

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

INFORMAÇÕES PARA PACIENTES,
FAMILIARES E AMIGOS

JOAO CHAVES HILUY
CLÁUDIO MANUEL GONÇALVES DA SILVA LEITE
(ORGs.)



**TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:
INFORMAÇÕES PARA PACIENTES, FAMILIARES E AMIGOS**



JOAO CHAVES HILUY
CLÁUDIO MANUEL GONÇALVES DA SILVA LEITE
(ORGANIZADORES)

**TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:
INFORMAÇÕES PARA PACIENTES, FAMILIARES E AMIGOS**

1ª Edição

Quipá Editora
2022

Copyright © dos autores e autoras. Todos os direitos reservados.

Esta obra é publicada em acesso aberto. O conteúdo dos capítulos, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra, de nenhuma forma, ou utilizá-la para fins comerciais.

Normalização: dos autores e autoras.

Conselho Editorial: Me. Adriano Monteiro de Oliveira, Quipá Editora / Me. Ana Nery de Castro Feitosa, Universidade Federal do Espírito Santo / Me. Ana Paula Brandão Souto, HUWC/Universidade Federal do Ceará / Me. Josete Malheiro Tavares, Universidade Estadual do Ceará / Me. Roger Flores de Carvalho, Centro Universitário Augusto Motta.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Transtornos psiquiátricos : informações para pacientes, familiares e amigos /
T772 Organizado por Joao Chaves Hiluy e Cláudio Manuel Gonçalves da Silva Leite. —
Iguatu, CE : Quipá Editora, 2022.
70 p. : il.

ISBN 978-65-5376-070-7
DOI 10.36599/qped-ed1.172

1. Psiquiatria. 2. Saúde mental. I. Hiluy, Joao Chaves. II. Leite, Cláudio Manuel
Gonçalves da Silva. III. Título.

CDD 616.89

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

Obra publicada pela Quipá Editora em julho de 2022.

www.quipaeditora.com.br

@quipaeditora

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO 1	06
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)	
CAPÍTULO 2	13
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR (TDM)	
CAPÍTULO 3	18
ESQUIZOFRENIA	
CAPÍTULO 4	26
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	
CAPÍTULO 5	30
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)	
CAPÍTULO 6	34
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC)	
CAPÍTULO 7	39
TRANSTORNO DO PÂNICO	
CAPÍTULO 8	44
ANOREXIA NERVOSA	
CAPÍTULO 9	51
BULIMIA NERVOSA	
CAPÍTULO 10	58
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE	
CAPÍTULO 11	64
TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (FOBIA SOCIAL)	
CAPÍTULO 12	69
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR	
CAPÍTULO 13	74
TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO (TEPT)	
CAPÍTULO 14	78
SUICÍDIO	
SOBRE OS ORGANIZADORES	83

APRESENTAÇÃO

Esta obra tem como objetivo mostrar, de forma objetiva, o panorama geral dos principais transtornos psiquiátricos, com suas diversas apresentações e possibilidades de tratamento. Assim, este ebook é direcionado a todos aqueles que possuem estes transtornos, bem como seus amigos e familiares, além de profissionais de saúde que buscam fornecer informações de fácil acesso para seus clientes. Seja pela oportunidade de compreender como é conviver com estes transtornos ou pela curiosidade de entender o que é, como identificar, quais os sintomas ou saber curiosidades do assunto, esperamos que assim a obra contribua com a difusão do conhecimento e redução dos estigmas relacionados aos transtornos psiquiátricos.

CAPÍTULO 1

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Sandy Ester Freire Sobral
Beatriz Carvalho Aragão Melo
João Chaves Hiluy

O QUE É?

Para compreender o conceito desse transtorno, é fundamental entender o significado de ansiedade. Essa emoção, intrínseca ao ser humano, define-se como uma antecipação de ameaça futura, que pode estar muito associada à medo e vigilância, em preparação para algo ruim que pode acontecer, com comportamentos de cautela e esquiva.

O transtorno de ansiedade generalizada ocorre quando a intensidade, duração ou frequência dessa ansiedade é desproporcional à probabilidade real de acontecimentos ou ao impacto do evento antecipado. A pessoa acometida tem dificuldade em controlar essa desproporcionalidade, afetando diversas áreas da vida do indivíduo (convívio familiar, escola e trabalho) do cotidiano, causando sofrimento significativo e prejuízo na vida diária.

É uma condição comum e costuma iniciar no fim da adolescência ou início da vida adulta. As pessoas do sexo feminino têm mais probabilidade de serem acometidas.

COMO OCORRE?

A causa desse transtorno psiquiátrico ainda não é conhecida, mas há o envolvimento de fatores biológicos e fatores psicossociais.

Dentre os fatores biológicos, algumas anormalidades no sistema nervoso central envolvendo substâncias responsáveis pela regulação das emoções já foram confirmadas e continuam a ser estudadas. Entretanto, ainda há muito o que se esclarecer nos mecanismos neurobiológicos envolvidos no transtorno de ansiedade generalizada.

Há um componente genético relacionado a esse transtorno, e estudos indicam que cerca de 25% dos parentes em primeiro grau de pessoas com transtorno de ansiedade generalizada também são acometidos pela doença.

Acredita-se que o transtorno está mais relacionado àqueles indivíduos que reagem de forma incorreta e imprecisa aos problemas e situações vividas, e essa reação errônea está muito ligada a uma atenção mais intensa a detalhes negativos do ambiente e da vida cotidiana, devido a anormalidades no processamento de informações pelo sistema nervoso central e a uma visão negativa que o indivíduo tem sobre a sua própria capacidade de enfrentar os problemas que lhe cercam.

Podemos resumir os principais fatores de risco para o desenvolvimento desse transtorno:

- Temperamentais:
 - Inibição comportamental;
 - Personalidade negativa;
 - Pessoas que se preocupam muito em evitar danos;
- Ambientais:
 - Adversidades na infância;
 - Superproteção parental;
- Genéticos e fisiológicos:
 - Parentes em primeiro grau de pessoas com o transtorno.

COMO SE APRESENTA?

As principais características desse transtorno são a ansiedade e a preocupação excessiva em relação aos eventos cotidianos, cuja intensidade, duração ou frequência dessa ansiedade são desproporcionais à verdadeira gravidade do que pode acontecer. De uma maneira mais simplificada, uma pessoa com transtorno de ansiedade generalizada se preocupa muito mais com os acontecimentos e situações da vida do que uma pessoa sem o transtorno se preocuparia. O indivíduo tem dificuldade no controle dessa ansiedade e não consegue evitar que essa emoção interfira na atenção e no desenvolvimento de suas tarefas diárias.

É interessante frisar que existem diferenças entre as principais causas de ansiedade de um adulto e de uma criança ou adolescente com o transtorno. Os adultos costumam se

preocupar mais com condições da vida diária, como responsabilidades no trabalho, condições de saúde, controle de finanças e bem-estar de membros da família, enquanto as crianças e os adolescentes costumam ter como foco de preocupação sua competência ou qualidade de desempenho, principalmente no ambiente escolar e nos esportes. Vale ressaltar que as crianças com esse transtorno costumam ser muito conformistas, perfeccionistas e inseguras, além de terem um zelo excessivo em busca de aprovação e exigirem afirmação sobre seu desempenho.

A ansiedade e a preocupação podem ser acompanhadas por outros sintomas que precisam estar presentes (pelo menos três deles) para o diagnóstico do transtorno. Estes sintomas são:

- Sensação de "nervos à flor da pele";
- Fadiga (sensação de estar fadigado);
- Inquietação;
- Dificuldade de concentração;
- Esquecimento;
- Irritabilidade;
- Tensão muscular;
- Perturbação do sono.

O diagnóstico do transtorno de ansiedade generalizada é dado a partir de uma análise profissional médica, que avaliará o tempo de sintomas do indivíduo, a intensidade desses sintomas e como eles estão afetando a vida do paciente. Isso mostra a importância da procura médica ao identificar esses indícios apresentados.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

O tratamento, que visa uma melhor qualidade de vida, envolve medidas não medicamentosas, como psicoeducação e psicoterapia, e medicamentos. Este tratamento pode ser conduzido por um médico clínico, psiquiatra, médico da família por exemplo, aliado a uma equipe multidisciplinar.

A psicoeducação é uma abordagem terapêutica realizada com paciente, familiares e os cuidadores, buscando ampliar o conhecimento sobre a doença e o tratamento, e assim promovendo uma melhor adesão terapêutica. A maioria dos pacientes com esse transtorno

fica confusa com os sintomas, trazendo insegurança e influenciando o tratamento inadequado. Assim, a psicoeducação se torna fundamental no entendimento da situação.

A psicoterapia também faz parte do tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, e a linha de terapia com melhores resultados é a terapia **cognitiva comportamental**. Essa terapia, realizada com o psicólogo ou psiquiatra, busca uma mudança na percepção negativa do indivíduo sobre sua capacidade de enfrentar os problemas. Nas sessões de terapia, o terapeuta busca, entre outros pontos, fornecer informações e formas de pensamento que desfaçam visões negativas e irreais pré-estabelecidas que são a base da ansiedade e do medo desproporcional frequente. Em outras palavras, o papel da psicoterapia é que o paciente desenvolva habilidades e técnicas para lidar com o sofrimento desproporcional da ansiedade. É importante lembrar que a mudança com a psicoterapia demanda tempo e compromisso do paciente.

O outro pilar do tratamento é o medicamentoso. Os remédios de escolha são os da classe dos antidepressivos. O objetivo é a remissão (ou seja, o fim) dos sintomas ansiosos, promovendo conforto ao paciente e o recuperando o seu nível de funcionalidade. O acompanhamento deve ser feito com o médico, que irá ajustar as doses e avaliar o tempo de tomada do medicamento (geralmente meses). Vale lembrar que os remédios não tem efeito imediato, podendo demorar até algumas semanas para começar a provocar mudanças. Em algumas situações, pode ser necessário combinar mais de um remédio para alívio dos sintomas.

A mudança de hábitos também é essencial no tratamento. Assim, parar o uso de estimulantes (caféina, energéticos e nicotina) e a prática regular de exercícios ajudam na redução dos sintomas. Além disso, pessoas com transtorno de ansiedade podem praticar métodos de relaxamento diários para reduzir os sintomas de tensão, como técnicas de respiração e atividades prazerosas, como yoga e meditação. Medidas gerais como dieta equilibrada, sono adequado, redução de estresse, e diminuição de uso de celular também são bem vindas.

No SUS, o apoio aos pacientes com transtorno de ansiedade generalizada é feito pelos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), que possui uma equipe preparada e capacitada para o tratamento de transtornos mentais. Na maioria das vezes, o diagnóstico é dado na Unidade Básica de Saúde (UBS) pelo clínico que, em seguida, encaminha o paciente ao CAPS para acompanhamento. Nas cidades ou regiões que não oferecerem esses centros, o atendimento e acompanhamento será realizado pela própria UBS da região.

Além do tratamento farmacológico e psicoterápico, a família e os amigos têm papel importante na abordagem do paciente com esse transtorno. Muitas vezes, os familiares e os amigos ignoram a natureza da doença e desconhecem que o suporte e o encorajamento são fundamentais para ajudar o paciente na autoaceitação e na adesão melhor do tratamento. Evitar comentários críticos e preconceituosos, ter paciência com as manifestações do transtorno e mostrar empatia e interesse pelo bem-estar do indivíduo são atitudes que familiares e amigos devem ter para contribuir.

COMO É VIVER COM ESSE TRANSTORNO?

A maioria das pessoas com transtorno de ansiedade generalizada se sente ansiosa por toda a vida, podendo ter períodos de melhora e piora dos sintomas. As taxas de cura sem tratamento são muito baixas.

Apesar da idade média de início do transtorno ser por volta dos 30 anos, pode acometer indivíduos de qualquer idade. É comum a limitação de atividades em idosos com esse transtorno, devido ao medo excessivo com questões de segurança, principalmente com quedas. As crianças ansiosas costumam se preocupar demais com pontualidade e podem ser perfeccionistas ao extremo, muitas delas podem refazer tarefas em busca da perfeição e aprovação de terceiros.

A preocupação excessiva toma muito o tempo e a energia de alguém, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldades para realizar suas atividades de maneira efetiva em casa e no trabalho. Juntamente dos sintomas físicos (tensão muscular, cansaço, dificuldade em se concentrar e perturbação do sono), os prejuízos dessa preocupação excessiva podem variar em gravidade, caso a pessoa não busque ajuda profissional.

Alguns pensamentos e percepções negativas que costumam acompanhar a pessoa com transtorno de ansiedade ao longo da vida são:

- Prever o futuro de forma negativa;
- Acreditar que determinado evento será terrível e incapaz de suportar;
- Atribuir características negativas a si e a outras pessoas;
- Subestimar coisas positivas de si mesmo;
- Interpretar os fatos como deveriam ser e não como eles são;
- Se culpar de maneira demasiada;
- Focar a atenção no pensamento de que as coisas poderiam ter sido melhores;

- Se preocupar excessivamente com o futuro sem ficar satisfeito com as possibilidades.

QUAIS RISCOS ESSES PACIENTES CORREM?

Quanto mais cedo na vida as pessoas têm sintomas do transtorno de ansiedade generalizada, mais tendem a ter outras doenças mentais. Acredita-se que o transtorno de ansiedade generalizada seja o transtorno que mais coexiste com outro transtorno mental, como fobia social, fobia específica, transtorno de pânico ou transtorno depressivo. A taxa de prevalência de outros transtornos mentais em pacientes com ansiedade generalizada é cerca de 50 a 90%.

Independentemente de terem outras comorbidades, o transtorno de ansiedade generalizada é uma condição associada à sofrimento significativo, e as pessoas que não são realizadas tratamento tem níveis importantes de incapacidade.

CURIOSIDADES

Transtorno de ansiedade no cinema:

Já que a arte imita a vida, muitas produções cinematográficas tentam retratar a realidade de pessoas que possuem transtornos mentais, buscando com isso, uma maior compreensão da sociedade sobre como é viver com o transtorno. Dentre as várias produções que já abordaram o transtorno de ansiedade, seja como tema principal ou como parte do contexto, vale destacar algumas: *Se enlouquecer não se apaixone (2010)*, *As vantagens de ser invisível (2012)*, *This is Us (2016)*, *Adaptação (2002)*, *Noivo neurótico, noiva nervosa (1977)* e *Explicando a mente - episódio 3 (2019)*.

Transtorno de ansiedade e livros:

Para ajudar a entender melhor a ansiedade, uma série de livros tenta trazer as informações mais importantes e necessárias sobre o tema, de uma maneira fácil, para que todos os tipos de público possam conhecer um pouco mais sobre o assunto e para ajudar aqueles que sofrem com o transtorno. Dentre esses livros, citamos: *Meus tempos de*

ansiedade: Medo, esperança, terror e a busca da paz de espírito (Scott Stossel), Livre de ansiedade (Robert L. Leahy) e Vencendo a Ansiedade e a Preocupação com a Terapia Cognitivo-Comportamental (David A. Clark e Aaron T. Beck).

Existem, também, livros que não têm como foco principal o transtorno de ansiedade em si, mas que podem ajudar, de alguma forma, as pessoas que sofrem com o transtorno, através de um âmbito mais espiritual, íntimo e pessoal. Os livros que valem a pena ser citados: *O poder do agora (Eckhart Tolle)* e *As coisas que você vê quando desacelera – O mundo pede um pouco mais de calma (Haemim Sunim).*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Transtornos de Ansiedade. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Seção II, p. 189-234.

BERNIK, Márcio *et al*, (ed.). Compêndio de clínica psiquiátrica. In: FORLENZA, Orestes Vicente; MIGUEL, Euripedes Constantino (ed.). **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2012. cap. Transtornos de ansiedade ao longo da vida, p. 337-362. ISBN 978-85-204-3425-3.

GOMES, Sócrates Belém *et al*. Saúde mental na atenção primária. In: GOMES, Sócrates Belém *et al*, (org.). **Abordagem e condutas básicas na atenção primária**. 1. ed. Goiânia, GO: Espaço Acadêmico, 2019. cap. 10, p. 268-297. ISBN 978-65-5081-032-0.

MARQUES, Eunaihara Ligia Lira; BORBA, Silvana. Como lidar com o transtorno de ansiedade generalizada na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. **SynThesis Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, v. 7, n. 7, p. 82-97, 1 dez. 2016.

SADOCK, B.J. et al. Transtornos de ansiedade. In: SADOCK, B.J. et al. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. cap. 9, p. 387-417

CAPÍTULO 2

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Amara Alcântara Gouveia
Amanda Gomes Vasconcelos
João Chaves Hiluy

O QUE É?

O transtorno depressivo maior (TDM), é o nome do transtorno popularmente chamado de "depressão". É um distúrbio do humor que afeta a saúde mental de forma significativa, caracterizada por depressão persistente ou perda de interesse em realizar atividades do dia a dia. Outras características também podem ser vistas, tais como: diminuição do prazer em realizar atividades antes prazerosas, perda ou ganho de peso, insônia ou sono em excesso, cansaço, fadiga, sentimento de inutilidade e diminuição da capacidade de se concentrar. Em casos mais graves, pode haver desejo de morrer e até tentativas de suicídio.

A Organização Mundial da Saúde reconhece a depressão como sendo, atualmente, a principal causa de problemas de incapacidade no mundo.

Embora acometa qualquer faixa etária ou gênero, as mulheres e os indivíduos entre os 18 e 29 anos são os mais acometidos.

COMO OCORRE?

A depressão ocorre por uma complexa interação de fatores: biológicos, genéticos e ambientais.

Os neurotransmissores, substâncias responsáveis por transmitir as informações necessárias entre as células no sistema nervoso, funcionam como uma espécie de mensageiros para as diversas partes do corpo. No transtorno depressivo maior, há uma desregulação de alguns neurotransmissores (como a serotonina, por exemplo). Também

podem ocorrer alterações hormonais (como hormônio do crescimento, hormônios da tireoide e prolactina).

Além disso, há uma contribuição genética que aumenta o risco para o desenvolvimento do transtorno. Quando um parente de primeiro grau, como mãe ou pai tem depressão, há um risco aumentado em duas a quatro vezes do indivíduo apresentar o transtorno. Outra característica importante é um traço de personalidade "neurótico", que tem se mostrado um importante fator para a predisposição da doença, assim como o indivíduo ansioso.

Em relação a fatores ambientais que influenciam no desenvolvimento do TDM, podemos citar: experiências traumáticas na infância (como abuso ou negligência), estresse crônico ao longo da vida, doenças crônicas (obesidade por exemplo), sedentarismo e abuso de substâncias.

COMO SE APRESENTA?

A depressão é um transtorno do humor que se apresenta de diferentes formas e com um aparecimento que pode ser lento ou súbito. Alguns dos sintomas normalmente encontrados estão citados logo abaixo. É importante ressaltar que não é necessário apresentar todos os sintomas para ser diagnosticado o transtorno.

- Humor deprimido (tristeza);
- Interesse ou prazer bastante reduzidos;
- Perda ou ganho de peso;
- Perda da libido;
- Insônia ou aumento do sono;
- Agitação ou sensação de lentidão;
- Fadiga ou cansaço (sentir-se sem energia);
- Culpa excessiva ou sentimento de inutilidade;
- Indecisão e dificuldade de se concentrar;
- Pensamentos recorrente de morte;
- Os sintomas trazem muito sofrimento ou prejuízo no funcionamento social;

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

É imprescindível a identificação precoce do problema, para que o indivíduo seja ajudado o mais rápido possível. Deve ser estimulada a busca por ajuda profissional, de preferência com médico (clínico ou psiquiatra) ou psicólogo.

O apoio e o acolhimento dos familiares e amigos é fundamental. É necessário demonstrar compreensão do problema de saúde pelo qual o indivíduo está passando, sem preconceitos. Diminuir o sofrimento ou outras atitudes incompreensíveis só colaboram para o agravamento do quadro. Adicionalmente, o apoio familiar é um importante fatores protetor contra tentativa de suicídio.

O tratamento envolve medidas não medicamentosas, além de psicoterapia e tratamento farmacológico.

A parte medicamentosa é realizada pelo médico (clínico ou psiquiatra). Após o diagnóstico, será avaliado e prescrito o melhor remédio para o seu tratamento. Uma vez iniciada a medicação, deve-se aguardar cerca de duas a três semanas para se perceber melhora dos sintomas. As consultas seguintes com médico servirão para reavaliar a melhora, ajustar doses ou trocar medicamentos e definir o tempo de duração do tratamento (com duração média de um ano).

A psicoterapia, geralmente realizada por um psicólogo, é uma etapa muito importante do processo. É um momento no qual o profissional ajuda o paciente a entender as questões que causam sofrimento, compreender seus sentimentos e sensações e ajudar em mudanças necessárias. Existem diversas formas de psicoterapia, e o psiquiatra pode ajudar na escolha da mais adequada para cada caso.

Finalmente, mudanças de estilo de vida são fundamentais no tratamento (e na prevenção) da doença. Dentre as principais medidas, citamos: atividade física regular, dieta equilibrada, evitar abuso de substâncias (como álcool, cigarro, cafeína), sono adequado e redução de estresse.

No sistema público, o tratamento da depressão é realizado principalmente nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que conta com uma equipe multiprofissional, entre eles psicólogos e psiquiatras. As Unidades Básicas de Saúde também possuem importante papel no diagnóstico e tratamento do transtorno depressivo maior.

COMO É CONVIVER COM ESSE TRANSTORNO?

A evolução do transtorno depressivo maior pode variar bastante. Alguns pacientes podem apresentar melhora total dos sintomas, enquanto outros apenas conseguem ficar sem os sintomas no máximo por algumas semanas. Vale ressaltar que durante - ou após - o tratamento o paciente pode experimentar episódios de "recaídas" ou piora do quadro.

Assim, é possível que o indivíduo tenha uma recuperação total dos sintomas e não necessite mais de tratamento medicamentoso. Entretanto, o cuidado com o estilo de vida, a manutenção da prática de exercício físico regular, alimentação balanceada e o acompanhamento psicológico são fundamentais para o evitar recaídas da doença.

QUAIS OS RISCOS ESSES PACIENTES SOFREM?

Pessoas com depressão são mais propensas a desenvolver outras condições (chamadas de comorbidades). Essas condições ocorrem devido às mudanças químicas do cérebro e seus efeitos progressivos, implicando em agravamento de doenças cardiovasculares e cerebrais.

Quando não adequadamente tratados, os indivíduos com esse transtorno estão sujeitos a consequências físicas, mentais, emocionais e comportamentais, como baixas no sistema imunológico, insônia, dificuldades para se concentrar, disfunções sexuais, aumento do risco de abuso de substâncias (drogas, álcool etc), dentre outros.

CURIOSIDADES

Em 2019, Whindersson Nunes impressionou vários de seus seguidores quando através do Instagram® anunciou que sofria de depressão. O humorista relatou que apesar de tudo de bom que vinha acontecendo na sua vida, continuava se sentindo triste: "sinto angústia todos os dias, todos os dias. Algumas risadas, algumas brincadeiras e depois lá estou eu de novo com esse sentimento ruim." - disse ele. Após o desabafo, o humorista cancelou diversos shows. Assim como o comediante, vários famosos também já falaram que tiveram depressão, entre eles: Bruna Marquezine, Fernanda Lima, Chico Anysio, Padre Fábio de Melo, Heloísa Périssé, Paula Fernandes, Selton Mello, Adele, Katy Perry, Lady Gaga, Michael Phelps e Reese Witherspoon,

Várias obras do cinema também trazem no seu enredo personagens com o transtorno depressivo, são elas: “*As Horas*” (2002), “*As virgens suicidas*” (1991), “*Se enlouquecer, não se apaixone*” (2010), “*Uma razão para viver*” (2014), “*Reencontrando a felicidade*” (2010), “*As vantagens de ser invisível*” (2012), “*A geração Prozac*” (2001), “*A pequena miss Sunshine*” (2006) e vários outros exemplos que retratam bem a vida das pessoas que vivem com depressão.

Dica de leitura: o livro “*O demônio do meio-dia - Uma anatomia da depressão*”, de Andrew Solomon

VOCÊ SABIA?

De acordo com um estudo publicado pelo periódico *The Lancet Psychiatry*, a depressão pode afetar o cérebro de indivíduos acometidos de maneira severa: pessoas que sofrem de depressão sem tratamento por mais de uma década têm a estrutura de seu cérebro modificada negativamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Transtornos Depressivos. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Seção II, p. 155-188.

KAPLAN, HI. & SADOCK, B. Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017. 8, p. 347-386.

LANDEIRA-FERNADEZ, J.; CHENIAUX, Elie. **Cinema e loucura**: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Langarita-Llorente R, Gracia-Garcia P. Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revision sistematica [Neuropsychology of generalized anxiety disorders: a systematic review]. Rev Neurol. 2019 Jul 16;69(2):59-67. Spanish. doi: 10.33588/rn.6902.2018371. PMID: 31287149.

7 filmes sobre depressão que retratam quem vive com a doença. Disponível em: <https://psiquiatriapaulista.com.br/7-filmes-sobre-depressao-que-retratam-quem-vive-com-a-doenca/> Acesso em: 30 de jul de 2021.

CAPÍTULO 3

ESQUIZOFRENIA

Ana Laryssa Miranda Rios
Amanda Gomes de Vasconcelos
João Chaves Hiluy

O QUE É?

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico que afeta o modo como a pessoa pensa, sente e age. Em geral, é caracterizada por perda de contato com a realidade, reações desproporcionais às emoções, diminuição da motivação e dificuldades no desempenho das atividades diárias. Por possuir uma definição ampla e que inclui uma combinação de diversos fatores, nem todos os pacientes apresentam as mesmas manifestações.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, há, no mundo, cerca de 21 milhões de pessoas com esquizofrenia. Na maioria dos casos, o transtorno começa a se manifestar entre o final da adolescência e começo da vida adulta (meados dos 30 anos). Entretanto, pode apresentar-se em qualquer fase da vida.

COMO OCORRE?

Ainda não são conhecidos todos os mecanismos envolvidos na esquizofrenia, mas há evidências que sugerem a interação de múltiplos fatores como responsáveis pelo desenvolvimento desse transtorno. No sistema nervoso, por exemplo, há substâncias químicas encarregadas de levar informações entre as células - os neurotransmissores - que, quando alteradas, podem gerar estímulos anormais, contribuindo para esse processo.

Além disso, sabe-se que há uma contribuição genética que aumenta o risco para o desenvolvimento dos sintomas. No entanto, muitas pessoas com esquizofrenia não têm um membro na família com essa condição, sendo o risco de desenvolvimento do transtorno quando um dos pais é esquizofrênico de apenas 10 a 15%.

Isso evidencia a influência de outros fatores nesse processo, como estressores ambientais que podem, inclusive, desencadear o surgimento dos sintomas. Dentre esses fatores ambientais encontramos:

- Complicações na gestação ou parto;
- Fatores inflamatórios, como doenças autoimunes;
- Uso de *cannabis* (maconha);
- Abuso físico e/ou sexual na infância.

COMO ELA SE APRESENTA?

A esquizofrenia faz parte de um conjunto de transtornos mentais graves, chamados psicóticos, cuja principal característica é a alteração da percepção da realidade e dos sentidos, a psicose, que prejudica significativamente o funcionamento social. Apesar de essa ser a característica mais marcante e conhecida da esquizofrenia, ela se manifesta de forma ampla e variada com diversos outros sintomas, o que dificulta sua identificação, principalmente, na fase inicial.

Devido a essa grande variedade de manifestações, há uma divisão entre os sintomas que podem estar presentes na esquizofrenia. São chamados de sintomas positivos e sintomas negativos.

Os sintomas positivos são aqueles que estão presentes, principalmente, na fase aguda da doença (durante “as crises”) e são bem controlados com as medicações disponíveis. Incluem:

- **Delírios:** são pensamentos ou crenças que não correspondem à realidade, mas que o indivíduo tem convicção absoluta. Existem vários tipos de delírios, sendo o tipo persecutório o mais comum, no qual a pessoa acredita que está sendo vigiada ou perseguida por alguém.
- **Alucinações:** são percepções de estímulos que não existem ou que não são percebidos por outras pessoas. As alucinações podem ser relacionadas à audição, à visão, ao tato, olfato ou paladar. As mais comuns são auditivas. Por exemplo: a pessoa pode ouvir vozes que conversam com ela ou que dão ordens de como agir.
- **Alterações da forma do pensamento:** as ideias e o discurso do indivíduo podem tornar-se confusos, desorganizados e sem conexão. Dessa forma, a falta de uma linha de pensamento coerente prejudica o entendimento da fala desses pacientes.

- **Comportamento desorganizado:** o pensamento desorganizado contribui para uma dificuldade de execução de tarefas. Essa condição pode gerar uma série de posturas inadequadas, incluindo movimentos anormais e excessivos.

Os sintomas negativos apresentam um caráter deficitário no nível das emoções, da motivação e das relações interpessoais. Geralmente surgem com o decorrer do tempo e são mais difíceis de tratar.

- **Alterações da afetividade:** Os pacientes demonstram reações inadequadas aos contextos sociais em que se encontram. Por exemplo: o indivíduo não expressa (ou expressa minimamente) suas emoções, agindo de modo indiferente diante de situações afetivas.
- Diminuição da motivação para atividades cotidianas;
- Dificuldade de concentração;
- Isolamento (ou retraimento) social;
- Irritabilidade.

Apesar do conhecimento de todas essas informações, há uma dificuldade de suspeitar da esquizofrenia. Dessa forma, geralmente há um atraso no diagnóstico.

Há algumas alterações mais subjetivas, que podem sugerir o início desse transtorno. São elas:

- Dificuldades no aprendizado desde a infância;
- Dificuldade para dormir;
- Pouca vontade de trabalhar, estudar ou interagir com os outros;
- Mostrar-se indiferente a situações muito importantes;
- Afastamento de amigos e familiares;
- Relatar que ouve vozes;
- Ouvir ou ver algo que não está lá;
- Sensação constante de estar sendo observado;
- Mudança (negligência) na higiene pessoal e aparência;

O diagnóstico da esquizofrenia é feito por profissionais especializados, que irão investigar os sintomas, avaliar o tempo e a gravidade e, principalmente, excluir outras doenças ou alterações que podem se apresentar de forma semelhante à esquizofrenia (como o autismo, uso medicamentos/substâncias, alterações no sistema nervoso ou infecções). Portanto, na presença de sintomas sugestivos, deve-se procurar imediatamente um médico para uma adequada investigação.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

Como já percebemos, a esquizofrenia é um transtorno complexo. Assim, um dos principais pontos é o tratamento multidisciplinar, ou seja, uma abordagem na qual vários atuarão para uma melhora mais efetiva. Dentre os profissionais envolvidos, destacam-se: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, nutricionista, educador físico, dentre outros.

Nesse cenário, o médico psiquiatra será o responsável tanto por prescrever o tratamento medicamentoso quanto por orientar o melhor seguimento para o paciente em relação ao local de tratamento e à condução de doenças associadas que ele possa ter. É importante ressaltar que o tratamento medicamentoso regular é fundamental para um controle adequado da doença.

Além disso, o paciente poderá ser acompanhado por psicólogos e terapeutas ocupacionais que utilizam diversas técnicas, como: psicoeducação, terapia de família, terapia cognitivo comportamental, terapias de orientação psicodinâmica e treinamento de habilidades sociais. O principal objetivo dessas terapias é melhorar a qualidade de vida do paciente, ajudando-o a ter um melhor convívio social e melhorando seu desempenho em papéis profissionais, educacionais e familiares, respeitando seus limites individuais.

No SUS, esse atendimento e acompanhamento multidisciplinar pode ser realizado nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), que conta com equipe multiprofissional. Já na rede privada, as famílias podem procurar esse atendimento com o médico psiquiatra e, separadamente, buscar os outros profissionais. É importante que a equipe trabalhe de forma coordenada, tendo objetivos claros e bem definidos.

Para alguns pacientes com crises mais graves, a internação hospitalar pode ser necessária. Tal decisão é de responsabilidade do médico psiquiatra, que deve levar em conta a opinião da família. Há também a opção dos hospitais dia, locais de semi-internação, nos quais os indivíduos passam apenas parte do dia na instituição com supervisão de profissionais da área, e, diferentemente da internação hospitalar, seguem o resto do dia para seus domicílios, não ficando sem o contato familiar.

COMO É CONVIVER COM ESSE TRANSTORNO?

A esquizofrenia é um transtorno crônico. Isso significa que os pacientes irão conviver com a doença durante o resto da vida. Porém, eles podem apresentar variações em seu quadro clínico ao longo do tempo, com recaídas ocasionais.

No início da doença, o comum é que os pacientes tenham mais crises com sintomas positivos e, ao longo da vida, passem a ter menos crises e ocorra uma predominância dos sintomas negativos. A maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradativo de vários dos sinais e sintomas que citamos anteriormente.

Após o primeiro episódio psicótico (isto é, a crise onde ocorrem diversos sintomas positivos), que costuma acontecer entre o fim da adolescência e início da vida adulta, o paciente, em geral, se recupera e mantém apenas alguns sintomas negativos. No entanto, estes sintomas negativos podem ser mais duradouros, e alguns dos déficits cognitivos (limitações na capacidade mental de assimilar e processar informações) podem não melhorar ao longo do seu curso.

Durante toda a vida, as crises são comuns e fazem parte do curso natural da doença. Somado a isso, alterações sociais ou ambientais, como a mudança de cidade, o uso de substâncias ou a morte de alguém próximo, são capazes de precipitar sintomas perturbadores, que podem durar um ano ou mais.

Nesse contexto, a convivência com a esquizofrenia é algo desafiador não só para o paciente, mas também para todos à sua volta, já que, além dos sintomas em si serem algo complexo de lidar, suas modificações ao longo do tempo tornam necessárias adaptações constantes. Além disso, na maioria das vezes, os pacientes não possuem o que chamamos de *insight* - a consciência de que é acometido por um transtorno - tornando essencial a presença de uma rede de apoio.

Assim, o conhecimento sobre essa condição e suas características é fundamental para que as pessoas próximas saibam que muitas atitudes desses indivíduos são manifestações da doença que eles não conseguem controlar e que, algumas vezes, mesmo com o tratamento, esses sintomas podem ocorrer. É importante também que esses indivíduos e seus familiares possam ter acesso a apoio psicológico para lidar com todas essas dificuldades relacionadas ao tratamento da esquizofrenia.

QUAIS RISCOS ESSES PACIENTES CORREM?

Indivíduos com esquizofrenia parecem ser mais propensos a desenvolver outras condições, o que chamamos de comorbidades. Essas condições podem estar presentes em conjunto com a esquizofrenia por inúmeros fatores, como: dieta inadequada, uso de medicamentos que fazem parte do tratamento, alterações do próprio transtorno, influência genética, comportamentos alterados (como sedentarismo), dentre outros. Assim, fica evidente a necessidade de um acompanhamento com equipe multidisciplinar para o cuidado integral desses pacientes.

A obesidade é uma importante condição associada. No geral, os indivíduos com esquizofrenia apresentam um índice de massa corporal (IMC) mais alto que a população geral. Outras comorbidades frequentes são: diabetes mellitus e a dislipidemia (problemas com colesterol). Todas estas condições exigem cuidados, pois são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares graves (infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral - AVC).

Além disso, as pessoas com esquizofrenia, em geral, são mais agitadas e possuem pouco controle sobre seus impulsos e vontades principalmente quando estão em crises. Essas atitudes colocam esses indivíduos em situações de risco, sendo mais propensos a cometer e/ou sofrer violência, a sofrer acidentes ou a ter comportamentos relacionados a vida sexual desregrada, deixando-os mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis.

Os indivíduos com esquizofrenia podem também desenvolver sintomas depressivos. Assim, podem apresentar episódios de depressão que necessitam ser tratados. É importante uma criteriosa avaliação médica para diferenciar os sintomas da esquizofrenia de sintomas depressivos, para um correto tratamento. Os sintomas depressivos contribuem para uma pior qualidade de vida e aumentam consideravelmente o risco de suicídio. Aproximadamente metade dos pacientes com esquizofrenia tentam suicídio pelo menos uma vez durante a vida. Assim, é importante que os familiares fiquem atentos aos sinais de depressão para ampliar os cuidados e buscar ajuda médica.

Dito isso, é evidente a importância da do tratamento destes pacientes. Esse manejo deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e deve haver um acompanhamento contínuo, visando uma melhora da qualidade de vida desses indivíduos e diminuindo os riscos associados à doença. Além disso, se o indivíduo com esquizofrenia apresentar

sinais de comportamentos de risco, principalmente sintomas de alerta para o suicídio, deve-se procurar imediatamente uma unidade de saúde mais próxima e não desvalorizar essas mudanças de comportamento nesses pacientes.

CURIOSIDADES

A esquizofrenia no cinema:

Várias obras cinematográficas retratam personagens com esquizofrenia ou com alguns sintomas que podem estar presentes no quadro, ajudando-nos a ter uma certa ideia de como esses pacientes se comportam e como é para eles viver com esse transtorno. Alguns exemplos são os filmes: *Uma mente brilhante* (2001); *Spider - Desafie sua Mente* (2002); *O solista* (2009); *Cisne Negro* (2010); *Birdman ou (A Inesperada Virtude da Ignorância)* (2014). É importante, no entanto, lembrar que são obras de ficção e, por isso, alguns aspectos da doença geralmente estão retratados de forma ficcional (diferente da realidade).

VOCÊ SABIA?

Várias personalidades ao longo dos anos apresentaram sintomas semelhantes à esquizofrenia, mesmo que algumas nunca tenham obtido o diagnóstico. Podemos citar o matemático John Nash e o músico Jim Gordon. Mais recentemente, a atriz Megan Fox também relatou ter sintomas da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. In: American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Seção II, p. 87-122.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Esquizofrenia*. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL 2014 TEM COMO TEMA “VIVENDO COM A ESQUIZOFRENIA”. Disponível em: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=254:dia-mundial-da-saude-mental-2014-tem-como-tema-vivendo-com-a-esquizofrenia&Itemid=183&lang=pt. Acesso em: 25 de março de 2021.

DIA MUNDIAL DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA ALERTA SOBRE SINTOMAS E TRATAMENTO DA DOENÇA. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2019/05/23/dia-mundial-da-pessoa-com-esquizofrenia-alerta-sobre-sintomas-e-tratamento-da-doenca/>. Acesso em: 25 de março de 2021

QUEIRÓS, T; COELHO, F; LINHARES, L; TELLES-CORREIA, D. Esquizofrenia: O que o Médico Não Psiquiatra Precisa Saber. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. v.32, n.1, p.70-77, janeiro/2018.

SADOCK, B.J. et al. Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In: SADOCK, B.J. et al. *Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. cap. 7, p. 300-346.

CAPÍTULO 4

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Amanda Gomes de Vasconcelos

Ana Laryssa Miranda Rios

Pedro Henrique de Santana Pereira

Cláudio Manuel Gonçalves da Silva Leite

O QUE É?

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno mental crônico que afeta profundamente o desenvolvimento neuropsiquiátrico da criança e caracteriza-se por dificuldades de comunicação, pouca interação social, comportamentos repetitivos e interesses restritos. Geralmente, inicia nos primeiros anos de vida, correspondendo ao começo do desenvolvimento do sistema nervoso. É mais frequente nos meninos do que nas meninas e acomete cerca de 8 crianças em cada 10 mil. Existem vários níveis de gravidade, desde casos mais leves que vivem na sociedade sem grandes dificuldades até mais graves que apresentam profundas limitações no cotidiano e dependência de terceiros.

COMO OCORRE?

Ainda são desconhecidos todos os mecanismos envolvidos. Há uma interação complexa de fatores genéticos e ambientais, que estão vinculados principalmente ao período de gestação e parto. São fatores associados: idade avançada do pai ou da mãe no momento do nascimento do bebê; complicações obstétricas, como diabetes gestacional, prematuridade e infecções; baixo peso do bebê ao nascer; malformações congênitas; e exposição a substâncias tóxicas, como o ácido valproico, durante a vida intra uterina.

COMO SE APRESENTA?

O TEA caracteriza-se por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social em vários contextos, além de comportamentos repetitivos e interesses mais restritos e focalizados. Os sintomas são percebidos a partir do segundo ano de vida, mas podem ser notados antes ou depois, dependendo da gravidade do quadro. Crianças com TEA demoram para começar a falar, por vezes ficam isoladas e não demonstram interesse em interagir com adultos ou outras crianças. Algumas apresentam movimentos repetitivos (balançar as mãos ou o tronco) e padrões incomuns de brincadeiras. Por exemplo, ficam focadas sempre no mesmo objeto e organizam os brinquedos em fileiras ou seguindo padrões específicos, sem realmente brincar com eles. Ademais, podem perder habilidades anteriormente adquiridas, como dar os primeiros passos ou falar as primeiras palavras. Apesar disso, com o estímulo adequado, muitos pacientes conseguem recuperar bem suas capacidades. As crianças podem ter rotinas rígidas de alimentação, banho e atividades cotidianas. Muitas não lidam bem com a mudança do ambiente ou da rotina, o que pode ocasionar rompantes de agitação ou agressividade. Alguns pacientes têm dificuldade tanto para falar quanto para interpretar os gestos, as palavras e as expressões faciais de terceiros, o que exacerba o isolamento e as dificuldades de interação social.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

É importante acompanhar de perto o desenvolvimento das crianças desde o nascimento, a fim de detectar os sinais de forma precoce, para realizar uma intervenção adequada. A suspeita do diagnóstico geralmente parte dos pais, dos cuidadores ou do pediatra. A partir do reconhecimento, deve-se iniciar um acompanhamento periódico com uma equipe multidisciplinar, de forma conjunta e integral. Nos primeiros anos de vida, existe maior capacidade de adaptação e maior chance de controle, estimulando o desenvolvimento em todos os seus aspectos, para reduzir danos e melhorar a qualidade de vida da criança e da família. Pediatra, psiquiatra infantil, psicólogos, nutricionista, fonoaudiólogos, assistente social e professores são profissionais que podem ajudar a criança. Os objetivos do tratamento incluem melhorar a interação social, desenvolver a cognição e as habilidades motoras, além de reduzir as características de evitação e os comportamentos estereotipados. O núcleo familiar merece atenção, considerando as

dificuldades de cuidar de uma criança com o transtorno. É importante promover o acolhimento e a educação da família para melhor amparar a criança em suas sucessivas etapas de desenvolvimento. Vale ressaltar a necessidade de uma atenção especial à alimentação dos pacientes, que podem ter aversão a sabores, texturas e comidas. Nesse caso, deve ser promovida uma correta adaptação alimentar, sob orientação nutricional, para manter a oferta adequada de nutrientes.

COMO É CONVIVER COM O TRANSTORNO?

O TEA é uma condição crônica, contudo, o diagnóstico e o tratamento precoces melhoram a qualidade de vida da criança. Os sintomas são mais acentuados a partir do segundo ano de vida, mas só costumam ser diagnosticados por um profissional da saúde por volta dos quatro anos, o que representa um atraso na identificação. Uma das maiores dificuldades que as pessoas com TEA podem encontrar é lidar com o preconceito e as reações negativas das pessoas diante dos seus comportamentos, que podem ser interpretados como violentos, estranhos ou desagradáveis. Dessa forma, é importante promover o acesso à informação para ajudar pais, professores, colegas e familiares a conhecer melhor o transtorno e aprender a lidar com ele.

QUAIS RISCOS OS PACIENTES CORREM?

Crianças com TEA pode ter outros transtornos mentais, como ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), alterações do sono e depressão. Com isso, o comportamento da criança pode variar de forma brusca e sair do habitual, o que gera momentos de estresse psicológico e físico para o indivíduo e sua família. Dessa forma, é fundamental a família observar minuciosamente o comportamento da criança, buscando identificar alterações de padrão, para que o médico possa diagnosticar e tratar as condições associadas.

CURIOSIDADES

Obras de ficção que retratam personagens com características do espectro autista podem ajudar a entender como esses pacientes se comportam e como é viver com o

transtorno. Alguns exemplos são os filmes “*Uma lição de amor*” (2001) e “*Rain Man*” (1988), bem como a série “*Atypical*” (2019), da Netflix. É importante lembrar que alguns aspectos da doença podem não estar completamente iguais à realidade, já que não se tratam de pacientes verdadeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Transtornos do Neurodesenvolvimento: Transtorno do Espectro Autista. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Seção II, p. 50-59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

SADOCK, B.J. et al. Psiquiatria Infantil. In: SADOCK, B.J. et al. Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. cap. 31, p. 1153-1165.

Sistema Único de Saúde. Espectro Autista: Protocolo Clínico e de Acolhimento. Estado de Santa Catarina: Sistema Único de Saúde, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Transtorno do espectro do autismo. Manual de orientação - Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. N. 1. 2019.

CAPÍTULO 5

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Júlia Alencar Alves do Nascimento

Júlia Araújo de Medeiros

Cláudio Manuel Gonçalves da Silva Leite

O QUE É?

O Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental crônico de início na infância caracterizado pela ocorrência de desatenção, impulsividade e hiperatividade. Na maioria das vezes, o diagnóstico é dado em crianças menores de 12 anos, mas alguns sintomas podem persistir na vida adulta em até 60% dos casos. Trata-se de uma condição mais comum em meninos do que em meninas, sendo que o sexo masculino tem uma incidência três vezes maior. Os pacientes podem ter um prejuízo no desempenho acadêmico ou profissional, além de desenvolver outros transtornos mentais associados, por isso é importante diagnosticar cedo e instituir um tratamento adequado precocemente.

COMO OCORRE?

A origem do TDAH inclui fatores familiares, genéticos e neurobiológicos, além de adversidades biológicas e psicossociais. As crianças com TDAH apresentam alterações na regulação da dopamina, um importante neurotransmissor que atua nas funções de motricidade, cognição, gratificação, prazer e humor. Há uma predisposição hereditária de base genética e o risco da doença acontecer em parentes de primeiro grau das pessoas acometidas pode ser até cinco vezes maior. Além disso, outros fatores que estão associados ao TDAH são baixo peso ao nascer, complicações obstétricas e exposição ao álcool durante a gravidez.

COMO SE APRESENTA?

Os sintomas de TDAH existem durante, pelo menos, seis meses. Em geral, os pacientes relatam desatenção, dificuldade para se organizar e manter o foco. Muitos não conseguem completar as tarefas, ainda que tenham boa intenção e estejam determinados a concluí-las. Além disso, podem cometer pequenos erros por descuidos e parecem não escutar quando alguém lhes dirige a palavra. Além disso, pode haver hiperatividade, em que a criança fala demais, não consegue ficar parada, corre e batuca com as mãos e os pés em locais e momentos inapropriados, levanta da cadeira quando deveria permanecer sentada e fica inquieta quando tem que esperar. Ademais, pode ocorrer a impulsividade, que se manifesta quando decisões são tomadas sem pensar nas consequências, como atravessar a rua sem olhar, furar uma fila ou interromper os colegas subitamente durante um diálogo. Os sintomas podem ser graves e resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

O tratamento do TDAH requer uma abordagem multidisciplinar que engloba intervenções farmacológicas e psicoterápicas, além da participação de diversos agentes, como os pais, irmãos, profissionais da saúde e professores. As medicações estimulantes do sistema nervoso central, como metilfenidato e lisdexanfetamina, ajudam bastante no controle dos sintomas, mas envolvem alguns riscos e devem ser utilizadas sempre sob orientação médica. É importante estabelecer normas claras e coerentes e explicar de forma precisa como a criança deve se comportar, para evitar que ela não saiba como agir ou o que está sendo exigido dela. Quando a criança conseguir concluir uma tarefa ou atingir o seu objetivo em um trabalho, os pais devem parabenizá-la, estimulando o sucesso através de um reforço positivo.

COMO CONVIVER?

Com o passar do tempo, os pacientes devem tomar mais conhecimento dos sintomas para aprender a importância de manter um tratamento e as formas de lidar com o problema. É essencial a ajuda de vários profissionais da saúde, como médico,

fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, bem como da família e dos professores. As instituições de ensino devem ser alertadas para que os professores, cientes do problema, possam tratar a criança com um olhar especial de paciência, apoio e tolerância. Os pais devem estimular o estudo sempre, para que a criança consiga progredir na carreira acadêmica com sucesso. Grupos de apoio e rodas de conversa podem ajudar tanto o paciente quanto seus familiares.

QUAIS OS RISCOS QUE ESSES PACIENTES CORREM?

De uma forma geral, as pesquisas têm mostrado que os indivíduos com TDAH apresentam uma incidência maior de outros transtornos mentais, como depressão, ansiedade, dependência química e transtorno bipolar. Estudos apontam que cerca de 30% das pessoas com TDAH têm depressão. O risco do desenvolvimento da depressão é três vezes maior em crianças acometidas pelo transtorno. TDAH e depressão têm sintomas comuns, como problemas de memória, desatenção, falta de motivação e dificuldade em realizar tarefas. Diante disto, o diagnóstico e o tratamento precoce são de extrema importância para o correto desenvolvimento da criança e a prevenção do surgimento de outros problemas psiquiátricos.

CURIOSIDADES

Diversos famosos relataram sofrer de TDAH, como: Adam Levine, Will Smith, Michael Phelps e Sabrina Sato. A maioria deles afirma ter encontrado estímulo no ambiente de trabalho e conseguir desempenhar suas atividades profissionais normalmente sob tratamento. No filme “*O Som do Coração*” (2007), o personagem Evan traz um exemplo de pessoa com sintomas de hiperatividade e desatenção, que podem representar um diagnóstico de TDAH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chang, Z., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B. M., Sjolander, A. & Larsson, H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA Psychiatry* 71, 319-325 (2014)

Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B. & Pedersen, M. G. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet* 385, 2190-2196 (2015)

DEMONTIS, Ditte et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*, Sao Paulo, 26 nov. 2021

HADDAD, Anna Helena et al. *Personality Impairment in Children and Adolescents with ADHD. Psychological Evaluation*, Ribeirao Preto, 2021.

LACOPONI, Eduardo. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. *Braz. J. Psychiatry*, [S. l.], p. 547 - 550, 15 jun. 2005.

Lichtenstein, P. & Larsson, H. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N. Engl. J. Med.* 368, 776 (2013)

MATTOS, Paulo. CIENTISTAS IDENTIFICAM GENES ENVOLVIDOS NO TDAH. ABDA, Sao Paulo, 9 jun. 2021

PADILLA, Heidi *et al.* Capacitación docente en línea para atención de estudiantes universitarios con TDAH. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, [S. l.], p. 288 - 301, 19 set. 2020.

SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Ribeirao Preto, n. 4, ed. 26, 2010.

SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem?. *Revista Psicopedagogia*, [S. l.], p. 25 - 37, 15 abr. 2016.

CAPÍTULO 6

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Iara Oliveira Costa

Aryane Cruz Aguiar

Cláudio Manuel Gonçalves da Silva Leite

O QUE É?

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno mental caracterizado pela ocorrência de obsessões e compulsões, sintomas que provocam intenso sofrimento psíquico. Obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos que invadem a mente de forma recorrente, provocando emoções negativas, como angústia, medo ou nojo. Compulsões são atitudes, comportamentos ou atos mentais repetitivos, que ocorrem geralmente em resposta a uma obsessão.

A tabela a seguir apresenta alguns exemplos de obsessões e suas respectivas compulsões.

OBSESSÃO	COMPULSÃO
Preocupação excessiva com sujeira ou contaminação	Lavar as mãos, tomar banho ou aplicar produtos de higiene várias vezes seguidas
Preocupação exagerada com simetria, organização e ordem	Organizar repetitivamente os objetos, alinhar quadros, arrumar livros
Achar que a porta está aberta, o fogão aceso ou o chuveiro ligado	Verificar várias vezes seguidas a situação dos objetos
Medo recorrente de ter jogado algo importante fora	Verificar as lixeiras à procura do objeto que teria sido descartado

O TOC está entre os quatro transtornos mentais mais frequentes na população geral. Estudos apontam que, no mundo, o número de pessoas com a doença varia entre 2

e 5%. Ademais, estima-se que 90% das pessoas com TOC terão outro transtorno mental associado em algum momento da vida, como depressão ou ansiedade.

O número de mulheres acometidas é um pouco mais alto do que o de homens. Entretanto, os homens começam a manifestar os sintomas mais precocemente, ainda na infância, e podem ter formas mais graves.

COMO OCORRE?

Os neurotransmissores são substâncias responsáveis pelo bom funcionamento do nosso cérebro. Nos pacientes com TOC ocorre um desequilíbrio de alguns neurotransmissores, como a serotonina, que atua na regulação do sono, do humor e do apetite.

O TOC também é influenciado por fatores genéticos. Por exemplo, ter um parente de primeiro grau com a doença aumenta em até cinco vezes o risco de a pessoa também vir a desenvolvê-la.

Além disso, algumas doenças físicas podem predispor ao desenvolvimento do transtorno, como o traumatismo crânio encefálico, o acidente vascular cerebral e a meningite. Eventos adversos na gestação e no período perinatal, além de traumas psíquicos nos primeiros anos de vida, também estão associados.

COMO SE APRESENTA?

As obsessões e compulsões são recorrentes e provocam muito sofrimento psíquico. Os comportamentos peculiares podem chamar a atenção de terceiros, o que causa vergonha e constrangimento aos pacientes. Quando o indivíduo é impedido de realizar um ato compulsivo por forças externas aparece uma intensa sensação de angústia e desconforto. Frequentemente, as preocupações obsessivas são tão fortes que a pessoa pode verificar o fechamento de uma porta, realizar contagens ou lavar as mãos dezenas de vezes seguidas no mesmo dia, com rituais cíclicos que se repetem indefinidamente, em intervalos de poucos minutos.

A pessoa com TOC geralmente não consegue por conta própria controlar os pensamentos obsessivos nem evitar os comportamentos compulsivos, que muitas vezes são repetidos de forma quase automática. Alguns pacientes fazem um esforço para repelir

ou suprimir os sintomas, sem êxito. Frequentemente, os indivíduos dedicam grande quantidade de tempo para lidar com as obsessões ou efetuar as compulsões, o que acarreta em prejuízo na execução das tarefas do dia a dia, nas relações sociais, nos estudos e no trabalho.

O TOC pode ser associado a outros transtornos mentais, como tiques nervosos, transtorno do pânico, transtorno bipolar e depressão. Pensamentos suicidas ocorrem em cerca de 50% dos pacientes com a doença e o risco de cometer suicídio é de aproximadamente 25%.

COMO É CONVIVER COM O TRANSTORNO?

Trata-se de um transtorno mental crônico caracterizado por intervalos de acalmia em alternância a períodos de agravamento dos sintomas, cuja intensidade flutua bastante ao longo do tempo.

Felizmente, com o tratamento correto, cerca de 80% das pessoas apresenta uma melhora significativa, o que diminui o número de recaídas e aumenta a qualidade de vida.

O aparecimento precoce dos primeiros sintomas, o baixo suporte sociofamiliar e a coexistência de uma doença neuropsiquiátrica são fatores que podem conferir uma pior evolução do quadro.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) representa uma excelente opção terapêutica no tratamento do TOC, principalmente com a técnica de exposição e prevenção de resposta. O objetivo é ajudar o paciente a perceber que a ansiedade pode diminuir ou desaparecer sem que seja necessário ceder aos pensamentos obsessivos. Os pacientes com TOC devem fazer tratamento farmacológico com uma medicação da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), que atuam com o objetivo de regular os níveis de serotonina no cérebro. A prática de atividades físicas e de relaxamento, como a ioga, pode auxiliar na terapêutica, aliviando o sofrimento psíquico global dos pacientes, bem como sintomas depressivos e ansiosos associados. Raramente, pacientes portadores de casos graves e refratários à terapia usual precisam ser submetidos a neurocirurgia. É importante ressaltar a multidisciplinaridade envolvida no

projeto terapêutico, sendo necessário o acompanhamento de médico psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, além da ajuda de familiares e amigos.

CURIOSIDADES

Pessoas famosas que podem sofrer de TOC:

- Justin Timberlake: o cantor afirmou que tinha necessidade de alinhar perfeitamente os objetos e seguir uma ordem rígida de organização, inclusive dos alimentos na sua geladeira.
- Roberto Carlos: o cantor brasileiro disse que se incomodava com pessoas que vestem roupas pretas, mas conseguiu controlar seus sintomas por meio de tratamento.

Filmes que retratam o TOC:

- Na adaptação cinematográfica de uma peça francesa, a comédia “*TOC TOC*” (2017) mostra um grupo de pacientes na sala de espera de um consultório psiquiátrico. Enquanto aguardam o médico chegar, eles se veem obrigados a lidar com as suas excêntricas peculiaridades e formam um laço de amizade por compartilharem os desafios da doença.
- No filme “*O Aviador*” (2004), protagonizado por Leonardo DiCaprio, é possível acompanhar a vida do cineasta e magnata da aviação Howard Hughes, que apresenta alguns comportamentos compulsivos, como repetir a mesma frase em voz alta sem parar, bater o pé na parede, pigarrear e limpar objetos repetidamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BENATTI, B. et al. Prevalence and correlates of current suicide risk in an international sample of OCD adults: A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) network and Obsessive Compulsive and Related Disorders Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Journal of Psychiatric Research*, v. 140, p. 357-363, ago. 2021.

- BHAT, S. G. S. et al. Yoga therapy for Obsessive Compulsive Disorder (OCD): A case series from India. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 62, p. 102739, ago. 2021.
- BÜRKLE, J. J.; FENDEL, J. C.; SCHMIDT, S. Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, v. 11, n. 6, p. e050329, jun. 2021.
- CLÁUDIO, M. et al. *Psicofarmacologia e Psiquiatria Geral Para Graduandos e Generalistas*. Fortaleza: Centro Universitário Christus - Unichristus, 2019.
- CORDIOLI, Aristides Volpato; VIVAN, Analise de Sousa; BRAGA, Daniela Tusi. *Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- DEL-PORTO, José Alberto. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*, [S. L.], v. 23, n. 2, p. 3-5, 2001.
- HOPPEN, L. M. et al. Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, v. 21, n. 1, 30 jun. 2021.
- LIU, W.; ZHANG, H.; HE, Y. Variation in Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms and Treatments: A Side Effect of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 14, p. 7420, 12 jul. 2021.
- SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- STEIN, Dan J. et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 1-21, 1 ago. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>.

CAPÍTULO 7

TRANSTORNO DE PÂNICO

Mariana Vieira Pinheiro

Renan Miranda Mateus

João Chaves Hiluy

O QUE É?

O Transtorno de Pânico é caracterizado por ataques de pânico súbitos e frequentes, associado a comportamentos ou preocupações relacionadas a estes ataques.

É três vezes mais frequente em pessoas do sexo feminino e os sintomas geralmente se iniciam no começo da idade adulta, por volta dos 25 anos de idade. Contudo, crianças e idosos também são frequentemente acometidos.

Mas o que são ataques (ou crises) de pânico?

São episódios são momentos de medo e angústia intensos, com duração de alguns minutos e acompanhado de outros sintomas, como:

- coração acelerado
- palpitações
- suor frio
- tremores
- sensação de falta de ar
- dor no peito
- vontade de vomitar
- dor na barriga
- tontura
- calafrios
- formigamentos ou dormências
- medo de enlouquecer
- medo de perder o controle
- medo de morrer

É importante ressaltar que não é necessário a presença de todos esses sintomas para definir um ataque de pânico: a presença de alguns, associados ao medo ou angústia já o caracterizam.

Os ataques de pânico podem acontecer em outros transtornos, tornando a avaliação médica fundamental para definir o diagnóstico.

COMO OCORRE?

Não se sabe exatamente o que causa o Transtorno de Pânico, mas a interação entre fatores genéticos e ambientais é determinante para o seu desenvolvimento. Até o momento, as pesquisas realizadas mostram que existem alterações na organização e nas funções do cérebro, além de modificações em substâncias presentes no sistema nervoso, que funcionam como mensageiros (os neurotransmissores), como serotonina, norepinefrina e ácido gama-aminobutírico. Os fatores genéticos relacionados ao Transtorno de Pânico são evidenciados através da forte história familiar do transtorno: indivíduos que possuem um parente de 1º grau (como pai ou mãe) com diagnóstico de Transtorno de Pânico, apresentam um risco oito vezes maior de também desenvolver o transtorno.

COMO SE APRESENTA?

O Transtorno de Pânico faz parte de uma classe de Transtornos chamada de “Transtornos de Ansiedade”, que inclui transtornos com características semelhantes, como medo e ansiedade intensos. Como já apresentamos inicialmente, os indivíduos com Transtorno de Pânico apresentam episódios de grande ansiedade, que atingem o máximo de intensidade em alguns minutos e são acompanhados de outros sintomas físicos. Esses ataques são inesperados, ou seja, podem acontecer sem nenhum motivo ou gatilho.

Além desses ataques recorrentes e inesperados, há uma sensação de apreensão e preocupação continua sobre os ataques no futuro (ou das consequências desses ataques), além de uma modificação significativa no comportamento devido aos ataques, isto é, o paciente passa a ter comportamentos para evitar novos ataques (como evitar situações estressantes que possam precipitar um ataque, por exemplo).

A presença dessas características, além do ataque de pânico, são fundamentais para o diagnóstico do Transtorno de Pânico, visto que existem outras doenças que podem ser acompanhadas de crises de pânico (como fobia específica ou transtorno de estresse pós-traumático, por exemplo). Ademais, diversas outras condições devem ser excluídas pelo médico antes do diagnóstico do transtorno de pânico, como o uso de substâncias (cocaína, anfetaminas, por exemplo), a abstinência a substâncias (como álcool ou

benzodiazepínicos) ou outras doenças médicas (como hipoglicemia, hipertireoidismo ou asma, por exemplo).

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

O primeiro passo é o reconhecimento desta condição como um transtorno e o estímulo a busca por atendimento especializado. O tratamento baseia-se em dois pilares: medicamento e psicoterapia.

A psicoterapia com melhores evidências para o Transtorno de Pânico é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Outras opções de psicoterapia, como a terapia psicodinâmica, a psicoterapia de suporte e terapia de grupo também podem ser indicadas.

Além da psicoterapia, também deve ser realizado o tratamento medicamentoso. Os medicamentos de primeira linha são os inibidores seletivos da recaptção de serotonina. Outros remédios também podem ser utilizados, como os inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina, os antidepressivos tricíclicos e os benzodiazepínicos. Cada uma dessas classes tem suas indicações, que serão avaliadas pelo médico, caso a caso.

A associação da psicoterapia ao tratamento medicamentoso é a forma mais efetiva de tratamento e pode beneficiar bem mais o paciente do que cada um feito de forma isolada.

COMO É CONVIVER COM ESSE TRANSTORNO?

O transtorno de pânico pode comprometer a qualidade de vida de forma importante. Entre os principais pontos, destacamos:

- **Abuso de substâncias:** há um aumento do abuso de álcool e outras drogas.
- **Funcionamento social:** ocorre uma redução do tempo total dedicado a atividades de lazer, que muitas vezes deixam de ser prazerosas.
- **Dependência financeira:** há uma maior chance de o paciente ser financeiramente dependente, mesmo em idade economicamente ativa.
- **Uso dos serviços de saúde:** indivíduos com Transtorno de Pânico procuram, com maior frequência, assistência com médicos psiquiatras e de outras especialidades por outras condições de saúde. Há também uma busca mais frequente por serviços de emergência.

- Uso de medicamentos: o uso de medicações ansiolíticas (benzodiazepínicos) é mais comum nos indivíduos com esse transtorno. Quando não realizado o tratamento corretamente, há um risco elevado de abuso e dependência destas substâncias.

Tendo em vista o prejuízo causado pelo Transtorno de Pânico, é indispensável a realização do adequado tratamento, incluindo medicamento e psicoterapia, com objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir os riscos acima citados.

QUAIS RISCOS ESSES PACIENTES CORREM?

Estes pacientes apresentam uma maior chance de desenvolverem outras condições associadas:

Agorafobia: condição na qual o indivíduo apresenta medo de estar em situações sociais em locais que ele julga inseguros por não ter um acesso fácil se necessitar de ajuda (por exemplo: não conseguir permanecer em locais fechados ou lotados, ou somente conseguir permanecer na companhia de alguém).

Transtorno depressivo maior: esse transtorno é bastante comum acontecer associado ao transtorno de pânico (como comorbidade). Você pode conferir as características deste transtorno no capítulo dedicado a ele.

Abuso de substâncias (como álcool ou outras drogas): alguns pacientes, na tentativa de aliviar os sintomas de ansiedade, acabam fazendo uso abusivo de algumas substâncias.

Risco de suicídio: pessoas com transtorno de pânico apresentam um maior risco de tentativas de suicídio.

Assim, é fundamental a busca por atendimento profissional para evitar estes riscos relacionados ao transtorno de pânico.

CURIOSIDADES:

- A palavra “Pânico” tem origem na mitologia grega. “Pã” era o deus dos pastores, bosques e rebanhos, tem seu corpo metade cabra e metade homem, uma aparência assustadora. Quem via tal entidade tinha medo e temor. Consequentemente, tal fenômeno mostra a relação etimológica com o nome do transtorno.

- A síndrome do coração irritável, diagnosticada pelo médico Jacob Mendes Da Costa (1833-1900) em militares na Guerra Civil Americana, apresenta as primeiras descrições relacionadas ao Transtorno do Pânico como conhecemos. Nela, se descrevia pacientes com sintomas físicos (palpitações, dor no peito, dificuldade para respirar, tontura, entre outros), mas sem diagnóstico de alguma doença.
- Alguns artistas já falaram em entrevistas e nas redes sociais sofrerem de Transtorno do Pânico. Dentre eles, destacamos: Gisele Bündchen, John Mayer, Rafa Kalimann e Angelica Huck.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Bruce SE, Vasile RG, Goisman RM, Salzman C, Spencer M, Machan JT, Keller MB. Are benzodiazepines still the medication of choice for patients with panic disorder with or without agoraphobia? *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8):1432-8. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1432. PMID: 12900305.

Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, Brettschneider C, Teismann T, Schumacher U, Lukaschek K, Schelle M, Schneider N, Sommer M, Wensing M, König HH, Margraf J; Jena-PARADISE Study Group. Panic Disorder in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int*. 2019 Mar 8;116(10):159-166.doi:10.3238/arztebl.2019.0159. PMID: 30995952; PMCID: PMC6482367.

KIKUCHI, M., KOMURO, R., OKA, H., KIDANI, T., HANAOKA, A., & KOSHINO, Y. (2005). *Panic disorder with and without agoraphobia: comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder. Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(6), 639–643. doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01430.x

Markowitz, J. S. (1989). *Quality of Life in Panic Disorder. Archives of General Psychiatry*, 46(11), 984. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110026004

SADOCK, B.J. et al. Transtornos de ansiedade. In: SADOCK, B.J. et al. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap. 9.1, p. 392-398

Zuardi AW. Características básicas do transtorno do pânico. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 4 de fevereiro de 2017 [citado 17 de abril de 2021];50(supl.1):56-63. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127539>.

CAPÍTULO 8

ANOREXIA NERVOSA

Aryane Cruz Aguiar
Iara Oliveira Costa
João Chaves Hiluy

O QUE É?

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por três aspectos principais:

- | |
|--|
| I. restrição persistente da ingestão calórica, levando a um peso corporal significativamente baixo (no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física); |
| II. medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; |
| III. perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. |

É um transtorno psiquiátrico grave que acomete cerca de 0,5% das mulheres jovens (entre 14 e 18 anos). Os casos em indivíduos do sexo masculino são extremamente raros.

Há relatos compatíveis com a anorexia nervosa desde a idade média, o que denota sua importância histórica e demonstra que, apesar de bastante presente em culturas que valorizam a magreza como padrão de beleza, a privação alimentar e a perda de peso extrema, já ocorria em culturas e tradições mais antigas, nas quais os comportamentos alimentares eram entendidos num contexto religioso ou como forma de purificação, por exemplo.

O conhecimento acerca dessa doença é fundamental uma vez que se trata do transtorno psiquiátrico com maior risco de mortalidade, devido às suas complicações clínicas e ao alto risco de suicídio.

COMO OCORRE?

Sendo um transtorno alimentar, diversos fatores contribuem para o seu desenvolvimento, incluindo: predisposição genética, fatores neurobiológicos, psicológicos e socioculturais.

- **Genéticos:** há um risco maior de parentes de primeiro grau de indivíduos com o transtorno de desenvolver transtornos alimentares. Também é observado um maior risco de transtornos bipolares e depressivos entre parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa.
- **Neurobiológicos:** há um desequilíbrio de neurotransmissores e alterações endocrinológicas, podendo elas serem primárias ou decorrentes da desnutrição que, por si, pode desencadear uma série de modificações bioquímicas no organismo.
- **Psicológicos:** indivíduos que possuem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância tem um maior risco de desenvolver anorexia nervosa. Também há relação entre o transtorno e algumas características de personalidade, como perfeccionismo ou dificuldade de aceitar mudanças nos pensamentos, crenças ou opiniões. Pessoas com maior sensibilidade a recompensas, críticas ou elogios também possuem risco aumentado.
- **Socioculturais:** há uma associação da anorexia nervosa com culturas e contextos que valorizam pessoas magras ou excessivamente magras. Também foi observada uma maior ocorrência desse transtorno em pessoas com determinadas ocupações e trabalhos que incentivam a magreza excessiva, como modelos e atletas de elite.

COMO SE APRESENTA?

Caracteriza-se por um medo intenso de engordar e uma perturbação na forma de vivenciar a imagem corporal, em que o indivíduo se sente gordo, apesar de estar suficientemente magro ou até abaixo do peso.

Nesse cenário, as pessoas com esse transtorno apresentam:

- Uma restrição das calorias suficientes para suprir as necessidades do corpo, o que leva ao indivíduo ter um peso corporal significativamente baixo em relação à idade, ao gênero, a trajetória do desenvolvimento e a saúde física.

- Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal. No caso de crianças e adolescentes, é menor do que o minimamente esperado.
- Um medo intenso de ganhar peso ou de engordar, podendo apresentar um comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- Há uma influência inapropriada do peso ou da imagem do corpo sobre sua própria avaliação. Ou seja, o modo como o peso ou a forma do corpo são vistas por esse indivíduo encontra-se perturbada. Há uma falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso atual.

Outras características também são comumente encontradas nos indivíduos acometidos:

- Preocupações excessivas com o jeito de se vestir.
- Padrões peculiares de manuseio de alimentos.
- Interrupção da menstruação.

A anorexia nervosa pode se apresentar de duas maneiras distintas (subtipos de anorexia nervosa):

- **Subtipo restritiva:** quando o indivíduo consegue a perda de peso por meio de restrição alimentar, seja ela dieta ou jejum, e exercícios físicos excessivos durante os últimos três meses.
- **Subtipo compulsão alimentar purgação:** quando o indivíduo nos últimos 3 meses apresenta comportamentos frequentes de descontrole alimentar seguidos de comportamento de purgação (por exemplo: induzir o vômito, uso indevido de laxantes ou diuréticos).

A anorexia nervosa apresenta diferentes níveis de gravidade. Essa divisão é realizada baseada no índice de massa corporal (IMC). Essa gravidade pode ser alterada de forma a refletir algum sintoma clínico, grau de incapacidade funcional ou a necessidade de supervisão.

Assim, a classifica-se a anorexia nervosa da seguinte forma:

- Leve: quando o IMC está maior ou igual a 17 kg/m²
- Moderada: quando o IMC está entre 16 e 16,99 kg/m²
- Grave: quando o IMC está entre 15 e 15,99 kg/m²
- Extrema: IMC se apresenta menor que 15 kg/m²

A anorexia nervosa também pode estar associada a alguns outros sintomas, como alterações hormonais e endocrinológicas, o que leva a desregulação menstrual ou a não menstruação em muitas mulheres e à disfunção sexual nos homens, podendo ser acompanhada de infertilidade e diminuição da libido.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

É fundamental que o tratamento seja realizado por uma equipe multidisciplinar, ou seja, que inclui diferentes profissionais, como: psiquiatra, nutricionista, psicólogo, endocrinologista, dentre outros.

Os objetivos principais do tratamento são: reduzir os riscos de complicações, encorajar o ganho de peso desses indivíduos e de promover o desenvolvimento de hábitos alimentares mais saudáveis.

O principal pilar do tratamento da anorexia nervosa é a psicoterapia cognitivo-comportamental e psicoterapia de família (principalmente em casos na infância ou adolescência).

Pessoas com anorexia nervosa devem fazer uma nutrição comportamental, sendo reintroduzidos alimentos de forma lenta e gradativa, para que diminua o risco de complicações.

O acompanhamento em conjunto com um endocrinologista (ou clínico) é fundamental, pois é comum a desnutrição destes indivíduos, além de diversas desregulações hormonais. Objetiva-se diminuir o risco de possíveis complicações futuras, como falta de menstruação, massa óssea baixa, osteoporose, fraturas ósseas e hipovitaminoses, dentre outros.

Em alguns casos é necessária a internação hospitalar, a fim de evitar complicações graves ou morte. Durante a internação, que deve ser realizada em local especializado em transtornos alimentares, a principal meta é a recuperação do peso corporal, com a oferta

gradual de calorias sendo rigidamente controlada pela equipe de saúde. A dieta é reintroduzida sob estrita supervisão a fim de evitar a síndrome de realimentação, uma condição potencialmente grave que ocorre quando a alimentação é feita em quantidade excessiva e inadequada, levando a alterações hormonais e do metabolismo.

Não há medicação específica para a anorexia nervosa, mas o médico psiquiatra pode fazer uso de medicamentos antidepressivos quando necessário, a fim de controlar sintomas depressivos, compulsivos e os de ansiedade. Os transtornos ansiosos e depressivos são extremamente comuns em pessoas com anorexia nervosa, reforçando a necessidade de acompanhamento psiquiátrico regular.

COMO É CONVIVER COM ESSE TRANSTORNO?

Como já percebemos, a anorexia é uma condição grave que está associada a um alto risco de mortalidade e desenvolvimento incapacitante. A normalização de alguns parâmetros, como melhora do peso e regularização da menstruação, pode ser acompanhada de uma continuidade do sofrimento psíquico relacionado a imagem do corpo, tornando difícil a adesão da paciente ao tratamento.

Em que o início da condição durante a adolescência está associado a um melhor prognóstico, isto significa que a maioria dessas jovens alcançam remissão. Já em adultos e aqueles que necessitam de internação estão associados a piores resultados.

A alternância entre as duas apresentações de anorexia ao longo do curso da doença não é incomum, com sintomas compulsivos e purgativos, ocorrendo especialmente dentro de 2-3 anos a partir do início da doença.

É importante ressaltar também que a recuperação desse transtorno pode levar vários anos e, além disso, costuma estar associada a alto risco de desenvolver outros transtornos psiquiátricos durante a vida, mesmo após a recuperação da anorexia nervosa. As comorbidades mais frequentes são: transtornos de ansiedade e depressivos, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de personalidade e transtornos de abuso de substâncias.

QUAIS RISCOS ESSES PACIENTES CORREM

A anorexia nervosa é caracterizada pela maior mortalidade de todos os transtornos mentais, em que boa parte dos desses indivíduos morrem por alguma complicação. As principais causas de óbito são suicídio e complicações clínicas.

As consequências desse transtorno podem afetar todos os sistemas e órgãos importantes como o cardiovascular (alteração da frequência cardíaca, inchaço em pernas, pés e tornozelos e pressão baixa), hematológico (alterações em todas as linhas de células sanguíneas, como anemia por exemplo) e complicações musculoesqueléticas (perda de massa óssea e muscular, osteoporose, etc). A diminuição da densidade mineral é uma das principais complicações da anorexia nervosa, sendo ainda mais pronunciado quando ocorre na adolescência. Mesmo com a recuperação do peso e a regularidade menstrual, muitas vezes não é possível reversão total da perda óssea, elevando o risco de quedas e fraturas. Complicações renais também podem ser vistas, principalmente se associadas a casos graves de desidratação (como pedras nos rins e aumento do nível de ureia no sangue).

A desnutrição apresentada pode também levar a alteração de cabelos, pelos e unhas, que se apresentam mais finos e quebradiços; e diminuição da gordura presente na face, quadril e nádegas.

Em muitos casos, observa-se comportamentos de automutilação, como se cortar ou se bater, além de tentativas de suicídio, que devem ser prontamente comunicados ao médico psiquiatra

CURIOSIDADES

- No filme “*O Mínimo para Viver*” (2017), é retratada a história de uma jovem com anorexia nervosa em estado avançado, onde é possível ver como a doença se manifesta em sua vida e na de outros jovens com o mesmo diagnóstico que convivem em uma clínica para reabilitação de transtornos alimentares, sendo visível suas lutas e dores no processo de vivência e tratamento desse transtorno.
- O filme “*Maus Hábitos*” (2007) aborda a relação entre alimentação, corpo, sofrimento e a vida cotidiana das pessoas. O filme conta a história de Elena, uma

mulher extremamente magra e perfeccionista que tenta incansavelmente que a sua filha criança emagreça.

VOCÊ SABIA?

- A atriz Lily Collins, protagonista de “*O Mínimo para Viver*” (2017), relata também já ter sofrido de transtorno alimentar
- Outros famosos também alegam já terem sofrido de anorexia nervosa ou outro transtorno alimentar, tais como: Jennette McCurdy, Troian Bellisario, Anahí e Demi Lovato. Além das famosas brasileiras: Débora Nascimento e Mariana Goldfarb.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Transtornos Alimentares. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Seção II, p. 329-354.

CLÁUDIO, M. et al. Psicofarmacologia e Psiquiatria Geral Para Graduandos e Generalistas. Fortaleza: Centro Universitário Christus - Unichristus, 2019.

JAGIELSKA, G.; KACPERSKA, I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, v. 51, n. 2, p. 205-218, 30 abr. 2017.

MARI, Jair de Jesus; KIELING, Christian. *Psiquiatria na prática clínica*. Barueri: Manole, 2013.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAGIV, E.; GVION, Y. A multi factorial model of self-harm behaviors in Anorexia-nervosa and Bulimia-nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, v. 96, p. 152142, jan. 2020.

SKOWROŃSKA, A.; SÓJTA, K.; STRZELECKI, D. Refeeding syndrome as treatment complication of anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, v. 53, n. 5, p. 1113-1123, 30 out. 2019.

CAPÍTULO 9

BULIMIA NERVOSA

Beatriz Carvalho Aragão Melo

Sandy Ester Freire Sobral

João Chaves Hiluy

O QUE É?

A bulimia nervosa (BN) é um transtorno psiquiátrico marcado por um comportamento alimentar disfuncional. É caracterizada por episódios de compulsão alimentar (momentos em que o indivíduo come de forma exagerada, perdendo o controle sobre a comida), seguido de algum comportamento compensatório no intuito de amenizar o ganho de peso. A autoestima desses indivíduos é muito influenciada pela forma e peso corporal.

Essa condição ocorre predominantemente em mulheres jovens. O peso das pessoas acometidas costuma ser normal ou até um pouco elevado. Na maioria das vezes, o quadro se inicia entre o fim da adolescência e o começo da vida adulta, podendo estar relacionado com o ingresso na universidade em vários casos. Pessoas com bulimia nervosa possuem uma maior taxa de mortalidade, tanto pelo alto risco de suicídio, como por outras complicações decorrentes do transtorno.

COMO OCORRE?

A causa da bulimia nervosa ainda não é completamente estabelecida, porém sabe-se que está associada com um conjunto de aspectos socioculturais, genéticos, biológicos e familiares. Dentre esses fatores podemos destacar a supervalorização do corpo feminino, pressão social pela magreza, histórico familiar de transtorno alimentar e dificuldades de comunicação familiar. Dados mostram que familiares de pacientes com BN possuem uma chance 4,4 vezes maior de também desenvolver o transtorno.

Ademais, algumas situações contribuem no desenvolvimento deste transtorno alimentar, como dietas muito restritivas, abuso sexual e dinâmica familiar conflituosa. Assim, este conjunto de fatores contribuem para o desenvolvimento do transtorno.

Abaixo, listamos fatores de riscos para o desenvolvimento da bulimia nervosa:

- Sexo feminino;
- Baixa autoestima;
- Traços de impulsividade e instabilidade afetiva;
- Dependência de substâncias;
- Risco ocupacional (modelos, bailarinas, atletas, nutricionistas);
- Obesidade infantil;
- Puberdade precoce;
- Sintomas depressivos ou ansiosos;
- Comentários depreciativos na infância;
- Histórico familiar de transtornos psiquiátricos;

COMO SE APRESENTA?

As pessoas com este transtorno são, excessivamente preocupadas com o formato e o peso corporal. Os indivíduos apresentam duas características típicas da bulimia nervosa:

- **Episódios recorrentes de compulsão alimentar:** ingestão de grande quantidade de comida em um curto intervalo de tempo (até duas horas, por exemplo). Nesses momentos, há uma sensação de perda de controle, como se fosse incapaz de parar de comer ou controlar o que come. Após a ingesta alimentar, o indivíduo apresenta sentimentos de culpa ou angústia intensa.
- **Comportamentos compensatórios inapropriados:** são praticados de forma recorrente, após os episódios de compulsão alimentar, com o intuito de impedir o ganho de peso. A forma mais comum é a indução de vômitos, embora também possa ocorrer uso abusivo de laxantes ou diuréticos, jejuns prolongados ou exercícios físicos em excesso.

Para o diagnóstico da bulimia nervosa, estes comportamentos devem ocorrer no mínimo uma vez por semana durante três meses.

A gravidade da bulimia nervosa (leve, moderada, grave ou extrema) varia conforme a frequência dos episódios compensatórios, isto é, quanto mais frequentes, maior a gravidade do quadro.

Outro importante sintoma apresentado pelos pacientes é a influência do peso e da forma corporal em uma auto avaliação. O sucesso e a felicidade encontram-se fortemente associados a esses fatores. Na maioria das vezes, a magreza é vista como sucesso, sendo comuns sentimentos como medo de engordar e de insatisfação com o próprio corpo.

Além disso, podem estar presentes:

- Alterações do ciclo menstrual (em mulheres)
- Vergonha de comer em público
- Ansiedade, irritabilidade, insônia e depressão
- Uso de roupas largas (com o objetivo de esconder o corpo)
- Cuidado obsessivo e constante com a dieta
- Variações do peso
- Desmaios e tonturas
- Desgaste do esmalte dentário (devido aos vômitos excessivos)
- Aumento das parótidas (glândulas salivares na bochecha)
- Isolamento social por sentir-se acima do peso

As pessoas acometidas por essa doença costumam ter percepção dos seus sintomas. Assim, comumente sentem vergonha e podem esconder os comportamentos compensatórios. Conseqüentemente, o transtorno pode passar despercebido até mesmo por pessoas mais próximas.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

O diagnóstico de bulimia nervosa é realizado por profissionais especializados através de uma análise da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Por isso, é importante buscar atendimento médico caso seja identificada a presença dos sintomas comentados acima.

Primeiramente, a participação e o auxílio de familiares e amigos próximos é fundamental para uma busca ao diagnóstico e início do tratamento. É necessária uma boa rede de apoio emocional. Durante o curso do tratamento, a família é inserida no plano de tratamento, e, quando necessário, terapia familiar pode ser indicada para melhor

relacionamento entre os membros da família. Além disso, familiares e amigos podem atentar para sintomas de recaída (aparecimento de sintomas novos ou antigos) e comunicar a equipe de saúde.

A forma mais adequada de manejar esse transtorno alimentar é por meio do tratamento multidisciplinar, ou seja, realizado por profissionais da saúde de diferentes áreas (psiquiatra, psicólogo, nutricionista, endocrinologista, dentre outros) que trabalharão em conjunto a fim de reduzir os riscos e melhorar a qualidade de vida daqueles acometidos pela transtorno.

A psicoterapia é essencial no tratamento da bulimia nervosa. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a que apresenta melhores resultados. Essa abordagem tem como objetivo desenvolver estratégias que ajudem a pessoa a adquirir um maior controle para lidar com os episódios de compulsão alimentar e com os comportamentos compensatórios. Além disso, também contribui promovendo um aumento da autoestima e melhorando a relação da paciente com a sua imagem corporal.

O médico psiquiatra é responsável pelo tratamento medicamentoso. Assim, remédios para tratar os sintomas bulímicos, ansiosos e depressivos podem ser utilizados. Os fármacos mais utilizados são os antidepressivos, embora outras opções podem ser prescritas conforme avaliação individual. Além disso, esse profissional também irá observar a evolução do transtorno, avaliar a gravidade, a necessidade de internação hospitalar, o encaminhamento para outras especialidades médicas, manejar as complicações clínicas, verificar regularmente o risco de suicídio e tratar as comorbidades psiquiátricas.

O acompanhamento com nutricionista visa normalizar a relação com a comida, reduzir os períodos de restrição alimentar, diminuir os episódios de compulsão e purgação e desenvolver hábitos alimentares mais saudáveis. É fundamental que o nutricionista seja treinado para o tratamento de transtornos alimentares.

No SUS, o acompanhamento desses pacientes pode ser feito tanto na atenção básica (no posto de saúde), quanto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o paciente terá acesso ao tratamento multiprofissional conforme necessário. Além dos atendimentos, podem ser realizados grupos de apoio com pacientes e familiares supervisionados pela equipe de saúde.

Felizmente, a necessidade de internação hospitalar não é comum. Quando acontece, geralmente se justifica pelas comorbidades associadas, maior gravidade do

quadro e complicações clínicas. Nestes casos, o paciente terá o suporte da equipe hospitalar especializada.

COMO É CONVIVER COM ESSE TRANSTORNO?

Geralmente o transtorno se inicia na adolescência ou na idade adulta jovem. Os sintomas começam após o início de alguma dieta restritiva (com o objetivo de perder peso na maioria dos casos), ou também pode ser desencadeada por eventos de estresse emocional.

Esse transtorno pode evoluir tanto de forma crônica como de forma intermitente, ou seja, em alguns casos a pessoa persiste com sintomas por muitos anos ininterruptos, enquanto outros apresentam períodos de remissão (ausência de sintomas) alternando com momentos de recorrência (ressurgimento dos sintomas). Ainda assim, as duas formas de apresentação costumam durar 5 anos ou mais.

As pessoas acometidas por essa doença tendem a ter os sintomas atenuados com o decorrer do tempo, mesmo sem o tratamento. Entretanto, o manejo e acompanhamento adequado possuem um impacto significativo na evolução do quadro e na qualidade de vida da paciente.

Em alguns casos, a paciente apresenta outras comorbidades e complicações associadas (sejam psiquiátricas ou clínicas), como por exemplo: transtorno de personalidade borderline, transtorno de ansiedade generalizada, corrosão de esmalte dentário, refluxo gastroesofágico e prolapso retal. Estas condições impõem uma maior gravidade do quadro.

QUAIS RISCOS ESSES PACIENTES CORREM?

Os riscos variam conforme a gravidade do transtorno. Os vômitos excessivos forçados são capazes de ocasionar diversas consequências, como erosão dentária (dentes desgastados/corroídos), lacerações no esôfago, aumento das glândulas parótidas, ferimentos na mão pelo ato de induzir vômitos e até deficiência de alguns nutrientes, que podem levar o paciente a necessitar de atendimento hospitalar.

Ademais, existem alguns casos de pacientes que migram de bulimia nervosa para o diagnóstico de anorexia nervosa, o que torna o quadro mais grave, pela restrição alimentar intensa e risco de desnutrição.

A associação da bulimia nervosa com outros transtornos mentais é muito comum (principalmente com sintomas depressivos, ansiosos e abuso de substâncias). Com o tratamento do transtorno alimentar, esses outros sintomas tendem também a se resolverem.

O risco de suicídio é mais alto nestas pessoas com bulimia nervosa. Por isso é necessário o acompanhamento regular com psiquiatra. Além disso, o abuso de substâncias (como álcool e estimulantes) está presente em pelo menos 30% desses pacientes (muitas vezes iniciados na tentativa de diminuir o apetite ou perder peso).

CURIOSIDADES

Cinema e bulimia nervosa

Assistir ao documentário *“Thin”* (2006) é uma boa forma de entender melhor a realidade de quem convive com essa doença, pois mostra a rotina de 4 mulheres que estão lutando contra anorexia nervosa e bulimia nervosa em um centro de tratamento para transtornos alimentares (clínica residencial), onde elas passam por consultas médicas, sessões de terapia em grupo, dentre outras atividades que fazem parte do tratamento.

Alguns filmes também tratam da bulimia nervosa. Citamos: *“O preço da perfeição - A História de Ellen Hart Pena”* (1996), *“Zoolander”* (2001) e *“Tiros na Broadway”* (1994).

Famosos e bulimia nervosa

A atriz brasileira Bruna Marquezine já relatou que sofreu com distúrbios alimentares, chegando a passar por episódios de compulsão alimentar seguido do uso abusivo de laxantes. Ela teve ainda algumas complicações clínicas e sintomas depressivos associados ao transtorno alimentar. Segundo ela, as críticas que vinha recebendo sobre a sua imagem corporal na internet contribuíram para o desenvolvimento dos sintomas.

Outros famosos incluem: Cássia Kiss, Princesa Diana, Demi Lovato e Kate Winslet.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CÂNDIDO, A. P. C.; CARMO, C. C.; PEREIRA, P. M. de L. TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO DOS ASPECTOS ETIOLÓGICOS E DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS. **HU Revista**, [S. l.], v. 40, n. 3 e 4, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2439>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MARI, Jesus; KIELING, Christian. **Psiquiatria na prática clínica**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 265-282.

PATROCÍNIO, M. C. A. **Psicofarmacologia e psiquiatria geral**: para graduandos e generalistas. 1. ed. Fortaleza: EdUnichristus, 2019. p. 199-210.

CAPÍTULO 10

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Iara Oliveira Costa

Aryane Cruz Aguiar

João Chaves Hiluy

O QUE É?

Transtorno da personalidade é um padrão persistente do comportamento que não condiz com os hábitos da cultura do indivíduo, levando a sofrimento ou prejuízo nas relações sociais e profissionais, por exemplo. As manifestações do transtorno começam na adolescência ou no início da fase adulta, tornando-se estável ao longo do tempo.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), também chamado de “personalidade limítrofe” ou “transtorno de personalidade emocionalmente instável”, é uma condição psiquiátrica crônica, definida inicialmente em 1978 e caracterizada pela extrema instabilidade nas relações sociais, medo do abandono, impulsividade, agressividade e sensação de vazio. Além disso, estas pessoas possuem um maior risco de desenvolver transtornos depressivos e comportamentos de risco, como automutilação e suicídio, provocando importante sensação de angústia e disfuncionalidade na vida do indivíduo.

A quantidade de adultos que são diagnosticados com pelo menos um transtorno de personalidade pode chegar a 15%. Estima-se que, em média, o número de pessoas com TPB seja de 1,6%, embora possa chegar a 5,9% da população. O TPB é considerado o transtorno de personalidade mais comum e afeta cerca de 10% dos pacientes psiquiátricos atendidos em consultório e 20% dos pacientes internados.

O TPB pode ser duas vezes mais comum em mulheres do que em homens: mulheres procuram atendimento psiquiátrico mais vezes, computando um maior número de diagnósticos por este transtorno (80%).

O diagnóstico geralmente é realizado em adolescentes e adultos jovens. Além disso, parentes de primeiro grau possuem até cinco vezes mais chances de ser diagnosticados com TPB e um maior risco de desenvolver depressão e transtorno por abuso de substâncias, por exemplo.

COMO OCORRE?

O fato de indivíduos da mesma família compartilharem o diagnóstico de TPB sugere uma contribuição genética nesta condição. Vale ressaltar que também existem fatores biológicos que corroboram para o desenvolvimento do quadro.

Os vínculos familiares disfuncionais e a exposição precoce a traumas psicológicos, como abuso físico, emocional e/ou sexual também exercem um importante papel no desenvolvimento deste transtorno.

COMO SE APRESENTA E COMO É CONVIVER COM ESSE TRANSTORNO?

O diagnóstico de TPB é clínico, ou seja, um psiquiatra realiza o diagnóstico com base nas queixas do paciente e sua história clínica. Comumente, pode ser necessária mais de uma consulta para se estabelecer o diagnóstico.

Para um indivíduo ser diagnosticado com TPB, ele deve preencher pelo menos cinco dos seguintes critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - 5), sendo que as manifestações devem ser crônicas, terem surgido antes ou no início da idade adulta e não serem explicadas por outras condições psiquiátricas:

- I. Medo exagerado de ser abandonado.
- II. Instabilidade nos relacionamentos, alternando entre idealização e desvalorização das parcerias.
- III. Problemas com autoimagem.
- IV. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas: abuso de substâncias, gastos, exposição sexual, direção irresponsável e compulsão alimentar.
- V. Recorrência de comportamento e/ou ameaças de automutilação e/ou suicídio.
- VI. Instabilidade afetiva.
- VII. Sensação crônica de vazio.
- VIII. Dificuldade para controlar raiva, que surge de forma intensa e inapropriada.
- IX. Ideação paranóide transitória.

A instabilidade emocional intensa é o aspecto mais característico do TPB, demonstrado por meio de oscilações bruscas de humor, passando por raiva intensa, alegria e tristeza, muitas vezes de forma imprevisível.

Pacientes com TPB demonstram extrema insegurança e dependência nos seus relacionamentos, o que, muitas vezes, prejudica a interpretação das atitudes das pessoas ao seu redor. Assim, os relacionamentos são marcados por discussões e rompimentos frequentes. Além disso, estes indivíduos apresentam menor tolerância a frustrações, muitas vezes reagindo com mudanças de humor ou episódios de automutilação frente a um evento adverso.

Há um grande impacto social e uma necessidade de esses indivíduos utilizarem recursos da saúde com maior frequência. A taxa de mortalidade por suicídio chega a atingir 10%, indicando a importância do acompanhamento psiquiátrico.

O TPB ao longo da vida é caracterizado por frequentes episódios de descontrole e instabilidade. Comumente, entre os 30 e 50 anos muitos pacientes experimentam uma estabilidade emocional.

Aproximadamente, 85% dos pacientes com TPB têm pelo menos um transtorno psiquiátrico associado. Dentre estes, destacam-se a depressão (atingindo cerca de 80% destes indivíduos em algum momento da vida); transtornos de ansiedade (até 88% dos pacientes com TPB); transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); transtornos alimentares (como anorexia nervosa e bulimia nervosa) e transtorno abuso de álcool e de outras drogas.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

O principal tratamento para TPB é a psicoterapia, que pode ser realizada tanto por um psiquiatra quanto por um psicólogo que tenham treinamento para tal. Entretanto, muitas vezes é necessário associar tratamento medicamentoso para controlar os sintomas (principalmente depressivos e ansiosos).

O objetivo do tratamento inclui estabilizar o humor, reduzir a irritabilidade e a sensação crônica de vazio e possibilitar relacionamentos interpessoais e profissionais estáveis. Não se trata de cura, porém de trabalhar características da personalidade que estejam causando sofrimento ao indivíduo.

O tratamento é longo, mas deve ser contínuo. Durante o curso do tratamento, podem haver crises ou agravamento de algum sintoma. Assim, é fundamental o acompanhamento regular para identificação precoce e ajustar a terapêutica para o problema.

Dentre os tipos de terapia em que mais foram observados benefícios, estão a terapia cognitivo-comportamental, terapia comportamental dialética e terapia focada em esquemas.

Na terapia, busca-se aprimorar habilidades sociais por meio de estratégias de controle da impulsividade, da raiva e da redução da sensibilidade a críticas, chances de tentativas de suicídio e identificar a necessidade de idas aos serviços de emergência psiquiátrica.

A associação de medicamentos é necessária quando a pessoa continua a manifestar intensa dificuldade de controlar os sintomas mesmo fazendo psicoterapia, ou quando há algum transtorno psiquiátrico associado (como depressão ou ansiedade por exemplo). As principais classes de fármacos prescritos são os antidepressivos, os estabilizadores de humor e os antipsicóticos.

Além do tratamento psicoterápico e farmacológico, pessoas com TPB podem se beneficiar por meio de uma alimentação saudável e prática regular de atividades físicas.

Pacientes com TPB também podem ser ajudados pelas pessoas com quem se relacionam. Embora conviver com alguém com TPB possa parecer um desafio, existem dicas que ajudam facilitar esse convívio, como estar ciente do transtorno, e que as atitudes realizadas também trazem sofrimento para o indivíduo com TPB. Assim, não se deve levar para o lado pessoal, mas tentar compreender o motivo das crises e procurar preveni-las por meio de um ambiente calmo e sem espaço para desconfianças, além de estimular a busca por tratamento.

Quem convive com pessoas diagnosticadas com TPB pode fazer terapia para aprender a lidar melhor com o outro e consigo. O autoconhecimento e o estabelecimento de estratégias para lidar com as situações que desencadeiam as crises emocionais podem ser trabalhados em terapia, assim como o estabelecimento de limites claros na relação.

QUAIS RISCOS ESSES PACIENTES CORREM?

Os riscos imediatos estão relacionados à impulsividade desses pacientes que os predispõem a situações de risco: alguns pacientes adotam um comportamento autodestrutivo, como comportamento suicida e automutilação. Também há um risco aumentado de abuso de drogas, comportamento sexual de risco e direção imprudente de automóveis.

Já os riscos a longo prazo podem ser percebidos na dificuldade dos relacionamentos interpessoais, com trocas frequentes de emprego ou parceiro, por exemplo.

CURIOSIDADES

Pessoas famosas que foram diagnosticadas com TPB:

- Pete Davidson, comediante do programa “*Saturday Night Live*” (1975), foi diagnosticado com TPB em 2017. Sobre seu diagnóstico, ele declarou que “só porque alguém tem um transtorno mental, não significa que a pessoa não possa ser feliz e estar em um relacionamento”.
- O ex-baixista da banda Weezer, Mikey Welsh, sofria de TPB, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno afetivo bipolar.
- Por mais que não tenha sido provado, muitos acreditam que o famoso pintor holandês Vincent van Gogh tinha personalidade borderline, transtorno afetivo bipolar e epilepsia.

Filmes que retratam o TPB:

- *Garota Interrompida* (1999): Winona Ryder interpreta Susanne, uma escritora usuária de drogas que é internada após uma tentativa de suicídio. Durante sua internação, é diagnosticada com TPB. Entretanto, o abuso de drogas e a ideação suicida não necessariamente dão certeza de que a personagem tivesse o diagnóstico, pois são condições também presentes em diversos outros diagnósticos psiquiátricos
- *Igual a tudo na vida* (2003): Amanda (Christina Ricci) retrata bem a instabilidade da personalidade borderline. A protagonista desiste de um relacionamento para namorar com Jerry (Jason Biggs), com quem vive um relacionamento de idas e vindas e com diversas traições, retratando como as relações afetivas podem ser frágeis e disfuncionais para pessoas borderline. Além disso, Amanda aparece emocionalmente instável em várias cenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM - 5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BOZZATELLO, Paola et al. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough?. **Expert Opinion On Pharmacotherapy**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 47-61, 6 nov. 2019.
- BRÜNE, Martin. Borderline Personality Disorder. **Evolution, Medicine, And Public Health**, [S.L.], v. 2016, n. 1, p. 52-66, 2016.
- CHOI-KAIN, Lois W. et al. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. **Current Behavioral Neuroscience Reports**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 21-30, 3 fev. 2017.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- KULACAOGLU, Filiz; KOSE, Samet. Borderline Personality Disorder (BPD): in the midst of vulnerability, chaos, and awe. **Brain Sciences**, [S.L.], v. 8, n. 11, p. 201-212, 18 nov. 2018.
- LANDEIRA-FERNADEZ, J.; CHENIAUX, Elie. **Cinema e loucura**: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MARQUES, Sofia; BARROCAS, Daniel; RIJO, Daniel. Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: uma revisão das terapias de base cognitivo-comportamental. **Acta Médica Portuguesa**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 307-319, 28 abr. 2017.
- MAZER, Angela K.; MACEDO, Brisa Burgos D.; JURUENA, Mário Francisco. Personality disorders. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, [S.L.], v. 50, n. 1, p. 85-97, 4 fev. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA).
- PARIS, Joel. Suicidality in Borderline Personality Disorder. **Medicina**, [S.L.], v. 55, n. 6, p. 223-229, 28 maio 2019.
- PRADA, Paco et al. Strategies to Deal With Suicide and Non-suicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder, the Case of DBT. **Frontiers In Psychology**, [S.L.], v. 9, p. 21-30, 17 dez. 2018.
- SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SCHESTATSKY, Sidnei Samuel. **Fatores ambientais e vulnerabilidade ao transtorno de personalidade borderline**: um estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculos parentais percebidos em uma amostra brasileira de pacientes mulheres. 2005. 345 p. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CAPÍTULO 11

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

Júlia Araujo de Medeiros

Júlia Alencar Alves do Nascimento

João Chaves Hiluy

O QUE É?

O Transtorno de ansiedade social – também conhecido como Fobia Social – é um transtorno caracterizado por um medo ou ansiedade anormal quando o indivíduo é exposto a situações sociais, nas quais estão sujeitos a uma possível "avaliação" de outros indivíduos. Podemos citar como exemplo a apresentação de trabalhos e aulas, comer em público, encontrar pessoas pela primeira vez, ou ter que manter uma conversa com desconhecidos. Esse medo e ansiedade são desproporcionais, tem duração maior que 6 meses, e o paciente acaba evitando situações nas quais tenha que se expor.

COMO OCORRE?

Uma complexa interação entre influência genética e biológica, temperamento, fatores cognitivos, relacionamentos com pares e pais, eventos adversos da vida e variáveis culturais são responsáveis pelo desenvolvimento do transtorno.

COMO SE APRESENTA?

- As pessoas temem exposições sociais em que são observados. Há sensação de constante julgamento, possibilidade de humilhação e constrangimento, causando medo e ansiedade.
- Há um medo excessivo, a maioria das pessoas não ficariam tão apavoradas em situações semelhantes, por isso, eles se esquivam de se expor.

- A ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, tremor, suor, taquicardia, imobilidade, podem se encolher, agarrar pessoas confiáveis e até ter atitudes violentas.
- São alguns exemplos de situações temidas e evitadas:
 - Falar em público
 - Comer em público ou na companhia de outras pessoas
 - Conhecer novas pessoas
 - Apresentar-se perante o público (como ler em voz alta ou tocar um instrumento musical)
 - Assinar um documento diante de testemunhas
 - Usar um banheiro público

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

A fobia social persiste caso não seja tratada, levando a prejuízo significativo ao longo da vida. Assim, o tratamento deve ser realizado o mais cedo possível. O tratamento do transtorno de ansiedade social inclui a combinação de técnicas de psicoterapia cognitivo comportamental associadas ao tratamento medicamentoso.

Na terapia cognitivo comportamental, o indivíduo irá desenvolver habilidades como usar técnicas de relaxamento, identificar padrões de pensamento e comportamento que podem desencadear ansiedade e ajustar esses padrões de pensamento, além de modificar seu comportamento adequadamente.

O tratamento medicamentoso de primeira linha é realizado com remédios da classe dos antidepressivos, que são extremamente eficazes em sintomas ansiosos. Em paralelo, o médico irá considerar a necessidade do uso pontual de ansiolíticos (como em situações específicas associadas a intensa ansiedade). O tratamento é de longo prazo, e o médico avaliará constantemente as doses e o tempo de tratamento.

A participação da família é essencial para o tratamento do indivíduo com fobia social. Assim, é fundamental que os familiares compreendam o transtorno e incentivem o tratamento.

Mais uma vez, devemos lembrar que a fobia social é um transtorno crônico e pode trazer prejuízos graves a qualidade de vida do indivíduo. O tratamento possibilita uma melhora da qualidade de vida daqueles diagnosticados.

COMO CONVIVER?

A fobia social pode ser diagnosticada em crianças, adolescentes ou em adultos, e é menos comum com o passar da idade. A maioria dos casos tem o diagnóstico em média de 8 a 15 anos de idade e as mulheres são mais acometidas que homens.

Muitas vezes são julgados como ansiosos, amedrontados e malucos, geralmente por desconhecimento da população de que se trata de um problema psicológico. Assim, podem ter prejuízos no desempenho acadêmico, profissional e social, impedindo até as atividades de lazer. Esse medo excessivo e ansiedade fazem muito mal para a pessoa, e contribui para o surgimento de outros transtornos, como: transtornos alimentares ou de ansiedade.

Assim, a busca por um profissional de saúde ao perceber os sintomas leva a um diagnóstico precoce, acelera o tratamento e minimiza os prejuízos no dia a dia do paciente.

Os amigos e familiares apresentam um papel fundamental neste processo, pois, ao reconhecer e entender que não se trata de uma simples "vergonha", devem apoiar e incentivar o tratamento desta condição.

QUAIS OS RISCOS PARA ESSE PACIENTE?

Estudos demonstram que a fobia social afeta praticamente todos os aspectos da vida do indivíduo, prejudicando de forma significativa a qualidade de vida por meio das áreas das relações afetivas, autocuidado e desempenho escolar.

Associado a isso, estudos denotam a frequente taxa de desemprego em indivíduos com transtorno de ansiedade social, em decorrência de prejuízos e faltas relacionadas à doença. Ademais, a fobia social está relacionada a limitações profissionais e, conseqüentemente, limitações financeiras.

Há também uma associação entre fobia social e abandono escolar. Um estudo, por exemplo, evidenciou que, dentre os participantes, 48,8% dos portadores de transtorno de ansiedade social abandonaram a escola precocemente devido ao nervosismo em sala de aula ou na escola.

Estudos demonstram também uma menor satisfação com a vida e percepção de bem-estar em indivíduos com fobia social do que em pessoas sem o transtorno. Tal fato é

corroborado uma vez que a depressão é uma complicação frequente entre aqueles que tem o diagnóstico de transtorno de ansiedade social. Cerca de 35% dos pacientes analisados em pesquisas apresentaram, pelo menos, um episódio de depressão durante a sua vida.

A fobia social é uma condição subdiagnosticada e desconhecida para grande parte da população, favorecendo a cronificação e o maior uso de serviços de saúde. Assim, há necessidade de maior esclarecimento sobre o transtorno entre a população.

CURIOSIDADES

Artistas como Jonny Deep e Adele afirmaram terem sido diagnosticados com fobia social quando eram mais jovens. Ambos relataram que ao serem expostos a situações sociais ficavam nervosos, ansiosos e se sentiam extremamente desconfortáveis, afirmando uma sensação de constante julgamento. Após tratamento adequado com profissionais e ajuda de familiares, ambos se expõem a performances e gravações frente a milhares de pessoas, sendo bons exemplos de superação. Quando questionados, tentam conscientizar da gravidade e estimulam a busca por profissionais a fim de minimizar as consequências do transtorno.

Alguns filmes retratam o transtorno de ansiedade social no cinema. Dentre eles, citamos: *“Sonhos de um sedutor”* (1972), *“Adaptação”* (2002) e *“Laura, a voz de uma estrela”* (1998).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELICO, Antonio; CRIPPA, José; LOUREIRO, Sonia. FOBIA SOCIAL E HABILIDADES SOCIAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Interações em Psicologia*, [S. l.], p. 10-12, 15 ago. 2019.

ITO, Ligia et al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Braz. J. Psychiatry*, [S. l.], p. 40-45, 30 out. 2018.

MENEZES, Gabriela et al. [Treatment-resistant anxiety disorders: social phobia, generalized anxiety disorder and panic disorder]. *Braz J Psychiatry* ., [S. l.], p. 55-60, 6 ago. 2018.

MORAIS, Luciene Vaccaro de; CRIPPA, José Alexandre S; LOUREIRO, Sonia Regina. Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul*.

OLIVARIES, Jose et al. The contribution of the therapist,s competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema*, Spain, v. 26, ed. 4, 2014.

PEREIRA SM, Moura Lourenço L. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2012

RODRIGUEZ, José et al. [Sociodemographic and psychological features of social phobia in adolescents]. *Psicothema* , [S. l.], p. 207 - 212, 18 maio 2016.

RODRIGUES, Maria Dilene da Silva et al. Transtorno de Ansiedade Social no Contexto da Aprendizagem Baseada em Problemas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Fortaleza, v. 43, Jan-Mar 2019

SALAS, Gabriel Felipe pena; BARENO, Jose; FERNANDEZ, Dedsy Yajaira Berbesi; GAVIRIA, Silvia L. Prevalence of Alcohol Abuse and Dependence in Adults With Social Phobia in Medellin. *Prevalence of Alcohol Abuse and Dependence in Adults With Social Phobia in Medellin*, Spain, v. 43, p. 66-72, April-June 2014

WERSEBE, Hanna et al. Well-being in major depression and social phobia with and without comorbidity. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, [s. l.], v. 18, p. 201-208, 6 ago. 2018

CAPÍTULO 12

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Pedro Henrique de Santana Pereira

Ana Laryssa Miranda Rios

Cláudio Manuel Gonçalves da Silva Leite

O QUE É?

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno mental crônico caracterizado por variações de humor entre fases de depressão e mania (popularmente conhecida como “euforia”). Essas mudanças podem ser bruscas, mas a gravidade e a duração de cada episódio são bastante variáveis. As fases de mania são caracterizadas por aumento das expressões emocionais do indivíduo, humor exaltado, expansivo ou irritável, aumento da atividade motora e da energia, redução da necessidade de sono e comportamento desinibido. Por outro lado, as fases de depressão são marcadas por tristeza profunda, crises de choro, insônia, redução do apetite e pensamentos negativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem cerca de 140 milhões de pessoas vivendo no mundo com transtorno afetivo bipolar.

COMO OCORRE?

O TAB é um distúrbio complexo e multifatorial. Em relação aos fatores biológicos, ocorrem alterações em diversas substâncias químicas do sistema nervoso central, como serotonina, noradrenalina, dopamina e fator neurotrófico derivado do cérebro, seja em aumento ou diminuição dos seus níveis. Além disso, existem fatores genéticos representados por uma maior chance de um indivíduo apresentar desenvolver TAB se houver familiares de primeiro grau com a doença. Além disso, momentos estressantes na vida dos pacientes podem desencadear episódios da doença, como dificuldades socioeconômicas, perda de parentes e término de relacionamento.

COMO SE APRESENTA?

Durante a fase depressiva, os pacientes apresentam, durante vários dias seguidos, sintomas de tristeza contínua, isolamento, choro frequente, alterações do sono, lentidão dos movimentos e dos pensamentos, ideias de desesperança, vontade de morrer, redução da libido e diminuição ou aumento do apetite. Quando a doença começa com um episódio depressivo, o diagnóstico pode ser feito de forma equivocada. Nas fases de mania, os pacientes demonstram alegria ou irritabilidade excessivas, ideias de grandeza, sensação de que são capazes de tudo ou têm superpoderes, pensamentos acelerados, redução da necessidade de sono. Nesses momentos, os pacientes podem adotar comportamentos de risco, como manter relações sexuais desprotegidas, dirigir sob efeito de álcool ou usar drogas em excesso. Nesse contexto, é fundamental o acompanhamento próximo da equipe e da família para reconhecer e tratar precocemente os sintomas a fim de prevenir situações de perigo para o paciente e pessoas próximas.

COMO AJUDAR OS PACIENTES?

O TAB é bastante complexo e o primeiro passo para ajudar o paciente é realizar o diagnóstico o mais cedo possível, levando-o para avaliação médica. Além disso, deve-se planejar o tratamento medicamentoso dos episódios de depressão ou mania, com o objetivo de controlar os sintomas de humor. Os pacientes devem ser tratados com medicações estabilizadoras do humor, como carbonato de lítio, ácido valpróico ou carbamazepina. Alguns pacientes também precisam de medicações antipsicóticas, como olanzapina, quetiapina, haloperidol e risperidona. Ademais, tanto o paciente quanto as pessoas do seu convívio precisam conhecer a doença e entender os sintomas para auxiliar no projeto terapêutico. Mesmo após o controle do episódio de depressão ou de mania, é importante continuar o tratamento farmacológico. Esse tratamento de manutenção deve ser iniciado após a melhora dos sintomas agudos e objetiva prevenir a recorrência de novos episódios. Os pacientes devem ser acompanhados por um médico psiquiatra, que prescreverá as medicações necessárias para controlar os sintomas e coordenará o projeto terapêutico. O tratamento medicamentoso é a principal forma de tratar o TAB, mas a formação do vínculo entre a equipe de saúde e o paciente é essencial para que ele siga o plano evitando o abandono do tratamento. As psicoterapias sempre devem ser associadas

ao tratamento farmacológico, considerando que o estresse está associado a recorrência e piora dos sintomas. A psicoeducação ajuda o paciente a entender melhor sua doença e a lidar com ela, e qualquer profissional da saúde pode conduzi-la. O envolvimento da família ou de amigos no processo é muito importante tanto para auxiliar os indivíduos nas crises agudas, quanto para supervisionar a adesão ao tratamento farmacológico. Em alguns casos de episódios maníacos mais intensos, envolvendo agitação ou outros comportamentos nos quais o paciente possa ser risco para si mesmo e para as pessoas ao redor, ou em episódios depressivos mais graves com risco de suicídio, a internação hospitalar pode ser necessária e isso será uma decisão do médico responsável em conjunto com a família. É essencial que os pacientes e as famílias entendam a doença, reconheçam o início das crises para procurar atendimento o mais rápido possível e saibam a importância de não abandonar o tratamento para evitar novas crises.

COMO É CONVIVER COM O TRANSTORNO?

Geralmente os primeiros sintomas surgem entre 17 e 21 anos, impactando no desenvolvimento do indivíduo que ingressa na vida adulta. A doença ocasiona dificuldades interpessoais, educacionais e profissionais que podem gerar prejuízos diversos. Assim, o foco do tratamento deve ser diminuir a quantidade de crises e procurar melhorias em curto e longo prazo, diminuindo o impacto da doença e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Alguns fatores associados a pior evolução da doença são: eventos estressantes ao longo da vida (traumas, perdas, dívidas); uso de substâncias psicoativas; pouca adesão ao tratamento; presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas. Conviver com o TAB também é difícil para os familiares, principalmente durante os episódios agudos, pois os pacientes podem apresentar comportamentos difíceis de controlar, além de riscos para si e para terceiros.

QUAIS RISCOS ESSES PACIENTES CORREM?

Os pacientes podem ter períodos de recidiva e agravamento dos sintomas, expondo a si ou terceiros a riscos diversos, como suicídio ou agressividade. Além disso, os pacientes possuem frequentemente outros transtornos associados, como ansiedade ou dependência química. Há risco aumentado para suicídio, principalmente durante os

episódios de depressão. Além disso, os pacientes podem ficar agressivos ou se expor a riscos nos episódios de mania.

CURIOSIDADES

Algumas obras do cinema abordam o TAB, como *“Spin Out”* (2020, Netflix); *“O lado bom da vida”* (2012); *“Mad World”* (2016); e *“Mr. Jones”* (1993). Vale lembrar que se tratam de obras de ficção e alguns aspectos da doença podem não ser completamente condizentes com a realidade. Mel Gibson e Carrie Fisher são astros do cinema que relataram ser portadores de TAB.

VOCÊ SABIA?

A data de 30 de março foi escolhida como o dia mundial do transtorno bipolar, além de ser o aniversário do pintor holandês Van Gogh, que sofria da mesma doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Seção II, p. 123-139.

A, Kari et al. Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15 de março, 2016. Vol 193. p. 318-330.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

HARRISON, P.J. et al. Esquizofrenia Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1366, p.76-89,2016.

KAPLAN, HI. & SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017. 8, p. 347-386.

M. Valtonen, Hanna et al. Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, Finlândia, 11 de julho, 2006. Vol. 97, Edições 1-3, p. 101-107.

NA, Lena et al. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. Revista Brasileira de Psiquiatria, 31 de setembro, 2009. Vol. 31. 3ª Ed, p. 271-280.

CAPÍTULO 13

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Renan Miranda Mateus

Mariana Vieira Pinheiro

Cláudio Manuel Gonçalves da Silva Leite

O QUE É?

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) faz parte de um grupo de transtornos mentais relacionados ao trauma e outros estressores. Nesse distúrbio, o paciente responde à ocorrência de um trauma com sintomas de ansiedade, depressão, medo, lembranças perturbadoras e pesadelos frequentes, que aparecem semanas ou meses após a ocorrência do evento traumático. Estudos americanos apontam que cerca de 8% da população apresenta esse diagnóstico em algum momento ao longo da vida. Nos veteranos de guerra a incidência pode subir para até 30%. O transtorno é mais comum em adultos jovens e pessoas cuja profissão envolve exposição traumática, como policiais, militares, bombeiros e socorristas.

COMO OCORRE?

Para o desenvolvimento do transtorno, é necessário, além da presença de um evento estressor grave, a interação entre diversas variáveis. São exemplos de fatores associados ao quadro: maior gravidade, duração e proximidade da exposição ao trauma; histórico de traumas prévios na infância ou adolescência; parente de primeiro grau afetado por TEPT ou outros transtornos mentais; e baixo suporte sócio-familiar. As pessoas com TEPT têm alterações no sistema cerebral noradrenérgico, que é responsável pelos sintomas de medo, ansiedade, palpitações e sudorese, e no sistema neuro-hormonal constituído por hipotálamo, hipófise e glândula adrenal. Quando alguém passa por um trauma, ocorre a produção de adrenalina, noradrenalina e cortisol. As pessoas que desenvolvem TEPT continuam com essas substâncias em níveis alto meses após a

exposição ao evento estressor ter acabado, o que explica, em parte, os sintomas do transtorno.

COMO SE APRESENTA?

Os traumas que levam ao TEPT geralmente implicam em perigo real de morte para si ou para terceiros. Alguns exemplos são acidentes, batalhas, guerras, estupros, roubos, torturas, sequestros, incêndios e outras violências graves. É importante lembrar que o paciente não precisa necessariamente ter sofrido diretamente esses traumas, ele pode tão somente ter testemunhado o evento, ter tido conhecimento do episódio envolvendo alguém próximo ou ter sido exposto recorrentemente aos detalhes do que aconteceu. Os sintomas de TEPT geralmente duram mais do que um mês, causando prejuízo social e ocupacional à pessoa. Podem ocorrer lembranças frequentes e involuntárias do evento traumático; pesadelos relacionados ao trauma; e *flashbacks* em que o indivíduo age sente como se estivesse revivendo o trauma. Além disso, em virtude do grande sofrimento relacionado a situações, objetos ou pessoas relacionados ao trauma, os pacientes fazem esforço para evitar tudo que possa estar associado. São comuns alterações na cognição e humor, como incapacidade de lembrar do trauma; crenças negativas sobre si mesmo; culpar a si mesmo pelo evento; estado de medo, pavor, culpa ou vergonha constante; pouco interesse em outras atividades; distanciamento nas relações interpessoais; e incapacidade de sentir boas emoções (felicidade, alegria, amor). Também acontecem alterações na forma que o indivíduo reage a estímulos, como surtos de raiva intensos, com agressão verbal ou física; comportamento inadequado e perigoso (ex.: dirigir em alta velocidade); dificuldade em se concentrar; e sono perturbado (dificuldade de iniciar ou manter o sono, acordar várias vezes a noite). É importante ressaltar que alguns indivíduos não apresentam esse quadro clínico imediatamente após o evento traumático, podendo apresentar depois de seis meses.

COMO AJUDAR ESSES PACIENTES?

O tratamento é baseado na psicoterapia e na farmacoterapia. Quanto à psicoterapia, as abordagens mais recomendadas são terapia cognitiva, cognitivo-comportamental, cognitivo processual e terapia de exposição prolongada. Todas visam

redefinir a forma como o paciente entende e reage aos fatores estressores que ocasionam ou intensificam os sintomas do TEPT. O tratamento medicamentoso é feito com fármacos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ex.: sertralina, paroxetina, fluoxetina) ou inibidores seletivos da recaptação da serotonina e da noradrenalina (ex.: venlafaxina, desvenlafaxina). A meditação e o exercício físico podem trazer benefícios no controle do estresse.

COMO É CONVIVER COM ESSE TRANSTORNO?

Os sintomas do transtorno podem iniciar semanas ou meses após o trauma e podem durar vários anos. Alguns fatores podem piorar o quadro, como a ocorrência de uma nova exposição a situação semelhante. A pessoa com TEPT deve viver em um ambiente com apoio social e ajuda familiar, além de evitar estressores adicionais. Os sintomas do transtorno podem causar prejuízo importante na vida cotidiana, no trabalho ou nos estudos, mas o tratamento adequado geralmente leva ao controle correto dos sintomas.

QUAIS RISCOS OS PACIENTES CORREM?

A presença do transtorno isoladamente aumenta a possibilidade de o paciente realizar tentativas de suicídio e desenvolver outros transtornos mentais, como depressão, ansiedade, pânico e dependência química. Na ausência de tratamento, há risco de cronificação e agravamento dos sintomas. O TEPT pode ser uma causa de dificuldade para realizar atividades de lazer, manter relações sociais saudáveis e executar atividades laborais, razão pela qual é essencial buscar ajuda médica e psicológica.

CURIOSIDADES

Antigamente, o TEPT era conhecido como “neurose traumática”. A ocorrência do quadro foi descrita em soldados que lutaram na 2ª Guerra Mundial e na Guerra do Vietnã. A cantora e compositora Lady Gaga desenvolveu transtorno do estresse pós-traumático após ser estuprada aos 19 anos. Após ganhar fama e visibilidade, organizou uma fundação

chamada “*Born This Way*”, que conta a história da cantora, arrecada doações e desenvolve programas para ajudar pessoas em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Washington, DC: Author.

Mann SK, Marwaha R. Posttraumatic Stress Disorder. 2021 Feb 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 32644555.

MARI, J.D.J.; KIELING, C. *Psiquiatria na Prática Clínica*. São Paulo: Editora Manole, 2014. 9788520439326. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520439326/>. Acesso em: 18 May 2021.

Miguel, E. C. *Clínica psiquiátrica: os fundamentos da psiquiatria, volume 1 - 2a ed.* São Paulo: Editora Manole, 2020. 9786555764109. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555764109/>. Acesso em: 18 May 2021

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Seppälä EM, Nitschke JB, Tudorascu DL, Hayes A, Goldstein MR, Nguyen DT, Perlman D, Davidson RJ. Breathing-based meditation decreases posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. military veterans: a randomized controlled longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2014 Aug;27(4):397-405. doi: 10.1002/jts.21936. PMID: 25158633; PMCID: PMC4309518.

CAPÍTULO 14

SUICÍDIO

Júlia Araujo de Medeiros

Júlia Alencar Alves do Nascimento

Claudio Manuel Goncalves da Silva Leite

O QUE É?

Suicídio é a morte diretamente provocada pelo próprio indivíduo, que agiu com intenção clara de tirar sua vida. Considerado um grave problema de saúde pública global, o suicídio ocasiona a perda de mais de um milhão de vidas por ano, sobretudo entre jovens. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio é de aproximadamente 5 a cada 100.000 habitantes.

O suicídio é um ato que reflete desespero, angústia, medo, tristeza e desesperança. Antes de cometer uma tentativa, a pessoa geralmente deixa “pistas” que revelam os pensamentos de querer se matar. Por exemplo, o indivíduo pode escrever uma mensagem de despedida, organizar a divisão da sua herança ou ainda declarar abertamente que gostaria de morrer. É importantíssimo que tais sinais sejam reconhecidos precocemente para evitar a concretização do suicídio através de ajuda profissional.

FATORES DE RISCO

O comportamento suicida é indicado por variados fatores sociais, demográficos, familiares, clínicos, biológicos e genéticos. Tais fatores podem ser divididos em predisponentes, que tornam a pessoa mais vulnerável ao suicídio, e precipitantes, que atuam como desencadeantes diretos da tentativa.

Fatores predisponentes	Fatores precipitantes
- Gênero masculino	- Ruptura de relação afetiva

<ul style="list-style-type: none">- Adulto jovem ou idoso- Solteiro, viúvo ou divorciado- Desemprego ou aposentadoria- Grupo minoritário- Tentativa prévia de suicídio- Transtornos mentais- Uso de álcool e outras substâncias- Doenças clínicas crônicas- Histórico de violência na infância- Histórico de suicídio na família	<ul style="list-style-type: none">- Estado de luto- Internação psiquiátrica recente- Situação de rejeição social- Perturbações do ambiente familiar- Perdas financeiras importantes- Gestação indesejada
---	---

Os problemas de saúde mental mais associados ao suicídio são depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, transtorno bipolar, esquizofrenia e transtornos relacionados ao uso de substâncias.

FATORES DE PROTEÇÃO

São fatores que reduzem o risco de suicídio, pois conferem à pessoa em sofrimento uma sensação de apoio, esperança, fortaleza e acolhimento. Por exemplo, podemos citar:

- Adequado suporte social
- Relações de amizade
- Bom vínculo familiar
- Gestação desejada
- Paternidade ou maternidade
- Religiosidade
- Emprego
- Atividades físicas

COMO RECONHECER ALGUÉM QUE ESTÁ PENSANDO EM COMETER SUICÍDIO?

Existem diversos comportamentos ou atitudes que revelam o pensamento de suicídio. Por exemplo, é necessário ficar atento àquela pessoa que está isolada e deixou de frequentar a escola ou o trabalho com regularidade. Além disso, o indivíduo deixa de praticar as atividades de lazer que normalmente gostava de praticar, como ir ao shopping ou encontrar amigos. Igualmente, uma mudança nos padrões de sono ou apetite pode indicar um estado de sofrimento psíquico.

Quando alguém está pensando em cometer suicídio pode se dedicar à realização de tarefas para concluir assuntos pendentes. Por exemplo, visitar um familiar que não encontrava há muito tempo, elaborar testamentos, partilhar bens, doar objetos pessoais e quitar pequenas dívidas.

Outro sinal de alarme importante é a ameaça verbal clara. Muitos indivíduos com pensamentos de suicídio revelam suas intenções para um amigo, médico ou familiar por meio de frases como “seria melhor se eu não existisse”, “não sinto mais ânimo de viver” ou “eu gostaria de desaparecer”. É importante não interpretar tais expressões como “uma forma de chamar a atenção”, mas como um pedido genuíno de ajuda. O interlocutor deve demonstrar disponibilidade para ajudar e acolher o sofrimento, além de sempre estimular a busca de auxílio profissional com um psiquiatra ou psicólogo.

O QUE FAZER APÓS UMA TENTATIVA DE SUICÍDIO?

Os responsáveis sempre devem procurar profissionais de saúde para prestar auxílio médico e suporte emocional à pessoa que tentou suicídio. Um acompanhamento regular com psicólogo e psiquiatra sempre deve ser empreendido. Ademais, um tratamento farmacológico pode ser considerado se existirem sinais de depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia ou outros transtornos mentais. Os casos com alto risco de recidiva precisarão de internação psiquiátrica, conforme avaliação médica especializada.

O QUE FAZER QUANDO O SUICÍDIO É CONCRETIZADO?

O falecimento por suicídio é sempre muito traumático para os amigos e familiares. Além de enfrentar a dor da perda de um ente querido, precisam lidar com o sentimento de culpabilidade, a autocobrança e o preconceito de algumas pessoas.

O sofrimento gerado pelo suicídio de um ente querido é um fator de risco para o surgimento de um transtorno mental, por isso os familiares e amigos devem procurar apoio psicoterápico para auxiliar no processamento da perda.

A superação dos desafios é de extrema importância para a reconstrução de uma vida saudável. Muitos familiares e amigos apoiam-se na fé, que é um fator essencial para a ressignificação da perda, conforme demonstram diversos estudos.

O apoio psicológico e psiquiátrico para o enfrentamento desse período conturbado é imprescindível. São igualmente necessários o acolhimento do indivíduo enlutado e o respeito à singularidade do momento.

CURIOSIDADE

Em 1774, o escritor alemão Goethe publicou o clássico da literatura mundial “*Os sofrimentos do jovem Werther*”. Nesse romance, o personagem principal comete suicídio após não ser possível concretizar o grande romance de sua vida, uma vez que ela fora prometida a outro homem. Após sua publicação, jovens da época passaram a imitar o jovem personagem, adotando seus gestos, trajando roupas semelhantes e chegando a cometer suicídio. A partir do estudo desse fenômeno, a literatura científica descreveu o “Efeito Werther”, que designa uma onda de suicídios copiados, por imitação. Para evitar essa repercussão negativa, recomenda-se evitar a romantização do ato suicida ou a descrição do suicídio como uma atitude “redentora” em livros, filmes e notícias de jornal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) possui um manual para profissionais da mídia, com recomendações sobre a divulgação de notícias envolvendo suicídio. O manual pode ser facilmente consultado no website da OMS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnett J. Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In: Bridging Cultural and Developmental Approaches to Psychology: New Synthesis in Theory, Research, and Policy New York: Oxford University Press; 2011. p. 255-275

Bertolote JM, Fleischmann A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: D Wasserman and C Wasserman (eds.). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press. p.91-98

Caballo VE. Manual de Avaliação E Treinamento Das Habilidades Sociais São Paulo: Ed. Santos; 2003

DUTRA, Kassiane et al. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. Rev. Bras. Enferm., [S. l.], v. 71 (suppl 5) • 2018, p. 06 - 15, 11 jun. 2019.

Dutra-Thomé L, Koller SH, Dutra-Thomé L, Koller SH. Emerging Adulthood in Brazilians of Differing Socioeconomic Status: Transition to Adulthood. Paidéia (Ribeirão Preto) 2014; 24(59):313-322.

Menegon GL, Piccin J, Caldieraro MA, Fleck MPA. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Carvalho AF. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2014

PEREIRA, Anderson et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 71 (suppl 5) • 2018, p. 112 - 126, 9 jan. 2019.

Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia (Campinas) 2008; 25(3):405-416

SOBRE OS ORGANIZADORES

JOAO CHAVES HILUY

Psiquiatra. Pesquisador do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB/UFRJ. Professor do curso de Medicina do Centro Universitário Christus.

CLÁUDIO MANUEL GONÇALVES DA SILVA LEITE

Ex Diretor técnico do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Concluiu residência médica em psiquiatria no Hospital Universitário Walter Cantídio (2017) e mestrado em farmacologia na Universidade Federal do Ceará (2019). Pós graduado em psiquiatria forense pela Universidade de São Paulo (2021). Obteve diploma de formação médica especializada em psiquiatria na Universidade Paris Sud (2017). Professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina da Unichristus.

ISBN 978-655376070-7



9

786553

760707