicídio no Brasil entre 2011 e 2022, bem como investigar diferenças em características sociodemográficas, métodos e região.
8	Identificar fatores de risco para suicídio (sociodemográficos, educacionais, fatores clínicos, esperança, depressão maior e autoestima) entre estudantes universitários da área da saúde.

DISCUSSÃO

Saúde mental do universitário na contemporaneidade Saúde mental tem sido um tema de relevância nos dias de hoje, seja em espaço de trabalho, familiar ou no ambiente acadêmico essa tem sido uma temática de bastante debate na comunidade. A saúde mental não é o resultado isolado, mas sim o pilar da interação de três fatores: biológicos, psicológicos e sociais. Logo, saúde mental também conceitua como biopsicossociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A partir dessa lógica de pensamento citada acima, ambientes como a universidade também podem ser gatilhos para alteração da saúde mental equilibrada. Já que, grande parte desse público são jovens que apresentam maior vulnerabilidade de desenvolver transtornos mentais. Segundo dados coletados cerca de 15 a 25 % apresentarão no decorrer da graduação algum transtorno mental como depressão, ansiedade ou estresse (ARIÑO & BARDAGI, 2018).

De acordo com FONAPRACE (CASTRO, 2017).

“Numa amostra de 939.604 estudantes de IFES (Instituições Federais de Ensino Superior), 79,8% (794.804) relataram passar por dificuldades emocionais nos últimos doze meses. A ansiedade foi a dificuldade emocional mais assinalada pelos estudantes (58,36%). O desânimo/falta de vontade de fazer as coisas apresentou a segunda maior frequência na amostra (44,72%). Do total dos estudantes pesquisados, 30,45% (286.151) já procuraram atendimento psicológico.”

Além disso, outro transtorno mental que pode acarretar a vida do estudante universitário é a depressão, no âmbito acadêmico essa doença pode vir influência de inúmeros fatores como

Investigaram a relação de depressão com fatores de decisão de carreira em estudantes universitários em final de curso, salientam que aspectos vocacionais e dificuldades de carreira que envolvem autoconceito e identidade estão relacionados a maiores níveis de sintomas de depressão, com algumas diferenças em relação ao gênero (ARIÑO & BARDAGI, 2018).

Outro transtorno que também vem chamando atenção nas universidades é o burnout, pois está relacionado como uma experiência de esgotamento, decepção e exaustão física e emocional. Monzón afirma que a falta de controle

sobre um ambiente potencialmente gerador de estresse repercute no fracasso acadêmico (SCHABRACQ *et al.*, 2002; MONZÓN, 2007).

Como observado há inúmeros transtornos estão presente na vida universitária, isso nos chama a atenção para esse público, pois segundo a OMS, em 2021, 1 pessoa morre a cada 40 segundos por suicídio, além disso é a segunda maior causa de jovens de 15 a 29 anos, a idade onde encontra maior concentração de jovens que estão terminando o período escolar e estão ingressando na universidade. Logo, o maior motivos de preocupação é que 90% das vítimas apresentam algum transtorno mental, ou seja, uma pessoa com transtorno mental tem oito vezes maior chance de cometer suicídio (ALES, 2022).

Esses dados acima nos levam a reafirmar que uma pessoa enquanto jovem e universitário está mais vulnerável, sendo assim eles apresentam maior fator de risco para o suicídio. No levando a concluir que saúde mental deveria ser um tema mais abordado nas IESs, ou até mesmo trabalhado sobre a prevenção e conscientização sobre o autoextermínio e seus impactos.

Gatilhos que precipitam a ideação suicida no acadêmico

Sabe-se que a ideação suicida é um comportamento que necessita de diversos fatores para que ocorra. Dessa forma, analisando os artigos é perceptível que há condições que contribuem para tal situação, dentre elas estão, depressão, ansiedade, stress, vivências acadêmicas, baixa autoestima, e relacionamentos afetivos problemáticos (familiar, amigos e amorosos).

Os aspectos emocionais presentes na depressão e ansiedade, como bem-estar psicossocial, autonomia, otimismo e afetividade apresentam maior impacto de adoecimento dentre os estudantes. Pois, há uma predisposição de

vulnerabilidade desses aspectos causando emoções negativas, como variações de humor, sentimento de tristeza, comparações entre o seu desempenho pessoal com os demais e sentimento de insuficiência (ARIÑO & BARDAGI, 2018).

O fato do distanciamento familiar traz um misto de sentimento de solidão e despertenciamento daquele ambiente. Já que, ao entrar em uma universidade ocorre uma transição para uma vida com maior responsabilidade pessoal e sem acompanhamento dos familiares, onde o universitário terá que lidar com a própria capacidade de solucionar os problemas, enfrentar as dificuldades, tanto acadêmicas quanto individuais, colocando sua capacidade de executar ações do cotidiano em prova gerando condições propensas ao surgimento de ideação (ARIÑO & BARDAGI, 2018; MOREIRA *et al.*, 2022).

A adaptação ao ambiente acadêmico mostra-se um grande encorajador para a formação da ideação suicida. Em virtude do nível de exigência em relação ao processo de formação, a adaptação a um novo contexto, ansiedade acadêmica, novas rotinas de sono, novas demandas de organização de tempo e estratégias de estudo (SUNDE *et al.*, 2022; LIMA *et al.*, 2022).

Bem como a relação social com colegas da universidade, onde os indivíduos que tentaram suicídio frequentemente reportavam sentimento de solidão, apresentando dificuldade em fazer amizades e se sentiam insatisfeitos com seus relacionamentos pessoais (SOUZA & MARCOLAN, 2021; NASCIMENTO & MUNER, 2021).

Dessa forma, essas novas obrigações, dificuldades de relacionamentos e esse afastamento familiar são os gatilhos encontrados pelo discente. E devido ao fato de não conseguir sua ambientação dentro da universidade, com os colegas e ainda afastado do ambiente parental isso acaba refletindo de forma negativa em seu

desempenho semestral na faculdade, constituindo o pensamento suicida.

CONCLUSÃO

A graduação é um período marcado de incertezas e desafios abrangendo diversos fatores da vida, já que é um momento de passagem para a vida adulta. Por isso é uma etapa caracterizada por dificuldades relacionadas ao desempenho pessoal, social, que demanda maturidade e autonomia. E, essas demandas geram sentimentos de preocupação, incerteza e tristeza, que podem progredir para ideações suicidas.

O suicídio é uma questão pública, sendo assim, é importante salientar que são inúmeras as consequências dele, podendo envolver prejuízos emocionais aos familiares e amigos, sociais

e econômicos. Devendo existir uma maior disseminação do cuidado da saúde mental entre esse público, políticas públicas voltadas para o adoecimento e o sofrimento psíquico.

Assim, faz-se uma reflexão sobre a importância de discutir nas Instituições de Ensino Superior em relação ao cuidado da saúde mental e prevenção do suicídio. Tendo que reconhecer as características mentais dos estudantes, para que possa possibilitar o planejamento de intervenções por meio de ações conjuntas na comunidade acadêmica, favorecendo a discussão e identificação das necessidades individuais. Pondo a disposição um suporte de apoio psicológico, físico e social, com estratégias voltadas para a prevenção e promoção da saúde mental, no intuito de diminuir a ideação suicida nesse público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALES – ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESPÍRITO SANTOS. Homens estão entre as principais vítimas de suicídio, 2022. Disponível em: <https://www.al.es.gov.br/Noticia/2022/09/43634/homens-estao-entre-as-principais-vitimas-de-suicidio.html>. Acesso em 05/02/2024.
- ALVES, F.J.O. *et al.* The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Regional Health*, v. 31, p. 100691, 2024.
- ARIÑO, D.O. & BARDAGI, M.P. Relação entre Fatores Acadêmicos e a Saúde Mental de Estudantes Universitários. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 12, n. 3, p.44, 2018. <https://doi.org/10.24879/2018001200300544>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) & CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Suicídio: Informando para Prevenir, 2014. Disponível em: <https://www.ufpb.br/cras/contents/documentos/cartilha-sobre-suicidio.pdf>. Acesso em 05/02/2024.
- CASTRO, V.R. Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. *Revista Gestão em Foco*, v. 9, n. 1, p. 380, 2017.
- GALVÃO, A.P.F.C. *et al.* Suicide risk assessment: A study among university students in the health area. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, p. e19210917943, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17943>.
- GRANER, K.M. & CERQUEIRA, A.T.A.R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1327, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017>.
- LIMA, G.O.F. *et al.* Suicídio em Estudantes Universitários: Ocorrência e Fatores Psicológicos e Sociais Associados. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 14, n. 1, p. 14, 2022. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2022.v14i1.4384>.
- LIU, B.P. *et al.* Fatores associados de suicídio e repetição após automutilação: uma revisão sistemática e meta-análise de estudos longitudinais. *eClinicalMedicine*, v. 49, p. 101461, 2022. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101461.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anualmente, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, segundo OMS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/anualmente-mais-de-700-mil-pessoas-cometem-suicidio-segundo-oms>. Acesso em 05/02/2024.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Saúde mental no trabalho” é tema do Dia Mundial da Saúde Mental 2017, comemorado em 10 de outubro. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/saude-mental-no-trabalhoetema-dodiamundialdasaudementa2017comemoradoem10deoutubro/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 05/02/2024.
- MONZÓN, I.M.M. Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. *Apuntes de Psicología*, v. 25, n. 1, p. 87, 2007. <https://doi.org/10.55414/qvwpqj92>.
- MOREIRA, R.C. *et al.* Ideação suicida na população universitária. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e2711225318, 2022. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25318>.
- NASCIMENTO, A.M. & MUNER, L.C. Suicídio entre os Universitários: Uma Análise da Produção Científica dos Últimos 10 Anos. *Amazônica - Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, v. 13, n. 1, p. 619, 2021.
- SCHABRACQ, M.J. *et al.* The Handbook of Work and Health Psychology. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; Second Edition, 2002.
- SOSTER, F.F. *et al.* Ideação suicida, tentativa de suicídio ou suicídio em adolescentes: revisão narrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, p. e54410212730, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12730>.
- SOUZA, S.S. & MARCOLAN, J.F. Comportamento suicida em estudantes universitários. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, p. e539101523424, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23424>.
- SUNDE, R.M. *et al.* Fatores de Risco Associados ao Suicídio em Universitários: Uma Revisão de Escopo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 832, 2022. <https://doi.org/10.12957/epp.2022.68656>.

SAÚDE *Mental*

Edição XX

Índice Remissivo

Acesso ao Tratamento, 43
Adolescente, 22
Alucinógenos, 43
Ansiedade, 48, 96
Antidepressivos, 36
Atenção Primária à Saúde, 13
Burnout, 96
Cérebro, 1
Cognição, 28
Demência, 78
Depressão, 57
Depressão Pós-Natal, 84
Depressão Puerperal, 84
Disforia Pós-Parto, 84
Doença de Alzheimer, 28
Dor Crônica, 36
DSM-5, 78
Esquizofrenia, 1
Essências Florais de Bach, 57
Genes, 90
Idosos, 28
Ketamina, 64

LSD, 64
Manejo, 48
MDMA, 64
Origem Multifatorial, 1
Prevenção, 116
Psicodélicos, 64
Psicofármaco, 13
Psicofarmacologia, 102
Psilocibina, 64
Psiquiatria, 90
Saúde Mental, 1, 13, 22, 102, 116
Suicídio, 116
Tentativa de Suicídio, 22
Terapêutica, 102
Terapias Complementares, 57
Trabalho, 96
Transtorno Depressivo Maior, 43, 90
Transtornos Neurocognitivos, 78
Tratamento, 36, 48
Tratamento Psiquiátrico, 64
Universidade, 116
Vitamina D, 28