SAÚDE em Questão

Bem-estar Físico, Mental e Social

v.1 | 2023

Jader Silveira (Org.)

Editora UNIESMERO

SAÚDE em Questão

Bem-estar Físico, Mental e Social

v.1 | 2023

Jader Silveira (Org.)

Editora UNIESMERO

2023 – Editora Uniesmero

www.uniesmero.com.br

uniesmero@gmail.com

Organizador

Jader Luís da Silveira

Editor Chefe: Jader Luís da Silveira

Editoração e Arte: Resiane Paula da Silveira

Imagens, Arte e Capa: Freepik/Uniesmero

Revisão: Respectivos autores dos artigos

Conselho Editorial

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF

Me. Elaine Freitas Fernandes, Universidade Estácio de Sá, UNESA

Me. Laurinaldo Félix Nascimento, Universidade Estácio de Sá, UNESA

Ma. Jaciara Pinheiro de Souza, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Dra. Náyra de Oliveira Frederico Pinto, Universidade Federal do Ceará, UFC

Ma. Emile Ivana Fernandes Santos Costa, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Me. Rudvan Cicotti Alves de Jesus, Universidade Federal de Sergipe, UFS

Me. Heder Junior dos Santos, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP

Ma. Dayane Cristina Guarnieri, Universidade Estadual de Londrina, UEL

Me. Dirceu Manoel de Almeida Junior, Universidade de Brasília, UnB

Ma. Cinara Rejane Viana Oliveira, Universidade do Estado da Bahia, UNEB

Esp. Jader Luís da Silveira, Grupo MultiAtual Educacional

Esp. Resiane Paula da Silveira, Secretaria Municipal de Educação de Formiga, SMEF

Sr. Victor Matheus Marinho Dutra, Universidade do Estado do Pará, UEPA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Silveira, Jader Luís da

S587s Saúde em Questão: Bem-estar Físico, Mental e Social - Volume 1 / Jader Luís da Silveira (organizador). – Formiga (MG): Editora Uniesmero, 2023. 142 p. : il.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5492-014-8
DOI: 10.5281/zenodo.8126765

1. Saúde. 2. Bem Estar. 3. Doença e Prevenção. I. Silveira, Jader Luís da. II. Título.

CDD: 613
CDU: 614

Os artigos, seus conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam responsabilidade de seus autores.

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Editora Uniesmero
CNPJ: 35.335.163/0001-00
Telefone: +55 (37) 99855-6001
www.uniesmero.com.br
uniesmero@gmail.com
Formiga - MG
Catálogo Geral: https://editoras.grupomultiatual.com.br/

Acesse a obra originalmente publicada em:
https://www.uniesmero.com.br/2023/07/saude-em-questao-bem-estar-fisico.html

AUTORES

ABRAÃO CARNEIRO DO CARMO RODRIGUES
ALAN JOSÉ ALCÂNTARA DE FIGUEIREDO JÚNIOR
ALINE OST DOS SANTOS
ANA GABRIELA NASCIMENTO DA SILVA
ANA THEREZA CAVALCANTI ROCHA
ANDRÉ PACHECO COSTACURTA
BRUNA CRISTIANE FURTADO GOMES
BRUNO ANDREOLLI GAMES
CAIO ROBERTO VIANA ARAÚJO
CAMILA SOUZA OLIVEIRA
CARLOS EDUARDO IZAGUIRRE DA SILVA
CENIR GONÇALVES TIER
CLEIA SANTIAGO CANUTO
GUILHERME RIBEIRO FERREIRA
JENNIFER TAMARA DE OLIVEIRA GUIMARÃES
JOÃO LUCAS DE MORAES DIAS
JOÃO VICTOR PARO
LARISSA PALASON
LARISSA SOARES ORNELLAS
LUAN MAGALHÃES ARAÚJO BORGES
LUCAS DE FARO BRAGHETTA SOARES
LUCIANA SANT' ANA DE SOUZA
LUIS FELIPE BORGES CORRÊA
MARIANA OZORES PEREZ BRAMBILLA
MARLÂNIA VIEIRA FREIRE
NATHALIA BRUM CAVALCANTI
NICOLE MOREIRA CUNHA
SILAS BEZERRA DA SILVA
SIMONY FABÍOLA LOPES NUNES
TAYNÁ CARRASCO RAINHO LEITE
THALYA PEREIRA PAULA DE OLIVEIRA
VITÓRIA RESENDE LOPES

APRESENTAÇÃO

A obra "Saúde em Questão: Bem-estar Físico, Mental e Social" explora os fundamentos e as interações complexas entre os diferentes aspectos da saúde humana, buscando compreender o papel essencial que o bem-estar físico, mental e social desempenha em nossas vidas.

No mundo acelerado e exigente em que vivemos, é fundamental reconhecer a importância de cuidar de nossa saúde de forma integral. Não podemos mais negligenciar nenhum dos pilares que sustentam nosso bem-estar. A saúde não se restringe apenas à ausência de doenças físicas, mas abrange a harmonia entre corpo, mente e as conexões que estabelecemos com o mundo ao nosso redor.

Este livro busca desvendar os mistérios e oferecer uma visão abrangente sobre as complexidades da saúde humana. Por meio de uma abordagem baseada em evidências científicas e pesquisas recentes, iremos explorar tópicos que vão desde os fundamentos da fisiologia até os desafios enfrentados no âmbito social e mental.

Esta obra tem como objetivo proporcionar a você, leitor, uma compreensão aprofundada sobre a importância da saúde integral e como cada aspecto está intrinsecamente ligado aos demais. Espero que ele inspire você a tomar medidas para cuidar de sua saúde física, mental e social, bem como a promover mudanças positivas em sua vida e na vida daqueles ao seu redor.

Desejo-lhe uma jornada instigante por este livro, repleta de descobertas e insights que o ajudarão a trilhar o caminho para uma vida mais saudável e plena.

SUMÁRIO

Capítulo 1 **EFLÚVIO TELÓGENO COMO COMPLICAÇÃO DA COVID-19: REVISÃO DE LITERATURA** ***Guilherme Ribeiro Ferreira; Mariana Ozores Perez Brambilla; Tayná Carrasco Rainho Leite***	**8**
Capítulo 2 **BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE LÚDICA EM COMPONENTES COGNITIVOS DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA** ***Jennifer Tamara de Oliveira Guimarães; Ana Gabriela Nascimento da Silva; Camila Souza Oliveira; Marlânia Vieira Freire; Thalya Pereira Paula de Oliveira; Simony Fabíola Lopes Nunes***	**20**
Capítulo 3 **O ESTATUTO CONCEITUAL DA MELANCOLIA NA TEORIA PSICANALÍTICA** ***Abraão Carneiro do Carmo Rodrigues; Larissa Soares Ornellas***	**32**
Capítulo 4 **PROGNÓSTICO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE BEXIGA: REVISÃO DE LITERATURA** ***Guilherme Ribeiro Ferreira; João Lucas de Moraes Dias***	**56**
Capítulo 5 **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NOTIFICADOS POR TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO ENTRE OS ANOS DE 2017 A 2021 NO TOCANTINS** ***Caio Roberto Viana Araújo; Luis Felipe Borges Corrêa; Nathalia Brum Cavalcanti; Nicole Moreira Cunha; Vitória Resende Lopes; Luciana Sant' Ana de Souza***	**74**
Capítulo 6 **FATORES DE RISCO PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES COM COVID-19 (ETHIC), SALVADOR, BAHIA, BRASIL, 2021** ***Luan Magalhães Araújo Borges; Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior; Ana Thereza Cavalcanti Rocha***	**89**
Capítulo 7 **A FORMAÇÃO INICIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA** ***Carlos Eduardo Izaguirre da Silva; Cenir Gonçalves Tier; Aline Ost dos Santos; Bruna Cristiane Furtado Gomes***	**110**
Capítulo 8 **INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES COM SÍNDROME DO ENCARCERAMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA** ***Guilherme Ribeiro Ferreira; André Pacheco Costacurta; Bruno Andreolli Games; Cleia Santiago Canuto; João Victor Paro; Larissa Palason; Lucas de Faro Braghetta Soares; Silas Bezerra da Silva***	**121**
AUTORES	**137**

Capítulo 1

EFLÚVIO TELÓGENO COMO COMPLICAÇÃO DA COVID-19: REVISÃO DE LITERATURA

Guilherme Ribeiro Ferreira
Mariana Ozores Perez Brambilla
Tayná Carrasco Rainho Leite

EFLÚVIO TELÓGENO COMO COMPLICAÇÃO DA COVID-19: REVISÃO DE LITERATURA

Guilherme Ribeiro Ferreira

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,

guilhermemedpp@gmail.com

Mariana Ozores Perez Brambilla

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,

Marianaperez10@gmail.com

Tayná Carrasco Rainho Leite

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,

rainhotayna@gmail.com

RESUMO

O distúrbio caracterizado por queda difusa de cabelos sem cicatrizes associadas é chamado de eflúvio telógeno. É um quadro distinto da queda excessiva de pelos normais, com hipóteses variadas sobre sua fisiopatologia, sendo relacionado a insultos de natureza física, química ou mental. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura para expandir o conhecimento científico sobre o eflúvio telógeno causado pela COVID-19, com ênfase nos grupos mais acometidos, início e duração, possíveis causas, estratégias para diagnóstico e tratamento dos casos. A revisão de literatura foi conduzida seguindo a diretriz PRISMA, incluindo apenas artigos em inglês publicados entre 2020 e 2023, disponíveis no banco de dados PubMed. Observou-se um predomínio no sexo feminino, idade próxima de 40 anos, hispânicos e pardos. Pacientes hospitalizados devido a manifestações severas da COVID-19 também foram mais acometidos pelo distúrbio, que teve início mais precoce quando comparado ao provocado por outras causas e a resolução da maioria dos casos é alcançada antes de 2 meses. O impacto direto das vacinas contra COVID-19 na suscetibilidade ao eflúvio telógeno foi descartado. É de suma importância a elaboração de novos estudos com diferentes delineamentos para expandir os conhecimentos científicos sobre o distúrbio. Dessa forma, prognósticos cada vez melhores serão proporcionados aos pacientes.

Palavras-chave: eflúvio telógeno, COVID-19, fatores de risco, diagnóstico clínico, terapêutica.

ABSTRACT

The disorder characterized by diffuse hair loss without associated scarring is called telogen effluvium. It is a distinct picture of excessive normal hair loss, with varied

hypotheses about its pathophysiology, being related to physical, chemical or mental insults. The objective of the present study was to carry out a literature review to expand scientific knowledge about telogen effluvium caused by COVID-19, with emphasis on the most affected groups, onset and duration, possible causes, strategies for diagnosis and treatment of cases. The literature review was conducted following the PRISMA guideline, including only articles in English published between 2020 and 2023, available in the PubMed database. There was a predominance of females, aged close to 40 years, Hispanic and mixed race. Patients hospitalized due to severe manifestations of COVID-19 were also more affected by the disorder, which had an earlier onset when compared to that caused by other causes and the resolution of most cases is achieved before 2 months. The direct impact of COVID-19 vaccines on susceptibility to telogen effluvium has been ruled out. It is extremely important to develop new studies with different designs to expand scientific knowledge about the disorder. In this way, increasingly better prognoses will be provided to patients.
Keywords: telogen effluvium, COVID-19, risk factors, clinical diagnosis, therapy.

INTRODUÇÃO

O distúrbio caracterizado por queda difusa de cabelos sem cicatrizes associadas é chamado de eflúvio telógeno. É um quadro distinto da queda excessiva de pelos normais, com hipóteses variadas sobre sua fisiopatologia, sendo relacionado a insultos de natureza física, química ou mental. A maioria dos casos de eflúvio telógeno tem apresentação subclínica, então não é possível estabelecer com precisão sua verdadeira incidência[1]. Não existe predileção racial conhecida e uma incidência mais elevada é observada no sexo feminino, o que pode ser associado à maior preocupação das mulheres com a queda de cabelos do que dos homens. A relação do eflúvio telógeno com a faixa etária ainda não foi estabelecida, mas mulheres idosas são mais suscetíveis à forma aguda do distúrbio, principalmente após febre, traumas ou estresse psicológico[2].

Quando a duração do distúrbio é inferior a seis meses, é definido como eflúvio telógeno agudo. Em geral, ocorre entre dois e três meses depois da exposição ao agente agressor, apesar de que cerca de 33% dos casos permanecem com causas desconhecidas. Em 95% dos casos o eflúvio telógeno sofre remissão espontânea, deixando apenas pelos mais curtos em crescimento que podem ser bem visualizados por videodermatoscopia. Quando a duração é superior a seis meses, caracteriza-se um quadro de eflúvio telógeno crônico, que tende a acometer principalmente mulheres de meia-idade[3].

O eflúvio telógeno pode ocorrer a partir de cinco mecanismos. Na liberação anágena imediata, os folículos pilosos deixam a fase anágena e entram precocemente na fase telógena, aumentando o derramamento após dois ou três meses. Na liberação anágena atrasada, ocorre um prolongamento da fase anágena que levará ao derramamento pesado de telógenos. A síndrome do anágeno curto ocorre diante do encurtamento idiopático da fase anágena, causando eflúvio telógeno persistente e crônico. Na liberação telógena imediata existe um encurtamento da fase telógena que provoca liberação maciça de telógenos. Por fim, na liberação telógena atrasada ocorre um prolongamento da fase telógena e uma transição atrasada para a fase anágena[4].

A literatura científica reúne numerosos fatores que podem desencadear algum dos mecanismos que provocam o eflúvio telógeno. O estresse fisiológico causado por trauma cirúrgico, febre alta, doenças sistêmicas e hemorragias pode causar eflúvio telógeno, assim como o estresse emocional. O distúrbio também pode ser causado por fármacos como betabloqueadores e anticoagulantes ou por doenças autoimunes, infecções crônicas como HIV e distúrbios inflamatórios como a psoríase e a dermatite seborreica[5].

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

COVID-19 é a doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2 que provoca um quadro febril, causa estresse emocional e faz com que o portador necessite de vários medicamentos, fatores que podem levar ao eflúvio telógeno. Considerando a importância epidemiológica da infecção, causadora de uma pandemia mundial, e a escassez de estudos que investiguem e associem a infecção com o eflúvio telógeno, é de suma importância reunir evidências científicas para aprimorar o manejo desses pacientes[6]. A partir disso, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura para expandir o conhecimento científico sobre o eflúvio telógeno causado pela COVID-19, com ênfase nos grupos mais acometidos, início e duração, possíveis causas, estratégias para diagnóstico e tratamento dos casos.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A revisão de literatura foi conduzida seguindo a diretriz PRISMA, ferramenta que sistematiza a identificação, seleção e extração de dados para padronizar as

revisões de literatura, elevando o nível de suas evidências[7]. As buscas foram feitas no banco de dados PubMed alocado no *National Center for Biotechnology Information* (NCBI). Foram considerados como critérios de elegibilidade o idioma e o ano de publicação, selecionando apenas artigos em inglês publicados entre os anos de 2020 e 2023. A estratégia de busca elaborada foi [(telogen effluvium) AND (COVID-19)].

Os artigos resgatados foram selecionados considerando os critérios de elegibilidade. Em seguida, foi realizada uma triagem a partir da leitura dos títulos e resumos das obras. Foram determinados os estudos elegíveis para leitura na íntegra e extração de dados relacionados a incidência de eflúvio telógeno, tempo decorrido entre o diagnóstico da infecção e do distúrbio dermatológico, características dos pacientes (incluindo idade, sexo e etnia), métodos usados para o diagnóstico do eflúvio telógeno e abordagens instituídas. Referências utilizadas nos artigos foram consideradas para complementar revisão. Por fim, as evidências extraídas foram sintetizadas e descritas de maneira narrativa.

RESULTADOS

No dia 15 de março de 2023, foi realizada a busca, que resgatou 74 artigos. Dos estudos identificados, todos foram selecionados considerando o idioma e o ano de publicação. A triagem a partir da pertinência do título e resumo proporcionou 24 artigos que foram lidos na íntegra. Por fim, 9 estudos foram selecionados para compor a literatura da revisão e se encontram na tabela 1.

Tabela 1 **-** Categorização dos artigos considerando autor, periódico e ano de publicação

Autor	**Periódico**	**Ano**
Abrantes TF et al.	*Journal of the American Academy of Dermatology*	2021
Cline A et al.	*Journal of the American Academy of Dermatology*	2021
Olds H et al.	*Dermatologic Therapy*	2021
Rizzetto G et al.	*Dermatologic Therapy*	2021
Rossi A et al.	*Skin Appendage Disorders*	2021
Alharbi M	*Journal of Family Medicine and Primary Care*	2022
Popescu MN et al.	*Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*	2022
Seyfi F et al.	*Journal of Medicine and Life*	2022
Sharquie KE et al.	*Irish Journal of Medical Science*	2022

DISCUSSÃO

A COVID-19 é a infecção pandêmica causada pelo SARS-CoV-2, registrada pela primeira vez em dezembro de 2019 na China. Apesar de os sintomas pulmonares e a febre serem os principais focos das pesquisas iniciais sobre a COVID-19, ainda em 2020 já foram identificadas manifestações cutâneas, com destaque crescente para o eflúvio telógeno[8].

Faixa etária e sexo

Sharquie KE e Jabbar RI (2022) conduziram um estudo observacional transversal com trinta e nove pacientes diagnosticados com eflúvio telógeno após a infecção por COVID-19, sem história de queda de cabelos prévia. A idade variou entre 22 e 67 anos, com média e desvio padrão de 41,3 ± 11,6 anos, sendo 92,3% do sexo feminino e apenas 7,69% do sexo masculino. 38,46% relataram sintomas leves de COVID-19, 61,53% apresentaram sintomas moderados e nenhum precisou de internação. Todos apresentaram perda importante de cabelos entre 2 e 3 meses após a infecção e a condição psicossocial foi severamente afetada[8].

Olds H *et al*. (2021) realizaram uma coorte retrospectiva com os prontuários eletrônicos de 10 pacientes diagnosticados com eflúvio telógeno entre 3 semanas e 3 meses após o diagnóstico da infecção por COVID-19, em média 50 dias após o primeiro sintoma. A idade variou entre 28 e 62 anos, com média de 48,5 anos, sendo 90% do sexo feminino e 10% do sexo masculino. 80% dos pacientes apresentaram sintomas moderados, enquanto 70% precisaram de internação[9]. Ambos os estudos demonstraram que as incidências do eflúvio telógeno por COVID-19 de acordo com faixa etária e sexo não diferem significativamente das observadas antes da pandemia[2].

Etnia

Cline A *et al*. (2021) analisaram a influência da etnia e comorbidades na incidência de eflúvio telógeno por COVID-19, comparando com registros anteriores à pandemia. Entre o dia 1º de março e 1º de outubro de 2020, a incidência do distúrbio foi quase três vezes maior do que antes da pandemia. 90% dos pacientes

apresentaram formas graves da infecção e 80% comorbidades prévias. Os números de casos de eflúvio telógeno em brancos foram semelhantes aos observados antes da pandemia, enquanto a incidência entre hispânicos e pardos foi três vezes maior do que antes da pandemia, possivelmente devido ao impacto da COVID-19 em populações minoritárias[10].

Existe uma variabilidade notável na porcentagem telógena, densidade e taxa de crescimento normal dos cabelos entre as etnias. Isso implica em disparidades na incidência de distúrbios dermatológicos, como o risco aumentado de negros desenvolverem alopecia cicatricial e diminuído para eflúvio telógeno. Apesar disso, percebe-se uma escassez de evidências que contribuam para confirmar associações entre etnia e eflúvio telógeno por COVID-19[11].

Gravidade dos sintomas da COVID-19

A relação entre o eflúvio telógeno e a gravidade dos sintomas da COVID-19, especialmente a febre e as manifestações pulmonares, foi explorada no estudo observacional transversal de Seyfi S *et al*. (2022). 138 pacientes com COVID-19 foram diagnosticados com eflúvio telógeno, a maioria deles apresentava sintomas graves da infecção, necessitando de hospitalização e uso de medicamentos sistêmicos[12].

Pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 apresentam níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, como fator de necrose tumoral, interleucinas e interferon. Como as células basais tendem a sofrer destruição durante respostas imunes exacerbadas, o estado pró-inflamatório nos pacientes com COVID-19 grave pode levar ao surgimento de eflúvio telógeno[13]. Além disso, ocorre uma hiperativação da cascata de coagulação que consome proteínas anticoagulantes, favorecendo a formação de microtrombos e obstrução do suprimento sanguíneo dos folículos pilosos, precipitando o eflúvio telógeno após a COVID-19[14,15].

Momento de início e duração do eflúvio telógeno

O eflúvio telógeno agudo geralmente surge 2 a 3 meses após um evento estressor e tem duração máxima de seis meses[3]. Abrantes TF *et al.* (2021) investigaram o momento de início e duração média do eflúvio telógeno por COVID-19 a partir de dados retrospectivos coletados por quatro dermatologistas nos Estados

Unidos, Brasil e Espanha. Apenas pacientes com perda de cabelo iniciada após o diagnóstico da infecção e que realizaram acompanhamento mensal até a recuperação do eflúvio telógeno foram incluídos. O diagnóstico do distúrbio foi baseado na avaliação dermatológica, tricoscopia e teste de puxada[16].

O início do eflúvio telógeno ocorreu em uma mediana de 45 dias após um resultado positivo do PCR para COVID-19 e a duração do distúrbio variou entre 12 e 100 dias, sendo a mediana da duração igual a 47,5 dias[16]. A partir disso, observa-se que o eflúvio telógeno agudo por COVID-19 teve início mais precoce quando comparado ao provocado por outras causas e a resolução da maioria dos casos foi alcançada antes de 2 meses, duração menor do que o eflúvio telógeno agudo típico que leva de 3 a 6 meses para cessar[2,3].

Vacinas contra a COVID-19

Alharbi M (2022) realizou um estudo transversal para estimar a prevalência de eflúvio telógeno entre pessoas que receberam a vacinação contra COVID-19. 991 participantes preencheram um questionário acerca da idade, sexo, queda de cabelo antes e depois da vacinação e condições clínicas pré-existentes que possam causar eflúvio telógeno. 67,6% da amostra relatou queda de cabelos após a vacinação, 19,0% apresentavam história prévia de queda de cabelos e 13,4% nunca apresentaram o distúrbio. Dentre os pacientes que relataram queda de cabelo após a vacinação, 32,9% atribuem a condições pré-existentes como deficiência de vitamina D e níveis baixos de ferritina, 18,7% relacionam a queda à vacinação e 16,0% a causas pouco esclarecidas. O estudo demonstrou uma prevalência elevada de eflúvio telógeno após a vacinação, mas considerando que a maioria já apresentou queda de cabelo antes, o impacto direto das vacinas contra a COVID-19 pode ser excluído[17].

Diagnóstico

Rossi A *et al*. (2021) avaliaram 14 pacientes com eflúvio telógeno iniciado entre 1 e 3 meses após a infecção por SARS-CoV-2. Utilizaram teste de tração, tricoscopia e tricograma para investigar padrões relacionados à COVID-19. Fotografias globais e imagens tricoscópicas foram registradas no vértice e região frontal, já os fios de cabelo

para o tricograma foram coletados da região parietal 2 cm acima do pavilhão auricular[18].

A tricoscopia demonstrou padrões variáveis de eflúvio telógeno, porém típicos, contendo pelos em regeneração, unidades foliculares com um pelo, folículos pilosos vazios e pelos terminais finos. O tricograma revelou diferentes proporções telógenas/ anágenas, considerando o período entre o início da perda de cabelos e a realização do exame. 50% dos pacientes apresentaram teste de tração negativo pelo mesmo motivo[18]. Dessa forma, é evidente que o diagnóstico de eflúvio telógeno por COVID-19 é fundamentado na história pregressa da patologia e aspectos clínicos, podendo ser complementado com exames como tricoscopia e tricograma para confirmação do diagnóstico e planejamento terapêutico.

Tratamento

O tratamento para o eflúvio telógeno pós-COVID-19 é baseado em estratégias que diminuem a queda de cabelo e promovem o crescimento capilar. Dentre as medidas gerais, é fundamental o apoio psicológico, intervenções nutricionais e suplementos orais. Já a terapia tópica inclui desde minoxidil até aplicações no couro cabeludo, como mesoterapia e terapia plasmática rica em plaquetas. A decisão da terapêutica é sempre individualizada e deve considerar os fatores psicossociais, fatores fisiológicos e a preferência do paciente[19].

A perda de cabelo difusa tende a afetar significativamente o bem-estar do indivíduo, principalmente aqueles que foram infectados previamente pelo SARS-CoV-2. O estresse emocional é um importante determinante para a queda de cabelo, o que torna de suma importância oferecer apoio à ansiedade e ao estresse psicológico do paciente, estimulando atividades físicas regulares, meditação e sono de qualidade[20]. A nutrição adequada também é essencial para atenuar o eflúvio telógeno, especialmente em pacientes com COVID-19 pela elevada frequência de anosmia e ageusia que podem levar a deficiências nutricionais. Nesses casos, é viável a suplementação oral de micronutrientes como vitamina D, vitamina E, vitamina B7, zinco e ferro[21].

O minoxidil é um fármaco anti-hipertensivo que aumenta a circulação sanguínea dos folículos pilosos a partir da vasodilatação e estimula a transição dos folículos da fase telógena para a fase anágena, promovendo crescimento e

manutenção do cabelo. Minoxidil tópico a 2% ou 5% em espuma ou solução para aplicação diária em todo o couro cabeludo durante 4 meses é indicado principalmente para pacientes com eflúvio telógeno crônico[22].

A mesoterapia também pode ser usada no tratamento, consiste em múltiplas injeções intradérmicas de doses baixas de substâncias como multivitamínicos, minerais, fármacos e substâncias bioativas que melhora a nutrição dos folículos pilosos e estimula a ativação de papilas dérmicas, o que promove secreção de fatores locais de crescimento[23].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O eflúvio telógeno é um distúrbio frequente em pacientes previamente infectados pelo SARS-CoV-2. Observou-se um predomínio no sexo feminino, idade próxima de 40 anos, hispânicos e pardos. Pacientes hospitalizados devido a manifestações severas da COVID-19 também foram mais acometidos pelo distúrbio, que teve início mais precoce quando comparado ao provocado por outras causas e a resolução da maioria dos casos é alcançada antes de 2 meses. O impacto direto das vacinas contra COVID-19 na suscetibilidade ao eflúvio telógeno foi descartado. O diagnóstico do distúrbio é fundamentado na história pregressa da patologia e aspectos clínicos, podendo ser complementado com exames como tricoscopia e tricograma. Já o tratamento individualizado pode ser realizado com medidas gerais, como apoio psicológico, intervenções nutricionais e suplementos orais, além de terapia tópica, que inclui desde minoxidil até mesoterapia e terapia plasmática rica em plaquetas.

Os estudos selecionados para compor a coletânea de base para a presente revisão apresentaram limitações como o tamanho da amostra, enquanto a presente revisão teve como principal limitação a escassez de estudos. Considerando a incidência elevada de eflúvio telógeno pós-COVID-19, é de suma importância a elaboração de novos estudos com diferentes delineamentos para expandir os conhecimentos científicos sobre o distúrbio. Dessa forma, prognósticos cada vez melhores serão proporcionados aos pacientes.

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Asghar F, Shamim N, Farooque U, Sheikh H, Aqeel R. Telogen Effluvium: A Review of the Literature. **Cureus.** 2020 May;12(5):e8320. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.8320

2. Rebora A. Telogen effluvium: a comprehensive review. **Clin Cosmet Investig Dermatol.** 2019 Aug;12:583-590. DOI: https://doi.org/10.2147/CCID.S200471

3. Contin LA, Rocha VB. Acute telogen effluvium triad after resolution. **An Bras Dermatol.** 2021 Sep-Oct;96(5):605-608. DOI: https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.10.008

4. Mysore V, Parthasaradhi A, Kharkar RD, Ghoshal AK, Ganjoo A, Ravichandran G et al. Expert consensus on the management of Telogen Effluvium in India. **Int J Trichology.** 2019 May-Jun;11(3):107-112. DOI: https://doi.org/10.4103/ijt.ijt_23_19

5. Chien Yin GO, Siong-See JL, Wang ECE. Telogen Effluvium - a review of the science and current obstacles. **J Dermatol Sci.** 2021 Mar;101(3):156-163. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2021.01.007

6. Aksoy H, Yıldırım UM, Ergen P, Gürel MS. COVID-19 induced telogen effluvium. **Dermatol Ther.** 2021 Nov;34(6):e15175. DOI: https://doi.org/10.1111/dth.15175

7. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **BMJ.** 2021 Mar;372:n160. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n160

8. Sharquie KE, Jabbar RI. COVID-19 infection is a major cause of acute telogen effluvium. **Ir J Med Sci.** 2022 Aug;191(4):1677-1681. DOI: https://doi.org/10.1007/s11845-021-02754-5

9. Olds H, Liu J, Luk K, Lim HW, Ozog D, Rambhatla PV. Telogen effluvium associated with COVID-19 infection. **Dermatol Ther.** 2021 Mar;34(2):14761. DOI: https://doi.org/10.1111/dth.14761

10. Cline A, Jacobs AK, Fonseca M, Wu J, Asrani F, Safai B et al. Race, ethnicity, and comorbidities are critical factors in the diagnosis of telogen effluvium during the COVID-19 pandemic. **J Am Acad Dermatol.** 2021 Jul;85(1):209-211. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.03.099

11. Malki L, Sarig O, Romano MT, Méchin MC, Peled A, Pavlovsky M et al. Variant PADI3 in Central Centrifugal Cicatricial Alopecia. **N Engl J Med.** 2019 Feb;380(9):833-841. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1816614

12. Seyfi S, Alijanpour R, Aryanian Z, Ezoji K, Mahmoudi M. Prevalence of telogen effluvium hair loss in COVID-19 patients and its relationship with disease severity. **J Med Life.** 2022 May;15(5):631-634. DOI: https://doi.org/10.25122/jml-2021-0380

13. Di Landro A, Naldi L, Glaser E, Paus R, Tosti A. Pathobiology questions raised by telogen effluvium and trichodynia in COVID-19 patients. **Exp Dermatol.** 2021 Jul;30(7):999-1000. DOI: https://doi.org/10.1111/exd.14352

14. Tufan A, Avanoğlu Güler A, Matucci-Cerinic M. COVID-19, immune system response, hyperinflammation and repurposing antirheumatic drugs. **Turk J Med Sci.** 2020 Apr;50(SI-1):620-632. DOI: https://doi.org/10.3906/sag-2004-168

15. Rizzetto G, Diotallevi F, Campanati A, Radi G, Bianchelli T, Molinelli E et al. Telogen effluvium related to post severe Sars-Cov-2 infection: Clinical aspects and our management experience. **Dermatol Ther.** 2021 Jan;34(1):e14547. DOI: https://doi.org/10.1111/dth.14547

16. Abrantes TF, Artounian KA, Falsey R, Simão JCL, Vañó-Galván S, Ferreira SB et al. Time of onset and duration of post-COVID-19 acute telogen effluvium. **J Am Acad Dermatol.** 2021 Oct;85(4):975-976. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.07.021

17. Alharbi M. Telogen effluvium after COVID-19 vaccination among public in Saudi Arabia. **J Family Med Prim Care.** 2022 Oct;11(1):6056-60. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_377_22

18. Rossi A, Magri F, Sernicola A, Michelini S, Caro G, Muscianese M et al. Telogen Effluvium after SARS-CoV-2 Infection: A Series of Cases and Possible Pathogenetic Mechanisms. **Skin Appendage Disord.** 2021 Jul;21(5):1-5. DOI: https://doi.org/10.1159/000517223v

19. Popescu MN, Berteanu M, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Iliescu MG et al. Complementary Strategies to Promote Hair Regrowth in Post-COVID-19 Telogen Effluvium. **Clin Cosmet Investig Dermatol.** 2022 Apr;15:735-743. DOI: https://doi.org/10.2147/CCID.S359052

20. Rivetti N, Barruscotti S. Management of telogen effluvium during the COVID-19 emergency: Psychological implications. **Dermatol Ther.** 2020 Jul;33(4):e13648. DOI: https://doi.org/10.1111/dth.13648

21. Høier ATZB, Chaaban N, Andersen BV. Possibilities for Maintaining Appetite in Recovering COVID-19 Patients. **Foods.** 2021 Feb;10(2):464. DOI: https://doi.org/10.3390/foods10020464

22. Suchonwanit P, Thammarucha S, Leerunyakul K. Minoxidil and its use in hair disorders: a review. **Drug Des Devel Ther.** 2019 Aug;13:2777-2786. DOI: https://doi.org/10.2147/DDDT.S214907

23. Fertig RM, Gamret AC, Cervantes J, Tosti A. Microneedling for the treatment of hair loss? **J Eur Acad Dermatol Venereol.** 2018 Apr;32(4):564-569. DOI: https://doi.org/10.1111/jdv.14722

Capítulo 2

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE LÚDICA EM COMPONENTES COGNITIVOS DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jennifer Tamara de Oliveira Guimarães
Ana Gabriela Nascimento da Silva
Camila Souza Oliveira
Marlânia Vieira Freire
Thalya Pereira Paula de Oliveira
Simony Fabíola Lopes Nunes

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE LÚDICA EM COMPONENTES COGNITIVOS DE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jennifer Tamara de Oliveira Guimarães
Acadêmica de Enfermagem, pela Universidade Federal do Maranhão
E-mail: jennifer.tamara@discente.ufma.br

Ana Gabriela Nascimento da Silva
Acadêmica de Enfermagem, pela Universidade Federal do Maranhão
E-mail: ana.gns@discente.ufma.br

Camila Souza Oliveira
Acadêmica de Enfermagem, pela Universidade Federal do Maranhão
E-mail: camila.so@discente.ufma.br

Marlânia Vieira Freire
Acadêmica de Enfermagem, pela Universidade Federal do Maranhão
E-mail: marlania.freirediscente.ufma.br

Thalya Pereira Paula de Oliveira
Acadêmica de Enfermagem, pela Universidade Federal do Maranhão
E-mail: thalya.paula@discente.ufma.br

Simony Fabíola Lopes Nunes
Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. E-mail: simony.nunes@ufma.br

RESUMO
Introdução: Os idosos residentes em instituições de cuidados de longo prazo são os grupos mais frágeis dessa faixa etária, pois estão passando por um processo de várias

transições que vai impactar diretamente na sua qualidade de vida. **Objetivo**: Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem acerca da realização da atividade de ludoterapia com os idosos institucionalizados**. Método:** Trata-se de relato de experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem acerca da realização da atividade de ludoterapia com pessoas idosas institucionalizadas. A estratégia de ludoterapia utilizada foi o Bingo, por permitir observar a destreza manual e a coordenação motora dos participantes, a atividade foi realizada com 16 idosos, incluindo público feminino e masculino. O local foi uma Instituição de Longa Permanência e a atividade aconteceu no turno da manhã com 11 acadêmicos auxiliando. **Resultados:** Durante o jogo, observou-se que alguns idosos apresentaram dificuldade em reconhecer os números para marcar na cartela, outros conseguiram marcar sozinhos, mesmo com algumas limitações no decorrer da atividade alguns resultados foram alcançados como, a melhora na interação, habilidade e mudança de humor dos participantes. **Considerações finais:** O jogo de bingo proporcionou entretenimento, estimulou a cognição, mudança de comportamento, e o público demonstrou alegria interagindo com a atividade. Diante disso, vê-se que as atividades lúdicas podem ser estratégia de enfermagem para melhorar o cognitivo, qualidade de vida, bem-estar físico, social e mental dos idosos institucionalizados.
Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para idosos. Envelhecimento Cognitivo. Ludoterapia.

ABSTRACT
Introduction: elderly residents of long-term care institutions are the most fragile groups in this age group, as they are going through a process of several transitions that will directly impact their quality of life. Objective: To report the experience lived by nursing students about carrying out play therapy activities with institutionalized elderly people. Method: This is an experience report lived by nursing students about carrying out play therapy activities with institutionalized elderly people. The ludotherapy strategy used was Bingo, as it allowed observing the participants' manual dexterity and motor coordination, the activity was carried out with 16 elderly people, including female and male audiences. The place was a Long Stay Institution and the activity took place in the morning shift with 11 academics assisting. Results: During the game, it was observed that some seniors had difficulty recognizing the numbers to mark on the card, others were able to mark themselves, even with some limitations during the activity, some results were achieved, such as improvement in interaction, skill and change participants' mood. Final considerations: The bingo game provided entertainment, stimulated cognition, changed behavior, and the public showed joy interacting with the activity. In view of this, it is seen that recreational activities can be a nursing strategy to improve the cognitive, quality of life, physical, social and mental well-being of institutionalized elderly.
Keywords: Homes for the Aged. Cognitive Aging. Ludotherapy.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico natural do ser humano e idoso é todo aquele que tem 60 anos ou mais, segundo a Política Nacional do Idoso

(PNI,1994). No Brasil a expectativa de vida aumentou e o número dessa faixa etária corresponde a mais de 28 milhões de pessoas, conforme projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

Mudanças na expectativa de vida, ocasionadas pelos processos de transição epidemiológica e demográfica que impacta um conjunto de desafios, que vão desde mudança da carga de doenças, aumento das despesas com saúde e cuidados de longo prazo, escassez de força de trabalho, até possíveis reformas previdenciárias (VANZELLA, 2020).

De uma perspectiva conceitual, o envelhecimento populacional também precisa ser refletido a partir da perspectiva da transição nos cuidados que alguns idosos podem necessitar ao serem dependentes de outras pessoas para desempenhar atividades básicas de vida diária (ABVD), como higiene pessoal, vestir-se, tomar banho, transferir ou deambular e comer. E atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que se refere a gerenciar sua própria vida como ir ao banco, fazer compras, usar o telefone. Sendo assim, esse processo de transição torna-se desafiador por comprometer a execução de forma autônoma e independente de tarefas essenciais e rotineiras, influenciando no seu bem-estar físico, social e mental. A incapacidade de realizar tais atividades essenciais da vida diária podem levar a condições inseguras e má qualidade de vida, bem como a um processo de fragilização (BRASIL, 2018).

No Brasil, diversas políticas públicas foram criadas e implementadas para promover a atenção integral à saúde da pessoa idosa, dentre elas, destaca-se como marco a criação da Política Nacional do Idoso criada em 1994, e regulamentada em 1996, que assegura os direitos sociais da pessoa idosa, em 1999 teve a Política Nacional de Saúde do Idoso, que considerou necessidades específicas do público-alvo, como o declínio da capacidade funcional. Em 2003, é instituído o Estatuto da Pessoa Idosa, destinado a regular os direitos assegurados englobando todos os níveis de atenção integral à pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Essas políticas além de assegurar os direitos da pessoa idosa deram subsídios para o fortalecimento da rede de atenção ao idoso, permitindo a organização de diversas modalidades de cuidado de saúde e social ao público. A exemplo, destacam-se as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial destinadas regularizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que tem como objetivo estabelecer a atenção integral à saúde dos idosos nos âmbitos, de promoção, proteção e prevenção de doenças. Entretanto muitos idosos chegam nesses espaços

em situação de vulnerabilidade ou, em decorrência do declínio da capacidade cognitiva acabam tendo a institucionalização como um fator de fragilização (BRASIL, 2021).

É comum os idosos institucionalizados apresentarem síndrome da fragilidade e declínio nas capacidades funcionais, o que corrobora para a solidão, pensamentos suicidas e queda no declínio cognitivo. Nesse contexto, a fim de auxiliar esse cenário é necessário implementar estratégias nesses ambientes de cuidado. Como estratégia para integrar ao cuidado dos residentes de lares de idosos, podem ser utilizadas intervenções coletivas para reabilitar ou estimular a atenção, memória, funções executivas (BRASIL, 2018).

A ludoterapia é uma dessas modalidades de intervenção clínica, que estimulam a capacidade cognitiva como a memória, a coordenação motora, a comunicação, a participação social dentre outros benefícios. Sendo assim, o enfermeiro como parte da equipe multiprofissional tem papel muito importante, pois ele cuida de forma geral de seus pacientes, olhando não só para as patologias, mas para o indivíduo como um todo. Sob esse viés, para cumprir com a meta da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) sobre envelhecimento saudável, é necessário realizar intervenções para obter a preservação, recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa na busca de uma melhora na qualidade de vida (BRASIL, 2006).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capacidade funcional e cognitiva de idosos institucionalizados

Os idosos em ILPIS, são frágeis especialmente por conta do processo de senilidade e pela maioria apresentar histórico de declínio físico, incapacidade cognitiva, insuficiência familiares e sociais.

ALTERAÇÕES COGNITIVAS E FUNCIONAIS QUE INTERFEREM NAS ATIVIDADES DIÁRIAS E QUE PODEM LEVAR A INSTITUCIONALIZAÇÃO

A Política Nacional de Saúde do Idoso, notou que o problema que mais afeta nessa faixa etária é a perda da sua capacidade funcional, ou seja, quando há perdas físicas e mentais, afetando diretamente na realização das atividades básicas de vida diária e instrumentais de vida diária (BRASIL, 2006).

Consoante a isso, alterações no declínio cognitivo, como dificuldades na marcha, deambulação e na instabilidade postural, também são fatores que interferem na suas realizações de atividades básicas de vida diárias, levando assim, muitas vezes, ao processo de institucionalização desses idosos. Além das dificuldades na capacidade cognitiva e funcional, outra coisa que pode levar o idoso para uma ILPI, é o abandono familiar (ROSA, 2022).

Os efeitos de diferentes tipos de ludoterapia na função física e cognitiva em idosos institucionalizados frágeis com comprometimento cognitivo leve a moderado.

A institucionalização de idosos, é marcada por um processo de fragilidade que afeta diretamente na sua qualidade de vida, por isso existem diversas formas de ludoterapia. No idoso institucionalizado deve ser escolhida conforme sua capacidade funcional, pois alguns têm comprometimento cognitivo. Entender o impacto das perdas cognitivas têm sido motivo de preocupação com a pessoa idosa, uma vez que, são estudadas melhores formas de planejamento para intervir, e a partir de uma identificação precoce do grau cognitivo, é possível prevenir através de ações como a ludoterapia, pois no comprometimento cognitivo leve, ela pode ajudar a estimular esses idosos nas áreas de percepção, habilidades motoras e memória (ANDRADE, 2022).

Além disso, o lúdico não só auxilia no comprometimento cognitivo leve como também nas funções cognitivas comprometidas como no caso do alzheimer, pois vai estimular algumas áreas prejudicadas como a memória, o intelectual, o social e até mesmo a convivência, retardando assim alguns dos sintomas da doença. Os efeitos da atividade lúdica são extremamente positivos, tendo em vista que ajudam na estimulação da cognição, como reduz a ansiedade e angústia desses idosos de ILPI (PAIVA, 2020).

EXEMPLOS DE LUDOTERAPIA

Dentre alguns exemplos existentes de ludoterapia têm-se o diálogo, a arteterapia, músicas, jogos e as brincadeiras que são importantes instrumentos

utilizados como intervenções para o idoso institucionalizado e têm relação com a experiência em que esse idoso pode estar vivendo, sendo eles, os principais atores desses jogos e rodas de conversa. Concomitante às brincadeiras e intervenções lúdicas, percebe-se que a interação aumenta o estímulo de socialização desses idosos, gerando mais curiosidade e interesse acerca do conteúdo exposto no momento da atividade e melhora a convivência entre eles e os respectivos cuidadores (PEREIRA, 2020).

EFEITOS ENCONTRADOS NOS ESTUDOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DA LUDOTERAPIA NO DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

A fim de minimizar os danos causados pelo processo de institucionalização, é necessário intervenções para preservar o bem estar destes idosos, sendo assim uma das formas de fazer isso seria através da ludicidade, pois pode estimular, não só a coordenação motora e capacidade cognitiva, como também pode ajudar na capacidade funcional, uma vez que a atividade lúdica ajuda na autonomia e independência (PAIVA, 2020).

A Ludoterapia utilizada na ILPI, o jogo do Bingo, ajudou no desempenho funcional, mesmo tendo alguns idosos dependentes em cadeiras de rodas, com dificuldades para fazer algumas atividades, conseguiram participar, pois marcaram na cartela. Com base nisso, mesmo com essas limitações, os idosos se sentiram capazes e com autonomia para fazer alguma coisa sozinhos. Outros idosos, com problemas na marcha, deambulação e na instabilidade postural com baixo declínio cognitivo e diminuição da sua funcionalidade também participaram sentados com ajuda de alguns acadêmicos, diante disso, é imprescindível que essas atividades lúdicas sejam realizadas mais vezes, pois há um desempenho muito significativo na manutenção da capacidade funcional desses idosos institucionalizados (ROSA, 2022).

METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo relato de experiência realizado em maio de 2022, em uma Instituição de cuidados de Longa Permanência

para Idoso, durante o componente prático da disciplina de Saúde do Idoso do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. A ILPI é não governamental, tendo como mantenedora uma Igreja Cristã local, em parceria com a Prefeitura e com equipe de saúde, sendo eles: cuidadores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos e fisioterapeutas. A instituição está localizada na cidade de Imperatriz do Maranhão, e no momento da ação contava com 28 residentes.

O planejamento da atividade foi organizado em dois momentos, sendo o primeiro com a fase da leitura sobre a temática, no qual foi realizada pesquisa e discussão entre os integrantes do grupo, com o objetivo de escolher a melhor estratégia lúdica. A estratégia de ludoterapia escolhida foi o bingo, por permitir observar a percepção e destreza manual dos participantes, por estimular a competição, entretenimento e alegria entre os idosos.

O segundo momento, foi a implementação da ação e contou com a participação de 11 acadêmicos de enfermagem e 16 idosos (sendo 6 mulheres e 10 homens). Dentre os motivos de recusa dos demais idosos residentes para não participação destaca-se: incapacidade cognitiva, falta de destreza manual, instabilidade postural e desinteresse pela atividade proposta.

Para alcançar o objetivo, a atividade teve duração de 90 minutos, sendo os primeiros 45 minutos no espaço recreativo do público feminino e os outros 45 minutos finais na área recreativa do masculino. Os instrumentos utilizados para o jogo foram um globo a manivela, cartelas para preenchimento dos números, e como prêmios foram sorteados kits higiênicos. No decorrer da atividade observou-se a interação, habilidade e mudança de humor dos participantes e foi divertida não só para os idosos, como também para os discentes.

Após a entrega dos brindes iniciou-se a finalização da sessão, com retorno dos idosos residentes aos seus respectivos ambientes, seguido da despedida, e após, os discentes e a docente responsável pela disciplina realizaram a avaliação da atividade.

ANÁLISE DE DADOS

Através da realização do jogo bingo observou-se a interação, habilidade e mudança de humor dos participantes, pois gerou um momento de descontração e lazer. Essas ações lúdicas são essenciais para reduzir o estresse, ansiedade e

promover autonomia, atenção e melhora a capacidade do raciocínio, estimulando assim o cognitivo (BEZERRA, 2020).

Os efeitos da atividade lúdica, promove vários benefícios à pessoa idosa institucionalizada, por meio do jogo bingo, observou-se, a coordenação motora fina, quando os idosos faziam movimentos com as mãos para marcar nas cartelas, além das áreas sensoriais e mentais, melhorando assim a autonomia, participação e independência (TRUCCOLO, 2022).

Conclui-se, que os objetivos foram alcançados, pois houve melhora da participação e socialização dos residentes, as capacidades motoras foram estimuladas e ao término do jogo vimos o quanto eles gostaram da atividade, sendo marcada por um momento de muita alegria, descontração e lazer.

Como limitação do relato, destacamos que foi uma atividade pontual, e portanto, para verificar maiores resultados aos idosos, devem ser realizadas atividades lúdicas com maior frequência e de forma contínua, especialmente se o objetivo for minimizar a solidão, depressão e pensamentos suicidas desses idosos. Desta forma, o enfermeiro, como profissional de contato direto com os idosos nas ILPIs, pode realizar ações de saúde como forma de promover o bem-estar físico, social e mental.

Os relatos do presente estudo incentivam mais pesquisas sobre características de idosos residentes em unidades de cuidados de longo prazo satisfeitos com atividades lúdicas, a fim de poder promover fatores de bem-estar e de qualidade de vida positiva nessas instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível ressaltar o quão importante é tais práticas de ludoterapia no meio da gerontologia, uma vez que, promove um estímulo à cognição de nossos idosos, o entretenimento por meio dessas atividades lúdicas, uma melhora no humor, concentração e comportamento, visto que é um momento que proporciona grande alegria para essa classe que tanto precisa de atenção, principalmente da enfermagem. É no meio da gerontologia que o profissional de saúde vai colocar em prática, tudo o que foi ensinado sobre o processo de envelhecimento, planejando e exercendo todas as assistências de enfermagem para promoção de saúde desses idosos.

Utilizar a estratégia de ludoterapia em prática é enriquecedor desde o momento acadêmico, nos capacitando e oferecendo novas vivências para sermos profissionais de excelência, empáticos com o processo de envelhecer e as incapacidades que podem ocorrer, sempre com olhar para a promoção da qualidade de vida dos idosos. Também, foi possível verificar que a atividade, por ter comandos, tem potencial para promover estimulação cognitiva, eficaz no funcionamento de capacidades como memória, linguagem e raciocínio, funções importantes para manter as habilidades intelectuais. Desta forma, programas contínuos de atividades lúdicas podem ser úteis para melhorar a saúde dos residentes em lares de idosos.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, L. C. O; ANDRADE, F. C. G. **Estimulação de funções executivas de idosos com comprometimento cognitivo leve: uma revisão integrativa.** Brazilian Journal of Health Review: Curitiba, v. 5, n. 5, p. 19099-19113, 2022.
2. BARBOSA, L. L; CARVALHO, R. F. **O enfoque lúdico nas intervenções educativas em saúde bucal para idosos institucionalizados.** Revista Brasileira de Extensão Universitária. v. 11, n. 2, p. 189-197, 2020.
3. BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada- RDC Nº 502, DE 27 DE MAIO DE 2021. **Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.** Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS.** Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

6. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral/XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** Brasília, 2014.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. BEZERRA, A. L. A. **Realização de um bingo em uma instituição de longa permanência: um relato de experiência. Braz.** J. of Develop: Curitiba, v. 6, n. 5, p. 25225-25233, 2020.
11. FERNANDES, B. K. C. et. al. **Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para pessoas idosas institucionalizadas.** Revista Científica Integrada, 2023.
12. GARRIDO, N. B. et. al. **Impacto de oficinas criativas em paciente institucionalizado com comprometimento cognitivo moderado/grave com transtornos comportamentais: relato de caso.** Fronteiras da Psiquiatria. v. 14, 2023.
13. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produção Textual- O Envelhecimento da População.** Educa. IBGE, 2019. Disponível em: https://educa.ibge.gov.br/professores/educa-atividades/20818-producao-textual-o-envelhecimento-da-populacao.html. Acesso em: 26 de maio de 2023.
14. KIL, T; KIM, H.M; KIM, M. **The effectiveness of group combined intervention using animal-assisted therapy and integrated elderly play therapy.** Research Article, 2019.
15. LIMA, R. S; FERREIRA, O. G. L. **Atividades Lúdicas para Idosos.** UFPB: Paraíba, 2022.

16. MOTTA, M. G; FILEME, B. **Oficina de memória sensorial com idosos: relato de experiência.** Entre Ações: diálogos em extensão, Juazeiro do Norte, v. 1, n. 2, p. 107-118, 2020.
17. PAIVA, F. P. et. al. **Atividades lúdicas como estratégia terapêutica paliativa na mitigação dos processos crônicos-degenerativos da doença de Alzheimer.** Research, Society and development. v. 9, n.7, 2020.
18. PAROLA, V. et. al. **Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados.** Revista de Enfermagem Referência: Portugal, v. IV, n. 20, 2019.
19. PEREIRA, B. H. P. et. al. **Abordagem lúdica na promoção da saúde a idosos institucionalizados – um relato de experiência.** Research, Society and Development, v. 9, n. 11, 2020.
20. ROSA, M; LOPES, S; CAVALEIRO, A. **O desempenho no jogo labirinto na avaliação da pessoa idosa - estudo piloto.** Retos, n. 46, p. 1046-1055. 2022.
21. SOBIS, J; SCHMIDT, C. L; PCHENCENZNI, A. **Contribuições de um projeto de extensão voltado a idosos institucionalizados.** Conjecturas, v. 22, n. 6, 2022.
22. TRUCCOLO, A. B; ANJOS, L. V. **Ludicidade como forma de aproximação e socialização com idosas institucionalizadas.** Open Science Research VI, p. 2131-2140, 2022.
23. VANZELLA, E. **O envelhecimento, a transição epidemiológica, da população brasileira, e impacto nas internações no âmbito do SUS.** EDUCERE (REF FAESNE): João Pessoa, v. 10, n. 2, 2019.
24. VANZELLA, E. et. al. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do SUS. **Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais. Campina Grande: Realize Editora**, p. 677-95, 2020.

Capítulo 3

O ESTATUTO CONCEITUAL DA MELANCOLIA NA TEORIA PSICANALÍTICA

Abraão Carneiro do Carmo Rodrigues
Larissa Soares Ornellas

O ESTATUTO CONCEITUAL DA MELANCOLIA NA TEORIA PSICANALÍTICA

Abraão Carneiro do Carmo Rodrigues

Professor da Rede Estadual de Ensino Básico do Estado da Bahia e Psicanalista (NAPSI); Graduando em Psicologia (UNEB)[1]

Larissa Soares Ornellas

Professora do curso de Psicologia (UNEB); Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise (Paris VII- Denis Diderot)[2]

RESUMO

A melancolia é considerada uma afecção desde a antiguidade clássica, assumindo, ao longo do tempo, uma série de quadros diagnósticos e, portanto, de mudanças classificatórias, incluindo a loucura circular e a psicose maníaco-depressiva. A psicanálise também se debruçou sobre a melancolia e propôs classificações dos quadros melancólicos a partir dos conhecimentos apreendidos na clínica. Todavia, ela elabora um estatuto conceitual assinalado por divergências quanto à sua classificação, que engendrará impasses teórico-clínicos que repercutem no manejo analítico dos sujeitos melancólicos. O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir, do ponto de vista teórico, o estatuto conceitual da melancolia na teoria psicanalítica, de modo a explicitar as variações classificatórias desta afecção entre alguns autores da psicanálise. Para isso, realizamos uma revisão bibliográfica, tendo como referencial teórico: FREUD (2010a; 2011a), FÉDIDA (1999), LACAN (2005; 2008; 2010), LAMBOTTE (1997) e KEHL (2015). A discussão aponta para a falta de consenso entre os psicanalistas sobre a classificação diagnóstica da melancolia, de modo que alguns psicanalistas a classificam como neurose narcísica e outros enquanto uma psicose, confundindo-se, também, com um quadro depressivo. Se para Freud, o conflito entre a instância do Eu e do Supereu apontaria para a neurose, para psicanalistas pós-contemporâneos o extravio da condição desejante sinalizaria um quadro de psicose. Apesar disso, haveria características metapsicológicas que delimitam bem a melancolia, apresentando seu funcionamento psíquico, a saber, a perda do objeto de amor e a incorporação do objeto no Eu.

Palavras-chave: Melancolia. Neurose narcísica. Psicose. Psicanálise.

---

[1] Professor da Rede Estadual de Ensino Básico do Estado da Bahia. Psicanalista – Escola de Formação: Núcleo de Atendimento Psicológico (NAPSI). Especialista em Ciências da Natureza, suas Tecnologias e o Mundo do Trabalho pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Graduando em Psicologia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). E-mail: rodrigues.a.c90@gmail.com

[2] Professora do curso de Psicologia da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Psicanalista. Doutora, Mestre e Especialista em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Université Paris VII – Denis Diderot e Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: Larissa.ornellas1@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A melancolia é considerada uma afecção desde a antiguidade clássica, período no qual ela foi apresentada por Hipócrates (2008) como um estado mórbido resultante de uma intoxicação gerada pela bile negra. Em conformidade, o termo melancolia, utilizado pelo autor, resulta da combinação dos seguintes termos gregos: *melos,* que significa negro, e *Koles,* que representa bile, daí a sua designação. A respeito disso, Cordás e Emilio (2017) salientam que a teoria hipocrática estava fundamentada na teoria dos quatro humores, dentre os quais estava a bile negra, de modo que o adoecimento era produto de um desequilíbrio humoral. Em contrapartida, a melancolia também foi abordada na antiguidade, conforme Lima (2017), pela filosofia aristotélica como sinônimo de um estado de espírito pertencente aos homens de gênio, sendo considerada, portanto, como uma condição para a genialidade dos homens ditos excepcionais. Apesar dessa conotação positiva, Ferreira (2014) destaca a permanência da visão organicista do quadro melancólico, visto que ainda era considerado como fruto da ação da bile negra.

Na Idade Média, por seu turno, o estado melancólico passa a ser associado, segundo Chauí-Berlinck (2008), ao pecado sob o nome de *acedia*, fazendo referência aos sujeitos desleixados e inertes, marcados por vícios que os afastariam da salvação. Com o surgimento da psiquiatria clássica, todavia, a melancolia deixa de ser explicada a partir da religião e da noção de pecado, estando atrelada à alienação mental. Ferreira (2014) ressalta que neste período a expressão melancolia passou a remeter a um estado atrelado a certos quadros psicopatológicos, dentre os quais destacaram-se o de *lipemania* (ESQUIROL, 1838 apud FERREIRA, 2014), o de *loucura circular* (FALRET, 1864 apud FERREIRA, 2014) e o de *psicose maníaco-depressiva* (KRAEPELIN, 1993 apud FERREIRA, 2014). Esse último, conforme a autora, introduzirá o termo depressão que assume hoje a designação dos estados melancólicos.

Podemos observar, neste percurso, uma série de mudanças classificatórias pelas quais passou a melancolia, percebendo a sua longa história e a multiplicidade psicopatológica a ela associada. Também a psicanálise, enquanto teoria e prática clínica, se debruçou sobre a melancolia e propôs classificações dos quadros melancólicos a partir dos conhecimentos apreendidos do atendimento de sujeitos que apresentavam essa afecção. Foi no período em que a psiquiatria clássica revisitava o

estatuto da melancolia, admitindo-a como uma alienação mental, tal como sinalizou Ferreira (2014), que Freud (2010a; 2011a) caracterizou a melancolia como uma afecção narcísica que acarreta o empobrecimento do *Eu* do sujeito, o conduzindo a uma depreciação de si com autorrecriminações e autoacusações. A partir daí, podemos dizer que a psicanálise irá construir um quadro psicopatológico próprio da melancolia, elaborando um estatuto conceitual assinalado por divergências quanto à sua classificação, que engendrará impasses teórico-clínicos que repercutem no manejo analítico dos sujeitos melancólicos.

Tendo isso em vista, o objetivo deste trabalho[3] é apresentar e discutir, do ponto de vista teórico, o estatuto conceitual da melancolia na teoria psicanalítica, de modo a explicitar as variações classificatórias desta afecção entre alguns autores da psicanálise. Para isso, realizamos uma revisão bibliográfica, tendo como referencial teórico: FREUD (2010a; 2011a), FÉDIDA (1999), LACAN (2005; 2008; 2010), LAMBOTTE (1997) e KEHL (2015). Realizaremos, a princípio, a discussão propriamente dita para, em seguida, debater a metapsicologia da melancolia, evidenciando as bases teóricas que levaram à variação diagnóstica que ela apresenta no seio da teoria psicanalítica.

A MELANCOLIA NA TEORIA PSICANALÍTICA: NEUROSE OU PSICOSE?

Abordar o estatuto conceitual da melancolia, no âmbito da teoria psicanalítica, a nosso ver, implica, de início, admitir os impasses que o fenômeno, a condição, ou a estrutura melancólica apresentam no seio da própria teoria, fazendo com que alguns psicanalistas a considerem como uma neurose e outros como uma psicose. Sem falar no fato de estar, na atualidade, ‘dissolvida’ nos transtornos de humor que compõem os manuais diagnósticos, a exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos MENTAIS (DSM), que se encontra, atualmente, em sua quinta versão.

Essa divergência classificatória em relação ao estatuto psicopatológico da melancolia foi apontada pelo próprio Freud (2010a) em *Luto e melancolia*, ao afirmar que a definição desta afecção apresentava muitas variações no âmbito da psiquiatria da época. A respeito disso, Edler (2020) sinaliza que “Para ler *Luto e melancolia* deve-

[3] Trata-se de uma discussão fruto do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado *Discurso Melancólico no Conto o Sonho de um Homem Ridículo: uma leitura psicanalítica*, defendido em 2022 na Universidade do Estado da Bahia, de forma que este artigo consiste em um recorte deste trabalho.

se ter em mente que o quadro melancólico descrito por Freud pode ser designado hoje como uma forma de psicose, embora Freud a tenha inserido entre as neuroses narcísicas" (EDLER, 2020, p.22).

Acreditamos que tal dificuldade conceitual pode ter influenciado, inclusive, o próprio Freud (2010a) a ter sido cauteloso em seu principal ensaio sobre o assunto, considerando que nele não fez referência a uma classificação psicopatológica da melancolia, limitando-se à descrever minuciosamente o quadro melancólico, discutindo-o, no processo, a partir das formulações metapsicológicas acerca do psiquismo, isto é, analisando, segundo Edler (2020), o funcionamento da melancolia em suas dimensões topológica, econômica e dinâmica do aparelho psíquico.

Também Lacan (2005), ao discutir o suicídio na melancolia, a partir das asserções sobre o *objeto causa de desejo*, não faz menção à estrutura correspondente à melancolia, apesar de que são as suas elaborações teóricas que irão fundamentar, em parte, a escolha da psicose por alguns psicanalistas, a exemplo de Quinet (2009), enquanto hipótese classificatória ou diagnóstica da melancolia.

Com efeito, Moreira (2002) observa que há um dissenso entre os psicanalistas a respeito da definição de melancolia, apontando para uma pluralidade de terminologias e entendimentos que implicam em perdas significativas na compreensão do quadro. Cabe destacar, no entanto, que, para a autora, a ausência de consenso teria relação com a variedade de formas clínicas que ela apresenta, fato destacado pelo próprio Freud (2010a), o que impede uma homogeneização diagnóstica, admitindo-se, pois, a existência de quadros de melancolia tanto psicótica quanto neurótica, sem que seja renunciada, também, a existência de uma estrutura melancólica propriamente dita.

Reconhecendo, nesse sentido, as múltiplas formas de melancolia, desde as mais simples, até as que apresentam progressão para uma fase de euforia, denominada de maníaca, e admitindo, ao mesmo tempo, os poucos casos analisados pela psicanálise até aquele momento, Freud (2011b[4]) não deixa de sinalizar as lacunas que tais limitações ensejam à compreensão da afecção melancólica em sua completude, principalmente no que diz respeito à etiologia. No entanto, resguardou os aspectos cruciais ao entendimento dos quadros melancólicos que pôde estudar, a saber, a *perda do objeto de amor* e a sua instauração no *Eu* por *identificação*,

[4] Psicologia das massas e análise do Eu

colocando-as como condições da melancolia que se apresentaram à sua clínica, sem inferir, portanto, de forma categórica, uma generalização a respeito dos processos que estão na base desse tipo de sofrimento psíquico.

A despeito disso, se Freud (2010a) não generaliza seus achados, desvia-se da perspectiva de sua época ao demarcar os aspectos psíquicos que estariam na gênese da melancolia, divergindo da corrente biologizante que era utilizada na época para explicar tal afecção, que a considerava um distúrbio de natureza orgânica, eminentemente endógeno. É por conta disso, mas também pelo fato de a teoria freudiana ter se afastado das ideias humorais antigas e das concepções renascentistas acerca do sujeito melancólico, que Kehl (2015) defende o efeito de ruptura causado pelo modo como Freud (2010a) aborda a questão, levando-a a considerar que

> A aparente despretensão freudiana não impediu que seu texto representasse uma mudança de paradigma na clínica das melancolias, até então sob domínio do saber psiquiátrico do século XIX e início do século XX. Além de introduzir um ponto de vista completamente diferente das classificações psiquiátricas de Pinel, Esquirol, Kraepelin, Séglas, Cotard e outros, Freud, ao propor que a origem inconsciente das queixas e autoacusações melancólicas seja o ódio recalcado por um objeto de amor precocemente perdido, veio a romper também com a longa tradição de pensamento sobre a melancolia que remonta à Antiguidade, passa pela Idade Média, pelo Renascimento e vem desaguar nas vertentes decadentistas do Romantismo do século XVIII e início do século XIX (KEHL, 2015, p. 41).

A apropriação da melancolia realizada por Freud (2010a), no entanto, não impediu, no âmbito da teoria, a configuração de um terreno um tanto movediço no seu entendimento e, por conseguinte, em sua classificação. Moreira (2002) nos dá a entender que, em função disso, a melancolia passou a ocupar um lugar fronteiriço entre as neuroses e as psicoses, circunscrevendo um problema teórico-clínico à psicanálise. Contudo, é importante assinalar que, a despeito disso, a autora pontua a possibilidade de observar em todo quadro melancólico a *reação do sujeito frente à perda de um objeto de amor*, sobressaindo-se como condição *sine qua non* do fenômeno, sendo, pois, consenso entre os psicanalistas. Não obstante, é preciso destacar que, segundo Moreira (2002), a pluralidade de definições e proposições classificatórias ocasiona certa invisibilização da melancolia que produz ressonâncias significativas no manejo no âmbito clínico.

Todavia, malgrado a complexidade e dificuldade na definição da melancolia, Freud (2011a[5]), em 1924, posicionou-se e decidiu classificá-la enquanto *neurose narcísica,* justificando sua separação do grupo das psicoses. Isso ocorre quando ele revisita o conceito de neurose e psicose a partir da nova concepção de aparelho psíquico, formulada em *O Eu e o Id* (FREUD, 2011c), que, estando assentada em concepções metapsicológicas, considera a existência das instâncias do *Eu*, do *Isso* e do *Supereu*, bem como de relações conflituosas estabelecidas entre elas. Assim, as *neuroses de transferência* seriam, para Freud (2011a), resultado do conflito entre o *Eu* e o *Isso*, ao passo que as *psicoses* resultariam de um conflito entre o *Eu* e o *meio externo*. A melancolia, por seu turno, passou a ser considerada como consequência de um outro conflito egóico, aquele estabelecido com o *Supereu*, instância crítica que já havia sido, de alguma forma, situada pelo autor em *Luto e Melancolia*.

No entanto, apesar de a classificação da melancolia enquanto *neurose narcísica* ter sido feita em 1924, Freud (2011b), em 1920, já havia dado mostras do tipo de conflito que ensejava essa patologia narcísica, ensaiando o principal fundamento metapsicológico que o faz caracterizar a melancolia no âmbito das neuroses, sinalizando, dessa forma, que os infortúnios do melancólico decorrem de uma "desavença entre as duas instâncias do Eu, na qual o ideal desmesuradamente sensível manifesta sua condenação do Eu, de modo implacável, em delírios de pequenez e no autorrebaixamento" (FREUD, 2011b, p. 97).

Em *Conferências introdutórias à psicanálise*, Freud (2014a) irá se referir a instância crítica do Eu, que censura e promove recriminações ao Eu. Para ele, isso acontece porque o sujeito “mede seu Eu atual e cada uma de suas atividades conforme um Eu ideal, que criou ao longo de seu desenvolvimento” (FREUD, 2014a, p. 567). Essa instância crítica será reconhecida por Freud (2011c) em *o Eu e o Id* como o *Supereu*. Assim, apesar de nesse período Freud (2011a) não designar o *Supereu* como uma instância do Eu envolvida em confronto com o Eu, já apresentava a existência de um conflito com uma consciência moral ligada aos ideais que forneciam a imagem cujo *Eu* deveria se espelhar, aspecto que indicava a vivência de uma afecção narcísica pelo sujeito e não de uma psicose. Na verdade, desde *Luto e melancolia*, Freud (2010a) já posicionava o empobrecimento do *Eu* no âmago dos estados melancólicos, depreendendo daí, portanto, a dimensão narcísica que lhe

[5] Neurose e psicose

atravessa. É, inclusive, na compreensão da formação do *Eu* em sua relação com a *idealização do objeto*, que veremos delinear-se, segundo Carvalho (2008), o sofrimento na melancolia.

Em conformidade, Moreira (2002) destaca que o psicanalista vienense manteve, até o final, a designação da melancolia enquanto *neurose narcísica*, defendendo a subjacência do conflito entre a jurisdição moral do psiquismo, o *Supereu*, e o *Eu*. É tal fato, conforme a autora, que assinala o distanciamento dos pós-freudianos da noção sustentada por Freud (2011c), ao enquadrarem a melancolia no grupo das psicoses, ignorando, quando não renegando, o embate narcísico que perpassa o quadro.

Além dos impasses entre neurose e psicose, é preciso destacar, ainda, as divergências entre os autores com relação à equivalência entre as melancolias, se considerarmos sua variedade, e as depressões – situação não tão contemporânea quanto parece – e que gerou um outro tipo de confusão conceitual no campo psicopatológico, no qual se delineiam posições diferentes quanto a correlação entre elas. Edler (2020) pontua, em relação a isso, que a teoria freudiana coloca, em alguns momentos, a depressão como análoga à melancolia, tomando a segunda como um estado grave da primeira. Essa associação, conforme a autora, mostra-se vívida, não só por proximidade fenomenológica, mas, também, pela predominância dos casos de depressão na atualidade.

Kehl (2015), por sua vez, destaca a incompatibilidade dessa convergência, assinalando o uso indiscriminado dos dois termos pelos psicanalistas ao abordar o mesmo fenômeno, tratando a depressão como sinônimo de melancolia. A autora, portanto, é enfática ao negar a equivalência entre as duas afecções, apesar da existência de uma similaridade entre a sintomatologia do depressivo e do melancólico, a exemplo da apatia, falta de autoestima e negatividade. Outrossim, Kehl (2015) sinaliza que “a semelhança entre a tristeza e o abatimento dos melancólicos e dos depressivos não são manifestações da mesma estrutura psíquica” (KEHL, 2015, p. 40).

Moreira (2002) verificou como a depressão e a melancolia aparecem na obra freudiana, a fim de demonstrar se há equivalência entre as duas. Porém, a nosso ver, a autora chegou a posições contraditórias a respeito do uso do termo depressão como correlato da melancolia na obra freudiana, tendo em vista afirmar que o fundador da psicanálise demarcou diferenças entre os estados depressivos e a melancolia, mas,

ao mesmo tempo, concluir que os termos aparecem como sinônimos em sua obra, sendo, pois, a melancolia apenas um quadro depressivo de maior gravidade. Destarte, a autora considera o fato de que o pai da psicanálise contrapõe depressão periódica aos estados melancólicos e que tal fato indica diferenciação entre ambos, de modo que

> Freud tinha ambos os vocábulos disponíveis no alemão corrente, o que por si já indica que há uma escolha possível entre um e outro, o que obviamente não lhe escapava, usando ambos em outros textos. O que suponho é justamente que Freud tem concepções próprias de melancolia e depressão que estavam permanentemente sob investigação [...]. Vale destacar que, se antes a depressão é concebida como uma terceira forma de neurose de angústia no Rascunho B e em contraste com a melancolia propriamente dita, aqui talvez se esteja diante de um desenvolvimento dessa ideia, pois agora novamente a melancolia é contraposta à neurose de angústia [...] (MOREIRA, 2002, p. 63).

Logo, o trecho nos faz depreender que a autora considera que, apesar do uso dos dois termos, a obra freudiana institui uma diferença entre a depressão e a melancolia, apesar de toda similitude sintomatológica existente entre elas. Porém, ela finaliza sua discussão afirmando que

> Na psicanálise, a revisão da obra de Freud tem indicado que ele não supõe diferença de natureza psíquica entre a melancolia e depressão, mas tão-somente uma escolha de termos, e ele tende a nomear como melancolia os quadros a que dedica estudos mais extensos, como o próprio luto e melancolia, uma neurose demoníaca do século XVII e Dostoiévski e o parricídio. Além disso, é preciso considerar que a escolha do termo em Freud esteja relacionada com sua preferência, embora não explícita pela tradição romântica, como indica Peres (1996) em seu trabalho “Dúvida, dívida, vida melancólica (MOREIRA, 2002, p. 73).

Também Kristeva (1989) assume similitudes e divergências entre a melancolia e a depressão, optando, todavia, por não realizar uma distinção entre elas, por estar mais interessada em discorrer sobre o funcionamento psíquico comum entre ambas. A autora reconhece as confusões terminológicas e admite que a teoria freudiana estabelece diferenças entre elas, mas opta por considerá-las enquanto sintomatologias da inibição, isto é, como expressões de um sofrimento que tem em seu cerne o abatimento e as dificuldades em simbolizar que o acompanha. Apesar disso, sinaliza que a diferença residiria na cronicidade e na intensidade da melancolia em relação aos estados depressivos neuróticos. Porém, haveria entre elas a mesma

dificuldade na elaboração do luto do objeto, aspecto que permitiria aproximar os quadros, o que a leva a decidir agrupá-los no que ela denominou de conjunto melancólico-depressivo, no qual os

> [...] dois termos, melancolia e depressão, designam um conjunto que se poderia chamar de melancólico-depressivo, cujos limites, na realidade, são imprecisos e no qual a psiquiatria reserva o conceito de "melancolia" à doença espontaneamente irreversível [...]. Sem entrar nos detalhes dos diversos tipos de depressão ("psicótica" ou "neurótica", ou, segundo uma outra classificação, "ansiosa", "retardada", "hostil") [...] nos situaremos numa perspectiva freudiana. (KRISTEVA, 1989, p. 16).

Vejamos o que Freud (1986), por sua vez, postulou a respeito da melancolia em comparação com as depressões, a fim de melhor situar as aproximações e substituições realizadas pelos psicanalistas. No *rascunho B* das *Cartas a Fliess,* Freud (1986) contrasta a melancolia com a depressão periódica branda, atentando mais para a diferença sintomatológica e à etiologia do que a uma definição classificatória. Afirma, assim, ser a melancolia uma afecção caracterizada por uma *anestesia psíquica*, fato retomado por Lambotte (1997), fato ausente na depressão, ao passo que essa apontava para um *trauma psíquico*, sendo, pois, uma *neurose de angústia*. Nesse momento, Freud (1986) parece estar mais preocupado em discutir a natureza *sexual* na etiologia das neuroses e suas influências traumáticas e/ou hereditárias em sua determinação.

No rascunho E, o psicanalista também contrapõe a melancolia à neurose de angústia, categoria na qual ele incluiu a depressão periódica breve. Nessa época, entretanto, além de apontar a *anestesia* como característica típica do melancólico, acrescenta a *ausência do desejo de coito*, mas uma grande *apetência ao amor*, isto é, um psiquismo erotizado que almeja ser amado, mas que se mantém insatisfeito frente ao acúmulo de tensão sexual. No entanto, em uma discussão realizada na carta de 23 de agosto de 1894, o autor caracteriza um quadro analisado como de *depressão periódica* e *melancolia*, colocando-as, nesse momento, como correlatas, caracterizando o quadro depressivo enquanto *melancolia branda neurastênica* e a *impotência sexual* passa a constituir uma possibilidade para o surgimento de sintomas melancólicos.

É, todavia, no *rascunho G* que Freud (1986) discorre, precisamente, sobre a melancolia, reunindo uma série de informações que viriam a caracterizá-la. O autor mantém a ideia da *anestesia*, considerando-a como possível desencadeante da

melancolia. Além disso, a carência e a angústia intensas são demarcadas como fatores observados nos quadros melancólicos, sendo estas intensificações resultantes da *neurastenia*. É também neste rascunho que Freud (1986) faz uma correlação do luto com a melancolia, afirmando-o como afeto correlato da condição melancólica, sinalizando, portanto, pela primeira vez, a *dimensão da perda* que acompanha os quadros melancólicos. Trata-se, nesse período, de uma *perda pulsional* que o autor aproxima da anorexia, que, porém, irá ser substituída pela *perda do objeto de amor e ódio*, já que o melancólico se relaciona de modo *ambivalente* com o objeto perdido (FREUD, 2010a).

No entanto, há que se pensar nas consequências das convergências e ou substituições entre depressão e melancolia. Moreira (2002) salienta, a respeito disso, que uma permuta de um caso a outro deixa de lado uma série de fenômenos metapsicológicos importantes em termos teórico-clínicos. É preciso destacar, contudo, que sua fala diz respeito ao apagamento da melancolia em detrimento da depressão nos manuais diagnósticos. Essa confusão entre depressão e melancolia parece ganhar espaço pela própria variabilidade de casos melancólicos, que apontam para uma heterogeneidade saliente dos quadros de melancolia, o que justificaria, segundo Moreira (2002), a própria dificuldade de os psicanalistas situá-las na neurose ou psicose. Tanto é que ressalta que as depressões são tomadas, atualmente, como episódios que acometem neuróticos, enquanto a melancolia seria um quadro típico de psicose, ideia defendida por Kehl (2015), que, além de distinguir depressão de melancolia, considerando a primeira como situação possível de ser instalada nas estruturas neuróticas, como a histeria e a neurose obsessiva, afirma a existência da depressão enquanto posição subjetiva que é instaurada no momento do Édipo, mais especificamente durante a *escolha da neurose* pelo sujeito. Assumir o lugar do depressivo equivaleria, para a autora, a impor a si uma paralisação frente à castração, evitando se defrontar com o próprio desejo, isto é, com a falta constituinte.

Nesse sentido, o depressivo seria, de acordo com Kehl (2015), aquele que recua ante o embate e que busca aniquilar-se em sua subjetividade para não ter que bancar à condição desejante conferida pela castração, instalando-se, pois, em um *vazio de sentido* paralisante. Se na histeria e na neurose obsessiva os sujeitos enfrentam, segundo a autora, o destino da castração e sua falta constituinte pela elaboração de defesas imaginárias e produzindo fantasias e próprias à neurose, o depressivo se mostra pobre em defesas, como se assumisse uma *covardia* que o

levasse a desfalecer por antecipar a perda que poderia advir ao entrar em um conflito. Assim, “A castração [...] é uma ferida aberta que, além de envergonhá-lo, não para de doer. Nisso consiste a dor moral do depressivo, prova de que ele, embora reconheça a castração, não é capaz de simbolizá-la” (KEHL, 2015, p. 19).

A melancolia, por seu turno, diferiria, conforme Kehl (2015), em muitos aspectos, da depressão, apesar de todas as coincidências sintomáticas que apresentam. Isso porque a autora considera que o que está em jogo no melancólico é o fato de ele não ter ocupado um *lugar no desejo do Outro primordial*, tendo em vista que esse Outro não teria comparecido ao recém-nascido, colocando-o em um tempo morto, cuja desesperança apontaria para o *extravio da própria condição desejante*, o que indicaria um afastamento da neurose, situando-a na psicose, visto que a autora afirma ser o fracasso do melancólico resultado da ausência do investimento do Outro materno, expressando a inexistência da alienação, processo constitutivo que enclausura o sujeito em uma célula com a mãe.

Apesar de toda miscelânea diagnóstica, Freud (2010a) pontuou uma série de características que delimitam bem a condição melancólica e apresentam seu funcionamento psíquico. Buscaremos, a seguir, descrevê-lo e discuti-lo, articulando com postulações de outros autores a respeito do tema. Isto nos levará a uma caracterização da melancolia, de modo a melhor compreender a construção do seu estatuto conceitual.

CARACTERIZAÇÃO METAPSICOLÓGICA DA MELANCOLIA NA TEORIA PSICANALÍTICA FREUDIANA

Freud (2010a) descreve a melancolia como uma afecção marcada por um abatimento similar ao luto, cujo interesse pelo mundo exterior é cessado, em virtude de uma perda que inibe o sujeito. Diferente, no entanto, do enlutado, o melancólico tem uma redução peculiar da autoestima, que o faz desferir contra si uma série de recriminações e acusações, denunciando um empobrecimento do Eu. Nesse sentido, a pessoa se concebe enquanto desprovida de dignidade e de quaisquer qualidades positivas, tornando-se a seus próprios olhos um ser abjeto, destinado a rejeições e punições. É essa depreciação de si que Freud (2010a) considera a marca distintiva da melancolia.

Além disso, a perda nos quadros melancólicos é bastante singular, pois, segundo Freud (2010a), aponta para algo que não pode ser facilmente discernível, nem mesmo para o acometido que tem ciência de que perdeu, embora desconheça o que de fato lhe falta. Impelido, no entanto, pelo reconhecimento de um extravio, o sujeito se retrai assumindo uma inibição que, diferente do luto, não procede com uma elaboração que visa o desligamento pulsional do objeto, mas inicia um trabalho punitivo e de queixa constante, em que se vilipendia abertamente, sem vergonha alguma (FREUD, 2010a).

Tal estado aponta, de acordo com Lambotte (1997), tanto para a vivência de um desfalecimento crônico, marcado pelo esgotamento constante, quanto para um processo de autodestruição que se assenta em uma consciência crítica que se mostra a ver por meio do discurso do sujeito. Inclusive, para a autora, por meio das formações discursivas do melancólico, têm-se o quadro do seu declínio psicofisiológico e de sua alta criticidade.

Segundo Freud (2010a), todo esse pensamento crítico, que se traduz nas autoincriminações e autoacusações, teria alguma fundamentação na realidade, apontando para algo verídico do sujeito. No entanto, para o autor, uma análise atenta do que ele diz faz transparecer o verdadeiro alvo de suas injúrias, a saber, o objeto perdido. Assim, embora o *Eu* seja posto como alvo, busca-se mesmo atingir aquilo que perdera.

Freud (2010a) explicará tal tentativa de degradação do objeto no próprio *Eu*, a partir da noção de identificação, processo que será tomado como “a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a uma outra pessoa” (FREUD, 2011b, p.60). Em conformidade, o melancólico é aquele que se encontra identificado com o objeto perdido; Identificação que, em suas especificidades, comporta a ambivalência afetiva destacada por Freud (2011b). Sobre este aspecto, Ornellas (2012) salienta a concordância geral entre os psicanalistas a respeito da identificação narcísica realizada pelo melancólico com o objeto de amor perdido. Segundo a autora, trata-se de um processo de introjeção pelo qual o *Eu* do sujeito se aliena a uma outra imagem que não a sua, incorporando a figura idealizada e mortífera de um objeto de amor inacessível.

Ornellas (2012) destaca, portanto, como a questão do melancólico se inscreve em uma problemática imaginária, visto que o sujeito entra em conflito com a própria imagem de si, uma vez que se colou à figura absoluta de um objeto de amor perdido,

isto é, a um ideal cuja onipotência inviabiliza qualquer resposta do sujeito a esse ideal. Com isso, ao invés de realizar uma identificação que lhe permita sustentar a si mesmo, enquanto corpo próprio, a autora sinaliza que a identificação narcísica do melancólico possui uma outra matriz, a de um objeto totalizado que se presentificou de forma massiva a ponto de ser introjetado pelo *Eu* do sujeito como modelo que nega a possibilidade de que ele se constitua enquanto imagem referencial de si, daí a autora afirmar ser o próprio narcisismo o que perde o melancólico. Assim, para não perder o objeto de amor, incorpora-o ao *Eu* ainda que tenha, para isso, de perder toda e qualquer referência narcísica, inviabilizando o trabalho do luto.

Ao discutir os mecanismos de identificação, Freud (2011b) postula a identificação como sendo o mais primitivo processo subjetivo, que precede os investimentos objetais. Identificar-se, segundo o autor, implica "configurar o próprio *Eu* à semelhança daquele tomado por modelo" (FREUD, 2011b p. 62). Trata-se, pois, de 'copiar' traços do objeto, tomando-os como seus, em um mecanismo psicológico que o autor irá designar de incorporação e/ou introjeção, cuja metáfora do canibalismo se presta à compreensão de seus objetivos, tendo em vista o pressuposto de que na assimilação objetal, por identificação, o sujeito aniquila o objeto para incorporá-lo.

Fédida (1999) desenvolve a metáfora do canibalismo melancólico elucidando o mecanismo de identificação enquanto forma de defesa do sujeito ante a angústia gerada pela perda do objeto de amor. Para o autor, o processo é canibal, pois representa não apenas uma regressão à oralidade, tal como postulou Freud (2011b), mas pelo fato de que assimilar vem a ser uma saída mais suportável à perda, ainda que, para isso, deva-se investir agressividade no objeto a ser identificado, decorrente do princípio de que só se introjeta no *Eu* os traços dos objetos marcados por afetos de "[...] ternura [bem] como desejo de eliminação" (FREUD, 2011b, p. 61). Há um anseio, portanto, em tornar parte de si semelhante ao objeto, a fim de que esse não escape.

Assim, a identificação pressupõe a aniquilação do objeto, mas, frisamos que Freud (2011b) destaca que o que se destrói é posição de objeto, fornecendo a esse a posição de sujeito, o que leva ao autor indicar que ao identificar-se, ao invés de querer possuir, deseja-se ser, assimilando no *Eu* as características que se quer do objeto, porquanto o destitui desse lugar. Quando isso acontece, "a identificação tomou o lugar da escolha de objeto e a escolha de objeto regrediu à identificação" (FREUD, 2011b, p. 63).

Logo, considerando as ideias de Freud (2010a; 2011b) e Fédida (1999) sobre a identificação e o canibalismo na melancolia, a devoração expressa, em certa medida, o desejo melancólico frente à perda do objeto, o de pôr em si, inconscientemente, aspectos daquilo que foi perdido, visando, tal como os canibais, incorporar algo que é caro para o sujeito. Essa metáfora de assimilação, por meio de um ato de despedaçamento e consumo, tenta traduzir a relação de forte ambivalência do melancólico com o objeto, destacada por Freud desde *Luto e melancolia*, cuja agressividade não é menor que o querer bem, revelando o desejo de retê-lo, ainda que por meio de sua destruição.

Fédida (1999), portanto, nos dá a entender que devorar o objeto consiste na possibilidade de retê-lo, ao invés de aceitar seu abandono. Indo além da dialética fantasmática de amor-ódio, destruição-incorporação, esse aniquilamento realizado pelo melancólico é pensado pelo autor enquanto ação mítica de incorporar após degradação, representando a posição do sujeito na melancolia, isto é, sua (re)ação frente à perda.

Acreditamos que o entendimento da dialética pulsional contribui para a melhor compreensão desse processo, por considerar a interdependência nas relações do sujeito entre destruir e compor que acontecem de forma concomitante (FREUD, 2014b). Em *Compêndio de psicanálise*, Freud (2014b) ilustra a ação das pulsões de vida (composição) e das pulsões de morte (destruição) a partir da nutrição, em que a incorporação de nutrientes só ocorre após degradá-los na digestão. O exemplo dado no compêndio de psicanálise é preciso ao demonstrar o paralelismo das pulsões e sua relação no tipo de identificação realizada pelo melancólico.

A nosso ver, é isso que está na base do canibalismo melancólico postulado por Fédida (1999). Para manter o objeto em si mesmo, deve-se inferir sobre ele injúrias e injúrias destrutivas. Porém, a natureza da identificação é tão particular na melancolia, que, espelhado com o amado, o sujeito ataca a si mesmo para em seguida atacar inconscientemente aquele ao qual a agressividade é, de fato, dirigida.

Tal deslocamento do alvo a ser destruído é sinalizado por Freud (2010a), ao dizer que, uma observação atenta das autorrecriminações que aparecem na fala do sujeito permite apreender que, na verdade, busca atingir o objeto, alcançando o *Eu* pelo fato deste ter se identificado com aquele, destacando também, desse modo, a ambivalência afetiva na relação objetal, mecanismo encontrado para não precisar lidar com a perda e as consequências autodestrutivas desse processo.

A violência que o sujeito melancólico exerce sobre si mesmo estaria, nesse sentido, justificada, segundo Freud (2010a), por uma baixa autoestima que acarreta um empobrecimento narcísico, já que os insultos dirigidos ao Eu velam o ódio que tem ao objeto ao qual ele se identificou, transformando, com isso, a instância egóica no alvo da represália desejada ao objeto. Esse deslocamento do alvo da pulsão agressiva circunscreve toda censura e depreciação que o melancólico se aplica, nos surpreendendo a forma impiedosa como se descreve.

Assim, o que estaria em jogo na melancolia seria uma falência psíquica resultante da ocupação do *Eu* à posição do objeto perdido, representação, um tanto imaginária, da necessidade que o sujeito tem de se tornar como o objeto para poder substituí-lo, sem que seja experienciada sua perda e, por conseguinte, o luto que a sucede. Isso decorre da impossibilidade do melancólico se desligar da relação objetal outrora empreendida, recorrendo, em função disso, a um processo de introjeção em que os traços do que foi perdido são assimilados pelo *Eu*. Este, por sua vez, graças à assimilação e à ambivalência, torna-se alvo da agressividade destinada ao objeto, atacando-se no lugar dele por meio de autoacusações e autopunições, como bem demonstrou Freud (2010a).

De modo complementar, considerando a metapsicologia freudiana sobre a identificação e as ideias desenvolvidas por Lacan (1998) a respeito do estádio do espelho, Lambotte (1997) explica as autoacusações do melancólico e a imagem depreciativa que ele mantém de si mesmo como consequências de uma falha narcísica originada no momento da formação do *Eu*. Lacan (1998) situa tal processo quando a criança, capturada pelo seu reflexo no espelho, antecipa que a imagem refletida pertence a si, voltando-se, no entanto, àquele que materna, à espera de uma autenticação da identificação estabelecida com sua imagem, átimo que dará origem a instância do *Eu*. Trata-se de um instante decisivo que favorecerá a apreensão do esquema corporal e conduzirá ao reconhecimento de si em uma forma unificada de contorno e espaço definidos.

É a qualidade da interação estabelecida entre o cuidador, comumente a mãe, e a criança pequena nesse momento formador do Eu, que Lambotte (1997) considera como o fator etiológico da melancolia, pois, segundo a autora, o sujeito melancólico teria vivenciado a depreciação ou a indiferença do olhar do agente materno quando procura nele o reconhecimento de que a imagem no espelho é dela. Daí a autora afirmar que o sujeito acometido de melancolia não encontrou um espaço, junto ao

Outro primordial, para constituir a sua imagem, exatamente pelo fato desse cuidador ter rejeitado essa imagem, de modo que não houve abertura à criança a um olhar afetuoso que legitima a fundação de um Eu corporal. Ao invés disso, o cuidador mesmo se apresenta enquanto totalidade inatingível, cuja projeção aponta para um ideal que o sujeito, sentindo-se tão distante, irá usar como parâmetro em sua vida, antecipando, no entanto, a impossibilidade de alcance, derrota que o melancólico responderá através do vilipêndio contra si.

Logo, depreendemos, a partir do que postulou Lambotte (1997), que na tenra infância a criança, em vias de se tornar melancólica, é aniquilada na formação de seu *Eu* pelo fato daquele que materna ocupar totalmente o lugar referencial em que o sujeito se constituiria enquanto imagem unificada. Assim, se, conforme Lacan (1998), a formação do *Eu* só ocorre por intermédio do Outro, a identificação primeira à imagem especular que definirá as demais identificações e fará do corpo do sujeito passivo de investimento libidinal, depende, para Lambotte (1997), de um olhar materno compassivo, marcado por uma afetividade que coaduna com o júbilo da criança diante de sua imagem no espelho.

Assim, a autora compreende que na melancolia a criança se depara com a não legitimação de um corpo possível de investimento por parte do Outro materno, quando da construção e apreensão do esquema corporal por meio da identificação ao reflexo do espelho, de modo que "[...] seria, então, à indiferença ou ao ódio de um olhar a que o sujeito se teria identificado para ter adquirido uma tal aversão em relação a ele mesmo, aversão que a perda do objeto, no caso, só faria reanimar" (LAMBOTTE, 1997, p.160).

Remetendo, portanto, à falha narcísica ocorrida durante o estádio do espelho, Lambotte (1997) (re)dimensiona a autodepreciação do melancólico à falta de investimento libidinal do Outro em relação à sua imagem, destacando que a perda do objeto apenas atualiza a perda e a desvalorização da própria imagem quando essa se encontrava em vias de formação. Por conta disso, para a autora, a ausência de um olhar enternecido nesse momento impossibilitaria a existência de um corpo passível de libidinização, de modo que, ao ser olhado na tenra infância com depreciação, o sujeito passa a se ver também de forma abjeta, o que justificaria, para Lambotte (1997), as autorrecriminações se configurarem como uma característica tão marcante na melancolia.

Acreditamos que, nesse ponto, as ideias de Lambotte (1997) convergem com as de Kehl (2015), tendo em vista que, essa autora, considera a melancolia como resultado do sujeito não ter encontrado lugar no desejo materno, ausência decorrente da onipresença do cuidador, que não abre espaço para que a criança adquira um corpo de contornos definidos, capaz de se ver ocupando um lugar no mundo. Reside aí a convergência com Kehl (2015), já que Lambotte (1997) compreende que é a posição da mãe enquanto onipotente que aniquila o sujeito, estruturando-o em uma melancolia.

Logo, ao se apresentar como totalidade à criança, não estabelecendo com ela uma interação mediada pela ternura do olhar, mas apagando-a da possibilidade de reconhecimento, pressupõe-se que o cuidador não dá espaço para que haja circunscrição de um sujeito em seu desejo, tal como sinalizou Kehl (2015), projetando apenas uma imagem inalcançável, com a qual o melancólico, segundo Lambotte (1997), irá se medir por toda vida, colocando-se sempre diante de tal modelo como indigno, já que não possuiria uma imagem unificada capaz de habitar o mundo, mas um corpo fragmentado, destituído de um Eu passível de alcançar o ideal de Eu que o Outro colocou para ele.

Não é à toa, portanto, que “A clínica com melancólicos [...] faz supor que a constituição do seu eu se dê exatamente desta forma: sem engano, sem ilusão, sem imagem. Um eu pobre e vazio, como um vaso sem flores, sem reflexo, sem brilho” (CARVALHO, 2008, p. 221). Desse modo, sem adotar uma postura de culpabilização dos pais, compreende-se que é na autenticação da identificação da criança com sua imagem e no ensejo de um investimento libidinal nela que o Outro falha, resultando a instauração de uma melancolia.

A partir dessa concepção, o que fica para o sujeito é apenas uma figura ideal que será buscada, de acordo com Carvalho (2008), nos objetos com que ele se relaciona, a fim de tamponar a falta imaginária com que ficou marcado. É por isso que a autora classifica o Ideal como o remendo da ferida narcísica do melancólico. Destarte, a perda de um objeto idealizado atualiza o dano imaginário sofrido, afinal, o sujeito se depara mais uma vez com o estado fragmentário de sua imagem. Ao mesmo tempo, como já foi mencionado, Lambotte (1997) nos dá a entender que a idealização é também aquilo que se apresenta como modelo inatingível a ser seguido, que o coloca em um estado de fracasso antecipado, de modo que não alcance o que foi idealizado, servindo-se, por conta disso, de um objeto cujo ideal é nele projetado, mas

que, também, não o sustenta, tendo em vista que a totalidade é uma ilusão, conforme salienta Carvalho (2008).

A respeito disso, Lambotte (1997), resgatando algumas ideias da teoria kleiniana, afirma que o sujeito na melancolia tende a manter dentro de si modelos inacessíveis, marcados por ideais de perfeição que, ao invés de servirem de horizontes que mobilizam o sujeito na busca de se aproximar deles, resignam-no a impossibilidade de alcançá-los, autorizando a negação de si e do mundo, aderindo a um comportamento de evitação. Negação adotada por recear que, ao experimentar explorar-se no espaço, efetive-se a desintegração de um corpo que não teve decalque aos seus olhos e que, por isso, se reconhece como fragmentado. A exploração por parte da autora da introjeção de modelos ideais a faz retomar a noção de *Supereu arcaico*, postulado na teoria kleiniana, para pensar a instância crítica do melancólico, cujas exigências morais são desmesuradas e o fazem recuar ante a qualquer possibilidade de exploração do mundo.

Freud (2010a) já havia apontado a dor moral do melancólico ao analisar em *Luto e melancolia* a instância crítica que ele possui, causando-lhe uma insatisfação cujo resultado é um empobrecimento de si por não atender às exigências e censuras empreendidas pelo parâmetro ideal que lhe constitui. É preciso recordar que, para Freud (2011c), o *Supereu* enquanto instância da moralidade é caracterizado como uma parte do *Eu* que se contrapõe a outra, de modo a controlá-la por imperativos rígidos de conduta.

O sofrimento melancólico, pautado em uma moralidade imputada por uma instância crítica, pode ser compreendido a partir do que postulou Lambotte (1997) acerca da falha narcísica sofrida pelo melancólico na fase do estádio do espelho, já mencionada. A autora considera que, durante a apreensão da imagem especular, aquele que materna, representando o Ideal do Eu, é capaz de projetar um Eu-ideal ao qual a criança irá se identificar. Trata-se da imagem autenticada do que ela vê no espelho. Por meio dela, a criança constitui um modelo que pautará suas ações por ser a fonte de todas as projeções imaginárias. É esse Eu-ideal que fracassa na melancolia, pois “permanece sempre ignorante de seus próprios traços, ou só percebe no reflexo do espelho os traços de um modelo puramente formal: o ideal do eu” (LAMBOTTE, 1997, p.215).

É como se, na troca de olhares, o sujeito pudesse adquirir um modelo ao qual medir-se por duas formas: a) pela imagem no espelho autorizada pelo Outro ou b)

pela imagem do Outro que não aprovou o reflexo do espelho. O dilema do melancólico, depreendendo as postulações de Lambotte (1997), é que a figura que representa a idealização não só se mostra em sua função especular e, por conseguinte, prototípica, mas não convalida o *Eu* do sujeito como representante desse protótipo a ser seguido, pelo contrário, o reflexo da criança é deslegitimado enquanto ideal e, por conta disso, situado completamente distante do que se deve aspirar ser.

Desse modo, na melancolia, a impossibilidade de se constituir enquanto imagem no período do narcisismo faz do sujeito alguém desprovido de identificações a referências imaginárias, distante de todo e qualquer ideal, o que o leva, segundo Lambotte (1997), a humilhação constante de si mesmo, maltratando-se constantemente por enxergar em si apenas o nada do real da existência. Logo, na sua ausência, o melancólico entrevê que não há sentido, adotando como bem sinalizou Lambotte (1997) um discurso de resignação, aproximado de uma corrente filosófica existencialista.

É em função desse empobrecimento narcísico que o sujeito na melancolia está tão suscetível ao suicídio. Freud (2010a) pontua que o *Eu* só pode se destruir quando ocupa a posição de objeto, fato que se deve ao abandono do investimento objetal e à identificação narcísica, dirigindo a si, nesse processo, toda hostilidade depositada no objeto perdido. Lembremos que em Freud (2010a) o objeto perdido é amado e odiado pela ambivalência e que, impossibilitado de fazer o luto, o *Eu* adquire traços do objeto para não ter que se a ver com sua perda, mas, por conta disso, torna-se também alvo de ódio e agressividade. Lacan (2005) nos ajuda a compreender este aspecto particular da relação do sujeito melancólico com o objeto ao afirmar que

> [...] o fato de se tratar de um objeto *a* e de, no quarto nível, este se encontrar habitualmente mascarado, por trás da *i(a)* do narcisismo, e desconhecido em sua essência, exige que o melancólico, digamos, atravesse sua própria imagem e primeiro a ataque, para poder atingir, *lá dentro*, o objeto *a* que o transcende, cujo mandamento lhe escapa - e cuja queda o arrasta para a precipitação suicida com automatismo, o mecanicismo, o caráter imperativo e intrinsecamente alienado com que vocês sabem que se cometem os suicídios de melancólicos [...] (LACAN, 2005, p. 364 - *grifo nosso*).

Assim, na melancolia, haveria, segundo o autor, uma espécie de subjugamento do sujeito ao objeto que está “lá dentro”, isto é, na sua imagem corporal, no seu *Eu*. Podemos pensar o “dentro” a partir da identificação narcísica proposta por Freud, de

modo que o *Eu* começa a se tratar como objeto, recuando seu estatuto enquanto sujeito.

Daí, quando Lacan (2005) afirma que para atacar o objeto incorporado o melancólico deve atacar a sua própria imagem, isto é, seu próprio *Eu*, ele é arrastado para a precipitação suicida, na tentativa de realizar o suicídio do objeto. Não é à toa que Freud tenha pontuado que "[...] o Eu só pode se matar se, através do retorno do investimento de objeto, ele puder se tratar a si próprio como objeto, se lhe for permitido dirigir contra si mesmo a hostilidade que vale para um objeto [...]" (FREUD, 2017, p. 111).

Logo, depreendemos que realizar o suicídio é tentar matar o objeto ao qual se encontra identificado, de modo a justificar de forma decisiva à máxima de Freud (2010a) de que a perda objetal do melancólico diz respeito a uma perda do próprio narcisismo, pois é o *Eu* que sofre as consequências do que foi extraviado. Perder, nesse caso, é perder-se, corroborando a afirmação de Lambotte (1997) de que o objeto perdido atualiza a perda originária que o sujeito sofreu quando deveria ter constituído sua imagem unificada.

Tendo isso em vista, poderíamos dizer que, para além do corte das relações com o objeto, o suicídio do melancólico surge como saída, passagem ao ato ao sofrimento de estranheza que possui por estar tão distante dos ideais que foram introjetados pelo sujeito. Lambotte (1997) salienta que essa sensação de falta de pertencimento decorre, precisamente, por sua imagem não ter sido reconhecida pelo Outro, que, pelo contrário, a depreciou em um momento decisivo para que a criança não só se reconhecesse no espelho, mas gozasse de seu reflexo. Daí, o nada e a ausência de sentido dele decorrente não fornecerem balizas à autodestrutividade, estando, pois, o melancólico mais sujeito a dar cabo da própria vida frente às cobranças de um *supereu* tirânico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto, observamos que não há um consenso a respeito da classificação nosográfica da melancolia mesmo na psicanálise, sendo, pois, considerada por alguns como neurose narcísica e por outros como psicose. Além disso, confunde-se, muitas vezes, com os quadros de depressão por compartilharem uma série de características fenomênicas, apesar de Freud (2011a) haver sustentado

a classificação de neurose narcísica e de autores como Lambotte (1997) terem demonstrado que a etiologia da melancolia reside na formação do Eu e na constituição do narcisismo do sujeito, o que endossaria o seu enquadramento enquanto uma neurose narcísica.

Todavia, a despeito das divergências, acreditamos ter mostrado que os quadros melancólicos apresentam características bem delimitadas do ponto de vista metapsicológico, isto é, possuem uma série de atributos que nos permitem melhor circunscrevê-lo no cerne da teoria em questão, a saber: a) o sujeito encontra-se impossibilitado de elaborar a perda do objeto de amor; b) efetuada a perda o melancólico se identifica ao objeto como forma de "defesa"; c) identificado dirige contra si recriminações e punições; d) apresenta uma fragilidade narcísica que aponta para falhas no processo de formação do Eu; e) as falhas egóicas podem ser consideradas como resultantes da ausência de lugar no olhar de seu cuidador primordial (agente maternante); f) a ausência impede o reconhecimento da própria imagem enquanto unidade passiva de investimento narcísico; g) o cuidador engendra um *ideal de eu* que, por sua vez, imputa um sofrimento moral ao melancólico, já que seu *Eu* está aquém do ideal e i) o empobrecimento em que se encontra torna o melancólico suscetível ao suicídio.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Soraya. A culpa na melancolia. In: GERBASE, J. (Org.). **Avatares do Supereu**. Salvador: Campo Psicanalítico, 2008.

CORDAS, Táki Athanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. **História da melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CHAUÍ-BERLINCK, Luciana. Melancolia e contemporaneidade. **Cadernos Espinosanos**, n.18, p.39-52, 2008. Disponível em: < https://www.revistas.usp.br/espinosanos/article/view/89331> Acesso em: 17 de nov. de 2022.

EDLER, S. **Luto e melancolia**: à sombra do espetáculo (Para ler Freud). 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

FÉDIDA, P. **Depressão**. Tradução: Martha Gambini. São Paulo: Editora Escuta, 1999.

FERREIRA, Maria de Fátima. **A dor moral da melancolia**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2014.

FREUD, Sigmund. Cartas a Fliess. In: MASSON, J. M (Org.). **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887 -1904**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

FREUD, Sigmund. (1917 [1915]). Luto e melancolia. In: FREUD, Sigmund. (1914-1916) Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. (v.12).

FREUD, Sigmund. (1924) Neurose e psicose. In: FREUD, Sigmund. (1923-1925) O eu e o id, autobiografia e outros textos. FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011a. (v.16).

FREUD, Sigmund. (1921) Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, S. (1920-1923) Psicologia das massas e análise do eu e outros textos. In: FREUD, S. **Obras completas**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011b. (v.15).

FREUD, Sigmund. (1923) O eu e o id. In: FREUD, Sigmund. (1923-1925) O eu e o id, autobiografia e outros textos. FREUD, S. **Obras completas**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011c. (v.16).

FREUD, Sigmund. (1916-1917) Conferências introdutórias à psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução: Sérgio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014a. (v.13).

FREUD, Sigmund. (1940). **Compêndio de Psicanálise e outros escritos inacabados**. Tradução: Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014b.

FREUD, Sigmund. (1917) Luto e melancolia. In: FREUD, Sigmund. Neurose, psicose e perversão. In: FREUD, Sigmund. **Obras incompletas de Sigmund Freud**. Tradução: Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. (v.5)

HIPÓCRATES. Melancolia. In: NOGUEIRA, George W. Galvão (Org.) **Aforismos de Hipócrates. Aforismos de Maffei**. São Paulo: GEHSP, 2008.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

KRISTEVA, Julia. **O sol negro**: depressão e melancolia. Tradução: Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

LACAN, Jacques. O estádio do espelho como formador da função do Eu. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 7**: a ética da psicanálise. Versão Brasileira: Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 8**: a transferência. Versão Brasileiro: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 10**: a angústia. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LAMBOTTE, Marie-Claude. **O discurso melancólico**: da fenomenologia à metapsicologia. Tradução: Sandra Regina Felgueiras. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

LIMA, Luiz Costa. **Melancolia**: literatura. São Paulo: Editora Unesp, 2017.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **Clínica da melancolia**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

ORNELLAS, Larissa Soares. A melancolia no feminino. **Estilos da Clínica**, v. 17, n.1, p. 62-75, 2012.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranóia e melancolia. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

Capítulo 4

PROGNÓSTICO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE BEXIGA: REVISÃO DE LITERATURA

Guilherme Ribeiro Ferreira
João Lucas de Moraes Dias

PROGNÓSTICO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE BEXIGA: REVISÃO DE LITERATURA

Guilherme Ribeiro Ferreira

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,

guilhermemedpp@gmail.com

João Lucas de Moraes Dias

Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,

joaolucas@jbservicesilution.com.br

RESUMO

Introdução: o câncer de bexiga é a neoplasia maligna mais frequente do trato urinário, sendo diagnosticado em mais de 400.000 pacientes e levando quase 200.000 pessoas à óbito no ano de 2018. **Metodologia da pesquisa:** esta revisão de literatura foi elaborada seguindo recomendações da diretriz PRISMA, sendo conduzidas buscas sistematizadas na base de dados PubMed. **Resultados:** no dia 20 de maio de 2023, a pesquisa na base de dados PubMed com a estratégia de busca resgatou 5762 artigos. Aplicando os critérios de inclusão, foram identificadas 321 obras. Elas foram lidas na íntegra e somente 22 delas foram selecionados para compor a literatura da presente revisão. **Discussão:** o prognóstico do câncer de bexiga é influenciado por diversos fatores, como etnia, sexo, sobrepeso, obesidade, diabetes mellitus, tabagismo, hidronefrose pré-operatória e técnica operatória. A qualidade de vida é afetada por sintomas urinários e gastrointestinais, disfunção sexual e repercussões psicossociais da doença e tratamento. **Considerações finais:** ressalta-se a importância de novos ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas de literatura. Somente assim será possível compreender o prognóstico e a qualidade de vida relacionados ao câncer de bexiga, para que o manejo seja aprimorado cada vez mais.

Palavras-chave: Câncer de Bexiga. Prognóstico. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: bladder cancer is the most common malignancy of the urinary tract, being diagnosed in more than 400,000 patients and leading to almost 200,000 deaths in 2018. **Research methodology:** this literature review was prepared following the recommendations of the PRISMA guideline, systematic searches were conducted in the PubMed database. **Results:** on May 20, 2023, the PubMed database search with the search strategy retrieved 5762 articles. Applying the inclusion criteria, 321 works were identified. They were read in full and only 22 of them were selected to compose the literature of this review. **Discussion:** the prognosis of bladder cancer is influenced by several factors, such as ethnicity, sex, overweight, obesity, diabetes mellitus,

smoking, preoperative hydronephrosis and operative technique. Quality of life is affected by urinary and gastrointestinal symptoms, sexual dysfunction and psychosocial repercussions of the disease and treatment. **Final considerations:** the importance of new randomized clinical trials and systematic literature reviews is emphasized. Only in this way will it be possible to understand the prognosis and quality of life related to bladder cancer, so that management can be increasingly improved.
Keywords: Bladder Cancer. Prognosis. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O câncer de bexiga é a neoplasia maligna mais frequente do trato urinário, sendo diagnosticado em mais de 400.000 pacientes e levando quase 200.000 pessoas à óbito no ano de 2018. Existem diversos fatores de risco já estabelecidos, sendo o tabagismo o principal deles. Tabagistas possuem um risco quatro vezes maior de desenvolver a neoplasia, e esse risco pode ser ainda maior de acordo com a carga tabágica, idade e época da vida em que a prática começou. Isso acontece porque, ao armazenar a urina, a bexiga permanece em contato com carcinógenos associados ao tabagismo por longos períodos até eles serem eliminados. Outros fatores de risco importantes são a radiação pélvica para cânceres do trato geniturinário ou ginecológicos, quimioterapia com Ciclofosfamida, inflamação crônica por infecções do trato urinário de repetição, uso de cateteres urinários e cálculos vesicais, exposição ocupacional a corantes de anilina e também a infecção por *Schistosoma haematobium*[1].

Dentre as principais manifestações clínicas, o câncer de bexiga provoca hematúria microscópica ou macroscópica indolor em mais de 80% dos pacientes, que pode ser contínua ou intermitente. Os sintomas urinários são pouco comuns, estando presentes em 30% dos pacientes, como aumento da frequência urinária, urgência miccional e disúria. Como os sintomas são semelhantes aos das infecções do trato urinário, o diagnóstico do câncer de bexiga pode atrasado, até que surjam sintomas relacionados à invasão e metástase, como dor em flancos, retenção urinária, edema de membros inferiores, plenitude pélvica e perda ponderal não intencional[2].

Como o quadro clínico do câncer de bexiga é semelhante ao das infecções do trato urinário, é fundamental a realização de exame de urina tipo 1 e urocultura em pacientes com hematúria macroscópica para descartar infecções. Basta um exame de urina com ao menos três hemácias por campo de alta potência (na ausência de

infecções) para o diagnóstico de hematúria microscópica e seguir com a investigação de câncer vesical. Inicialmente, realiza-se uma avaliação urológica minuciosa para descartar causas benignas da hematúria, como menstruação e traumas. Em seguida, uma amostra de urina deve ser submetida à avaliação citológica para pesquisa de células anormais e marcadores tumorais, o que é fundamental para o diagnóstico inicial e monitoramento após a confirmação. Apesar de sua fácil obtenção e elevada acurácia para lesões de alto grau, a citologia urinária possui limitações para lesões de baixo grau, por isso é apenas complementar a outros testes[3].

A cistoscopia de luz branca é a ferramenta padronizada para diagnóstico inicial do câncer de bexiga, tendo sensibilidade de até 84% e especificidade de até 98%. Quase todas as lesões identificadas na cistoscopia podem ser ressecadas com um cistoscópio rígido, a fim de determinar os padrões histológicos e a profundidade da invasão. Os exames de imagem, como a urografia por tomografia computadorizada (TC), são fundamentais para auxiliar o diagnóstico inicial e para o estadiamento do câncer de bexiga. A urografia por TC permite uma avaliação detalhada do parênquima renal e trato urinário superior para descartar outras causas da hematúria, como litíase e massas[4].

O estadiamento do câncer de bexiga é feito a partir do sistema TNM. As categorias possíveis são: Ta – carcinoma papilar não-invasivo; Tis – carcinoma in situ não-invasivo; T1 – invasão da lâmina própria; T2a – invasão da metade interna do músculo detrusor; T2b – invasão da metade externa da camada muscular própria; T3a – invasão local microscópica; T3b – invasão local macroscópica da gordura perivesical; T4 – invasão de estruturas adjacentes, como parede pélvica, parede abdominal ou órgãos pélvicos. A categoria N varia de 1 a 3 de acordo com a invasão de linfonodos regionais, enquanto a categoria M se refere a invasão de linfonodos à distância (M1a) e metástases (M1b)[5].

O tratamento mais comum para o câncer de bexiga músculo-invasivo (T2 à T4) é a cistectomia radical. Apesar disso, estudos recentes demonstraram que a terapia trimodal proporciona resultados semelhantes, preservando a bexiga urinária em mais de 70% dos casos, sendo feita a partir da ressecção transuretral máxima do tumor, depois radioterapia externa e quimioterapia simultânea. 70-80% dos pacientes tratados com a terapia trimodal alcançam a cura completa, com sobrevida à longo prazo comparável aos tratados com cistectomia radical, principalmente quando se trata de tumores pequenos, ausência de hidronefrose e manutenção da funcionalidade

vesical. Deve-se considerar que a terapia é contraindicada para pacientes com idade superior a 75 anos, comprometimento de função renal, doenças cardiovasculares ou respiratórias[6].

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O câncer de bexiga está entre as dez neoplasias malignas mais comuns em todo o mundo, com cerca de 430.000 novos casos ao ano e ocupando o 13º lugar considerando a mortalidade anual entre os cânceres. É um câncer que predomina no sexo masculino e é três vezes mais comum em países desenvolvidos da América do Norte, Europa e Ásia Ocidental, enquanto a mortalidade é maior em regiões em desenvolvimento. Cerca de 75% dos pacientes apresenta câncer de bexiga não músculo-invasivo, forma que permite o tratamento local e menos agressivo, já os outros 25% apresentam a forma músculo-invasiva que requer cistectomia radical, terapia trimodal ou cuidados paliativos[7].

Em todo o mundo, o risco de desenvolver câncer de bexiga em algum momento da vida é de 1,1% em homens e 0,27% em mulheres. Dessa forma, 1 em cada 100 homens e 1 em cada 400 mulheres serão diagnosticados ao longo da vida com essa neoplasia maligna. O risco ao longo da vida aumenta progressivamente, com predomínio a partir dos 60 anos de idade. Quanto a sobrevida relativa em cinco anos, acredita-se que seja de 70% em países da Europa e América do Norte, enquanto em países em desenvolvimento é muito menor pelo acesso restrito a ferramentas para diagnóstico e tratamentos eficientes[8]. Dessa forma, a partir da importância epidemiológica do câncer de bexiga, torna-se essencial compreender o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes após o diagnóstico e a instituição dos tratamentos. Somente assim será possível identificar pontos fracos no manejo para que estratégias sejam elaboradas e a qualidade de vida dos pacientes seja progressivamente melhor.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta revisão de literatura foi elaborada seguindo recomendações da diretriz PRISMA para responder à pergunta: qual o prognóstico e as perspectivas relacionadas à qualidade de vida após o diagnóstico de câncer de bexiga?

Foram conduzidas buscas sistematizadas na base de dados PubMed, disponível no *National Center for Biotechnology Information* (NCBI). Como critérios de elegibilidade, considerou-se apenas estudos publicados em inglês, entre 2013 e 2023, com disponibilidade do texto completo e cujo delineamento fosse meta-análise, ensaio clínico randomizado, triagem clínica e revisões sistemáticas. A partir de descritores em saúde e operadores booleanos, elaborou-se a estratégia de busca ["bladder cancer" AND ((prognosis[Title/Abstract]) OR (quality of life[Title/Abstract]))].

As obras resgatadas foram lidas na íntegra e uma análise criteriosa foi realizada para apurar o rigor metodológico e a validade científica dos estudos, levando à inclusão de estudos com nível de evidência entre 1 e 3, considerando:

- Nível 1: evidências obtidas através de meta-análise;
- Nível 2: evidências obtidas por estudos com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências obtidas através de revisões sistemáticas[9].

Estudos que não se enquadraram no menor nível aceitável foram descartados. Os selecionados foram categorizados para extração das evidências de interesse, reduzindo as obras a poucas páginas para análise criteriosa, interpretação e síntese dos resultados. Por fim, para descrever de forma narrativa as informações coletadas, foi redigida uma discussão a partir do sumário de evidências, complementada com o referencial teórico das obras incluídas na pesquisa.

RESULTADOS

No dia 20 de maio de 2023, a pesquisa na base de dados PubMed com a estratégia de busca resgatou 5762 artigos. Aplicando os critérios de inclusão, foram identificadas 321 obras. Elas foram lidas na íntegra e somente 22 delas foram selecionados para compor a literatura da presente revisão. Os artigos se encontram categorizados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Categorização dos artigos incluídos na presente revisão.

Autor	Periódico	Ano
Bochner BH *et al.*	*European Urology*	2015
Edmondson AJ *et al*.	*Journal of Cancer Survivorship*	2017
Hou L *et al.*	*Oncotarget*	2017
Bhanvadia SK	*Current Urology Reports*	2018
Paterson C *et al*.	*European Journal of Oncology Nursing*	2018
Rammant E *et al.*	*Clinical Rehabilitation*	2018
Westhoff E *et al.*	*Bladder Cancer*	2018

Jung A *et al.*	*Cancer Nursing*	2019
Li Z *et al*.	*Medicine*	2019
Oh JJ *et al.*	*Frontiers in Oncology*	2019
Rangarajan K, Somani BK	*Arab Journal of Urology*	2019
Taarnhøj GA *et al.*	*Health and Quality of Life Outcomes*	2019
Zhang L *et al*.	*BMC Cancer*	2019
Zhu Z *et al.*	*PLoS One*	2019
Bessa A *et al.*	*BMC Urology*	2020
Zhang L *et al*.	*Medicine*	2020
Lu Y, Tao J	*Frontiers in Endocrinology*	2021
Nayak A *et al.*	*Translational Andrology and Urology*	2021
Caini S *et al.*	*Cancers*	2022
Li J *et al*.	*Frontiers in Immunology*	2022
Ripping TM *et al.*	*Health and Quality of Life Outcomes*	2022
Yuen JW *et al*.	*International Journal of Environmental Research and Public Health*	2022

Fonte: elaboração dos autores.

DISCUSSÃO

De acordo com o *National Cancer Institute*, sobrevivência se refere a qualquer paciente em tratamento ativo ou após um tratamento. Os tratamentos utilizados atualmente são prolongados, onerosos e tornam o câncer de bexiga a doença maligna mais cara nos EUA. Diante disso, compreender o prognóstico e sobrevivência desses pacientes é de suma importância. A sobrevivência pode ser avaliada considerando os resultados oncológicos e a qualidade de vida relacionada à saúde. Ao compreender os componentes desses parâmetros, é possível identificar disparidades, necessidades não atendidas e lacunas para se abordar em pesquisas futuras[10].

PROGNÓSTICO

Etnia e sexo

O prognóstico dos tratamentos oncológicos para o câncer de bexiga difere por diversos fatores, como etnia, gênero, nível socioeconômico, estratégias terapêuticas empregadas e marcadores biológicos. Quanto a etnia, negros apresentam risco 70% maior de morte e sobrevivência em 10 anos menor, mesmo em doenças localizadas. Mesmo a malignidade afetando três vezes mais homens, mulheres tendem a receber diagnósticos tardios e prognóstico desfavorável pelo atraso no início do tratamento.

Tanto na etnia quanto no sexo, múltiplos fatores podem explicar as diferenças, como o acesso restrito a serviços de saúde e fatores biológicos respectivamente[10].

Obesidade e fatores dietéticos

O sobrepeso e a obesidade são associados a maior risco de incidência e recorrência de câncer de bexiga, além de aumentarem a mortalidade pela neoplasia, mas não influenciam na progressão da doença. Isso acontece porque a obesidade provoca alterações sistêmicas, como hiperinsulinemia, produção excessiva de leptina, esteroides e citocinas. O excesso de tecido adiposo favorece um estado inflamatório sistêmico que determina piores prognósticos no câncer de bexiga. Sabe-se que a leptina promove a expressão de citocinas pró-tumorais, como TNF, IL-1 e IL6, que induzem a angiogênese, intensificam a proliferação e sobrevida de células tumorais. Além disso, a obesidade dificulta a realização da ressecção transuretral dos tumores vesicais, sendo recomendada a perda de peso antes do procedimento[11].

De forma complementar, fatores dietéticos já foram relacionados à carcinogênese e prognóstico diferencial no câncer de bexiga, já que várias substâncias nocivas são excretadas por via urinária e atuam diretamente nas células uroteliais. Isso acontece por diversos mecanismos, como inibição da inflamação e proliferação celular, indução de apoptose e supressão de células cancerosas. Apesar disso, nenhuma recomendação dietética pode ser feita, devido à escassez de evidências científicas[11].

Diabetes mellitus

Pacientes diabéticos com câncer de bexiga apresentam risco elevado de mortalidade, progressão e recorrência da malignidade. Acredita-se que a hiperinsulinemia e hiperglicemia crônicas favorecem o crescimento tumoral e disseminação metastática, já que o fator de crescimento semelhante à insulina-1 (IGF-1) induz a proliferação de células carcinogênicas e inibem a apoptose. Além disso, estados de hiperglicemia aumentam o risco de infecções do trato urinário, que tem relação direta com o desenvolvimento, progressão e recorrência do câncer de bexiga. Dessa forma, é fundamental que estes pacientes sejam acompanhados a partir dos

níveis de HbA1c e variabilidade glicêmica para atenuar os efeitos deletérios dessa doença no prognóstico do câncer de bexiga[12].

Biomarcadores inflamatórios

O câncer de bexiga é avaliado de acordo com o tipo histopatológico, grau histológico e estádio patológico para determinar os riscos de recidiva e progressão da doença. Entretanto, a heterogeneidade do prognóstico de pacientes com formas clínicas semelhantes demonstra que é necessário utilizar outros de marcadores para estratificar o risco real de tais pacientes. Estudos recentes identificaram o índice de Imunoinflamação Sistêmica obtido através de amostras de sangue como um potencial biomarcador para predizer o prognóstico dos pacientes, sendo calculado a partir da contagem de neutrófilos, plaquetas e linfócitos, células que refletem de maneira objetiva o estado de equilíbrio inflamatório. Índices elevados foram associados à má diferenciação e estádios tumorais avançados, já que sugerem déficits da função imune por maior agressividade tumoral[13].

Vários biomarcadores moleculares de prognóstico no câncer de bexiga são estudados atualmente, como a expressão exacerbada do gene Ki-67 e p53 ou mutações na proteína tumoral 53 e receptor 3 do fator de crescimento de fibroblastos, mas as evidências ainda são pouco convincentes. O biomarcador de inflamação mais significativo é a relação neutrófilos/ linfócitos. Isso acontece porque os linfócitos se infiltram em tecido tumoral para limitar a cascata metastática, enquanto neutrófilos promovem angiogênese, remodelamento da matriz extracelular e migração de células tumorais, favorecendo metástases. A relação plaquetas/ linfócitos também demonstra função prognóstica, já que plaquetas favorecem a proliferação e a angiogênese tumoral, protegem as células carcinogênicas do sistema imunológico e intensificam a cascata metastática[14].

Tabagismo

A relação entre o tabagismo e o desenvolvimento do câncer de bexiga já é bem estabelecida, considerando a exposição prolongada do epitélio vesical a substâncias carcinogênicas concentradas na urina após a filtração renal, como hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, nitrosaminas e aminas aromáticas. A prática continuada do

tabagismo após o diagnóstico e durante o tratamento favorece aumenta os índices de mortalidade específica e o risco de recorrência após o tratamento. Isso pode ser atribuído a alterações moleculares cumulativas promovidas pelo tabagismo contínuo, danos ao DNA irreversíveis e a imunossupressão inerente à prática[15]. A cessação do tabagismo durante ao menos 10 anos é capaz de reduzir os riscos de recorrência e mortalidade significativamente, mas são escassas as evidências que demonstrem tal repercussão diante da cessação do tabagismo durante a investigação e tratamento da neoplasia[16].

Hidronefrose pré-operatória

Dentre as características clínicas e patológicas exploradas para predição prognóstica e orientação de decisões terapêuticas, a hidronefrose tem papel importante. Acredita-se que a hidronefrose pré-operatória, causada pela obstrução do óstio ureteral, está associada a tumores agressivos, com estádios avançados e metástase linfática. Mais de 20% dos pacientes com câncer de bexiga apresentam hidronefrose pré-operatória e ela se mostra como um fator prognóstico importante para o estádio tumoral e invasão linfonodal, sem relações diretas com recidivas após o tratamento[17]. É fato também que a hidronefrose bilateral confere um risco três vezes maior de mortalidade específica, sendo relacionada à menor sobrevida em 5 anos pela doença, principalmente por sua associação com o estadiamento patológico avançado[18].

Modalidades terapêuticas

A cistectomia radical associada ao esvaziamento linfonodal pélvico bilateral é a técnica cirúrgica considerada padrão-ouro para o câncer de bexiga localizado músculo-invasivo. Mesmo com os avanços das técnicas e aprimoramento das terapias adjuvantes, a mortalidade do câncer de bexiga permanece elevada e os desfechos oncológicos após o tratamento cirúrgico não melhoraram nas últimas três décadas, permanecendo próxima de 60% a taxa de sobrevida global em 5 anos[19].

Como a maioria dos pacientes com câncer de bexiga é tabagista, é comum a presença de doenças cardiovasculares, pulmonares e renais importantes, o que favorece a elevada morbidade perioperatória, longo período de recuperação após

cirurgia aberta e maior risco de óbito. Considerando esse cenário, técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, como a cistectomia radical laparoscópica assistida por robô demonstram resultados favoráveis ao facilitar a recuperação, diminuir o tempo de internação, oferecerem menos complicações e melhores desfechos oncológicos. Acredita-se que o procedimento laparoscópico reduz as complicações perioperatórias graves em mais de 20% e a maioria das complicações relatadas são de baixo grau. A melhora da qualidade de vida também é observada, graças à redução significativa no tempo necessário de derivação urinária[20].

QUALIDADE DE VIDA

A compreensão da experiência individual e qualidade de vida após o diagnóstico e tratamento do câncer de bexiga é uma das mais escassas, comparada a outros cânceres. Esse déficit pode ser atribuído ao planejamento assistencial precário após a alta e à internalização do comportamento de adoecimento que é comum no sexo masculino. A falta de ferramentas validadas específicas para o câncer de bexiga, assim como pesquisas com amostras representativas, faz com que a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores permaneça desconhecida, o que impede o aprimoramento das práticas assistenciais nos estágios iniciais do diagnóstico e escolha terapêutica[21].

Como o foco da maioria dos estudos é a otimização dos desfechos oncológicos, é fundamental que novas pesquisas investiguem o real impacto do câncer de bexiga, diagnóstico e tratamento na saúde funcional e qualidade de vida relacionada à saúde dessa população. Existem diversos questionários de medidas de desfecho relatadas pelo paciente (PROMs) para avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de bexiga, como o *Bladder Cancer Index* (BCI), *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT-BI) e o questionário *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC). O EORTC é uma ferramenta que considera sete escalas para avaliar a qualidade de vida: sintomas urinários, complicações da urostomia, preocupações com o futuro, distensão abdominal ou flatulência, imagem corporal, função sexual e distúrbios sexuais masculinos. Apesar dos parâmetros abrangentes, foi testada apenas por um único estudo e em somente um país, o que limita drasticamente a representatividade dos dados[22].

O câncer de bexiga requer vigilância rigorosa e tratamentos adjuvantes para preservação do órgão, o que leva longos períodos. Antes mesmo de alcançar a cura, efeitos comulativos são observados no âmbito físico e psicológico, afetando o desfecho real da doença apesar da sobrevida livre da malignidade. A maioria dos estudos escolhem os instrumentos para mensurar a qualidade de vida de acordo com os recursos disponíveis, sendo comum o relato da importância da educação em saúde do paciente quanto a sua doença, possíveis desfechos, opções de tratamento, riscos de recidiva e progressão. Além de fornecerem dados para pesquisas, os questionários permitem aconselhar o paciente sobre as possíveis repercussões da doença na sua qualidade de vida e elaborar estratégias para superá-las[23].

Saúde física

Os pacientes com câncer de bexiga apresentam dificuldades físicas inerentes, como incontinência devido ao desvio urinário, urina residual, irritação da pele genital, muco urinário, odor fétido da urina, dor pélvica e abdominal. A radioterapia repercute diretamente na saúde intestinal, ocasionando urgência para defecação, incontinência fecal, hematoquezia, espasmos, flatulência e náuseas. No âmbito físico, a qualidade de vida é prejudicada também pela necessidade de estoma após o tratamento cirúrgico, sendo comum a frustração com essa experiência, principalmente pela maior dependência dos cuidadores no início[24].

Os sintomas urinários têm associação negativa com o estado global de saúde, por isso devem ser tratados e monitorados para que a qualidade de vida não seja tão prejudicada[25]. A terapia intravesical apresenta resultados controversos, já que dor e desconforto pélvico são relatados com maior frequência, assim como deterioração dos sintomas urinários e estado global de saúde durante pelo menos um ano de tratamento. A imunoterapia intravesical de BCG proporciona resultados favoráveis a longo prazo, com melhora dos sintomas urinários após o primeiro mês de tratamento[26].

Saúde sexual

Atualmente, as diretrizes recomendam que a cistectomia radical em homens deve envolver a excisão da bexiga, próstata, vesícula seminal, ureteres distais e

linfonodos regionais, já em mulheres deve incluir a bexiga, uretra, vagina adjacente, útero, ureteres distais e linfonodos regionais. Sabe-se que esses procedimentos levam à prejuízos severos na imagem corporal e qualidade de vida sexual. A disfunção sexual comum após o tratamento cirúrgico do câncer de bexiga é negligenciada e os estudos disponíveis apresentam medidas de saúde sexual heterogêneas. Observa-se com frequência relatos de disfunção erétil, distúrbios de ejaculação, perda de urina durante a relação, diminuição do desejo sexual do cônjuge por medo de lesar o paciente, incapacidade de obter prazer durante as relações, dispareunia em mulheres e também diminuição da lubrificação ou ressecamento vaginal[27].

Saúde psicossocial

As evidências demonstram que o diagnóstico não afeta significativamente a saúde psicossocial dos pacientes com câncer de bexiga, já o tratamento é benéfico no início, seguido por uma queda considerável na qualidade de vida psicológica nos primeiros meses até que ela retorna à normalidade ao longo de seis meses de tratamento[28]. Na última década, mais estudos foram conduzidos para investigar as repercussões do câncer de bexiga na qualidade de vida. É evidente que pacientes que recebem um acolhimento, aconselhamento detalhado e apoio nas decisões terapêuticas aprendem a lidar e se adaptar melhor ao câncer[29].

Estratégias psicossociais melhoram significativamente os níveis de ansiedade, fadiga, depressão, superação pós-traumática e qualidade de vida geral. Dentre essas estratégias, vale mencionar a educação em saúde prévia ao procedimento cirúrgico, suporte psicossocial pós-operatório e assistência psicológica ou psiquiátrica para abordar os distúrbios de imagem corporal e disfunção sexual. Quanto maior a idade, menos impacto nesses âmbitos tem o câncer de bexiga, o que revela a importância da abordagem multidisciplinar especialmente em pacientes com idade inferior a 60 anos[30].

A escala de Hamilton e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) são utilizadas para avaliação psicossocial em diversas enfermidades. Estudos utilizando tais escalas demonstram que a terapia comportamental e cognitiva é muito eficaz para atenuar os sintomas depressivos em pacientes com câncer de bexiga, reduzindo a incidência de depressão ao longo dos anos e melhorando a qualidade de vida. A assistência psicológica, especialmente em pacientes submetidos a

quimioterapia adjuvante, promove a autogestão das emoções, cooperação com o tratamento, melhor aceitação da doença e dos efeitos adversos dos tratamentos. A comunicação frequente com a equipe de saúde também é eficaz em aliviar o stress mental e os sintomas de ansiedade[31].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prognóstico do câncer de bexiga é influenciado por diversos fatores. Negros apresentam risco 70% maior de morte e sobrevivência em 10 anos menor. Mesmo afetando três vezes mais homens, mulheres tendem a receber diagnósticos tardios e prognóstico desfavorável pelo atraso no início do tratamento. O sobrepeso, obesidade e diabetes mellitus são associados a maior risco de incidência e recorrência de câncer de bexiga, além de aumentarem a mortalidade pela neoplasia, mas não influenciam na progressão da doença, exceto o diabetes mellitus. A prática continuada do tabagismo após o diagnóstico e durante o tratamento favorece aumenta os índices de mortalidade específica e o risco de recorrência após o tratamento. Acredita-se que a hidronefrose pré-operatória, causada pela obstrução do óstio ureteral, está associada a tumores agressivos, com estádios avançados e metástase linfática. Técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, como a cistectomia radical laparoscópica assistida por robô, demonstram resultados favoráveis ao facilitar a recuperação, diminuir o tempo de internação, oferecerem menos complicações e melhores desfechos oncológicos.

A compreensão da experiência individual e qualidade de vida após o diagnóstico e tratamento do câncer de bexiga é uma das mais escassas, comparada a outros cânceres. Os pacientes com câncer de bexiga apresentam dificuldades físicas inerentes, como sintomas urinários e do trato gastrointestinal, ambos com associação negativa com o estado de saúde global. A disfunção sexual comum após o tratamento cirúrgico do câncer de bexiga é negligenciada e os estudos disponíveis apresentam medidas de saúde sexual heterogêneas. As evidências demonstram que o diagnóstico não afeta significativamente a saúde psicossocial dos pacientes com câncer de bexiga, já o tratamento é benéfico no início, seguido por uma queda considerável na qualidade de vida psicológica nos primeiros meses até que ela retorna à normalidade ao longo de seis meses de tratamento.

Apesar das análises das evidências, a heterogeneidade dos estudos foi a principal limitação da presente revisão de literatura. Por fim, ressalta-se a importância de novos ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas de literatura. Somente assim será possível compreender o prognóstico e a qualidade de vida relacionados ao câncer de bexiga, para que o manejo seja aprimorado cada vez mais.

REFERÊNCIAS

1. FARLING, Kristen Burns. Bladder cancer. **The Nurse Practitioner**, v. 42, n. 3, p. 26-33, mar. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1097/01.npr.0000512251.61454.5c. Acesso em: 27 maio 2023.

2. MARTINEZ RODRIGUEZ, Roberto Hugo; BUISAN RUEDA, Oscar; IBARZ, Luis. Tumor vesical: presente y futuro. **Medicina Clínica**, v. 149, n. 10, p. 449-455, nov. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.009. Acesso em: 27 maio 2023.

3. LENIS, Andrew T. *et al*. Bladder Cancer. **JAMA**, v. 324, n. 19, p. 1980, nov. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2020.17598. Acesso em: 27 maio 2023.

4. AHMADI, Hamed; DUDDALWAR, Vinay; DANESHMAND, Siamak. Diagnosis and Staging of Bladder Cancer. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, v. 35, n. 3, p. 531-541, jun. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.hoc.2021.02.004. Acesso em: 27 maio 2023.

5. PECORARO, Martina *et al*. Overview of VI-RADS in Bladder Cancer. **American Journal of Roentgenology**, v. 214, n. 6, p. 1259-1268, jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.2214/ajr.20.22763. Acesso em: 27 maio 2023.

6. PHAM, Anthony; BALLAS, Leslie K. Trimodality therapy for bladder cancer. **Current Opinion in Urology**, v. 29, n. 3, p. 210-215, maio 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1097/mou.0000000000000601. Acesso em: 27 maio 2023.

7. CUMBERBATCH, Marcus George Kwesi *et al*. Epidemiology of Bladder Cancer: A Systematic Review and Contemporary Update of Risk Factors in 2018. **European Urology**, v. 74, n. 6, p. 784-795, dez. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.09.001. Acesso em: 27 maio 2023.

8. RICHTERS, Anke; ABEN, Katja K. H.; KIEMENEY, Lambertus A. L. M. The global burden of urinary bladder cancer: an update. **World Journal of Urology**, v. 38, n. 8, p. 1895-1904, nov. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00345-019-02984-4. Acesso em: 27 maio 2023.

9. SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-

106, mar. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134. Acesso em: 25 abr. 2023.

10. BHANVADIA, Sumeet K. Bladder Cancer Survivorship. **Current Urology Reports**, v. 19, n. 12, nov. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11934-018-0860-6. Acesso em: 27 maio 2023.

11. WESTHOFF, Ellen *et al*. Body Mass Index, Diet-Related Factors, and Bladder Cancer Prognosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Bladder Cancer**, v. 4, n. 1, p. 91-112, jan. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.3233/blc-170147. Acesso em: 27 maio 2023.

12. LU, Yu; TAO, Jing. Diabetes Mellitus and Obesity as Risk Factors for Bladder Cancer Prognosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Endocrinology**, v. 12, out. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fendo.2021.699732. Acesso em: 27 maio 2023.

13. LI, Jinze *et al*. The Prognostic and Clinicopathological Significance of Systemic Immune-Inflammation Index in Bladder Cancer. **Frontiers in Immunology,** v. 13, p. 865643, abr. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.865643. Acesso em: 27 maio 2023.

14. ZHANG, Lianghao *et al*. Meta-analysis of multiple hematological biomarkers as prognostic predictors of survival in bladder cancer. **Medicine**, v. 99, n. 30, p. e20920, jul. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1097/md.0000000000020920. Acesso em: 27 maio 2023.

15. HOU, Lina *et al*. Association of smoking status with prognosis in bladder cancer: A meta-analysis. **Oncotarget**, v. 8, n. 1, p. 1278-1289, nov. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.18632/oncotarget.13606. Acesso em: 27 maio 2023.

16. CAINI, Saverio *et al*. Prognostic Impact of Post-Diagnosis Smoking Cessation among Bladder Cancer Patients: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. **Cancers**, v. 14, n. 16, p. 4022, ago. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/cancers14164022. Acesso em: 27 maio 2023.

17. ZHU, Zhaowei *et al*. Prognostic value of preoperative hydronephrosis in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy: A meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 14, n. 9, p. e0222223, set. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222223. Acesso em: 27 maio 2023.

18. OH, Jong Jin *et al*. Association Between Preoperative Hydronephrosis and Prognosis After Radical Cystectomy Among Patients With Bladder Cancer: A Systemic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Oncology**, v. 9, mar. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fonc.2019.00158. Acesso em: 27 maio 2023.

19. ZHANG, Lijin *et al*. Clinicopathological factors in bladder cancer for cancer-specific survival outcomes following radical cystectomy: a systematic review and meta-analysis. **BMC Cancer**, v. 19, n. 1, jul. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12885-019-5924-6. Acesso em: 27 maio 2023.

20. BOCHNER, Bernard H. *et al*. Comparing Open Radical Cystectomy and Robot-assisted Laparoscopic Radical Cystectomy: A Randomized Clinical Trial**. European Urology**, v. 67, n. 6, p. 1042-1050, jun. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.11.043. Acesso em: 27 maio 2023.

21. EDMONDSON, Amanda J. *et al*. The patients' experience of a bladder cancer diagnosis: a systematic review of the qualitative evidence. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 11, n. 4, p. 453-461, ago. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11764-017-0603-6. Acesso em: 27 maio 2023.

22. RIPPING, T. M. *et al*. Validation and reliability of the Dutch version of the EORTC QLQ-BLM30 module for assessing the health-related quality of life of patients with muscle invasive bladder cancer. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 20, n. 1, dez. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12955-022-02064-z. Acesso em: 27 maio 2023.

23. NAYAK, Arvind; CRESSWELL, Joanne; MARIAPPAN, Paramananthan. Quality of life in patients undergoing surveillance for non-muscle invasive bladder cancer—a systematic review. **Translational Andrology and Urology**, v. 10, n. 6, p. 2737-2749, jun. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.21037/tau-20-1333. Acesso em: 27 maio 2023.

24. PATERSON, C. *et al*. Unmet informational and supportive care needs of patients with muscle invasive bladder cancer: A systematic review of the evidence. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 35, p. 92-101, ago. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.05.006. Acesso em: 27 maio 2023.

25. JUNG, Ahrang *et al*. Quality of Life in Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer Survivors. **Cancer Nursing**, v. 42, n. 3, p. 21-33, maio 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000606. Acesso em: 27 maio 2023.

26. YUEN, John W. *et al*. Impact of Effective Intravesical Therapies on Quality of Life in Patients with Non-Muscle Invasive Bladder Cancer: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 17, p. 10825, ago. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph191710825. Acesso em: 27 maio 2023.

27. BESSA, Agustina *et al*. Unmet needs in sexual health in bladder cancer patients: a systematic review of the evidence. **BMC Urology**, v. 20, n. 1, jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12894-020-00634-1. Acesso em: 27 maio 2023.

28. TAARNHØJ, G. A.; JOHANSEN, C.; PAPPOT, H. Quality of life in bladder cancer patients receiving medical oncological treatment; a systematic review of the literature. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 17, n. 1, jan. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12955-018-1077-6. Acesso em: 27 maio 2023.

29. RANGARAJAN, Karan; SOMANI, Bhaskar K. Trends in quality of life reporting for radical cystectomy and urinary diversion over the last four decades: A systematic review of the literature. **Arab Journal of Urology**, v. 17, n. 3, p. 181-194, abr. 2019.

Disponível em: https://doi.org/10.1080/2090598x.2019.1600279. Acesso em: 27 maio 2023.

30. RAMMANT, Elke *et al*. A systematic review of exercise and psychosocial rehabilitation interventions to improve health-related outcomes in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy. **Clinical Rehabilitation**, v. 32, n. 5, p. 594-606, maio 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0269215517746472. Acesso em: 27 maio 2023.

31. LI, Zhonghui *et al*. Effect of a patient education and rehabilitation program on anxiety, depression and quality of life in muscle invasive bladder cancer patients treated with adjuvant chemotherapy. **Medicine**, v. 98, n. 44, p. 17437, nov. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1097/md.0000000000017437. Acesso em: 27 maio 2023.

Capítulo 5

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NOTIFICADOS POR TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO ENTRE OS ANOS DE 2017 A 2021 NO TOCANTINS

Caio Roberto Viana Araújo
Luis Felipe Borges Corrêa
Nathalia Brum Cavalcanti
Nicole Moreira Cunha
Vitória Resende Lopes
Luciana Sant' Ana de Souza

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NOTIFICADOS POR TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO ENTRE OS ANOS DE 2017 A 2021 NO TOCANTINS

Caio Roberto Viana Araújo

Discente do 6º período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, caioroberto_vianaaraujo@hotmail.com.

Luis Felipe Borges Corrêa

Discente do 7º período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, luisfelipeborgescorrea@gmail.com.

Nathalia Brum Cavalcanti

Discente do 6º período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Nathalia.natalicio@hotmail.com.

Nicole Moreira Cunha

Discente do 6º período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, nicolemoreirac@hotmail.com.

Vitória Resende Lopes

Discente do 6º período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, vitoria.r.l@hotmail.com.

Luciana Sant' Ana de Souza

Médica psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial II e docente no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos da cidade de Araguaína-TO, luosantana@hotmail.com.

RESUMO

Os transtornos relacionados ao trabalho compreendem um grupo de distúrbios psiquiátricos, dentre eles pode-se citar, síndrome de burnout, transtorno de ansiedade

generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, e outros. Diante da análise de cargas horárias dos trabalhadores, pressões sociais e outros fatores culturais como fatores de risco, observa-se a incidência dessas afecções vem aumentando conforme os trabalhadores têm acesso aos sistemas de saúde, possibilitando assim uma maior efetividade no acompanhamento e até mesmo na prevenção desses distúrbios. **Objetivo:** o presente estudo objetiva traçar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados e notificados por transtornos mentais relacionados ao trabalho no Tocantins e quais os manejos preconizados no Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** o trabalho apresentará um curso descritivo epidemiológico o qual será realizado um estudo isolado sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho, onde para melhor apuração dos resultados serão divididos em variáveis, facilitando assim o cruzamento dos resultados encontrados entre o tema proposto e sua incidência antes, durante e pós pandemia com a literatura nacional. **Resultados esperados:** espera-se com esse trabalho apresentar o perfil epidemiológico atuante no estado do Tocantins em relação ao tema do presente trabalho condizendo o que manda a literatura nacional. **Conclusões:** Analisando as altas taxas de incidência dos distúrbios psiquiátricos da população trabalhadora, faz-se necessário o detalhamento dos fatores que podem servir como gatilhos para tais fins. Com a análise das situações causadoras e agravantes, pode-se identificar meios para maior efetividade tanto na prevenção como no tratamento de tais distúrbios.
Palavras-chave: Transtornos. Trabalho. Carga horária. Incidência. Pandemia.

ABSTRACT
Work-related disorders comprise a group of psychiatric disorders, including burnout syndrome, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and others. In view of the analysis of workers' workloads, social pressures and other cultural factors as risk factors, it is observed that the incidence of these conditions has been increasing as workers have access to health systems, thus enabling greater effectiveness in monitoring and even in the prevention of these disorders. Objective: this study aims to outline the epidemiological profile of patients diagnosed and notified of work-related mental disorders in Tocantins and which managements are recommended in the Unified Health System. Methodology: the work will present a descriptive epidemiological course in which an isolated study will be carried out on mental disorders related to work, where, for better verification of the results, they will be divided into variables, thus facilitating the crossing of the results found between the proposed theme and its incidence before, during and after the pandemic with national literature. Expected results: this work is expected to present the epidemiological profile active in the state of Tocantins in relation to the theme of the present work, in line with what the national literature dictates. Conclusions: Analyzing the high incidence rates of psychiatric disorders in the working population, it is necessary to detail the factors that can serve as triggers for such purposes. With the analysis of the causing and aggravating situations, means can be identified for greater effectiveness in both the prevention and treatment of such disorders.
Keywords: Disorders. Work. Workload. Incidence. Pandemic.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho tem sido motivo de grande angústia entre toda a classe trabalhadora, por se tratar de um problema que, nos últimos anos, tem acometido grande parte dos indivíduos ao redor do mundo, principalmente durante e depois da pandemia do Covid – 19. No estado do Tocantins, notou-se a presença da incidência desses casos entre diversas profissões, com uma baixa adesão tanto da profilaxia quanto do tratamento dos diferentes transtornos. Com isso, qual será o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com transtornos mentais relacionados ao trabalho nesse estado?

O atual quadro econômico mundial, em que as condições de insegurança no emprego, subemprego e a segmentação do mercado de trabalho são crescentes, reflete-se em processos internos de reestruturação da produção, enxugamento de quadro de funcionários, incorporação tecnológica, repercutindo sobre a saúde mental dos trabalhadores. Em decorrência do lugar de destaque que o trabalho ocupa na vida das pessoas, sendo fonte de garantia de subsistência e de posição social, a falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda do emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família. Ao mesmo tempo abala o valor subjetivo que a pessoa se atribui, gerando sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm sido considerados problema de saúde pública em função de sua alta prevalência em profissionais e de suas consequências − como o absenteísmo, incapacidades para o trabalho e aposentadoria precoce. (CARVALHO, 2016).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

> Os determinantes da saúde mental e transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, padrões de vida, as condições de trabalho e o apoio comunitário. (OPAS, 2022).

No Brasil, as psiconeuroses ocupam o 1º lugar entre as causas de incapacidade temporária, e o 3º lugar entre as de incapacidade permanente e invalidez (SILVA, 2020).

A carga dos transtornos mentais continua crescendo, com impactos significativos sobre a saúde e as principais consequências sociais, de direitos humanos e econômicas em todos os países do mundo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

> Entre os transtornos mentais mais comuns estão a demência, o delirium, o transtorno cognitivo leve, o transtorno orgânico de personalidade, o alcoolismo crônico, o episódio depressivo, o transtorno de estresse pós-traumático, a síndrome da fadiga, a neurose profissional, a síndrome do esgotamento profissional (burnout) e o suicídio. (TRT18).

Fisiopatologia

Dentre os modelos de explicação das relações entre saúde mental e trabalho podemos definir duas principais correntes:

- Psicodinâmica: enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença.
- Interrelação saúde mental e trabalho: privilegia a relação entre estresse e trabalho. Tal abordagem apresenta um alto grau de complexidade, a começar por uma ampla variação do conceito de estresse.

Em resumo, o espectro da inter-relação saúde mental e trabalho abrange, portanto, do mal-estar ao quadro psiquiátrico, incluindo o sofrimento mental. (GLINA, 2001).

Prevenção

> A principal medida de prevenção é afastar o trabalhador do agente causador do transtorno mental relacionado ao trabalho. É necessário identificar o risco de exposição após avaliação do ambiente e organização do trabalho e introduzir mudanças significativas que sirvam de proteção à saúde dos trabalhadores. (SELIGMANN, 1995).

Sinais e sintomas

Ainda segundo Seligmann (1995), pode-se destacar os principais sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais relacionados ao trabalho:

- **Gerais:** insônia, lombalgia, uso regular de substâncias psicoativas (álcool, drogas e tranquilizantes);
- **Físicos:** astenia, dores abdominais, dores osteoarticulares, distúrbios do sono, distúrbios do apetite, entre outros;
- **Emocionais:** irritabilidade, angústia, ansiedade, excitação, tristeza, choro frequente, sentimentos de mal-estar indefinidos, entre outros;
- **Intelectuais:** distúrbios de concentração, distúrbios de memória, dificuldades para tomar iniciativas ou decisões etc.
- **Comportamentais:** modificação dos hábitos alimentares, comportamentos violentos e agressivos, isolamento social, dificuldade para cooperar, entre outros;

Principais causas

Segundo o Ministério da saúde, as principais causas dos transtornos mentais no ambiente do trabalho são:

- Baixo controle sob o ritmo de trabalho e cobrança por produção e realização de tarefas complexas;
- Relacionamentos interpessoais ruins, tanto verticais (com os chefes), quanto horizontais (entre os próprios colegas);
- Violência no trabalho com situações de humilhação, perseguição, agressões física e verbal
- Desequilíbrio entre esforço e recompensa;
- Dedicação excessiva ao trabalho;
- Exposição a produtos químicos como metais pesados e solventes: brometo de metila; chumbo ou seus compostos tóxicos; manganês e seus compostos tóxicos; mercúrio e seus compostos tóxicos; sulfeto de carbono; tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; tricloroetileno, tetracloroetileno,

tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; outros solventes orgânicos neurotóxicos

- Estresse no trabalho decorrente da pressão por cumprir prazos e metas;
- Competitividade;
- Organização do trabalho: a forma como se ordenam as tarefas necessárias aos objetivos do empregador. Implica a coordenação das tarefas, a divisão do trabalho, a organização temporal das atividades como ritmo, pausas, trabalho em turno, equipes, premiação, controle do trabalho, estabelecimento de metas, etc.
- Subjetividade na dedicação ao trabalho e modo de trabalhar. a forma como se ordenam as tarefas necessárias aos objetivos da organização. Implica a coordenação das tarefas, a divisão do trabalho e a organização temporal das atividades.

Diagnóstico

Segundo o DSM-V, o diagnóstico de um transtorno mental é feito por profissionais especializados em saúde mental: psicólogos, psiquiatras ou psicanalistas.

Dependendo da gravidade do caso, é necessário encaminhar o paciente para médicos especialistas em determinados tipos de transtorno, ou mesmo recorrer à internação.

Tratamento

O tratamento dos transtornos mentais baseia-se em pilares como controle ambientais, evitando certas situações gatilhos, psicoterapia, medicamentos que agem no sistema nervoso central e possuem diversos mecanismos de ação. Os transtornos dos quais essa pesquisa se propõe a discorrer sobre, são adquiridos, portanto, deve-se primariamente evitar os ambientes de estresse que podem corroborar para o desenvolvimento de tais.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico dos pacientes notificados por transtornos mentais relacionados ao trabalho no Tocantins nos anos de 2017 à 2021, caracterizado como retrospectivo, descritivo e bibliográfico.

Local de pesquisa

Plataforma DATASUS/SINAN e Ministério da Saúde.

Sujeitos da pesquisa

Pacientes com transtornos mentais advindos do trabalho notificados no sistema já citado entre os anos de 2017 a 2021 no estado do Tocantins.

Amostra da pesquisa

Estima-se em torno de 50 notificações/ano de pacientes com transtornos mentais por conta do trabalho no estado do Tocantins no período já mencionado.

Critérios de inclusão

Serão incluídos na pesquisa os pacientes que apresentarem:

- Pacientes acima de 18 anos com atividade profissional;
- Indivíduos diagnosticados com transtornos mentais advindos do trabalho;
- Indivíduos cujo diagnóstico foi notificado nas bases de dados analisadas nesse trabalho.

Critérios de exclusão

Serão excluídos da pesquisa:

- Profissionais com transtornos mentais que não estejam notificados na base de dados;
- Indivíduos abaixo de 18 anos mesmo com notificação por transtorno mental relacionado ao trabalho;
- Paciente que não sejam residentes do Tocantins.

Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, será realizada através de plataformas digitais e os registros serão transformados em gráficos e tabelas no programa Excel.

Procedimentos

Devido a quantidade de transtornos mentais existentes relacionados ao trabalho, esta pesquisa realizará um estudo geral dos transtornos que mais acometem a classe trabalhadora, afim de uma melhor apuração serão utilizadas como variáveis:

- Escolaridade
- Faixa etária;
- Diagnóstico específico
- Evolução do caso.

Os dados serão coletados em plataformas onde são registrados anualmente os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho de todo o país, onde o atual projeto irá selecionar o estado do Tocantins para a realização da análise no período já mencionado. Após a coleta de todos os dados, esses serão apresentados em forma de gráficos e tabelas para futura comparação dos resultados encontrados sobre o tem já citado com a literatura nacional.

Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados permitirá a realização das devidas comparações que permitirão a apresentação das conclusões da pesquisa por meio de dados que serão tabulados no programa Excel.

Análise dos riscos e benefícios para o sujeito da pesquisa

Riscos

Por se tratar de um estudo retrospectivo através de plataformas digitais onde não são citados dados pessoais de nenhum dos pacientes, não existe possibilidade de danos diretos aos participantes.

Benefícios

A construção de um perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com transtornos mentais por conta do trabalho no estado do Tocantins, poderá ser utilizado pelos gestores e profissionais de saúde como ferramenta no processo de tomada de decisões no âmbito da saúde local, estadual e nacional, otimizando custos e assistência prestada ao paciente.

ANÁLISE DE DADOS

Tabela 1 – Notificações segundo Escolar Sinan Net

Escolar SinanNET	**Notificações**
TOTAL	100
Ign/Branco	21
Analfabeto	5
1ª a 4ª série incompleta do EF	10
4ª série completa do EF	2
5ª a 8ª série incompleta do EF	12
Ensino fundamental completo	8
Ensino médio incompleto	7
Ensino médio completo	13
Educação superior incompleta	3
Educação superior completa	19

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Dentre os dados colhidos sobre grau de escolaridade e notificações por diagnóstico, faz-se necessário salientar os picos de incidência nas faixas de pessoas que cessaram os estudos entre a primeira e a quarta série do ensino fundamental

representando um valor de 10%, as pessoas que cessaram os estudos entre a quinta e a oitava série do ensino fundamental representando cerca de 12%, as pessoas que concluíram o ensino médio com cerca de 13% e as pessoas que têm educação superior completa que representam cerca de 19%. Os dados são suficientemente válidos para afirmar que nas atividades profissionais, as possibilidades de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos dentro do tempo e espaço aos quais esse estudo se compromete a avaliar, são quase igualmente incidentes, mas ainda que de forma não tão discrepante, aumentam de acordo com os níveis escolares.

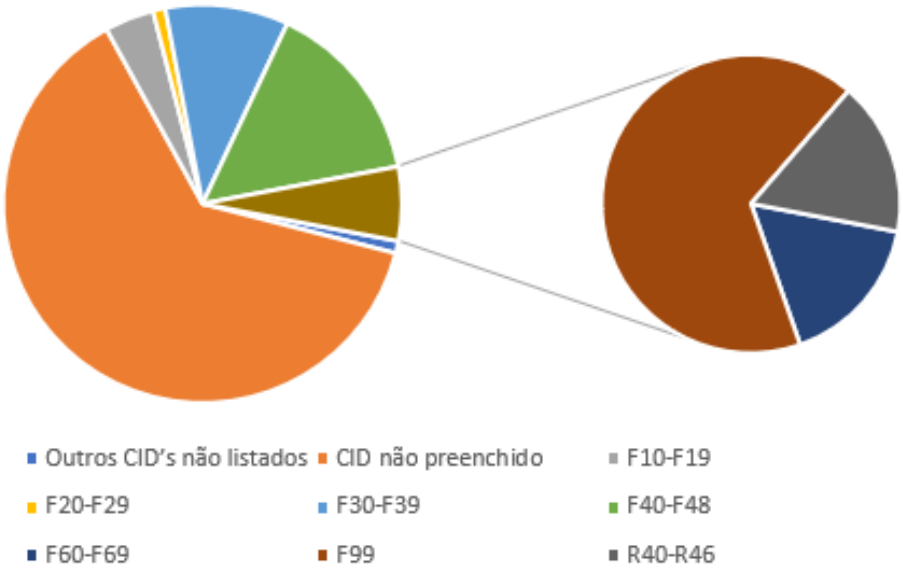
Quadro 2 – Notificações segundo faixa etária

Faixa etária	Notificações
TOTAL	100
10 a 14 anos	2
15 a 19 anos	7
20 a 29 anos	28
30 a 39 anos	25
40 a 49 anos	21
50 a 59 anos	14
60 a 69 anos	2
70 a 79 anos	1

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Observando a quantidade de notificações pela idade, nota-se que o pico de incidência desses distúrbios é encontrado nos indivíduos dos 20 aos 39 anos, fase esta onde os indivíduos se encontram em início das atividades profissionais. Diante disso, infere-se que o processo de adaptação na vida adulta referente às atividades profissionais, é também fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos.

Gráfico 1 – Notificações segundo diagnóstico específico



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Legenda:
Transtorno mental e compulsivo devido uso de substancias psicotrópicas (F10-F19)
Esquizofrenia, trans esquizofrênico e transtornos delirantes (F20-F29)
Transtornos do humor [afetivos] (F30-F39)
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com stress e somatização (F40-F48)
Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69)
Transtorno mental não especificado (F99-F99)
Sintomas e sinais relacionados à cognição, percepção e comportamento (R40-R46)

Dentro dos dados analisados referentes aos diagnósticos específicos nas notificações dentro do tempo estudado, observou-se incialmente que houveram um grande número de notificações sem preenchimento da classificação internacional de doenças (CID) sendo 63% do total, fato este que diminui a acurácia da análise e denuncia uma atividade inadequada dos profissionais ao preencher documentos que contribuem para os estudos epidemiológicos. Outro dado a ser analisado é a alta incidência de transtornos do humor e transtornos neuróticos, relacionados ao stress ou somáticos, que juntos representam 25% dos casos notificados e corretamente preenchidos, representam quase o dobro de todas as outras notificações corretamente preenchidas referentes à outros distúrbios psiquiátricos relacionados ao trabalho.

Quadro 3 – Notificações segundo evolução do caso

Evolução caso	Notificações
TOTAL	100
Ign/Branco	22
Cura	10
Cura não confirmada	33
Incapacidade temporária	17
Incapacidade permanente parcial	9
Incapacidade permanente total	3
Óbito por outra causa	2
Outra	4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Diante da análise dos dados colhidos, onde mostram a evolução dos casos notificados, observa-se um grande percentual de cura não confirmada, o que mostra a dificuldade no seguimento destes pacientes, tal como há um grande número de incapacidades relacionadas ao distúrbio psiquiátrico, o que demonstra a importância do seguimento adequado com a equipe de saúde. Contudo um pequeno percentual de indivíduos evoluiu para óbito pela causa notificada, o que mostra que o potencial letal destes distúrbios é duvidoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os dados e correlacionando com os contextos sociais prováveis em que os profissionais que desenvolveram distúrbios psiquiátricos relacionados ao trabalho, se inserem, conclui-se que quanto ao grau de escolaridade há uma incidência muito semelhante em todos os graus selecionados, mas registrou-se um aumento ainda que discreto em profissionais que concluíram o nível superior. Referente a faixa etária foi analisada a incidência nas faixas onde as atividades profissionais são legalmente permitidas e foi notada uma maior incidência nos indivíduos de 20 até os 39 anos, faixa esta que no geral ainda não se alcançou uma estabilidade financeira. Sobre os diagnósticos específicos mais incidentes nas notificações, revelou-se um substancial número de transtornos do humor e transtornos neuróticos, relacionados ao stress e somáticos. Conferindo os dados sobre as evoluções dos casos, observou-se uma grande quantidade de indivíduos que não tiveram cura confirmada o que denunciou uma falha de seguimento desses pacientes, também foi observada uma grande quantidade de incapacidades geradas pelos

distúrbios estudados, por outra via a quantidade de óbitos notificados causados por estes distúrbios é irrelevante o que mostra que o potencial letal destes, é duvidoso. Por fim, é de substancial importância afirmar que o seguimento destes pacientes pela equipe multiprofissional é de suma importância para a boa evolução do caso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Andréa Garboggini; CARVALHO, Rita de Cássia Peralta de; SOUZA, Suerda Fortaleza de. **Saúde mental e trabalho no contexto da pandemia por covid-19: Proposta para vigilância em saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador - BA, v. 45, ed. 1, p. 125-139, 2021.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAÚJO, Tânia Maria de. **Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil.** Psicologia e sociedade, Feira de Santana - BA, v. 30, 2018.

CARVALHO, Danniela brito de; BERNARDES, Kionna Oliveira; ARAÚJO, Tânia Maria de. **Transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica à saúde.** Revista brasileira de saúde ocupacional, Feira de Santana - BA, v. 41, ed. 17, p. 1-13, 2016.

DALGALORRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre - RS: Artmed, 2019. ISBN 978-85-8271-506-2.

GLINA, Débora Miriam Raab *et al*. **Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática.** Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 17, ed. 3, p. 607-616, 2001.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. Rio de Janeiro: SaundersElsevier, 2012. 8- PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

HEINZ, Lüllmann; MOHR, Klaus; HEIN, Lutz. “Fármacos que atuam no SNC” Em: HEINZ, Lüllmann; MOHR, Klaus; HEIN, Lutz. **Farmacologia texto e atlas**. Porto Alegre: Artmed editora. 2017. 216-235.

LONG, Dan L. et al. **Medicina Interna de Harrison**. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Organização Pan-Americana da saúde/Brasil, Brasília - DF, ed. 114, 2001.

NUNES, Bruna Xavier. AMARAL, Mônica Santos. **Síndrome de burnout uma correlação com o ambiente de trabalho: uma revisão da literatura.** Revista científica FacMais, Goiânia – GO, 2018.

PERNICIOTTI, Patrícia. *et al.* **Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção.** Revista da Sociedade brasileira de psicologia hospitalar, São Paulo – SP, 2020.

PRADO, R; BASTIANINI, M. E; CAVALLERI, M. Z; RIBEIRO, S. F. R; PIZI, E. C. G; MARSCIANO, J. A. **Avaliação da síndrome de burnout em professores universitários**. Revista da ABENO, 2017.

SADOCK, Benjamin J.; RUIZ, Pedro; SADOCK, Virginia A. **Transtornos relacionados a trauma e estressores**. *In*: COMPÊNDIO de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre - RS: Artmed, 2017. cap. 11, p. 437-450. ISBN 978-85-8271-379-2.

SELIGMANN, Silva. E. – Psicopatologia e Psicodinâmica no Trabalho. In: MENDES, R. (Ed.) – Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p. 287-310.

SCHNEIDER, Gabriela Azeredo *et al*. **Prevalência de afastamentos por transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em professores**. Psi Unisc, Santa Cruz do Sul - RS, v. 3, ed. 1, p. 19-32, 2019.

SILVA, Alda Karoline Lima da; MOTA, Cynthia Araújo; AMORIM, Keyla. **Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores técnico-administrativos em educação**. Revista psicologia: Organizações e trabalho, Natal - RN, v. 20, ed. 1, p. 891-898, 2020.

SOUSA, Camila Carvalho de *et al*. **Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: Desigualdades de gênero e raça**. Cadernos saúde coletiva, Feira de Santana - BA, v. 28, ed. 4, p. 579-589, 2020.

Capítulo 6

FATORES DE RISCO PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES COM COVID-19 (ETHIC), SALVADOR, BAHIA, BRASIL, 2021

Luan Magalhães Araújo Borges
Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior
Ana Thereza Cavalcanti Rocha

FATORES DE RISCO PARA TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES COM COVID-19 (ETHIC), SALVADOR, BAHIA, BRASIL, 2021

Luan Magalhães Araújo Borges

Estudante de Medicina e pesquisador visitante no Hospital Cárdio Pulmonar (HCP), graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA), borges.luan@ufba.br.

Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior

Estudante de Medicina e de iniciação científica CNPq na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA), alan.jose@ufba.br.

Ana Thereza Cavalcanti Rocha

Professora associada do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), pneumologista, intensivista e Mestre em Ciências da Saúde para Pesquisa clínica pela Duke University (DU), Doutora em Medicina e saúde pela UFBA e pneumologista no Hospital Cárdio Pulmonar (HCP), anatrocha@alumni.duke.edu.

RESUMO

Objetivo: Descrever os fatores de risco para TEV em pacientes ambulatoriais com COVID-19 triados para o estudo de anticoagulação profilática com enoxaparina (ETHIC) avaliados no Hospital Cárdio Pulmonar (HCP) em Salvador, Brasil. **Métodos:** Estudo de corte transversal, observacional e descritivo em pacientes ≥ 55 anos, com teste positivo para SARS-CoV-2 no HCP, entre novembro de 2020 até Fevereiro de 2021. Foram descritos fatores de risco (FR) para TEV e comorbidades baseados em dados do prontuário eletrônico e comparados entre pacientes com idade entre 55- 69 anos e ≥ 70 anos. **Resultados:** Foram avaliados 808 pacientes com COVID-19, excluídos 197 sem critérios para o estudo ETHIC e incluídos 611. Destes, 366 pacientes (59,9%) tinham idade entre 55 e 69 anos; 245 (40,1%) idade ≥ 70 anos e 336 (55,0%) eram homens. Os principais FR para TEV foram: doenças cardiovasculares 35%, sobrepeso (30,6%), obesidade (20,8%), passado de tabagismo

em 26%, doenças pulmonares crônicas 11,5%, doenças cerebrovasculares 6,7%, câncer em atividade (3,2%) e passado de câncer em 12,6%. 96 (15,7%) pacientes não possuíam qualquer FR ou comorbidade, 137 (22,4%) apresentavam uma e 378 (61,8%) apresentavam ≥ 2. Mais pacientes com idade ≥ 70 anos que entre 55-69 anos tinham comorbidades, FR para TEV, e necessitaram de internação em 21 dias (74,3% vs. 38,8%, respectivamente, p< 0,05). Obesidade foi mais frequente entre os pacientes com idade entre 55-69 anos. O estudo ETHIC foi terminado precocemente devido à futilidade por falta de efeito do tromboprofilaxia nos desfechos de hospitalização e mortalidade (COOLS, F. et al.). **Conclusões:** pacientes ambulatoriais com COVID-19 avaliados no HCP apresentaram FR importantes para TEV, particularmente quando a idade foi ≥ 70 anos. Mesmo que não haja claro benefício do uso da profilaxia primária e ambulatorial de TEV, este perfil de pacientes demanda maior vigilância clínica dado maior risco de internação.
Palavras-chave: tromboembolismo venoso. fatores de risco. tromboprofilaxia. COVID-19. pandemia.

ABSTRACT
Objective: To describe the risk factors for VTE in outpatients with COVID-19 screened for the prophylactic anticoagulation with enoxaparin (ETHIC study) at Hospital Cardio Pulmonar (HCP) in Salvador, Brazil. **Methods:** Cross-sectional, observational and descriptive study of patients aged ≥ 55 years, who tested positive for SARS-CoV-2, in the HCP, between November 2020 and February 2021. We described risk factors (RF) for VTE and comorbidities based on electronic medical records and compared between ages 55- 69 and ≥ 70 years-old. **Results:** we evaluated 808 patients with COVID-19, excluded 197 without the criteria for the ETHIC study and included 611. Of these, 366 (59,9%) were 55-69 years-old; 245 (40.1%) were aged ≥ 70 years, and 336 (55.0%) were men. The main RF for VTE were: cardiovascular diseases 35.0%, overweight 30.6%, obesity 20.8%, past history of smoking 26.0%, chronic respiratory diseases 11.5%, cerebrovascular diseases 6.7%, active cancer 3.2% and past history of cancer 12.6%. 96 (15.7%) patients did not have any RF or comorbidity, 137 (22.4% had one and 378 (61.8%) had ≥ 2. More patients aged ≥ 70 years than 55-69 years-old had comorbidities, FR for VTE, and needed hospitalization at 21 days. (74.3% vs. 38.8%, respectively, p< 0.05). Obesity was more common between patients 55-69 years-old. The ETHIC trial was terminated early due to futility due to lack of effect of thromboprophylaxis on hospitalization and mortality outcomes (COOLS, F. et al.). **Conclusions:** Outpatients with COVID-19 evaluated at the HCP, had important RF for VTE, particularly when age was ≥ 70 years-old. Eventhough there is no clear benefit from primary and ambulatory VTE prophylaxis, this patients' profile deserves heightened vigilance given the higher risk of hospitalization.
Keywords: venous thromboembolism. Risk factors. Thromboprophylaxis. COVID-19. Pandemic.

INTRODUÇÃO

O coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave, chamado SARS-COV-2, surgiu em dezembro de 2019 na província de Wuhan na China e recebeu da

Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de pandemia da COVID-19 em março de 2020. Até junho de 2022, a COVID-19 resultou na morte de mais de 6,3 milhões de pessoas no mundo segundo relatórios da OMS, sendo mais de 31,1 milhões de casos e cerca de 666.000 mortes no Brasil (Ministério da Saúde).

A gravidade da doença é variável, com aproximadamente 20% dos infectados evoluindo para quadros moderados a graves com necessidade de hospitalização e entre estes até 30% desenvolvem complicações tromboembólicas venosas e arteriais (DAY, M) (DI MINNO, A. et al). Estudos de marcadores tromboinflamatórios e dados de autópsias têm demonstrado a presença de tromboinflamação com microangiopatia e formação exuberante de microcoágulos em vários orgãos, mas, principalmente, nos pulmões (DOLHNIKOFF, M. et al). Há relatos de tromboembolismo venoso (TEV), mesmo em pacientes ambulatoriais com quadros menos graves de COVID-19. No registro do plano de saúde *Kaiser Permanente Northern California*, entre os 220.588 pacientes testados para SARS-Cov2 entre fevereiro e agosto de 2020, 11,8% testaram positivos; entre estes, foi detectada a incidência de 0,8% de TEV em até 30 dias e 76,1% destes tiveram de ser hospitalizados (ROUBINIAN, N. H. et al).

Estudos retrospectivos sugeriram o benefício da anticoagulação com menor mortalidade em pacientes hospitalizados com COVID-19. Um estudo norte-americano retrospectivo, com 2.773 pacientes hospitalizados com COVID-19, mostrou associação entre a administração de anticoagulantes e a redução na mortalidade intra-hospitalar (PARANJPE, I. et al). Outro estudo sugeriu que a tromboprofilaxia em alta dose estava associada a um risco menor de morte e incidência de eventos tromboembólicos (JONMARKER, S. et al).

Desta forma, durante os primeiros meses da pandemia, diversas sociedades médicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (SPYROPOULOS, A. C. et al) postularam recomendações interinas sobre a tromboprofilaxia farmacológica universal em pacientes hospitalizados com doses convencionais, mas, possivelmente, com aumento das doses de anticoagulantes nos pacientes mais graves ou em unidades de terapia intensiva pela hipótese de frear a formação de microtrombos e mortalidade envolvida. No entanto, os resultados dos estudos controlados e randomizados (ECR) multiplataforma (GOLIGHER, Ewan C. et al) (LAWLER, Patrick R. et al) concluíram pela futilidade da anticoagulação plena com heparina não-fracionada (HNF) ou heparinas de baixo peso molecular (HBPM), como a enoxaparina, em pacientes COVID-19 críticos (GOLIGHER, Ewan C. et al), e, ao mesmo tempo, pela

superioridade da anticoagulação plena com HNF ou HBPM versus dose profilática convencional em pacientes hospitalizados por COVID-19 e considerados como moderados (LAWLER, Patrick R. et al).

Diante disso, tornou-se essencial promover ECR para criteriosamente definir se a introdução precoce de anticoagulantes profiláticos, como a enoxaparina, em pacientes considerados de alto risco para TEV, mesmo à nível ambulatorial, pode evitar a piora clínica e internação dos casos de COVID-19.

Além disso, é imprescindível avaliar simultaneamente o risco de complicações hemorrágicas relacionadas ao COVID-19 e à terapia anticoagulante proposta. De fato, em uma revisão sistemática com 48 estudos clínicos, a incidência global de TEV entre pacientes hospitalizados com COVID-19 foi de 17%, variando de 27,9% em unidades de terapia intensiva e 7,1% em enfermarias, ao mesmo tempo, as taxas médias de sangramento foram de 7,8%, chegando até 21,4% em pacientes utilizando anticoagulação em alta dose ou plena e de 3,9% de sangramentos graves, mais frequente com o escalonamento das doses de anticoagulantes (JIMÉNEZ, David et al.).

Não obstante, a definição de alto risco de TEV relaciona-se a presença de várias comorbidades no contexto da infecção por COVID-19, que podem contribuir para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos, como idade avançada (DI MINNO, A. et al) (THACHIL, Jecko et al) (ZHOU, Fei et al), sobrepeso (DI MINNO, A. et al) (PENG, Youdong et al), obesidade (PENG, Youdong et al) (PETRILLI, Christopher M. et al) (LIGHTER, Jesse et al), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (VERITY, Robert et al) (BANERJEE, Amitava et al), doenças cardiovasculares (VERITY, Robert et al) (BANERJEE, Amitava et al), diabete melito (DM) (VERITY, Robert et al) (BANERJEE, Amitava et al), uso de corticosteroides (BANERJEE, Amitava et al) entre outros.

Diante da grande quantidade de casos confirmados de COVID-19, superlotação hospitalar e risco de piora clínica, foi avaliado no ERC ETHIC, o impacto da tromboprofilaxia precoce nos pacientes com COVID-19 e alto risco de TEV, visando a modificação do curso da doença e redução da necessidade de hospitalização. Nesse sentido, o presente estudo descreve as características clínicas e fatores de risco de TEV já estabelecidas pela literatura médica, em indivíduos com COVID-19 e idade ≥ 55 anos atendidos à nível ambulatorial no HCP e triados para o estudo ETHIC em hospital de Salvador, Brasil.

Tromboprofilaxia precoce em COVID-19 (ETHIC)

O estudo ETHIC foi um estudo patrocinado pela *Thrombosis Reasearch Institute (TRI)* de fase IIIb, aberto, multicêntrico, realizado de Outubro de 2020 até Novembro de 2021. Foram randomizados 219 pacientes para uso de enoxaparina 40mg/dia, subcutânea, por 21 dias, em comparação com o tratamento padrão (sem enoxaparina profilática) em pacientes ambulatoriais com COVID-19 sintomática até os primeiros 10 dias de sintomas e considerados de alto risco pela presença FR para TEV, visando avaliar a redução da admissão hospitalar e/ou morte. Foram incluídos pacientes com COVID-19, idade ≥ 55 anos e, pelo menos dois FR adicionais: idade ≥ 70 anos, IMC ≥ 25 kg/m2, DPOC*, DM*, doença cardiovascular*[6] e uso crônico de corticoides. Foram excluídos pacientes em uso de heparinas, com risco aumentado para complicações hemorrágicas, insuficiência renal severa (TFG <30 mL/min), uso de terapia antiplaquetária (exceto aspirina em dose ≤ 100mg ao dia) ou terapia anticoagulante com antagonista da vitamina K ou antagonistas diretos do fator II ou Xa (DOACs).

Participaram 15 centros de seis países (Bélgica, Brasil, Índia, África do Sul, Espanha e Reino Unido) mas, com o advento das vacinas para COVID-19, considerado critério de exclusão, e, variações de incidência de COVID-19 entre centros participantes, o estudo foi parado precocemente devido a percepção de baixa incidência de eventos e taxa de inclusão significativamente menor do que a esperada. O estudo ETHIC foi publicado em maio de 2022.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, observacional e descritivo entre novembro de 2020 e fevereiro de 2022 em Salvador, Brasil, para descrever características e FR de TEV em pacientes ambulatoriais com idade ≥ 55 anos que apresentaram COVID-19 durante atendimento médico no Hospital Cárdio Pulmonar (HCP), identificados, na Tabela de Notificação de COVID-19, configurando amostra não-probabilística, por conveniência..

[6]*[1]Definido como doença que necessita intervenção médica ou tratamento.

Os prontuários eletrônicos do sistema SmartHealth-v20.8 dos pacientes identificados foram acessados, conforme autorização expressa do Centro de Estudos Clínicos do HCP, concomitantemente para triagem do estudo ETHIC e os dados foram obtidos dentro do contexto de triagem do estudo ETHIC..

As variáveis coletadas foram: peso, altura para cálculo de índice de massa corpórea (IMC), idade, sexo, história de tabagismo e aquelas relacionadas a comorbidades como história de câncer, doença pulmonar crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite crônica, asma, fibrose pulmonar), hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabete melito (DM), doenças cardiovasculares (doença arterial coronariana, doença arterial periférica, doença valvar cardíaca, arritmia tratada, insuficiência cardíaca, hipertensão, doença cardíaca congênita, doença arterial carotídea), doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório anterior e hemorragia subaracnóidea ou meníngea), doenças hepáticas crônicas [hepatites virais crônicas, doença hepática alcoólica, esteato-hepatite não alcoólica (EHNA) ou esteatose hepática], imunossupressão (em decorrência de transplante de sangue ou medula óssea, imunodeficiências, infecção por HIV e uso medicamentos que enfraquecem o sistema imunológico (p. ex., tratamento para câncer ativo) e uso de corticosteroides sistêmicos. Foram, ainda, coletados: o intervalo de tempo entre o início de sintomas e a realização do RT-PCR COVID-19 e se os pacientes são hospitalizados dentro do período de 21 dias após o atendimento médico inicial no HCP referente ao quadro de COVID-19.

Os dados foram tabulados em planilha online do *software* Microsoft Excel®. Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão, bem como frequência absolutas e relativa para caracterização dos participantes do estudo. Para análise bivariada, foi comparada os fatores clínicos e sociodemográficos com a idade, estratificada em dois grupos, idade entre 55 - 69 anos e ≥70 anos, através do teste de qui-quadrado de Pearson. Adotou-se o intervalo de confiança de 95% (IC95) e nível de significância menor que 5% ($\alpha < 0,05$). As análises foram feitas com o *software* SPSS 9.0 for Windows e Stata 12 for Windows.

O estudo foi um subprojeto dentro do estudo ETHIC, incluindo orientando e orientador participantes do projeto guarda-chuva ETHIC, o qual foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.321.464, CAAE 38119120.0.1001.5520.

RESULTADOS

Foram identificados 808 pacientes da Tabela de Notificação de COVID-19 do HCP com idade ≥ 55 anos e com RT PCR COVID-19 positivo ou história de COVID-19 na admissão. Destes, 195 pacientes por foram excluídos por duplicidade dos registros, um por não apresentar confirmação de COVID-19 e um por apresentar persistência RT-PCR COVID-19 por COVID-19 já resolvida em período anterior. Foram incluídos 611 pacientes nas análises, sendo 366 pacientes, 59,9% (55,9% - 63,8%), com idades entre 55 e 69 anos e 245 pacientes, 40,1% (36,1% - 44,1%), com idade ≥70 anos e 55,1% (51,0% - 59,1%) eram homens.

De acordo com os critérios do estudo ETHIC e aceite dos indivíduos, foram recrutados 6 pacientes, 1,0% do total triado para o estudo de profilaxia precoce de TEV. Entre os pacientes triados, 324 pacientes (53,0%) necessitaram de hospitalização nos 21 dias subsequentes. O intervalo entre o número de dias entre início dos sintomas e teste confirmatório teve a mediana de 4 dias, média de 4,2 dias (desvio-padrão ±3,6).

A tabela 1 mostra as características clínicas dos pacientes triados. As comorbidades mais comuns foram: HAS em 60,6%, doenças cardiovasculares em 35%, DM em 30,8%, obesidade em 20,8%, passado de tabagismo em 26%, sobrepeso em 187 (30,6%) e dados faltantes de peso e/ou altura em 32,0%. Doenças pulmonares crônicas foram registradas como asma em 5,8% e DPOC em 4,9%; câncer em 3,1% e passado de câncer em 12,6%; a esteato-hepatite não alcoólica ou esteatose hepática em 11,5% e imunossupressão por uso de corticoide ou não em 2,2% dos pacientes.

Tabela 1- Características dos pacientes ambulatoriais com confirmação de COVID-19 avaliados no HCP, 2021.

Características clínicas (N=611)	**N (%)**
Sexo (N=611)	
Masculino	336 (55,0)
Feminino	275 (45,0)
Comorbidades	
HAS (N=598)	370 (60,6)
Doenças cardiovasculares (N=599)	214 (35,0)
DM (N=597)	188 (30,8)
IMC (N=412)	

Sobrepeso	187 (45,4)
Obesidade	127 (30,8)
Tabagismo ativo (N=611)	16 (2,6)
Passado de tabagismo (N=611)	159 (26,0)
Doença pulmonar crônica (N=611)	**70 (11,5)**
Asma	35 (5,8)
DPOC	30 (4,9)
Fibrose pulmonar	3 (0,5)
Outros	2 (0,3)
Câncer (N=611)	96 (15,7)
Em atividade	19 (3,1)
História de Câncer	77 (12,6)
Doenças cerebrovasculares (N=611)	41 (6,7)
AVCI	31 (5,1)
AVCH	7 (1,1)
Hemorragia Subaracnoide ou Meníngea	2 (0,3)
AVCi com transformação hemorrágica	1 (0,2)
Doença hepática crônica (N=611)	77 (12,6)
Hepatite Viral Crônica	4 (0,7)
Doença hepática alcoólica	1 (0,2)
EHNA ou esteatose hepática	70 (11,5)
Outros	2 (0,3)
Imunossupressão (N=611)	13 (2,2)

IMC, índice de massa corpórea; DPOC, doença pulmonar obstrutiva crônica; HAS, hipertensão arterial sistêmica; AVCH, acidente vascular cerebral hemorrágico; AVCI, acidente vascular cerebral isquêmico; DM, diabete mellitus; EHNA, esteatohepatite não alcóolica; ETHIC, tromboprofilaxia precoce em COVID-19.

Em relação às comorbidades em geral, 96 pacientes (15,7%) não possuíam comorbidades, 137 (22,4%) apresentavam uma comorbidade e 378 (61,8%) apresentavam ≥ 2 comorbidades.

Na tabela 2 são comparadas as características dos pacientes com COVID-19 de acordo com faixas etárias de 55 a 69 anos e ≥70 anos. Pacientes com idade ≥70 anos apresentaram significativamente mais HAS 76,5% vs. 52,0% (p<0,01), doenças cardiovasculares 51,9% vs. 4,7% (p<0,01), DM 45,5% vs. 22,0% (p<0,01), passado de tabagismo 46,5% vs. 37,4% (p<0,01), história de câncer 17,5% vs. 9,3% (p<0,01), DPOC 7,7% vs. 2,7%(p< 0,05), AVCi 6,5% vs. 4,0% (p< 0,05) e imunossupressão 2,4% vs. 0,5% (p< 0,05).

Por outro lado, pacientes com idades de 55 a 69 anos eram mais frequentemente homens, 58,4% vs. 50,2% (p<0,05) e apresentaram significativamente mais sobrepeso 49,5% vs. 40,9% (p<0,01), obesidade 34,1% vs. 27,3% (p<0,01), asma 5,4% vs. 4,4% (p<0,05) e EHNA ou esteatose hepática 15,0% vs. 6,1% (p<0,01).

Tabela 2- Características dos pacientes com COVID-19 de acordo com a faixa etária.

Características clínicas	**55 – 69 anos (%)**	**≥70 anos (%)**	**Valor de p***
Sexo (N=611)			
Masculino	213 (58,4)	123 (50,2)	**<0,05**
Feminino	153 (41,6)	122 (49,8)	
Comorbidades			
HAS (N=598)	185 (52,0)	185 (76,5)	**<0,01**
Doenças cardiovasculares (N=599)	88 (24,7)	126 (51,9)	**<0,01**
DM (N=597)	78 (22,0)	110 (45,5)	**<0,01**
IMC (N=412)			
Sobrepeso	106 (49,5)	81 (40,9)	**<0,01**
Obesidade	73 (34,1)	54 (27,3)	
Tabagismo ativo (N=611)	12 (3,2)	4 (1,6)	**<0,01**
Passado de tabagismo (N=611)	137 (37,4)	114 (46,5)	**<0,01**
Doença pulmonar crônica (N=611)			
Asma	20 (5,4)	11 (4,4)	**0,02**
DPOC	10 (2,7)	19 (7,7)	
Fibrose pulmonar	0 (0,0)	3 (1,2)	
Outros	0 (0,0)	2 (0,8)	
Câncer (N=611)			
Em atividade	6 (1,6)	12 (4,8)	**<0,01**
História de câncer	34 (9,3)	43 (17,6)	
Doenças cerebrovasculares (N=611)			
AVCI	15 (4,1)	16 (6,5)	0,05
AVCH	1 (0,3)	6 (2,5)	
Hemorragia Subaracnóidea ou Meníngea	1 (0,3)	1 (0,4)	
AVCi com transformação hemorrágica	0 (0,0)	1 (0,4)	
Doença hepática crônica (N=611)			
Hepatite Viral Crônica	1 (0,3)	3 (1,2)	**<0,01**
Doença hepática alcoólica	0 (0,0)	1 (0,4)	
EHNA ou esteatose hepática	55 (15,0)	15 (6,1)	
Outros	1 (0,3)	1 (0,4)	
Imunossupressão (N=611)	4 (1,1)	9 (3,7)	**0,03**

IMC, índice de massa corpórea; DPOC, doença pulmonar obstrutiva crônica; HAS, hipertensão arterial sistêmica; AVCH, acidente vascular cerebral hemorrágico; AVCI, acidente vascular cerebral isquêmico; EHNA, esteato-hepatite não alcóolica; DM, diabete melito; ETHIC, tromboprofilaxia precoce em COVID-19. * Valores de p obtidos através do teste chi-quadrado de Pearson.

O intervalo entre o início dos sintomas e o teste positivo foi semelhante entre os grupos etários, com mediana de 4 dias, média de 4,2 dias (desvio-padrão de ±3,6). Quanto à hospitalização nos 21 dias subsequentes, significativamente mais pacientes com idade ≥70 anos necessitaram de hospitalização quando comparados com o grupo de 55 a 69 anos, 74,3% vs 38,8%, respectivamente, (p<0,01).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou comorbidades e FR para TEV em pacientes com COVID-19 triados para o ETHIC e observou diferenças importantes entre o subgrupo com idade mais avançada. Pacientes com idade ≥70 anos necessitaram de hospitalização com uma frequência significativamente maior e teoricamente podem ter se beneficiado pelo uso de tromboprofilaxia intra-hospitalar.

A maioria dos pacientes com idade ≥ 55 anos, eram do sexo masculino, embora menos pacientes com idade ≥70 anos eram mais frequentemente mulheres. Estudos internacionais apresentam perfil demográfico semelhante, com idade média entre 56 a 63 anos e maior percentual de homens, 54,2% a 82,2% (JONMARKER, S. et al) (MIDDELDORP, Saskia et al) (HENDREN, Nicholas et al) (DU, Rui-Heng et al) (GRASSELLI, Giacomo et al) (HELMS, J. et al). Sugere-se que essa maior suscetibilidade masculina ao COVID-19 mais grave possa ter causas biológicas, por resposta imunológica distinta da feminina, e/ou comportamentais, por pouca afeição a medidas de proteção (LI, L. Q. et al).

Observou-se também uma alta taxa de sobrepeso (30,6%) e obesidade (20,8%), nesta amostra, colaborando para o risco para o desenvolvimento TEV no contexto da COVID-19. Similarmente, esta correlação foi evidenciada em outros estudos (JONMARKER, S. et al) (MIDDELDORP, Saskia et al). Em estudo de coorte multicêntrico da AHA (*American Heart Association*) (HENDREN, Nicholas et al), foram analisados 7.606 pacientes hospitalizados com COVID-19 e 78,9% apresentaram IMC >25kg/m²; 30,3% tinham sobrepeso e 43,5% obesidade ($p<0,01$). Além disso, na faixa etária de 51 a 70 anos, 47% dos pacientes tinham obesidade e 31% sobrepeso e, nos pacientes >70 anos, 27% tinham obesidade e 32% sobrepeso. No presente estudo, diferente de outras comorbidades importantes, também notamos que sobrepeso e obesidade foi menos frequente em pacientes mais idosos (idade ≥70 anos).. É sabido que o IMC mais elevado está associado a pior prognóstico nos indivíduos com COVID-19, mas não somente com relação ao maior risco de hospitalização, cuidados intensivos e ventilação mecânica, mas também de eventos tromboembólicos (TVP e EP) (ZHOU, Fei et al) (SATTAR, N et al). Nesse sentido, observou-se que pacientes com obesidade grau II e III foram mais acometidos por TVP e pacientes com sobrepeso e obesidade em todos os seus níveis foram mais acometidos por EP,

demonstrando, desse modo, que pacientes obesos apresentam maior risco de TEV (HENDREN, Nicholas et al).

A HAS como comorbidade cardiovascular importante atingiu 60,6% da amostra do presente estudo. Uma alta prevalência de hipertensão foi encontrada em estudos de coorte semelhantes, 59,4% (HENDREN, Nicholas et al) e 69,0% (JONMARKER, S. et al). A HAS tem sido associada a maior risco de gravidade e mortalidade em pacientes com COVID-19 (LEIVA SISNIEGUEZ, C. E.) (LIN, D. et al) (WANG, D. et al).

Outras comorbidades frequentes nesta população foram DM (30,8%) e doenças cardiovasculares (35%).. Em outros estudos de coorte com perfil de idade e gênero semelhante apontaram prevalências mais baixas para DM (20%) e doenças cardiovasculares (48%) (HELMS, J. et al), AVC, 36,7% e 20,5% (HENDREN, Nicholas et al) e doença cardíaca isquêmica 16,5% e 7,9% (JONMARKER, S. et al). A elevada frequência de DM e doenças cardiovasculares preocupa, pois, no contexto da COVID-19, foram identificadas como FR associados ao óbito (ZHOU, Fei et al) (DU, Rui-Heng et al). No caso dos pacientes com DM, em especial, o COVID-19 é capaz de causar disfunção aguda das células β-pancreáticas, resultando em um estado hiperglicêmico que pode levar a complicações como vasculopatias e coagulopatias (YANG, J.K. et al). Ademais, níveis de D-dímero se encontraram mais elevados em pacientes com COVID-19 com DM do que em pacientes com COVID-19 sem DM (GUO, W. et al), o que sugeriria potenciais eventos trombóticos (CUSCHIERI, S. et al).

Quanto às doenças cardiovasculares, a relação com TEV já está bem estabelecida. A depender da patologia cardiovascular, em específico, podem ser evidenciadas associações significativas com o desenvolvimento de TEV, incluindo fatores de risco independentes para o desenvolvimento de novos eventos tromboembólicos (Revista da Associação Médica Brasileira) (CHEN, X. et al).

Quanto às doenças pulmonares crônicas, no presente estudo a taxa foi de 13,6%, sendo semelhante a dados da literatura que apontaram taxas variando de 2,3% para DPOC (GRASSELLI, Giacomo et al), 3% para DPOC (ZHOU, Fei et al) à 14% para doenças respiratórias (HELMS, J. et al), 18,0% (9,7% de Asma e 8,2% de DPOC) para doenças pulmonares crônicas (HENDREN, Nicholas et al) e até 19,7% para DPOC (JONMARKER, S. et al).. A DPOC também está associada, consideravelmente, à mortalidade de pacientes com COVID-19 (ZHOU, Fei et al) (GRASSELLI, Giacomo et al). Doenças respiratórias agudas e crônicas demandam

atenção pois são também importantes FR para TEV (Revista da Associação Médica Brasileira) (STEIN, P. D. et al). COVID-19 pode ser causa de descompensação de pacientes com DPOC.

Descrever a prevalência de câncer em atividade ou história de câncer no perfil de pacientes admitidos com COVID-19 é de fundamental importância, considerando o maior risco presumível de COVID-19 nos pacientes com câncer do que em pacientes sem câncer (LIANG, W. et al), a provável associação independente ao óbito no cenário da COVID-19 (GALINDO, Rafaella Joanna da Silva Caseca et al) e as implicações tromboembólicas que essa patologia causa. À vista disto, é clara a associação entre a presença de câncer e episódios de TEV secundários, o aumento de 4 vezes no risco de câncer após episódio de TEV no ano imediatamente anterior e a associação de câncer nos pacientes com TEV idiopático recorrente (Revista da Associação Médica Brasileira). Identificou-se, neste estudo, câncer em atividade em 3,1% e história de câncer em 12,6%, sendo sempre maior entre aqueles com idade ≥70 anos. A frequência de câncer em atividade foi próxima a encontrada pelo Centro Médico Universitário de Amsterdam (3,5%) (MIDDELDORP, Saskia et al). Outros estudos descreveram apenas a categoria “malignidade” ou “câncer”, sem estabelecer diferenciações entre câncer em atividade ou história de câncer. Considerando apenas malignidade, sem subdivisões, encontramos percentuais de 5,9%(JONMARKER, S. et al), 2,2% (DU, Rui-Heng et al), 8,2% (GRASSELLI, Giacomo et al) e 10,9% (HENDREN, Nicholas et al).

Em relação às doenças cerebrovasculares, observou-se que, uma taxa algo superior àquela encontrada em outras coortes prospectivas e multicêntricas (4,7%) (HELMS, J. et al). Além do AVC isquêmico agudo, já ser considerado como FR para TEV, o passado de doenças cerebrovasculares, em especial, AVCs, prolonga o risco devido às sequelas de paresia ou paralisia que afetam a mobilidade das pernas (SPYROPOULOS, A. C. et al) (Revista da Associação Médica Brasileira).

A iniciativa de investigar esquemas de tromboprofilaxia em pacientes com COVID-19 se mostrou plausível quando observado a suscetibilidade desses pacientes, principalmente os que possuem comorbidades prévias, para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos. As prevalências de TEV, TVP e embolia pulmonar em pacientes com COVID-19 corresponderam a 30%, 20% e 18%, respectivamente (DI MINNO, A. et al). Ademais, comparando-se quadros de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) entre pacientes com COVID-19 (n=145) e

aqueles com outras infecções respiratórias (n=77), as complicações tromboembólicas se mostraram mais prevalentes entre os pacientes com SDRA por COVID-19 (11,7 vs. 2,1%, p<0,008) (HELMS, J. et al).

Nesse sentido, sociedades e associações médicas (SPYROPOULOS, A. C. et al) (BIKDELI, B. et al) (LINNEMANN, B. et al) ponderaram que a tromboprofilaxia farmacológica deveria ser considerada em pacientes com COVID-19 leve, em contexto ambulatorial, que apresentassem fatores de risco para TEV como idade > 70 anos (LINNEMANN, B. et al), câncer (BIKDELI, B. et al) (LINNEMANN, B. et al), insuficiência cardíaca (LINNEMANN, B. et al), IMC > 35 kg/m² (LINNEMANN, B. et al), mobilidade limitada (BIKDELI, B. et al) (LINNEMANN, B. et al), histórico de TEV(BIKDELI, B. et al), alto risco de desidratação (LINNEMANN, B. et al) e, ao mesmo tempo, não apresentassem alto risco de sangramento.

Considerando a idade, sabe-se que o risco para o desenvolvimento de TEV começa a partir dos 40 anos e se eleva exponencialmente ao longo do envelhecimento (Revista da Associação Médica Brasileira). Neste estudo, 59,9% dos pacientes tinham idade entre 55 e 69 anos e 40,1% tinham idade ≥70 anos, o que já enquadra a amostra estudada em um perfil de risco para TEV. Além disso 61,8% dos pacientes avaliados possuíam 2 ou mais comorbidades. Percentual muito superior ao encontrado em outros estudos nacionais que apresentaram na categoria presença de 2 ou mais comorbidades 41,8% (Pontes, Leticia et al) e > 33% (CUNHA, Marcela Juliano Silva et al). Em conjunto com as comorbidades descritas anteriormente, compreende-se a tentativa de tromboprofilaxia nesses pacientes após ponderar o alto risco de sangramento inerente ao envelhecimento.

As comorbidades como HAS e DM, embora não sejam FR para TEV, são considerados FR para eventos tromboembólicos de origem arterial (KUNUTSOR, Setor K et al). No entanto, existe uma interface entre os dois tipos de eventos tromboembólicos, particularmente quando associadas à dislipidemia, ao sobrepeso ou obesidade, que predispõem à estase venosa dos membros inferiores e inflamação crônica, favorecendo a hipercoagulabilidade, TEV e tromboembolismo arterial (DELLUC, Aurélien et al). No que diz respeito a COVID-19, a predisposição tanto para o TEV quanto para o arterial tem sido correlacionada com a resposta inflamatória típica da COVID-19, conhecida como “tempestade de citocinas” (ARYAL, Madhab Raj et al), hipóxia, coagulação intravascular disseminada e imobilização.

Quanto ao importante desfecho clínico de necessidade de hospitalização em 21 dias, pacientes com idade ≥70 anos foram significativamente mais afetados. O estudo ETHIC (COOLS, F. et al), entretanto, concluiu que, mesmo em pacientes com comorbidades e FR para TEV, o uso de anticoagulante, HBPM, no contexto ambulatorial não se mostrou eficaz para redução de mortalidade e hospitalização em 21 dias. O uso da dose profilática, contudo, não incorreu em aumento de episódios de sangramentos graves. Conjectura-se que os eventos tromboembólicos na COVID-19 possam ser originados de imunotrombose, mecanismo distinto do TEV, e que, por isso, não responderam adequadamente à terapia anticoagulante.

O estudo ETHIC, por sua vez, limitava os FR que poderíamos coletar para o subprojeto, logo outros FR clássicos para TEV como episódios prévios de TEV, uso de anticoncepcional, terapia hormonal, imobilização, cirurgias prévias, entre outros, não puderam ser coletados durante a triagem, o que certamente subestima o número de pacientes que apresentariam um perfil de maior risco para TEV. Além disso, características clínicas podem ter sido subestimadas uma vez que os profissionais médicos com frequência não registram adequadamente em prontuário os antecedentes médicos. Por fim, por ser uma análise unicêntrica, os resultados encontrados apresentam restrições para validação na população em geral.

Dessa forma, este estudo chama atenção para a necessidade de pesquisas multicêntricas nacionais, envolvendo hospitais da esfera privada e pública, para entender melhor o perfil clínico dos pacientes com COVID-19 atendidos em unidades hospitalares brasileiras. Isso permitiria uma melhor compreensão dos antecedentes médicos que foram descritos em pacientes com COVID-19 no Brasil e, desse modo, investigar possíveis abordagens terapêuticas, como o feito com a tromboprofilaxia, para fornecer um melhor prognóstico aos pacientes com idade mais avançada.

CONCLUSÃO

O presente estudo reforça que muitas comorbidades frequentes no perfil epidemiológico local em pacientes ≥ 55 anos com COVID-19 são fatores de risco para TEV. O principal fator de risco para TEV para pacientes com idade entre 55 e69 anos foi o sobrepeso/obesidade. Mais pacientes com idade ≥ 70 anos tinham comorbidades e outros FR para TEV e necessitaram de internação em 21 dias.

Fatores de risco modificáveis, em especial a obesidade, merecem atenção, por ter sido considerada como critério para administração de tromboprofilaxia em pacientes hospitalizados com COVID-19 em alguns protocolos institucionais. Além disso, a adequação do IMC pode ser parte importante para redução da ocorrência de TEV nesses pacientes.

Ao apontar um perfil com muitas comorbidades, chama a atenção para a necessidade da rede de atenção hospitalar se preparar adequadamente para o manejo desses pacientes de acordo com as comorbidades que manifestem, antevendo possíveis demandas por leitos hospitalares, em especial com os pacientes ≥ 70 anos..

Mesmo que não haja claro benefício do uso da profilaxia primária e ambulatorial de TEV, estudos longitudinais que correlacionem melhor o impacto de comorbidades no desenvolvimento de TEV em pacientes com COVID-19, são necessários para orientar uma maior vigilância clínica dado alto risco de internação.

REFERÊNCIAS

ARYAL, Madhab Raj et al. Venous Thromboembolism in COVID-19: Towards an Ideal Approach to Thromboprophylaxis, Screening, and Treatment. **Curr Cardiol Rep**, [S.l.], v. 22, n. 7, p. 52, jun. 2020. DOI: 10.1007/s11886-020-01327-9.

BANERJEE, Amitava et al. Estimating excess 1-year mortality associated with the COVID-19 pandemic according to underlying conditions and age: a population-based cohort study. **The Lancet**, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30854-0.

BIKDELI, B. et al. COVID-19 e doença trombótica ou tromboembólica: implicações para prevenção, terapia antitrombótica e acompanhamento: revisão de última geração do JACC. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 75, n. 23, p. 2950-2973, jun. 2020. doi: 10.1016/j.jacc.2020.04.031. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32311448; PMCID: PMC7164881

CHEN, X.; HUANG, J.; LIU, J.; DENG, H.; PAN, L. Venous thromboembolism risk factors and prophylaxis of elderly intensive care unit patients in a Chinese general hospital. **Ann Palliat Med**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 4453-4462, abr. 2021. DOI: 10.21037/apm-21-464. Epub 2021 Apr 14. PMID: 33894730.

COOLS, F. et al. Thromboprophylactic low-molecular-weight heparin versus standard of care in unvaccinated, at-risk outpatients with COVID-19 (ETHIC): an open-label, multicentre, randomised, controlled, phase 3b trial. **Lancet Haematol**. 2022.

CUNHA, Marcela Juliano Silva et al. Incidence, diagnosis, treatment methods, and outcomes of clinically suspected venous thromboembolic disease in patients with

COVID-19 in a quaternary hospital in Brazil. **Jornal Vascular Brasileiro** [online], São Paulo, v. 20, e20200203, 2021. Disponível em https://doi.org/10.1590/1677-5449.200203. Acesso em: 1 out. 2022. ISSN 1677-7301.

CUSCHIERI, S.; GRECH, S. COVID-19 and diabetes: The why, the what and the how. **J Diabetes Complications**, [S.l.], v. 34, n. 9, p. 107637, set. 2020. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2020.107637. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056872720303999. Acesso em: 1 out. 2022. PMID: 32456846; PMCID: PMC7242955.

DAY, M. COVID-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. **BMJ**, v. 369, p. m1375, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1375. Acesso em: 11 maio 2023.

DELLUC, Aurélien; LACUT, Karine; RODGER, Marc A. Arterial and venous thrombosis: What's the link? A narrative review. **Thromb Res**, [S.l.], v. 191, p. 97-102, jul. 2020. DOI: 10.1016/j.thromres.2020.04.035. PMID: 32416310.

DI MINNO, A. et al. COVID-19 and Venous Thromboembolism: A Meta-analysis of Literature Studies. **Seminars in Thrombosis and Hemostasis**, v. 46, n. 7, p. 763-771, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1715456. Acesso em: 11 maio 2023.

DOLHNIKOFF, M. et al. doi: 10.1111/JTH.14844, 2021.

DU, Rui-Heng et al. Predictors of mortality for patients with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV-2: a prospective cohort study. **European Respiratory Journal**, [S.l.], v. 55, n. 5, 2020. DOI: 10.1183/13993003.00524-2020. Erratum in: European Respiratory Journal. V. 56, n. 3, 2020. PMID: 32269088; PMCID: PMC7144257.

GALINDO, Rafaella Joanna da Silva Caseca et al. Women with cancer and COVID-19: an analysis of lethality and clinical aspects in Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 21, n. Suppl 1, p. 157-165, fev. 2021. ISSN 1806-9304. Available from: https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100008. Access on: 1 out. 2022.

GOLIGHER, Ewan C. et al. Therapeutic Anticoagulation with Heparin in Critically Ill Patients with COVID-19. **The New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 9, p. 777-789, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2103417.

GRASSELLI, Giacomo et al. Risk Factors Associated With Mortality Among Patients With COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. **JAMA Internal Medicine**, [S.l.], v. 180, n. 10, p. 1345-1355, 2020. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.3539.

GUO, W. et al. Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. **Diabetes Metab Res Rev**, [S.l.], v. 36, n. 7, e3319, 31 mar. 2020. DOI: 10.1002/dmrr.3319. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.3319. Acesso em: 1 out. 2022. PMID: 32233013; PMCID: PMC7228407.

HELMS, J. et al. Alto risco de trombose em pacientes com infecção grave por SARS-CoV-2: um estudo de coorte prospectivo multicêntrico. **Terapia Intensiva Med**, [S.l.], v. 46, n. 6, p. 1089-1098, jun. 2020. DOI: 10.1007/s00134-020-06062-x. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-020-06062-x. Acesso em: 11 maio 2023. PMID: 32367170; PMCID: PMC7197634.

HENDREN, Nicholas et al. Association of Body Mass Index and Age With Morbidity and Mortality in Patients Hospitalized With COVID-19: Results From the American Heart Association COVID-19Cardiovascular Disease Registry. **Circulation**, [S.l.], v. 143, p. 1-20, 2020. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.051936.

JIMÉNEZ, David et al. Incidence of VTE and Bleeding Among Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review and Meta-analysis. **Chest**, v. 159, n. 3, p. 1182-1196, 2021. DOI: 10.1016/j.chest.2020.11.005.

JONMARKER, S. et al. Dosing of thromboprophylaxis and mortality in critically ill COVID-19 patients. **Critical Care**, v. 24, n. 1, p. 653, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-03375-7. Acesso em: 11 maio 2023.

KUNUTSOR, Setor K et al. Incidence of venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Thromb Res**, [S.l.], v. 196, p. 27-30, dez. 2020. DOI: 10.1016/j.thromres.2020.08.022. PMID: 32823173; PMCID: PMC7418701.

LAWLER, Patrick R. et al. Therapeutic Anticoagulation with Heparin in Noncritically Ill Patients with COVID-19. **The New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 9, p. 790-802, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2105911.

LEIVA SISNIEGUEZ, C. E.; ESPECHE, W. G.; SALAZAR, M. R. Arterial hypertension and the risk of severity and mortality of COVID-19. **Eur Respir J**, [S.l.], v. 55, n. 6, jun. 2020. DOI: 10.1183/13993003.01148-2020. PMID: 32398296; PMCID: PMC7236824.

LI, L. Q. et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. **J Med Virol**, [S.l.], v. 92, n. 6, p. 577-583, jun. 2020. DOI: 10.1002/jmv.25757. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25757. Acesso em: 11 maio 2023. PMID: 32162702; PMCID: PMC7228329.

LIANG, W.; GUAN, W.; CHEN, R.; WANG, W.; LI, J.; XU, K.; LI, C.; AI, Q.; LU, W.; LIANG, H.; LI, S.; HE, J. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. **Lancet Oncol**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 335-337, mar. 2020. DOI: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6. Epub 2020 Feb 14. PMID: 32066541; PMCID: PMC7159000.

LIGHTER, Jesse et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for COVID-19 hospital admission. **Clinical Infectious Diseases**, 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa415.

LINNEMANN, B. et al. Venous thromboembolism in patients with COVID-19 (SARS-CoV-2 infection) - a position paper of the German Society of Angiology (DGA). **Vasa**, [S.l.], v. 49, n. 4, p. 259-263, jun. 2020. DOI: 10.1024/0301-1526/a000885. PMID: 32501145.

LIN, D. et al. Co-infections of SARS-CoV-2 with multiple common respiratory pathogens in infected patients. **Sci China Life Sci**, [S.l.], v. 63, n. 4, p. 606-609, abr. 2020. DOI: 10.1007/s11427-020-1668-5. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11427-020-1668-5. Acesso em: 1 out. 2022.

LODIGIANI, Carlo et al. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. **Thromb Res**, [S.l.], v. 191, p. 9-14, jul. 2020. DOI: 10.1016/j.thromres.2020.04.024. PMID: 32353746; PMCID: PMC7177070.

MIDDELDORP, Saskia et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. **Journal of Thrombosis and Haemostasis**, [S.l.], v. 18, n. 8, p. 1995-2002, ago. 2020. DOI: 10.1111/jth.14888. PMID: 32369666; PMCID: PMC7497052

Ministério da Saúde. **COVID-19 Brasil**. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 04 Dezembro 2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Painel Coronavirus (COVID-19) OMS**. Genebra, Suíça: OMS; 2022. Disponível em: https://covid19.who.int/. Acesso em: 04 Dezembro 2022

PARANJPE, I. et al. Association of treatment dose anticoagulation with in-hospital survival among hospitalized patients with COVID-19. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 1, p. 122-124, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.001. Acesso em: 11 maio 2023.

PENG, Youdong et al. [Clinical characteristics and outcomes of 112 cardiovascular disease patients infected by 2019-nCoV]. **Zhonghua xin xue guan bing za zhi**, v. 48, p. E004, 2020. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20200220-00105.

PETRILLI, Christopher M. et al. Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with COVID-19 disease in New York City. **medRxiv**, 2020. DOI: 10.1101/2020.04.08.20057794.

Pontes, Leticia et al. Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. **Escola Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 26, e20210203, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0203. Acesso em: 1 Out. 2022. ISSN 2177-9465. Epub 15 Out. 2021.

Revista da Associação Médica Brasileira. Tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - parte II. **Revista da Associação Médica Brasileira** [online], São Paulo, v. 55, n. 3, p. 241-245, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000300009. Acesso em: 1 out. 2022. ISSN 1806-9282. Epub 04 ago. 2009.

Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2009, v. 55, n. 4, p. 372-377, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000400006. Acesso em: 1 out. 2022. ISSN 1806-9282.

Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2009, v. 55, n. 2, p. 102-105. Tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - parte I. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000200007. Acesso em: 30 set. 2022.

ROUBINIAN, N. H. et al. Incidence of 30-Day Venous Thromboembolism in Adults Tested for SARS-CoV-2 Infection in an Integrated Health Care System in Northern California [published correction appears in JAMA Intern Med. 2021 Dec 1;181(12):1679]. **JAMA Internal Medicine**, v. 181, n. 7, p. 997-1000, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.0488. Acesso em: 11 maio 2023.

SATTAR, N.; MCINNES, I. B.; MCMURRAY, J. J. V. Obesity Is a Risk Factor for Severe COVID-19 Infection: Multiple Potential Mechanisms. **Circulation**, [S.l.], v. 142, n. 1, p. 4-6, jul. 2020. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047659. PMID: 32320270.

SPYROPOULOS, A. C. et al. Scientific and Standardization Committee Communication: clinical guidance on the diagnosis, prevention and treatment of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. **Journal of Thrombosis and Haemostasis**, v. 18, n. 8, p. 1859-1865, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/jth.14929. Acesso em: 11 maio 2023.

STEIN, P. D.; BEEMATH, A.; MEYERS, F. A.; OLSON, R. E. Pulmonary embolism and deep venous thrombosis in hospitalized adults with chronic obstructive pulmonary disease. **J Cardiovasc Med (Hagerstown)**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 253-257, abr. 2007. DOI: 10.2459/01.JCM.0000263509.35573.2c. PMID: 17413301.

THACHIL, Jecko et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. **Journal of Thrombosis and Haemostasis**, v. 18, n. 5, p. 1023-1026, 2020. DOI: 10.1111/jth.14810.

VAN DE HAAR, J. et al. Caring for patients with cancer in the COVID-19 era. **Nat Med**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 665-666, maio 2020. DOI: 10.1038/s41591-020-0874-8. Epub 2020 Apr 16. Erratum in: Nat Med. 2020 Jul;26(7):1. PMID: 32405058.

VERITY, Robert et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, 2020. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30243-

WANG, D. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**, [S.l.], v. 323, n. 11, p. 1061-1069, mar. 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.1585. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044. Acesso em: 1 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is**

suspected [EB/OL]. (2020-01-29) [2020-02-05]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

YANG, J.K.; LIN, S.S.; JI, X.J.; GUO, L.M. Binding of SARS coronavirus to its receptor damages islets and causes acute diabetes. **Acta Diabetol**, [S.l.], v. 47, n. 3, p. 193-199, set. 2010. DOI: 10.1007/s00592-009-0109-4. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s00592-009-0109-4. Acesso em: 1 out. 2022. PMID: 19333547; PMCID: PMC7088164.

ZHOU, Fei et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

Capítulo 7

A FORMAÇÃO INICIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Carlos Eduardo Izaguirre da Silva
Cenir Gonçalves Tier
Aline Ost dos Santos
Bruna Cristiane Furtado Gomes

A FORMAÇÃO INICIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Carlos Eduardo Izaguirre da Silva

Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Mestre no Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Cenir Gonçalves Tier

Enfermeira, Doutora e docente no Curso de Enfermagem e na Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Aline Ost dos Santos

Doutoranda em Ciências na Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Bruna Cristiane Furtado Gomes

Especialista em Saúde da Família (UFPEL)

Doutoranda no Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo identificar na literatura, através de uma Revisão Narrativa, como está organizada e desenvolvida a formação inicial dos Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de uma revisão da literatura do tipo narrativa, compreendendo as bases de indexação do Portal de Periódicos da Capes e do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os critérios de inclusão: artigos publicados de 2018 a 2022; escritos em Português; texto completo disponível on-line e gratuitamente, e critérios de exclusão: artigos sem resumo ou que não disponibilizavam textos completos; artigos de revisão, resenhas críticas, relatos de caso, teses, dissertações, monografias e livros; duplicidade de artigos; publicados anterior ao período de tempo estabelecido. Após a adoção dos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos no estudo 3 artigos. A importância da formação inicial dos Agentes Comunitários de Saúde identificou-se que são a porta de entrada da Estratégia Saúde da Família, servindo de anteparo aos anseios da população com o sistema. Destaca-se que os Agentes Comunitários de Saúde apresentam uma

formação deficitária com fragilidades relacionadas ao excesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnico-científicos e que não incluem dados da realidade local, enfoque insuficiente em aspectos teórico-práticos que poderiam auxiliá-los no enfrentamento de questões do cotidiano do trabalho. Observou-se uma lacuna na formação inicial dos Agentes Comunitários de Saúde e a necessidade de aprofundamento sobre essa temática.
Palavras-chave: Formação Inicial. Agente Comunitário de Saúde. Revisão Narrativa.

ABSTRACT
The present study aims to identify in the literature, through a Narrative Review, how the initial training of Community Health Agents is organized and developed. This is a literature review of the narrative type, comprising the indexing bases of the Portal de Periódicos da Capes and the Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, using the inclusion criteria: articles published from 2018 to 2022; written in Portuguese; full text available online and free of charge, and exclusion criteria: articles without an abstract or that did not provide full texts; review articles, critical reviews, case reports, theses, dissertations, monographs and books; duplicate articles; published prior to the established time period. After adopting the inclusion and exclusion criteria, 3 articles were included in the study. The importance of initial training for Community Health Agents was identified as the gateway to the Family Health Strategy, serving as a shield for the population's concerns with the system. It is noteworthy that the Community Health Agents have a deficient training with weaknesses related to the excessive standardization of contents that address predominantly technical-scientific themes and that do not include data from the local reality, insufficient focus on theoretical-practical aspects that could help them in facing issues of daily work. There was a gap in the initial training of Community Health Agents and the need to deepen this theme.
Keywords: Initial Training. Community Health Agent. Narrative Review.

INTRODUÇÃO

O que motivou a escrita e o aprofundamento teórico sobre essa temática é minha prática profissional atual como Tutor no Programa Saúde com Agente, o qual oferta o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS), contemplando 138.000 alunos, com carga horária total do curso de 1.275 horas, na modalidade de Educação a distância Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Cabe ressaltar que desde sua criação em 1991 até os dias atuais, a função dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresenta várias evoluções, como a escolaridade e principalmente relacionado ao curso de formação inicial, que inicialmente previa uma carga horária mínima de 40 horas, e hoje estabelece uma formação com carga horária mínima de 1200 horas.

Os ACS constituem importante força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação

popular em saúde, a partir de uma concepção voltada à promoção da qualidade de vida e desenvolvimento de autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos e grupos sociais (BRASIL, 2012). O ACS, de acordo com a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006).

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, com a finalidade de contemplar alternativas para melhorar as condições de saúde da população, teve como precursor as experiências prévias de agentes da pastoral da criança, que desenvolviam ações para redução da mortalidade infantil e estímulo ao aleitamento materno no nordeste do país (SILVA; DALMASO, 2002, p. 50). Gradualmente, os ACS foram incorporados às equipes de saúde, atuando tanto no território quanto nas unidades de saúde, frequentemente fazendo um trânsito de informações nestes dois sentidos, aproximando a comunidade dos serviços de saúde e vice versa (FONSECA, 2013), e somente em 2002 que há o reconhecimento enquanto categoria profissional pela Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2002), após sendo revogada e atualizada pela Lei nº 11.350, de 2006.

Inicialmente, os critérios para a seleção do ACS eram: saber ler e escrever, ter espirito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18 anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral, bem como residir na comunidade (MOROSINI, 2010, p. 40). A partir da Lei nº 10.507/2002, os critérios a respeito da escolaridade sofreram mudanças: nível fundamental e a conclusão com aproveitamento do curso de qualificação básica. As alterações a partir da Lei nº 13.595 de 5 de janeiro de 2018, destacam a conclusão do Ensino Médio e ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas como itens obrigatórios para viabilizar a atuação do ACS (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde, através do Referencial Curricular para CTACS: área profissional saúde (BRASIL, 2020), estabelece que o curso técnico de ACS está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas, em três etapas sequenciais distribuídas da seguinte forma:

> Etapa I (400 horas): Âmbito da promoção da saúde dos indivíduos nos diferentes ciclos de vida, suas famílias e sua comunidade, com a valorização da responsabilização pelas pessoas e dos atributos derivados da Atenção Primária à Saúde (APS).
> Etapa II (600 horas): Âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos frequentes na atenção primária e identificação de problemas de saúde, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e população, com base nos ciclos de vida.
> Etapa III (200 horas): Âmbito da promoção, da prevenção e do monitoramento das situações de risco no campo da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2020, p. 16).

Levando em consideração a importância do trabalho realizado nos serviços de atenção básica à saúde, o presente estudo tem como objetivo descrever as publicações científicas acerca da formação inicial dos Agentes Comunitários de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conforme Ferreira (2002), é sustentada e movida pelo desafio de conhecer o já construído e produzido para buscar o que ainda não foi realizado.

A investigação foi realizada em abril de 2023, compreendendo as bases de indexação do Portal de Periódicos da Capes e do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, os descritores utilizados na busca avançada foram: “Agente Comunitário de Saúde" e "formação". Esses descritores que correspondem à temática do estudo e o contexto investigado foram combinados pelo operador booleano *AND* com a finalidade de rastrear as publicações existentes, através da seguinte equação: (“Agente Comunitário de Saúde”) *AND* (“formação").

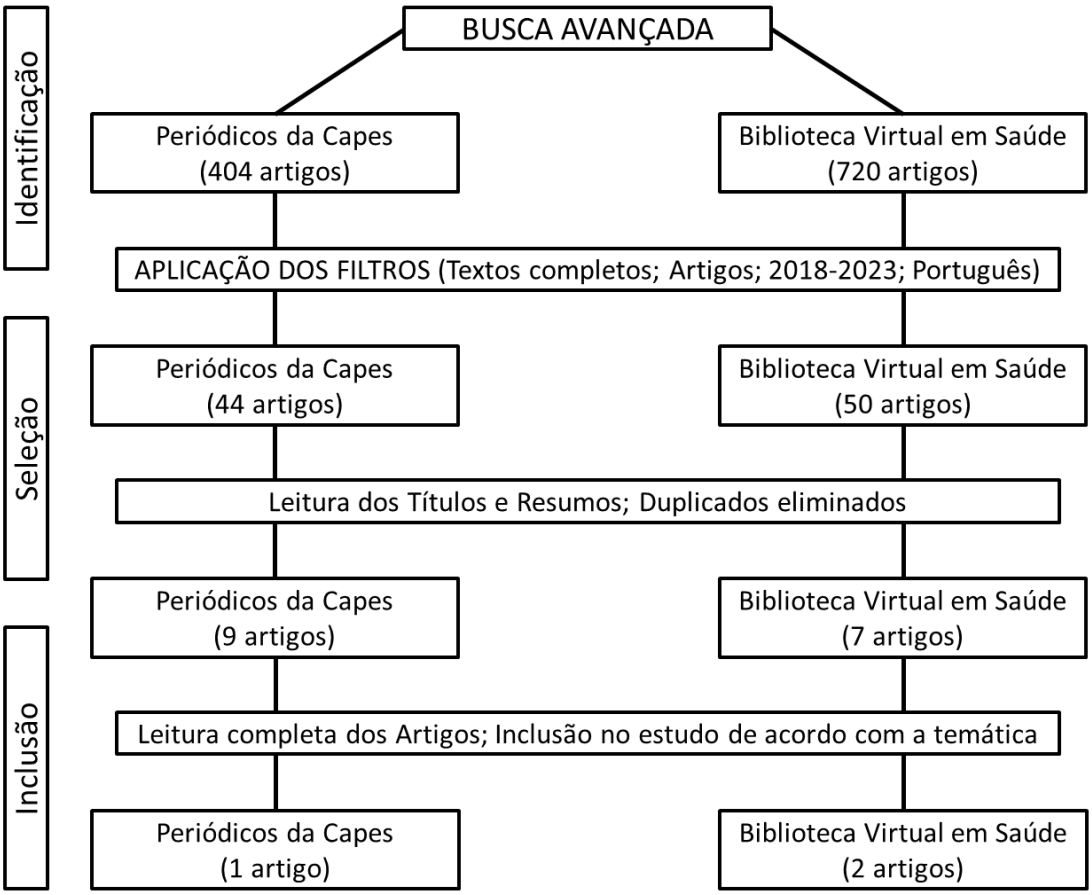
Os critérios de inclusão adotados na seleção automática das bases de indexação foram: a) artigos publicados de 2018 a 2022 sobre a temática; b) escritos em Português; c) texto completo disponível on-line e gratuitamente. Na seleção manual, buscou-se os artigos sobre a formação inicial e/ou profissional dos Agentes Comunitários de Saúde. Os critérios de exclusão utilizados para suprimir as pesquisas foram: a) artigos sem resumo ou que não disponibilizavam textos completos; b) artigos de revisão de literatura (narrativa, sistemática, integrativa), resenhas críticas, relatos de caso, teses, dissertações, monografias e livros; c) duplicidade de artigos; d) publicados anterior ao período de tempo estabelecido.

Para o desenvolvimento deste estudo foram realizadas as seguintes etapas: elaboração do objetivo norteador da pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; análise crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e a última fase, a apresentação da revisão narrativa (ROTHER, 2007).

RESULTADOS

Durante o processo de busca avançada, foram encontrados 404 artigos no Portal de Periódicos da Capes e 720 no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. Após a aplicação dos filtros, restaram respectivamente 44 e 50 artigos. Após a leitura dos Títulos e Resumos, além da eliminação dos artigos duplicados, restaram respectivamente 9 e 7 artigos. Com a leitura na íntegra de todos os artigos foram excluídos respectivamente 8 e 5 artigos, por fim, foram incluídos no estudo 3 artigos que contemplam todos os critérios de inclusão, sendo 1 artigo do Portal de Periódicos da Capes e 2 artigos do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (FIGURA 1).

FIGURA 1 - Fluxograma com as etapas de Identificação, seleção e inclusão dos estudos.



Fonte: elaborado pelos autores (2023).

Com o objetivo de realizar uma análise mais clara e detalhada dos artigos incluídos no estudo, foram compilados os dados como: autores, título, revista e ano de publicação (QUADRO 1). Para analisar mais a fundo cada artigo, foi compilado no Quadro 2 o objetivo de cada artigo e a caracterização da formação inicial dos ACS.

Quadro 1 - Identificação dos artigos incluídos no estudo.

Nº	Autores	Título	Revista	Publicação
1	Barreto *et al*.	Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo	Saúde em debate	2018
2	Morosini e Fonseca	Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios	Saúde em debate	2018
3	Silva e Toassi	Educação problematizadora em curso técnico para agentes comunitários de saúde: experiência de produção de significados no trabalho em saúde	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2022

Fonte: elaborado pelos autores (2023).

Quadro 2 - Objetivo do artigo e a caracterização da formação inicial dos ACS.

Nº	Objetivo do Artigo	Formação Inicial dos ACS
1	Analisar o escopo de práticas dos ACS relacionando-o à situação social e de saúde, bem como os elementos facilitadores e os limitantes desta prática.	CTACS composto por três etapas formativas, num total de 1800 horas.
2	Analisar a construção do perfil de atuação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, apoiado na discussão sobre as disputas em torno do seu trabalho.	CTACS, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos/MEC, 2016, com carga horária de 1200 horas.
3	Analisar o significado da experiência de formação do ACS em município do Sul do Brasil, a partir do referencial teórico da educação problematizadora de curso técnico dos Ministérios da Educação e Saúde.	Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde de 2004, com mínimo de 1.200 horas distribuídas em três etapas (400h; 600h e 200h)

Fonte: elaborado pelos autores (2023).

DISCUSSÃO

O estudo de Barreto *et al*. (2018), destaca a importância da formação inicial do ACS através da seguinte afirmação: “Se a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada do SUS, os ACS são a porta de entrada da ESF, servindo de anteparo aos anseios da população com o sistema”. Neste mesmo estudo, realizado com ACS do

Ceará, traz a informação da proposta deste estado para a realização de um curso técnico de 1800 horas, composto por três etapas formativas, seguindo as orientações do Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde, só que o referencial preconiza uma formação de 1200 horas, tanto em sua primeira edição de 2004 (BRASIL, 2004) como na atual terceira edição de 2020 (BRASIL, 2020).

Segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação (BRASIL, 2016), o perfil de conclusão do ACS estabelece:

> Orienta e acompanha famílias e grupos em seus domicílios. Identifica e intervém nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde. Desenvolve suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do SUS. Promove comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade (BRASIL, 2016, p. 15).

Quando relacionado ao Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, Morosini e Fonseca (2018) destacam que a educação em saúde como o eixo principal do trabalho dos ACS e o compromisso com uma APS forte, reafirma-se a necessidade de produzir políticas públicas direcionadas para a qualificação desse trabalho de modo a atender às diferentes configurações da vida e das relações sociais, nos diversos territórios e contextos nos quais o processo saúde-doença se constrói e se expressa. Ainda existe a condição de morador da comunidade, exigida aos ACS e mantida nos documentos normativos, parecendo restringir-se ao interesse institucional de dispor de um trabalhador apto a circular nos territórios e a acessar aos domicílios, sendo esse um dos fatores que inevitavelmente ampliam sua jornada de trabalho, necessitando ainda compreender a dinâmica dos seus territórios, elevando o potencial de ação dos serviços elencados pelo Catálogo Nacional (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Vários são os movimentos voltados à qualificação do ACS, principalmente relacionado a educação permanente em saúde, além do papel desse profissional na expansão e consolidação da APS, assim uma revisão sistemática dos autores Alonso, Béguin e Duarte (2018) relatou sobre o trabalho dos ACS no Brasil mostrando que os agentes percebem sua formação insuficiente, com fragilidades relacionadas ao excesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnico-científicos e que não incluem dados da realidade local, enfoque insuficiente em aspectos teórico-práticos que poderiam auxiliá-los no enfrentamento de questões do cotidiano do trabalho. Quanto aos ACS perceberem a sua formação, Silva e Toassi

(2022), destacam em seu estudo que a percepção é a maneira como as coisas chegam até nós por meio dos nossos sentidos, onde as informações trazidas pela percepção deveriam estar em um lugar de destaque, pois elas permitem uma verdade mais autêntica do que aquilo que se constrói pelo pensamento, que é frequentemente o mais valorizado.

Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436 instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), propondo alterações para o exercício das novas atribuições no trabalho do ACS, incluindo as atividades de aferir temperatura axilar e pressão, medir glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativo. No estudo de Silva *et al*. (2020), grande parte dos ACS participantes apontou que a incorporação das atribuições propostas na PNAB (BRASIL, 2017) ao escopo de atuação do ACS descaracterizaria a natureza do seu trabalho educativo, que é realizado por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde às famílias e às comunidades que vivem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS).

CONCLUSÃO

Ao buscar na literatura artigos que contemplem a formação inicial dos ACS, se deparamos com uma preocupante lacuna apresentada, pois nos últimos cinco anos, somente três artigos trazem em seu conteúdo informações sobre essas formações, sendo que dois deles relatam sobre o Curso Técnico para ACS e o outro sobre Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde publicado em 2004.

Espera-se que essa temática seja cada vez mais estudada e pesquisada, assim contemplando essa lacuna existente na literatura, ainda mais após a conclusão do Curso Técnico do Programa Saúde com Agente, onde 138 mil ACS terão suas formações concluídas, surgindo com um ótimo lócus para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

BARRETO, I. C. H. C. *et al*. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em debate**, v. 42, p. 114-129, 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, DF: MEC; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde - ACS: diretrizes e orientações para a formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas "estado da arte". **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 79, p. 257-272, 2002.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde**: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 261-274, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática versus revisão narrativa. Editorial. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, 2007.

SILVA, H. P. R.; TOASSI, R. F. C. Educação problematizadora em curso técnico para agentes comunitários de saúde: experiência de produção de significados no trabalho em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, 2022.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SILVA, T. L. *et al*. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 58-69, 2020.

Capítulo 8

INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES COM SÍNDROME DO ENCARCERAMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Guilherme Ribeiro Ferreira
André Pacheco Costacurta
Bruno Andreolli Games
Cleia Santiago Canuto
João Victor Paro
Larissa Palason
Lucas de Faro Braghetta Soares
Silas Bezerra da Silva

INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES COM SÍNDROME DO ENCARCERAMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Guilherme Ribeiro Ferreira
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,
guilhermemedpp@gmail.com

André Pacheco Costacurta
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,
decocostacurta@gmail.com

Bruno Andreolli Games
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,
bruno.guga@hotmail.com

Cleia Santiago Canuto
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,
cleiacanuto@hotmail.com

João Victor Paro
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,
joaoparo123@outlook.com

Larissa Palason
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,
larissachucmaster@gmail.com

Lucas de Faro Braghetta Soares
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista,
lucasfarounoeste@gmail.com

Silas Bezerra da Silva
Graduando em Medicina – Universidade do Oeste Paulista, silasilva@icloud.com

RESUMO
Introdução: a síndrome do encarceramento é um quadro clínico grave que envolve tetraplegia, paralisia bulbar e parestesia generalizada, com preservação da cognição, alguns movimentos dos olhos e audição. **Fundamentação teórica:** as infecções relacionadas aos cuidados em saúde são um problema de saúde pública em todo o mundo, representando cerca de 25% das infecções e acarretando despesas significativas em saúde. Condições que exigem hospitalização, como a síndrome do encarceramento, podem ser agravadas de maneira substancial diante de hospitalares. O objetivo da presente revisão foi compreender o impacto das infecções hospitalares pelo uso de dispositivos médicos na síndrome do encarceramento. **Metodologia da pesquisa:** presente revisão integrativa foi conduzida de acordo com a diretriz PRISMA, sendo realizadas buscas sistematizadas no banco de dados PubMed alocado no National Center for Biotechnology Information (NCBI), LILACS e MEDLINE alocadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). **Resultados:** no dia 20 de abril de 2023, foi conduzida a busca que resgatou 2009 artigos, sendo 1207 no MEDLINE, 18 no LILACS e 784 no PubMed. Aplicando os critérios de inclusão, foram triadas 382 obras, sendo 343 no MEDLINE, 2 no LILACS e 37 no PubMed. Os artigos foram lidos na íntegra e 13 deles selecionados para compor a literatura da presente revisão. **Discussão:** as infecções hospitalares mais frequentes foram a pneumonia associada à ventilação mecânica e ao tubo endotraqueal, úlceras de córnea colonizadas por *Pseudomonas spp*., infecções do trato urinário associadas ao cateter de uso prolongado e a infecção peristomal na gastrostomia endoscópica percutânea. **Considerações finais:** as elevadas taxas de incidência, morbidade e mortalidade associadas às infecções evidenciam o impacto negativo no prognóstico da síndrome. Dessa forma, ensaios clínicos randomizados e triagens clínicas devem ser conduzidos para maior elucidação da epidemiologia dessas infecções para que estratégias de prevenção sejam empregadas e as repercussões desfavoráveis sejam atenuadas.
Palavras-chave: síndrome do encarceramento, infecção hospitalar, dispositivos médicos, cuidados paliativos.

ABSTRACT
Introduction: locked-in syndrome is a severe clinical condition that involves tetraplegia, bulbar paralysis and generalized paresthesia, with preservation of cognition, some eye movements and hearing. **Theoretical foundation:** healthcare-associated infections are a public health problem worldwide, accounting for about 25% of infections and entailing significant health expenses. Conditions that require hospitalization, such as locked-in syndrome, can be substantially aggravated by hospital admissions. The aim of this review was to understand the impact of nosocomial infections due to the use of medical devices on the locked-in syndrome. **Research methodology:** this integrative review was conducted in accordance with the PRISMA guideline, with systematic searches being carried out in the PubMed database located at the National Center for Biotechnology Information (NCBI), LILACS and MEDLINE located at the Virtual Health Library (VHL). **Results:** on April 20, 2023, a search was conducted that retrieved 2009 articles, 1207 from MEDLINE, 18 from LILACS and 784 from PubMed. Applying the inclusion criteria, 382 works were screened, 343 in MEDLINE, 2 in LILACS and 37 in PubMed. The articles were read in full and 13 of them were selected to compose the literature of this review. **Discussion:** the most frequent hospital infections were pneumonia associated with mechanical ventilation and endotracheal tube, corneal ulcers colonized by *Pseudomonas spp*., urinary tract infections associated with prolonged use catheter and peristomal infection

in percutaneous endoscopic gastrostomy. **Final considerations:** the high incidence, morbidity and mortality rates associated with infections demonstrate the negative impact on the prognosis of the syndrome. Thus, randomized clinical trials and clinical trials should be conducted to further elucidate the epidemiology of these infections so that prevention strategies are employed and the unfavorable repercussions are attenuated.
Keywords: locked-in syndrome, cross infection, medical devices, palliative care.

INTRODUÇÃO

A síndrome do encarceramento ou *locked-in syndrome* (LIS) é um quadro clínico grave que envolve tetraplegia, paralisia bulbar e parestesia generalizada, com preservação da cognição, alguns movimentos dos olhos e audição. O diagnóstico é desafiador devido à complexidade do distúrbio, que pode ser caracterizado erroneamente como mutismo acinético e coma, levando até semanas para receber o diagnóstico correto. Nas formas clássicas da síndrome, utiliza-se de exames como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) para caracterizar a etiologia e estabelecer um tratamento precoce. Por ser uma síndrome extremamente rara, não existem estudos que demonstrem com precisão sua incidência ou prevalência. Apesar disso, acredita-se que a idade média dos pacientes seja de 50 anos, com discreto predomínio no sexo masculino e taxa de mortalidade elevada ainda nos primeiros anos[1].

Na maioria dos casos, lesões vasculares na porção ventral da ponte encefálica ou mesencéfalo ventral caudal são as causas da síndrome do encarceramento, mas diversas áreas do tronco encefálico e cérebro podem estar acometidas, geralmente incluindo o trato corticoespinhal que é fundamental para os movimentos voluntários do corpo. Como a formação reticular pontina paramediana que coordena os movimentos oculares, eles são poupados na LIS. O acidente vascular encefálico é a causa mais comum da síndrome, seguido do traumatismo cranioencefálico com ruptura ou trombose da artéria basilar, massas e raramente infecções ou desmielinização metabólica[2].

O diagnóstico da síndrome do encarceramento é desafiador e requer investigação rigorosa. Os pacientes demonstram tetraplegia, padrão respiratório irregular (Cheyne-Stokes), períodos de apneia, oftalmoplegia lateral e movimentação ocular vertical preservada, assim como o piscar, a audição e a consciência. Apesar

disso, a atenção e memória ficam prejudicadas, assim como o ciclo sono-vigília e as emoções. Para obtenção de tais informações, o profissional que fará o diagnóstico deve coletar uma história detalhada dos familiares, buscando possíveis causas para a síndrome, e realizar um exame físico neurológico completo. Além dos exames de imagem como a TC e RM, pode-se utilizar de angiotomografia para diagnóstico de lesões vasculares, adição de contraste para delinear massas tumorais, exames do líquido cefalorraquidiano para identificar causas infecciosas ou autoimunes, além de exames laboratoriais para pesquisa de hiponatremia, hipocalemia e hipomagnesemia, distúrbios metabólicos que podem causar comas semelhantes à síndrome do encarceramento[3].

Os pacientes com síndrome do encarceramento devem receber um manejo multidisciplinar para estabilização aguda e intervenção precoce, seguidas de reabilitação intensiva para reduzir a mortalidade e atenuar os distúrbios funcionais remanescentes. Recomenda-se estratégias para o manejo da dor, espasticidade muscular, incontinência vesical, nutrição, traqueostomia e reabilitação de funções vegetativas, vestibulares e de comunicação. O prognóstico é extremamente variável, sendo elevada a taxa de mortalidade na fase aguda e a recuperação motora dependente da etiologia do distúrbio. Pela permanência hospitalar prolongada, vários pacientes desenvolvem múltiplas infecções nosocomiais, principalmente associadas à intubação e ao cateterismo vesical[4].

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As infecções relacionadas aos cuidados em saúde são um problema de saúde pública em todo o mundo, representando cerca de 25% das infecções e acarretando despesas significativas em saúde. Condições que exigem hospitalização, como a síndrome do encarceramento, podem ser agravadas de maneira substancial diante de infecções que surgem entre 48 e 72 horas após admissão ou alta hospitalar, sem considerar aquelas cujo período de incubação pode se estender por anos, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou *Mycobacterium tuberculosis*. As infecções mais comuns são do trato urinário pelo uso de sondas vesicais, trato respiratório associadas à intubação e infecções de pele ou tecido subcutâneo por solução de contiguidade, todas já relatadas em pacientes com síndrome do encarceramento[4,5].

A expectativa de vida de pacientes com síndrome do encarceramento é variável, sendo que mais de 80% vivem 10 anos e 40% vivem 20 anos. Além da reabilitação, é de suma importância considerar a qualidade de vida desses doentes, que é determinada pelo nível de incapacidade, dispositivos médicos empregados, apoio social e complicações[6]. Considerando a importância epidemiológica das infecções nosocomiais, a expectativa de vida elevada dos portadores de síndrome do encarceramento e o tempo prolongado de permanência hospitalar necessário na maioria dos casos, percebe-se a relevância de se compreender o impacto das infecções hospitalares pelo uso de dispositivos médicos na síndrome do encarceramento[7]. Dessa forma, criar substrato para que novas pesquisas elaborem estratégias de controle e prevenção dessas infecções, a fim de melhorar a qualidade de vida e prognóstico de tais pacientes.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A presente revisão integrativa foi conduzida de acordo com a diretriz PRISMA, para responder à questão: qual o impacto das infecções hospitalares em pacientes com síndrome do encarceramento?

Busca na literatura

Foram realizadas buscas sistematizadas no banco de dados PubMed alocado no *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), LILACS e MEDLINE alocadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando apenas estudos publicados em inglês, entre os anos de 2013 e 2023, com texto completo disponível para consulta. Outro critério de elegibilidade foi o delineamento dos estudos, incluindo apenas meta-análises, ensaios clínicos randomizados, triagens clínicas, estudos observacionais e revisões sistemáticas. A estratégia de busca utilizada foi (locked-in syndrome[Title/Abstract]).

Seleção dos artigos

Todas as obras resgatadas foram lidas na íntegra e suas referências avaliadas para possível inclusão na revisão. Uma análise foi conduzida para apurar o rigor

metodológico e a validade científica dos resultados dos estudos. Apenas estudos com níveis de 1 a 4 foram contemplados, sendo nível 4 o menor rigor aceitável, considerando:

- Nível 1: evidências de meta-análise;
- Nível 2: evidências de estudos com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de revisões sistemáticas.
- Nível 4: evidências de revisões simples e estudos observacionais (de prognóstico)[8].

Coleta de dados

Os artigos selecionados foram categorizados a partir da tabela adaptada que consta no Anexo 1, instrumento validado por Ursi ES, Gavão CM (2006)[9]. Ao final desta etapa, as obras foram reduzidas a poucas páginas, simplificando e organizando as evidências relevantes. Todos os dados foram analisados rigorosamente para comparação dos estudos e identificação de padrões entre eles.

Discussão dos resultados

A partir interpretação e síntese dos resultados, foi redigida uma discussão para organizar e descrever de forma narrativa as informações sobre o impacto das infecções hospitalares no quadro clínico de pacientes com síndrome do encarceramento. O sumário de evidências foi complementado com o referencial teórico das obras incluídas na revisão.

RESULTADOS

No dia 20 de abril de 2023, foi conduzida a busca que resgatou 2009 artigos, sendo 1207 no MEDLINE, 18 no LILACS e 784 no PubMed. Aplicando os critérios de inclusão, foram triadas 382 obras, sendo 343 no MEDLINE, 2 no LILACS e 37 no PubMed. Os artigos foram lidos na íntegra e 13 deles selecionados para compor a literatura da presente revisão. As obras se encontram categorizadas na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1. Categorização dos artigos quanto autor, periódico e ano.

Autor	Periódico	Ano
Bodart O *et al.*	*Seminars in Neurology*	2013
Kohnen RF *et al.*	*Journal of Neurology*	2013
Rousseau MC *et al.*	*Journal of Palliative Medicine*	2013
Snoeys L *et al.*	*Disability and Rehabilitation*	2013
Rousseau MC *et al.*	*Orphanet Journal of Rare Diseases*	2015
Graber M *et al*.	*Journal Français d'Ophtalmologie*	2016
Svernling K *et al.*	*BMJ Open*	2019
Yan Y *et al*.	*Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*	2020
Farr E *et al*.	*PM&R: Journal of Injury, Function and Rehabilitation*	2021
Halan T *et al*.	*Cureus*	2021
Kumral E *et al.*	*Acta Neurologica Belgica*	2022
Schnetzer L *et al*.	*Therapeutic Advances in Neurological Disorders*	2023
Yoshiki H *et al*.	*Cureus*	2023

DISCUSSÃO

A compreensão do impacto das infecções hospitalares no quadro clínico de pacientes com síndrome do encarceramento requer o entendimento prévio dos cuidados que devem ser oferecidos para eles, durante as fases aguda e crônica do distúrbio, para que se identifique pontos fracos do manejo. Dessa forma, será discutido o manejo na fase aguda e os diversos componentes da reabilitação dos pacientes para, em seguida, avaliar as situações de risco de infecção hospitalar e o impacto delas.

Manejo na fase aguda e reabilitação inicial

Durante o atendimento inicial, quase todos os pacientes com síndrome do encarceramento necessitam de intubação, suporte ventilatório e monitoramento em unidade de terapia intensiva (UTI). Como é comum a paralisia motora oral e disfagia, a traqueostomia e o implante de um tubo de alimentação percutânea geralmente são utilizados[10].

A reabilitação inicial é direcionada por um exame físico e neurológico minucioso, de preferência por um fisiatra. O exame orientado visa identificar e descrever os comprometimentos neurológicos e também questões de importância médica. O médico deve se apresentar no campo de visão do paciente e explicar os objetivos do exame, porque apesar da imobilidade, a sensibilidade é preservada e

toques sem uma explicação prévia podem ser ameaçadores. É fundamental avaliar os movimentos oculares, capacidade de fechar as pálpebras, controle facial e ventilatório, assim como a força neurológica[11].

Função visual

A visão é uma função muito valorizada em pacientes com síndrome do encarceramento porque, na maioria dos casos, é a única forma de interagir com eles e mensurar o nível de consciência. Apesar da integridade anatômica, a acuidade visual não é completamente preservada, devido à diplopia e às limitações de movimento que impedem a fixação estável e a formação da imagem na região da fóvea. Observa-se também um atraso anormal no movimento dos olhos em relação à cabeça pela paresia extrínseca ocular, fotofobia devido a ceratite e redução do campo visual. A deficiência visual pode prejudicar as avaliações neurológicas e mascarar déficits, por isso deve ser sempre considerada em tais pacientes e, caso constatado fechamento incompleto palpebral ou aumento da fissura palpebral, instituir o uso de colírios lubrificantes durante a vigília e pomadas oftálmicas durante a noite para evitar escoriações de córnea e infecções[12].

Reabilitação respiratória

O manejo respiratório na síndrome do encarceramento consiste em proteção e manutenção das vias aéreas permeáveis, mantendo a posição ereta durante a alimentação, controlando as secreções com atenção à congestão respiratória. É fundamental que um familiar ou cuidador esteja presente, ou que sejam feitas verificações de enfermagem frequentes, para identificar a necessidade de sucção de secreções. A traqueostomia crônica é necessária em mais de 30% dos pacientes, mas o uso crônico de ventilação mecânica é pouco comum[13].

Para prevenir atelectasias, utiliza-se do dispositivo insuflador-exsuflador mecânico na própria traqueostomia, que fornece uma corrente de ar de alta pressão seguida de uma rápida pressão negativa para deflação do pulmão, atuando como uma tosse mecânica e auxiliando na eliminação de secreções de vias aéreas. A melhoria clínica só é constatada quando existe tosse reflexiva eficaz, deglutição de secreções

espontânea e ventilação voluntária. Recomenda-se também a fisioterapia pulmonar com drenagem postural, apesar de suas limitações[13].

Deglutição e nutrição

Pacientes com síndrome do encarceramento tendem a apresentar disfagia prolongada, náuseas e vômitos ao movimento durante a alimentação enteral, por isso necessitam de sonda de alimentação percutânea para evitar desconfortos. A alimentação enteral através da sonda nasogástrica oferece grandes riscos de regurgitação e aspiração do conteúdo, o que agrava drasticamente o quadro clínico. A recuperação da capacidade de deglutir leva semanas a meses e demanda assistência de fonoaudiólogos. As deglutições espontâneas são um bom sinal e podem ser avaliadas com videofluoroscopia ou endoscopia por fibra óptica de deglutição[14].

Função vesical e intestinal

A síndrome do encarceramento frequentemente cursa com retenção urinária aguda, o que requer cateterismo vesical prolongado para manutenção da micção. Além disso, estes pacientes apresentam risco aumentado de constipação e outros distúrbios intestinais, sendo fundamental a boa hidratação e a cautela para o uso de laxantes e enema. Apesar disso, espera-se recuperação satisfatória nestes parâmetros[15].

Qualidade de vida

Diversos estudos avaliaram a qualidade de vida de pacientes com síndrome do encarceramento usando escalas validadas, como MQOL-SIS e MCS SF-36. A qualidade de vida tende a ser muito inferior ao grupo controle saudável devido ao comprometimento motor e dependência de ventilação mecânica por exemplo. Sintomas depressivos são significativamente mais comuns em tais pacientes, não tendo relação com a extensão das limitações. Como a autonomia física é completamente perdida e a capacidade de comunicação extremamente reduzida, é comum que os pacientes com comprometimento físico severo não considerem a vida

digna de ser vivida. Outros fatores que determinam a qualidade de vida dos indivíduos com síndrome do encarceramento são a rede de apoio e o suporte psicossocial[16].

Durante as investigações, percebe-se que além dos questionários padronizados, a abertura para os relatos individuais dos pacientes se mostra válida. A necessidade extensa de cuidados diários e a permanência do tubo traqueal durante anos são condições adversas, assim como a lenta recuperação dos movimentos da cabeça, pescoço, membros e controle dos esfíncteres. Números consideráveis de pacientes referem pensamentos suicidas e a permanência em ambiente domiciliar é favorável à qualidade de vida, em contraste com a internação hospitalar prolongada[17].

Não são encontradas relações entre a qualidade de vida e características sociodemográficas, como idade, sexo, estado civil, escolaridade e religião. Também não é relatada influência da duração da doença, tipo de síndrome do encarceramento ou etiologia. Apesar disso, o uso de cadeira de rodas elétrica e dispositivos tecnológicos para comunicação têm efeito positivo na qualidade de vida, enquanto a gastrostomia, traqueostomia e cateterismo vesical permanente exercem influência negativa[6].

A limitação da maioria dos estudos a respeito da qualidade de vida é a classificação do bem-estar feita pelos cuidadores ao invés dos pacientes. Em geral, os portadores da síndrome referem uma qualidade de vida superior à descrita pelos cuidadores, devido à adaptação psicológica inerente às suas limitações. Estudos demonstram que a duração da doença tem correlação positiva com o bem-estar dos pacientes por esse motivo[18]. Problemas cognitivos e de memória também prejudicam a qualidade de vida de vários portadores da síndrome do encarceramento[19].

A valorização da vida está diretamente relacionada ao ambiente social e as interações individuais com as limitações. Proporções significativas de pacientes discorda com a interrupção dos tratamentos de manutenção da vida, assim como os médicos responsáveis por seus tratamentos, que levam em consideração a sobrevida de 10 anos em 80% dos casos[20,21].

Infecções hospitalares

A partir da compreensão das principais estratégias para reabilitação dos pacientes com síndrome do encarceramento, é possível identificar várias situações de risco para infecções hospitalares associadas ao uso de dispositivos médicos.

Uma das principais infecções hospitalares é a pneumonia associada à ventilação mecânica, importante causa de morbidade e mortalidade em pacientes em UTI, cujos agentes etiológicos mais comuns são: *Pseudomonas spp*., *Acinetobacter sp*., *Staphylococcus aureus* e bacilos Gram negativos. A incidência dessa infecção é elevada e diretamente proporcional aos dias de internação, então pacientes com síndrome do encarceramento que permanecem em internação hospitalar podem ser alvo desse agravo[22].

O tubo endotraqueal é um local de colonização bacteriana que favorece a formação do biofilme, facilmente aspirado devido ao fluxo de ar rápido oferecido a tais pacientes. A prevenção dessa infecção é feita evitando reintubação quando possível, elevação da cabeceira da cama e tentativas de respiração voluntária[23]. A traqueostomia precoce também é capaz de reduzir significativamente a incidência de pneumonia hospitalar, além de reduzir a resistência das vias aéreas, favorecer o desmame da ventilação mecânica, diminuir o tempo de internação em UTI e diminuir as taxas mortalidade[24].

Pacientes com síndrome do encarceramento podem apresentar fechamento palpebral incompleto ou aumento da fissura palpebral. Isso, associado à permanência prolongada em UTI, favorece o desenvolvimento de ceratopatia de exposição e consequentes úlceras colonizadas por *Pseudomonas spp*., com potencial de perfuração e opacificação da córnea, resultando em perda severa da visão[25]. É fundamental a conscientização sobre os cuidados oculares para atenuar tais agravos nos pacientes com síndrome do encarceramento.

As infecções do trato urinário associadas ao cateter afetam mais de cem milhões de pessoas em todo o mundo anualmente, sendo consideradas as infecções bacterianas mais comuns em hospitalizadas. Elas apresentam complicações graves como pielonefrite e sepse, repercutindo negativamente na evolução dos pacientes com síndrome do encarceramento. Os agentes mais comuns são a *Escherichia coli* Uropatogênica, *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus saprophyticus*. A duração do cateterismo é o fator mais importante para a bacteriúria, aumentando o risco em 3-7% a cada dia após a colocação do cateter. O cateterismo prolongado oferece risco de 3% de bacteremia, o que aumenta a morbidade e mortalidade dos pacientes com síndrome do encarceramento até mesmo em ambiente domiciliar, quando mantido o cateter. Para prevenir tais infecções, recomenda-se a redução do uso de cateteres vesicais e o tempo de permanência dos mesmos[26].

Os distúrbios motores na síndrome do encarceramento levam à disfagia severa e duradoura, o que torna necessário o uso de sonda nasogástrica ou gastrostomia endoscópica percutânea. Embora a gastrostomia endoscópica percutânea não seja considerada uma cirurgia, a infecção peristomal por *Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa* ou *Klebsiella pneumoniae* é vista como uma infecção associada aos cuidados em saúde, ocorre em mais de 30% dos pacientes e é a principal complicação desse procedimento. Essa infecção hospitalar está associada a taxa de mortalidade precoce superior a cerca de 20% e em 1 ano de 63%. Dessa forma, recomenda-se o uso de antibióticos de amplo espectro para profilaxia após o procedimento, a fim de evitar maiores repercussões no estado de saúde de pacientes com síndrome do encarceramento[27].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto das infecções hospitalares nos portadores da síndrome do encarceramento foi compreendido a partir do estudo dos cuidados oferecidos a eles durante a reabilitação. As infecções hospitalares mais frequentes foram a pneumonia associada à ventilação mecânica e ao tubo endotraqueal, úlceras de córnea colonizadas por *Pseudomonas spp*., infecções do trato urinário associadas ao cateter de uso prolongado e a infecção peristomal na gastrostomia endoscópica percutânea. As elevadas taxas de incidência, morbidade e mortalidade associadas às infecções evidenciam o impacto negativo no prognóstico da síndrome. Dessa forma, ensaios clínicos randomizados e triagens clínicas devem ser conduzidos para maior elucidação da epidemiologia dessas infecções para que estratégias de prevenção sejam empregadas e as repercussões desfavoráveis sejam atenuadas.

REFERÊNCIAS

1. RAIBAGKAR, Pooja *et al*. Reverse locked-In syndrome. **Neurocritical Care**, v. 27, n. 1, p. 108-114, ago. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s12028-017-0391-x. Acesso em: 25 abr. 2023.

2. KORINTHENBERG, Rudolf; ECKENWEILER, Matthias; FUCHS, Hans. Severe locked-in-like Guillain–Barré's syndrome: dilemmas in diagnosis and treatment. **Neuropediatrics**, v. 52, n. 1, p. 19-26, fev. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0040-1715480. Acesso em: 25 abr. 2023.

3. SVERNLING, Kajsa *et al*. Locked-in syndrome in Sweden, an explorative study of persons who underwent rehabilitation: a cohort study. **BMJ Open**, v. 9, n. 4, p. e023185, abr. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023185. Acesso em: 25 abr. 2023.

4. KHALILI-ARDALI, Majid *et al*. Neurophysiological aspects of the completely locked-in syndrome in patients with advanced amyotrophic lateral sclerosis. **Clinical Neurophysiology**, v. 132, n. 5, p. 1064-1076, maio 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.clinph.2021.01.013. Acesso em: 25 abr. 2023.

5. LEMIECH-MIROWSKA, Ewelina *et al*. Nosocomial infections as one of the most important problems of healthcare system. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 28, n. 3, p. 361-366, set. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.26444/aaem/122629. Acesso em: 25 abr. 2023.

6. ROUSSEAU, Marie-Christine *et al*. Quality of life in patients with locked-in syndrome: Evolution over a 6-year period. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 10, n. 1, jul. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13023-015-0304-z. Acesso em: 25 abr. 2023.

7. LUGO, Zulay *et al*. Assessment of needs, psychological impact and quality of life in families of patients with locked-in syndrome. **Brain Injury**, v. 31, n. 12, p. 1590-1596, ago. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1347277. Acesso em: 25 abr. 2023.

8. SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134. Acesso em: 25 abr. 2023.

9. URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, fev. 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000100017. Acesso em: 25 abr. 2023.

10. HALAN, Taras *et al*. Locked-in syndrome: a systematic review of long-term management and prognosis. **Cureus**, v. 13, n. 7, p. e16727, jul. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.16727. Acesso em: 25 abr. 2023.

11. BODART, Olivier; GOSSERIES, Olivia; LAUREYS, Steven. Coma and disorders of consciousness: scientific advances and practical considerations for clinicians. **Seminars in Neurology**, v. 33, n. 02, p. 83-90, abr. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0033-1348965. Acesso em: 25 abr. 2023.

12. GRABER, Martin *et al*. Evaluation of the visual function of patients with locked-in syndrome: Report of 13 cases. **Journal Français d'Ophtalmologie**, v. 39, n. 5, p. 437-440, maio 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jfo.2016.01.005. Acesso em: 25 abr. 2023.

13. FARR, Ellen; ALTONJI, Kathryn; HARVEY, Richard L. Locked-in syndrome: practical rehabilitation management. **PM&R**, v. 13, n. 12, p. 1418-1428, dez. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1002/pmrj.12555. Acesso em: 25 abr. 2023.

14. SVERNLING, Kajsa *et al*. Locked-in syndrome in Sweden, an explorative study of persons who underwent rehabilitation: a cohort study. **BMJ Open**, v. 9, n. 4, p. e023185, abr. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023185. Acesso em: 25 abr. 2023.

15. KOHNEN, R. F. *et al*. The prevalence and characteristics of patients with classic locked-in syndrome in Dutch nursing homes. **Journal of Neurology**, v. 260, n. 6, p. 1527-1534, jun. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00415-012-6821-y. Acesso em: 25 abr. 2023.

16. ROUSSEAU, Marie-Christine *et al*. Evaluation of quality of life in complete locked-in syndrome patients. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 11, p. 1455-1458, nov. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0120. Acesso em: 25 abr. 2023.

17. SNOEYS, L.; VANHOOF, G.; MANDERS, E. Living with locked-in syndrome: an explorative study on health care situation, communication and quality of life. **Disability and Rehabilitation**, v. 35, n. 9, p. 713-718, maio 2013. Disponível em: https://doi.org/10.3109/09638288.2012.705950. Acesso em: 25 abr. 2023.

18. YOSHIKI, Hiroshi; MORIMOTO, Nobuhisa; URAYAMA, Kevin Y. Understanding the psychological well-being of patients with locked-in syndrome: a scoping review. **Cureus**, v. 15, n. 1, p. e34295, jan. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.34295. Acesso em: 25 abr. 2023.

19. KUMRAL, E. *et al*. The clinical and cognitive spectrum of locked-in syndrome: 1-year follow-up of 100 patients. **Acta Neurologica Belgica**, v. 122, n. 1, p. 113-121, fev. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s13760-021-01675-5. Acesso em: 25 abr. 2023.

20. YAN, Yifan *et al*. Ethics of life-sustaining treatment in locked-in syndrome: A Chinese survey. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 63, n. 6, p. 483-487, nov. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.09.011. Acesso em: 25 abr. 2023.

21. SCHNETZER, Laura *et al*. Locked-in syndrome revisited. **Therapeutic Advances in Neurological Disorders**, v. 16, p. 175628642311608, mar. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/17562864231160873. Acesso em: 25 abr. 2023.

22. VIJAY, Gnanaguru *et al*. Ventilator associated pneumonia in pediatric intensive care unit: incidence, risk factors and etiological agents. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 85, n. 10, p. 861-866, out. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s12098-018-2662-8. Acesso em: 25 abr. 2023.

23. COPPADORO, Andrea; BELLANI, Giacomo; FOTI, Giuseppe. Non-Pharmacological interventions to prevent ventilator-associated pneumonia: a literature review. **Respiratory Care**, v. 64, n. 12, p. 1586-1595, dez. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4187/respcare.07127. Acesso em: 25 abr. 2023.

24. ADLY, Ahmed *et al*. Timing of tracheostomy in patients with prolonged endotracheal intubation: a systematic review. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 275, n. 3, p. 679-690, mar. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00405-017-4838-7. Acesso em: 25 abr. 2023.

25. HSIEH, Yun Chen; CHEN, Chun-Chen. Descemetocele and bilateral, severe Pseudomonas keratitis in an intensive care unit patient with Graves' orbitopathy. **Medicine**, v. 99, n. 40, p. e22481, out. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1097/md.0000000000022481. Acesso em: 25 abr. 2023.

26. FLORES-MIRELES, Ana; HREHA, Teri N.; HUNSTAD, David A. Pathophysiology, treatment, and prevention of catheter-associated urinary tract infection. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, v. 25, n. 3, p. 228-240, jun. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1310/sci2503-228. Acesso em: 25 abr. 2023.

27. DUARTE, Helena *et al*. Peristomal infection after percutaneous endoscopic gastrostomy: a 7-year surveillance of 297 patients. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 49, n. 4, p. 255-258, dez. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0004-28032012000400005. Acesso em: 25 abr. 2023.

ANEXO 1

Instrumento para coleta de dados adaptado de Ursi ES, Gavão CM (2006)[9].

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Nome dos autores	
País	
Ano de publicação	
Instituição sede do estudo	
B. Características metodológicas	
Delineamento do estudo	
Objetivo do estudo	
Amostra	-Tipo de seleção: - Tamanho inicial: Tamanho final: - Faixa etária média: - Número de estudos: - Critérios de inclusão e exclusão:
Resultados	
Nível de evidência	
Conclusões	
Limitações e vieses	

AUTORES

Abraão Carneiro do Carmo Rodrigues

Professor da Rede Estadual de Ensino Básico do Estado da Bahia. Psicanalista – Escola de Formação: Núcleo de Atendimento Psicológico (NAPSI). Especialista em Ciências da Natureza, suas Tecnologias e o Mundo do Trabalho pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Graduando em Psicologia (10º semestre) pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Alan José Alcântara de Figueiredo Júnior

Estudante de Medicina e de iniciação científica CNPq na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA).

Aline Ost dos Santos

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutoranda em Ciências na Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Ana Gabriela Nascimento da Silva

Graduanda em enfermagem pela universidade federal do Maranhão, Imperatriz - MA.

Ana Thereza Cavalcanti Rocha

Professora associada do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), pneumologista, intensivista e Mestre em Ciências da Saúde para Pesquisa clínica pela Duke University (DU), Doutora em Medicina e saúde pela UFBA e pneumologista no Hospital Cárdio Pulmonar (HCP).

André Pacheco Costacurta

Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Bruna Cristiane Furtado Gomes

Especialista em Saúde da Família (UFPEL). Doutoranda no Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Bruno Andreolli Games
Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Caio Roberto Viana Araújo
Discente do 6° período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

Camila Souza Oliveira
Graduanda em enfermagem pela universidade federal do Maranhão, Imperatriz - MA.

Carlos Eduardo Izaguirre da Silva
Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Mestre no Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

Cenir Gonçalves Tier
Enfermeira. Doutora e docente no Curso de Enfermagem e na Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

Cleia Santiago Canuto
Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Guilherme Ribeiro Ferreira
Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Jennifer Tamara de Oliveira Guimarães
Graduanda em enfermagem pela universidade federal do Maranhão, Imperatriz - MA.

João Lucas de Moraes Dias
Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

João Victor Paro
Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Larissa Palason

Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Larissa Soares Ornellas

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1997), Especialização em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise na Université Paris VII - Denis Diderot. Mestrado em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (2000) e Doutorado na mesma área na Université Paris VII - Denis Diderot (2006). Tese de Doutoramento "A melancolia como uma das modalidades da relação do feminino ao objeto", aprovada com menção: Muito Honorável. Publicação da tese em maio 2009 pela editora Harmattan, Paris. Pesquisadora - Université Paris VII - Denis Diderot. Integrante da Association PREAUT, Programa de Pesquisa e Estudos sobre o Autismo. Exerceu como Psicologa Clínica no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Robert Ballanger, Paris, durante 12 anos. Atua em Psicologia Clínica e Hospitalar. Vem exercendo como Psicóloga Clínica e Professora Adjunta Concursada na Universidade do Estado da Bahia desde março de 2012 na Graduação do Curso de Psicologia. Membro ativo do Grupo de Pesquisa GEPE(RS) - Grupo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Representações Sociais, registrado no CNPQ, institucionalizado na Pós-graduação em Educação e Contemporaneidade PPG-Educ da Universidade do Estado da Bahia. Desde janeiro de 2018, realiza um Pós-Doutorado na Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais - EHESS - Fondation Maison des Sciences de lHomme - Réseau Mondial Serge Moscovici - Paris/France.

Luan Magalhães Araújo Borges

Estudante de Medicina e pesquisador visitante no Hospital Cárdio Pulmonar (HCP), graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA).

Lucas de Faro Braghetta Soares

Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Luciana Sant' Ana de Souza

Médica Psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial II e docente no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos da cidade de Araguaína-TO.

Luis Felipe Borges Corrêa

Discente do 7º período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

Mariana Ozores Perez Brambilla

Discente de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Marlânia Vieira Freire

Graduanda em enfermagem pela universidade federal do Maranhão, Imperatriz - MA.

Nathalia Brum Cavalcanti

Discente do 6° período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

Nicole Moreira Cunha

Discente do 6° período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

Silas Bezerra da Silva

Graduando de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Simony Fabíola Lopes Nunes

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Maranhão (2006). Especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA (2009) e especialização em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa pela UFSC (2015). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/CCSST. Doutora (2022) e Mestre (2015) em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Membro e pesquisadora do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas - GESPI/UFSC.

Tayná Carrasco Rainho Leite

Discente de Medicina na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Thalya Pereira Paula de Oliveira

Graduanda em enfermagem pela universidade federal do Maranhão, Imperatriz - MA.

Vitória Resende Lopes

Discente do 6° período de medicina no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

Editora UNIESMERO

ISBN 978-655492014-8