

Organizadores:

Nicole Piccinini Fabro
Raquel Borges de Freitas Lopes
João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira
Maria Beatriz Silva Leonel
Nilton José de Souza Júnior
Beatriz Carvalho Encinas
José Paulo Macedo Silva
Carolina Farezin Rebechi
Amanda dos Anjos Azevedo
Mauro Afonso Medina Marino

2025

Integração entre Ciência e Cuidado

Abordagens Médicas e Humanas

NICOLE PICCININI FABRO
RAQUEL BORGES DE FREITAS LOPES
JOÃO GABRIEL FIDELIS MARONEZI PEREIRA
MARIA BEATRIZ SILVA LEONEL
NILTON JOSÉ DE SOUZA JÚNIOR
BEATRIZ CARVALHO ENCINAS
JOSÉ PAULO MACEDO SILVA
CAROLINA FAREZIN REBECHI
AMANDA DOS ANJOS AZEVEDO
MAURO AFONSO MEDINA MARINO
(Organizadores)

INTEGRAÇÃO ENTRE CIÊNCIA E CUIDADO

ABORDAGENS MÉDICAS E HUMANAS

VOLUME 1

EDITORA PASCAL
2025

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Dr^a Sinara de Fátima Freire dos Santos

Dr^a. Mireilly Marques Resende

Dr^a. Priscila Xavier de Araújo

Dr^a. Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro

Dr^a Rita de Cássia Silva de Oliveira

Dr. George Alberto da Silva Dias

Dr^a Ivete Furtado Ribeiro Caldas

Dr^a Maria Raimunda Chagas Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F131i

Coletânea Integração entre ciência e cuidado: abordagens médicas e humanas / Nicole Piccinini Fabro *et al.* (Orgs.). — São Luís: Editora Pascal, 2025.

45 f. : il.: (Integração entre ciência e cuidado; volume 01)

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-6068-213-9

D.O.I.: 10.29327/5723803

1. Medicina. 2. Ciência e cuidado. 3. Educação médica. 4. Abordagens. I. Fabro, Nicole Piccinini; II. Lopes, Raquel Borges de Freitas. III. Pereira, João Gabriel Fidelis Maronezi. IV. Leonel, Maria Beatriz Silva. V. Souza Júnior, Nilton José de. VI. Encinas, Beatriz Carvalho. VII. Silva, José Paulo Macedo. VIII. Rebechi, Carolina Farezin. IX. Azevedo, Amanda dos Anjos. X. Marino, Mauro Afonso Medina. XI. Título.

CDU: 61:378:001.8

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2025

www.editorapascal.com.br

PREFÁCIO

Prezados leitores,

É com grande satisfação que apresentamos este e-book, uma coletânea de artigos que abordam temas atuais e de grande relevância para a *Medicina contemporânea*. Este volume reúne estudos que refletem o compromisso dos autores com a ciência, a prática clínica e o cuidado integral ao paciente, oferecendo uma visão ampla e atualizada sobre diferentes áreas da profissão.

Entre os assuntos discutidos, destacam-se *a Síndrome de Guillain-Barré associada ao vírus Zika, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, a Depressão Pós-Parto e a Maternidade Solo: reflexões acerca da atuação do profissional de Medicina como parte da rede de apoio*, além do tema “*Lidando com a morte e o luto na Medicina*”.

Cada artigo foi elaborado com rigor científico e com a intenção de contribuir para o aperfeiçoamento profissional, a reflexão crítica e a valorização da *Medicina baseada em evidências*. Esperamos que esta leitura proporcione novos aprendizados, estimule o interesse pela pesquisa e fortaleça o compromisso de todos com uma prática ética, humana e de excelência.

Boa leitura!

Nicole Piccinini Fabro

Acadêmica de Medicina - FAFIPE

ORGANIZADORES



Nicole Piccinini Fabro

Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis (FAFIPE), com ingresso em 2020 e conclusão no segundo semestre de 2025. Durante sua formação, atuou como diretora da Liga Acadêmica de Endocrinologia (2023), diretora da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica (2023) e diretora da Associação Atlética Acadêmica Ramalho Franco (2021–2023), além de integrar as Ligas Acadêmicas de Pediatria e de Gastroenterologia. Possui interesse na área de Ginecologia e Obstetrícia e dedica-se continuamente ao aprimoramento técnico, científico e humanístico na prática médica.



Raquel Borges de Freitas Lopes

Acadêmica de medicina pela faculdade de filosofia, Ciência e Letras de Penápolis- FAFIPE, com ingresso em 2020 e conclusão em 2025. Foi membro da diretoria da liga de pediatria de 2022 a 2024. Possui interesse na área de Medicina da Família e comunidade, com o intuito de contribuir para promoção e prevenção de saúde a toda população.



João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis (FAFIPE), com ingresso em 2020 e conclusão prevista para o segundo semestre de 2025. Durante minha formação, atuei como diretor da Liga de Endocrinologia (2023), diretor da Liga de Cirurgia Plástica (2023) e diretor da Liga de Neurologia (2021), além de integrar a Liga de Pediatria. Tenho interesse na área de Cirurgia Geral e busco aprimorar continuamente meus conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos, visando uma atuação médica ética, competente e comprometida com a excelência no cuidado ao paciente.

ORGANIZADORES



Maria Beatriz Silva Leonel

Acadêmica de Medicina pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis – FAFIPE, com ingresso em 2020 e conclusão no segundo semestre de 2025. Representante da turma durante todo o curso (2020–2025), diretora da Liga Acadêmica de Pediatria de Penápolis entre 2020 e 2023, secretária do Centro Acadêmico Dr. Ramalho Franco de Penápolis nos períodos de 10/09/2021 a 10/06/2022 e de 11/08/2022 a 11/08/2023, além de membro do colegiado da instituição. Possui interesse na área de Pediatria e dedica-se ao aprimoramento contínuo de seus conhecimentos médicos e científicos.



Nilton José de Souza Júnior

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis (FAFIPE), iniciado em 2020, com conclusão no final de 2025. Ao longo da graduação, busquei ampliar minha formação por meio de cursos curriculares e extracurriculares na área médica, além de participar ativamente de campanhas de promoção da saúde no município de Penápolis. Tenho como objetivo profissional a especialização em Clínica Médica, área pela qual me identifico e na qual pretendo aprofundar meus conhecimentos e contribuir para a qualidade da assistência em saúde.



Beatriz Carvalho Encinas

Acadêmica de Medicina pela Fundação Educacional de Penápolis (FAFIPE/FUNEPE), com colação de grau prevista para novembro de 2025, e bacharel em Direito pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Atuou como Coordenadora de Comunicação do Centro Acadêmico Dr. Ramalho Franco (2022–2023) e foi membro ligante da Liga Acadêmica de Dermatologia de Penápolis (LADERMAPE). É coautora do artigo “Glaucoma de Ângulo Aberto: Abordagem Atual, Desafios Diagnósticos e Avanços Terapêuticos”, publicado na Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences (2025); e do resumo científico “Maculopatia Medicamentosa: Aspectos Clínicos, Mecanismos de Toxicidade e Estratégias de Prevenção”, publicado e apresentado no IV Congresso Internacional de Saúde Pública e Coletiva no SUS (IPEC, 2025). Apresentou também trabalhos nos Congressos Internacionais de Especialidades em Pediatria – Criança 2025, realizados em Curitiba/PR, nas temáticas de Hímen Imperfurado: Um Estudo de Caso a partir da Clínica Pediátrica e Meningoencefalite Tuberculosa em Lactente: Relato de Caso e Desafios no Manejo de Complicações Neurológicas e Terapêuticas. Possui interesse acadêmico nas áreas de oftalmologia, cirurgia geral e saúde pública.

ORGANIZADORES

José Paulo Macedo Silva



Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis (FAFIPE), com ingresso em 2020 e conclusão prevista para 2025. Durante sua formação, atuou como diretor da Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia (LAORTO) e como membro da Liga Acadêmica de Trauma (LATC). Exerceu também as funções de secretário e vice-presidente do Centro Acadêmico Dr. Ramalho Franco. Participou de projeto de iniciação científica pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) na modalidade PIBIC e foi monitor da disciplina de Fisiologia. Busca constantemente o aprimoramento acadêmico e profissional, com o propósito de contribuir de forma ética e comprometida para a promoção da saúde e o bem-estar da população.

Carolina Farezin Rebechi



Acadêmica do 6º ano do curso de Medicina pela Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras (FAFIPE). Durante sua trajetória acadêmica, atuou como monitória de Anatomia em 2021, foi integrante da Liga Acadêmica de Pediatria e Gastroenterologia em 2022 e exerceu cargo de diretora da Atlética em 2023. Possui interesse em atuar na área de clínica médica. Tem como principal objetivo promover o bem estar integral da população, atuando com responsabilidade, empatia e dedicação e garantindo qualidade de vida e acolhimento em todos os níveis de atenção.

Amanda dos Anjos Azevedo



Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis (FAFIPE). Durante sua formação, atuou como monitória da disciplina de Saúde Coletiva (2022) e de Técnica Prática de Ultrassonografia (2023). Participou da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência e da Liga Acadêmica de Endocrinologia. Tem interesse na área de Cirurgia Geral e busca construir uma trajetória sólida pautada no aprendizado contínuo, no aperfeiçoamento técnico e na dedicação ao cuidado integral do paciente.

ORGANIZADORES



Mauro Afonso Medina Marino

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis (FAFIPE), com ingresso em 2020 e conclusão prevista para 2025. Durante sua formação, integrou a Liga Acadêmica de Gastroenterologia (2022). Demonstra um sólido interesse pela área de Clínica Médica, com foco futuro na especialização em Cardiologia. Seu principal objetivo é aplicar seus conhecimentos para atuar na promoção e prevenção de saúde, garantindo uma contribuição efetiva para o bem-estar e a qualidade de vida de toda a população, dedicando-se continuamente ao aprimoramento e atualização.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	11
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL	
<i>Raquel Borges de Freitas Lopes</i>	
<i>Maria Beatriz Silva Leonel</i>	
<i>Beatriz Carvalho Encinas</i>	
<i>José Paulo Macedo Silva</i>	
<i>Mauro Afonso Medina Marino</i>	
<i>Nicole Piccinini Fabro</i>	
<i>Nilton José de Souza Júnior</i>	
<i>João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira</i>	
<i>Carolina Farezin Rebechi</i>	
<i>Amanda dos Anjos Azevedo</i>	
 CAPÍTULO 2.....	 20
A SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS	
<i>Nicole Piccinini Fabro</i>	
<i>João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira</i>	
<i>Raquel Borges de Freitas Lopes</i>	
<i>Maria Beatriz Silva Leonel</i>	
<i>Beatriz Carvalho Encinas</i>	
<i>José Paulo Macedo Silva</i>	
<i>Mauro Afonso Medina Marino</i>	
<i>Nilton José de Souza Júnior</i>	
<i>Carolina Farezin Rebechi</i>	
<i>Amanda dos Anjos Azevedo</i>	
 CAPÍTULO 3.....	 31
DEPRESSÃO PÓS-PARTO E MATERNIDADE SOLO: REFLEXÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA MEDICINA COMO PARTE DA REDE DE APOIO	
<i>Raquel Borges de Freitas Lopes</i>	
<i>Maria Beatriz Silva Leonel</i>	
<i>Beatriz Carvalho Encinas</i>	
<i>José Paulo Macedo Silva</i>	
<i>Mauro Afonso Medina Marino</i>	
<i>Nicole Piccinini Fabro</i>	
<i>Nilton José de Souza Júnior</i>	
<i>João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira</i>	
<i>Carolina Farezin Rebechi</i>	
<i>Amanda dos Anjos Azevedo</i>	

CAPÍTULO 438

LIDANDO COM A MORTE E O LUTO NA MEDICINA

Mauro Afonso Medina Marino

Nilton José de Souza Júnior

Nicole Piccinini Fabro

Maria Beatriz Silva Leonel

José Paulo Macedo Silva

Beatriz Carvalho Encinas

Raquel Borges de Freitas Lopes

João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira

Carolina Farezin Rebechi

Amanda dos Anjos Azevedo



1

 10.29327/5723803.1-1

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO (TEPT) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in children and adolescents who are victims of sexual abuse

Raquel Borges de Freitas Lopes*

Maria Beatriz Silva Leonel

Beatriz Carvalho Encinas

José Paulo Macedo Silva

Mauro Afonso Medina Marino

Nicole Piccinini Fabro

Nilton José de Souza Júnior

João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira

Carolina Farezin Rebechi

Amanda dos Anjos Azevedo

* Acadêmicos de Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis, Penápolis – SP

Resumo

Desde 1980 o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido discutido por estar relacionado a um tipo de patologia caracterizada como um distúrbio que tem início após um episódio extremamente traumático, causado por um agente externo. No artigo, abordaremos que o TEPT está presente em grande parte das crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual. A problemática tem como objetivo mostrar a evolução e desenvolvimento do estresse em crianças que revivem o episódio traumático ao longo dos anos e acabam por apresentar “marcas” que as afetam diretamente no seu estado comportamental. No Brasil, não há dados precisos a respeito dessa problemática por se tratar de um trauma que é caso de saúde pública, razão pela qual é importante discutir sobre o assunto; dando ênfase em quatro fatores (físicos, psicológicos e psicológicos com componente depressivo e psicofisiológicos). Indubitavelmente as vítimas necessitam de apoio psicológico, logo, foram feitas análises dos impactos causados, as diferentes manifestações psicológicas causadas pelo crime, tipos de violência sexual e as relações pessoais da vítima com familiares e colegas. Para a revisão sobre o tema foram feitas pesquisas nas bases de dados Scielo, Lilacs e MedLine. Por conseguinte, os artigos foram selecionados de acordo com o título, resumo e posteriormente pelo conteúdo, foram lidos na íntegra para estudo e escrita da revisão.

Palavras-chave: Psicologia, Abuso sexual, Maus tratos-infantis, Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Abstract

Since 1980, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) has been discussed as it is related to a type of pathology characterized as a disorder that begins after an extremely traumatic episode caused by an external agent. In this article, we will address that PTSD is present in a large number of children and adolescents who have suffered sexual abuse. The main objective of this study is to show the evolution and development of stress in children who relive the traumatic episode over the years and end up exhibiting “scars” that directly affect their behavioral state. In Brazil, there is no precise data on this issue, as it involves trauma that constitutes a public health concern; therefore, it is important to discuss the subject, emphasizing four factors (physical, psychological, psychological with depressive components, and psychophysiological). Undoubtedly, victims need psychological support; thus, analyses were conducted on the impacts caused, the different psychological manifestations resulting from the crime, the types of sexual violence, and the victims’ personal relationships with family members and peers. For the review of this topic, research was carried out using the Scielo, Lilacs, and MedLine databases. Consequently, the articles were selected according to their titles, abstracts, and later by their content, and were read in full for study and preparation of the review.

Keywords: Psychology, Sexual abuse, Child maltreatment, Post-Traumatic Stress Disorder.

1. INTRODUÇÃO

Quando ouvimos falar no termo Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) devemos saber que este surgiu por volta de 1980, porém, antes houve outros termos para designar a patologia. No século XIX, a escola francesa contava com diversos médicos que já mostravam seus estudos sobre mecanismos de histeria e traumas. Um deles foi o psiquiatra francês Pierre Briquet, em 1857 ele estabeleceu uma conexão entre histeria e abuso sexual infantil depois de atender 501 mulheres e foi concluído que 76% delas teriam a tal histeria. Muitas pesquisas e estudos foram feitos sobre a temática até o momento, mesmo com nomes diferentes, a verdade é apenas uma, o TEPT é caracterizado como um transtorno ocorrido depois de um evento traumático, onde a vítima teve sentimentos de medo, angústia e pavor. Os sintomas podem ser a re-experiência do trauma, onde a vítima em forma de pesadelos retornará ao momento traumático, esquiva persistente de estímulos que a lembrem do trauma e excitabilidade fisiológica. Destarte, nas crianças os sintomas são diferentes, ansiedade, hiperatividade, dificuldade de atenção e desenvolvimento.

reencenação do trauma, através de brincadeiras e jogos repetitivos, sonhos traumáticos recorrentes ou pesadelos sem conteúdo identificável, e interesse diminuído em atividades habituais podem ser caracterizados como sintomas de TEPT na infância (Pynoos, 1992).

O abuso sexual em crianças e adolescentes sempre existiu, entretanto, é um crime que tem sido bastante discutido devido ao movimento feminista, pois, a maioria das vítimas são meninas, o assunto por ser frequente nas manchetes de jornais, felizmente, deixou de ser tabu, passou a ser preocupação e “[...] considerado um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e ao impacto negativo de suas consequências no desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social das vítimas” (Briere; Elliott, 2003; Gomes, Deslandes, Veiga, Bhering; Santos, 2002; Tyler, 2002). Vale lembrar que a temática pode ser dividida em abuso intrafamiliar, aquele ocorrido em ambiente familiar, este podendo ter laços consanguíneos ou não, e extrafamiliar, praticado por pessoas fora do âmbito familiar, como amigos dos pais, por exemplo. Outrossim, o abuso sexual não se limita apenas em penetração, pode estar incluso sexo oral, pornografia infantil, carícias e eventos exibicionistas.

Inegavelmente, “[...] o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é a psicopatologia mais citada como decorrente do abuso sexual, uma vez que é estimado que 50% das crianças que foram vítimas desta forma de violência desenvolvem sintomas” (Cohen, 2003; Saywitz *et al.*, 2000). Nesse sentido, o transtorno pode ser detectado pelo método da Escala de Stress Infantil ou por sessões de terapia, ambas feitas por psicólogos. Sem dúvidas, a vítima precisará de acompanhamento psicológico durante longos anos, uma vez que seu corpo foi invadido e seu amor-próprio arrancado por um lobo que se vestia com pele de cordeiro. É necessária uma rede de apoio forte, constituída de compreensão e sensibilidade de todas as partes envolvidas no processo de cura. Em vista disso, no presente artigo de revisão, serão discutidos os métodos, desenvolvimento dos resultados encontrados e conclusões sobre o tema.



2. OBJETIVOS E MÉTODOS

Este presente artigo tem por objetivo mostrar a evolução e desenvolvimento do estresse em crianças ao longo dos anos, pois sempre houve uma visão de que crianças sempre são felizes, e ao contrário do que muitos pensam, é nessa fase que temos a maior parte de desenvoltura de seu psicológico. Como dito anteriormente, no século XIX houve um estudo comparando histerias e traumas, e como isso se dava. Dessa forma descobriram o transtorno de estresse pós-traumático, caracterizado por ser uma revivência de experiências traumáticas que não foram absorvidas pelo indivíduo, como se tivessem deixado uma “marca”, e no momento presente entende-se que traumas psicológicos acarretam grande impacto a qualidade de vida levando ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Com isso, fez-se uma análise comportamental dessas crianças, as quais sofrem com essa patologia, e após várias pesquisas e entrevistas, descobriram que a maioria desses traumas era em razão de um abuso sexual, podendo ser ele intra ou extrafamiliar. Durante a pesquisa, tivemos a validação de diversas manifestações que compõem a TEPT, que se organizam em quatro tipos de reações, sendo elas separadas em reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas. Essas manifestações podem ter reflexo no corpo ou na mente, já que o indivíduo pode estar sujeito a uma tensão alta, e acabar por manifestar doenças em razão de baixa imunidade e enfraquecimento do organismo. Uma pessoa com alto nível de estresse, prejudica e enfraquece o organismo, deixando-o suscetível ao surgimento de diversos problemas.

Quando nos submetemos a situações de perigo, nosso organismo está sempre pronto para uma reação, seja ela qual for, e essas reações podem apresentar questões fisiológicas gerando consequências emocionais e comportamentais. Dessa forma, na TEPT isso se transforma em algo totalmente desorganizado e se concretiza dessa maneira na mente da criança, podendo ser revivido mesmo quando não é estimulado pelo fator estressor. Essa desorganização na mente em razão das lembranças do que vivenciou traz uma memorização defeituosa por parte do trauma.

Por fim, dentre todos os fatores supracitados que se relacionam com a TEPT, evidencia-se como primordial as reações psicológicas com 22,0 de média, seguida por reação psicológica com componente depressivo com 16,1 de média, logo após temos as reações psicofisiológicas com 14,7 de média, e por fim, não menos importante, reações físicas com a menor média de 12,6. O autodomínio emocional, se sobressai como o maior prejudicado, e muitos autores avaliam a TEPT como uma consequência a curto prazo, bastante comum em abusos sexuais. Com base em alguns casos clínicos, indica-se também alguns sintomas de acordo com a idade, sendo elas pré-escolas (0 a 6 anos), escolar (7 a 12 anos), e adolescência (13 a 18 anos). Os sintomas mais comuns relacionados a todos acima são pesadelo, depressão, retraimento, distúrbios neuróticos, e comportamento agressivo. Dessa forma, nos traz a ideia de um efeito a longo prazo causados por experiências de abuso sexual na infância.

A metodologia que se utilizou para a desenvoltura deste artigo, foram pesquisas nas bases de dados, sendo eles Scielo, Lilacs, Medline. Esses artigos pré-selecionados como dito no resumo, foram lidos na íntegra e selecionados com base em seu título, estudos de caso e posteriormente utilizados como base para início do artigo. As palavras chaves, as quais utilizamos foram “psychology”, “sexual abuse”, “post-traumatic stress disorder”, “child sexual abuse”, “child abuse”.

3. DESENVOLVIMENTO

No Brasil, não há dados precisos a respeito de crimes sexuais, pois se estima que os casos registrados em delegacias correspondam a cerca de 10 a 20% daquilo que realmente acontece. O medo, a culpa e a falta de compreensão levam as vítimas muitas vezes a ficarem caladas ou também, a não entender que sofreu abuso sexual e psicológico. Sendo assim, há uma “permissão” para que o crime se perpetue e de alguma forma, seja descoberto ou a vítima encontre apoio para denunciar.

Apesar de o imaginário coletivo considerar agressores sexuais como pessoas desconhecidas, esse tipo de crime é praticado em sua maioria por pessoas identificáveis pela vítima. Estudos sobre o tema indicam que a maior parte dessa violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado devido ao vínculo forte e difícil de ser quebrado. Diego Aleluia, titular da Delegacia de Proteção às Crianças e Adolescentes (DPCA), explica que o agressor constrói uma relação de confiança e afeto, dificultando, o reconhecimento da violência. Faz com que ela acredite que ele não faria nada para machucá-la, preparando assim um caminho para que o abuso aconteça. Mesmo quando a criança cresce e consegue de certa forma compreender aquilo que ela viveu como abuso sexual, denunciar dificilmente vem como primeira opção. A insegurança sobre a sua credibilidade lhe dará os possíveis julgamentos e a vergonha pela vulnerabilidade em que se encontra. “É preciso se colocar no lugar da vítima e entender que, muitas vezes, falar sobre um trauma traz muita dor. É como se ela revisse tudo aquilo. Quanto mais mexe naquele sentimento, mais ela sofre.” (Cláudia Murta, psicanalista.)

No mês de agosto deste ano (2020) os noticiários foram bombardeados por manchetes expondo o caso de uma criança grávida aos dez anos de idade. A menina sentia dores no abdômen quando deu entrada no hospital de São Mateus, no norte do Espírito Santo. Após anamnese e exames foi constatado que ela estava grávida. Foi então que a vítima conseguiu denunciar os abusos por parte de seu tio, um homem de 33 anos, desde os seis anos de idade. Ela relatou que além de abuso físico, houve abuso psicológico quando o mesmo ameaçava fazer mal para os parentes se ela contasse para alguém. Nesse caso, após posicionamento médico e jurídico, juntamente com a família, foi permitida a interrupção da gravidez. Ao ser falado com ela sobre a gravidez, a menina chorava muito e abraçava, contra seu peito, um ursinho. Mostrando claramente que tocar no assunto era fazê-la reviver um trauma. Essa criança teve sua infância corrompida e manchada por alguém da sua família que deveria ser de sua confiança, foi exposta por militantes que julgavam a opção de interromper a gestação. A sociedade falhou em não conseguir protegê-la e falhou ainda mais em não conseguir se colocar no lugar da vítima, compreendendo o tamanho do estresse traumático por ela vivido.

Algumas crianças e adolescentes vítimas de ASI podem apresentar mínimas alterações comportamentais e emocionais, enquanto outras desenvolvem transtornos psicológicos significativos. Além disso, crianças e adolescentes podem desenvolver psicopatologias, tais como: transtornos de humor, de ansiedade e hiperatividade e déficit de atenção (Briere; Elliott, 2003; Duarte; Arboleda, 2004; Paolucci; Genuis; Violato, 2001).

A maneira como os indivíduos processam o evento estressor é crítica para a determinação ou não do traumatismo. No campo psicológico, entende-se que o trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais falham. Atualmente, compreende-se que esse pode afetar a qualidade de vida com grande impacto, caracterizando assim, o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), uma ansiedade caracterizada pela revivência do even-



to traumático, podendo surgir até 6 meses após uma experiência na vida do acometido. Alguns indicativos são: recordações aflitivas, revivescência do trauma, pensamentos indesejáveis decorrentes, estado de alerta, dificuldade em dormir, distanciamento afetivo, entre outros sintomas.

Especificamente, em casos de crianças vítimas de abuso sexual, a prevalência do TEPT pode variar entre 20 a 70% dos casos (Nurcombe, 2000), sendo que meninas tendem a desenvolver mais sintomas de TEPT do que os meninos, em torno de 35% e 20% dos casos, respectivamente (Ackerman *et al.*, 1998).

Ademais, “dois estudos clínicos, realizados no Brasil, com meninas vítimas de abuso sexual encontraram em torno de 70% do diagnóstico de TEPT entre as vítimas” (Borges, 2007; Habigzang, 2006).

O estresse fornece ao indivíduo a capacidade adaptativa, deixa marcas memorizadas no córtex a fim de que possamos aprender com a experiência e saibamos como reagir a diferentes eventos. Quando o indivíduo é sujeito a uma ação de perigo, sendo real ou não, o organismo se mantém sempre pronto para uma reação e apresenta as reações fisiológicas necessárias para o evento. No caso de TEPT, as consequências emocionais e comportamentais parecem ocorrer de forma desorganizada e ficam gravadas dessa maneira.

São evidentes as alterações fisiológicas e neuroquímicas relacionadas à reação aguda ao estresse e ao Transtorno de Estresse Pós-traumático. Apesar da resposta ao estresse poder facilitar a sobrevivência, pois a memória envia sinais alertando o perigo, a fim de preparar o indivíduo para o enfrentamento desta situação de “ameaça” essa pode também resultar na formação de redes neuronais que facilitam memórias intrusivas e sintomas associados de hipervigilância: resposta de sobressalto exagerada, labilidade afetiva, ansiedade, disforia e hiperatividade do sistema nervoso autônomo. A rede neuronal pode ser ativada por estímulos sensoriais externos ou internos, como estímulos cognitivos, afetivos e somáticos.

O entendimento da neurobiologia TEPT, das suas consequências biológicas e consolidação de memórias traumáticas pode prover indicações dos substratos neurais envolvidos no TEPT. Tem sido atribuído aos sintomas o que se denomina “cascata de respostas biológicas e psicológicas”, que são resultantes da ativação de sistemas cerebrais de respostas neuroquímicas perante a ameaças diversas.

Avanços na neurobiologia do TEPT apontam para uma consolidação excessiva de memórias aversivas de conteúdo emocional. A evocação normal de memórias pressupõe um fluxo relativamente ordenado e orientado para questões presentes. Dessa forma, a revivência do TEPT significa uma desconexão com o fluxo normal dos pensamentos. Os pacientes, em sua maioria, as descrevem como autônomas ou parasitas, uma forma similar ao transtorno obsessivo compulsivo.

Até o momento, não há um método tecnológico capaz de detectar as disfunções anatômicas causadas pelo TEPT no tecido cerebral do indivíduo afetado, embora pesquisas apontem e reafirmem tais alterações.

Desde a mais remota era, a violência contra as crianças acompanha a humanidade. Independentemente das condições sociais, políticas, estruturais e do nível de desenvolvimento, esse fenômeno não se limita à nossa realidade, mas vem se incorporando a diversas organizações sociais.

Sem dúvidas, o abuso sexual de crianças se tornou um fenômeno que transcende a vida privada familiar e a esfera policial. É considerado problema de saúde pública, de fato,

a extensão de suas consequências tem sido amplamente estudada. Em vários casos relatados, os adultos retratam abusos quando crianças. Logo, encontrar um caso de abuso sexual não significa vingar o agressor, mas um meio de quebrar o círculo vicioso - crianças do passado, vítimas do passado podem se tornar futuros algozes.

O impacto desse crime na infância pode causar danos psíquicos, modificações comportamentais na criança e isso é desencadeado diferentemente em cada vítima, pois leva em consideração diversos fatores, sendo eles, a idade do início do abuso, o tempo que perdurou o abuso, o grau ou a ameaça de violência sofrida, a diferença de idade entre o perpetrador e a criança vitimizada, o tipo de relacionamento, a ausência de figuras parentais protetoras e o grau de segredo.

De acordo com o Children's Bureau (U.S. Department of Health and Human Services, 2003), os reflexos do abuso sexual infantil podem ser diversos e severos, incluindo consequências físicas como traumas sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e abortos. Entretanto, as maiores implicações são no âmbito emocional e psicossocial que por muitas vezes, as crianças carregam com si sequelas para o resto da vida, que podem ter reflexo no corpo ou na mente, já que o indivíduo pode estar sujeito a uma tensão alta, e acabar por manifestar doenças em razão de baixa imunidade/enfraquecimento do organismo.

Uma pessoa com alto nível de estresse, prejudica e enfraquece o organismo, deixando-o suscetível ao surgimento de diversos problemas. Sintomas comuns em cada estágio, sendo separados por pré-escolares (0 a 6 anos), desenvolvendo ansiedade, pesadelos. Na fase escolar (7 a 12 anos) o medo, distúrbios neuróticos, agressão, pesadelos, problemas escolares, hiperatividade e comportamento agressivo são bem recorrentes. Já na adolescência (13 a 18 anos) são maiores os índices de depressão, isolamento, comportamento suicida, autoagressão, queixas somáticas, atos ilegais, fugas, abusos de substâncias, e comportamento sexual inadequado. Dessa forma, de acordo com (Paolucci *et al.*, 2001) “crianças abusadas têm o risco elevado em 20% de desenvolverem TEPT, 21% para depressão e suicídio e 10% para déficits no rendimento escolar”.

4. CONCLUSÃO

Diante de todo trabalho realizado com pesquisas e relatos colhidos, pode-se concluir que o TEPT é uma realidade na sociedade se perpetuando a anos e vem aparecendo com grande frequência em crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais. O TEPT é um termo recente nas literaturas, por ser consequência desses atos acometendo principalmente em meninas levando a 70% dos casos como foi dito anteriormente.

Com o tempo percebeu-se que as crianças tinham reações a certos eventos, pessoas e até ambientes, gerando stress como consequência do evento vivido. Pessoas próximas passaram a perceber a existência de traumas que afetavam a qualidade de vida da criança ou adolescente.

Dentre alguns depoimentos colhidos, podemos citar o de Naira Piccinini Fabro (psicóloga e analista):

O atendimento psicológico de crianças vítimas de abuso sexual é de extrema importância, e vai de acordo com as necessidades de cada criança. Não é possível generalizar os efeitos do abuso sexual para todas as crianças, pois a gravidade e a quantidade das consequências dependem da singularidade da experiência de cada vítima.



Desta maneira, reafirma-se que em crianças os sintomas são diferentes, sendo: ansiedade, hiperatividade, dificuldade de atenção e desenvolvimento. Em uma segunda análise feita por Naira, ressalta-se que ao longo dos anos esses sintomas podem vir a tornar-se depressão, ansiedade, fobia social, transtorno alimentar, desmotivação e falta de concentração escolar. Para a psicóloga é importante:

...na primeira sessão romper com o pacto do silêncio que encobre a situação, devido ao medo, insegurança e sentimentos de culpas apresentados pela criança e/ou adolescentes que foram abusadas. Além disto, é muito comum as mesmas apresentarem baixa autoestima, e este é outro ponto crucial a ser resgatado durante o atendimento psicológico.

O abuso sexual não se caracteriza apenas em contato físico, podendo ser através de imagens e exibicionismo do perpetrador. Em casos de contato físico pode ocorrer sexo oral ou penetração. Apesar da sociedade sempre pensar que eventos de abusos o perpetrador é alguém distante ou sem contato nenhum com a família, na maioria dos casos ocorre por indivíduos próximos como padrastos, tios, irmãos, entre outros. Naira diz que o abusador se esconde “vestindo uma pele de cordeiro...”, mas isso não passa de um artifício a serviço da sua perversão”.

Essa doença não causa apenas transtornos psicológicos, mas também danos ao organismo devido à alta tensão do indivíduo naquele momento, surgindo complicações por conta da baixa imunidade. As alterações provocadas fazem com que o cérebro se prepare para possíveis perigos, preparando a criança para uma possível ameaça levando a sintomas como a hipervigilância e a hiperatividade do sistema nervoso autônomo, modificando a rede neural.

Por fim, como ainda não existem comprovações tecnológicas que diagnosticam alterações cerebrais para a finalidade de TEPT, os psicólogos, principais detectores do transtorno, possibilitam a comprovação comportamental da criança e adolescente através de atividades feitas ao longo do tratamento. Esses afirmam a importância do cuidado e acolhimento dessa criança, por se tratar de um problema grave, o qual será necessário o envolvimento de pessoas próximas, profissionais de saúde e toda a sociedade, a fim de apoiar a vítima em um momento delicado, além de remediarmos a situação.

REFERÊNCIAS

- ABDEL-AAL, R.E.; AL-GARNI, Z. Forecasting Monthly Electric Energy Consumption in eastern Saudi Arabia using Univariate Time-Series Analysis. **Energy**, v. 22, n.11, p.1059-1069, 1997. (Modelo revista).
- BORGES, Jeane Lessinger; DELLAGLIO, Débora Dalbosco. Funções cognitivas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. **Aletheia**, Canoas, n. 29, p. 88-102, jun. 2009.
- BORGES, Jeane Lessinger; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 371-379, June 2008.
- CAMARA FILHO, José Waldo S; SOUGEY, Everton B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 221-228, Dec. 2001.
- CONCEICAO, Isadora Klamt da et al. Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 87-107, jan. 2015
- FONTES, Luiz Felipe Campos; CONCEICAO, Otavio Canozzi; MACHADO, Sthefano. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2919-2928, set. 2017.
- FONTES, Luiz Felipe Campos; CONCEICAO, Otavio Canozzi; MACHADO, Sthefano. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.

2919-2928, set. 2017.

HABIGZANG, Luísa Fernanda et al. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 338-344, 2008.

HABIGZANG, Luísa Fernanda et al. Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 27-44, 2010.

LEMES, Sandra Ozeloto et al. Stress infantil e desempenho escolar: avaliação de crianças de 1ª a 4ª série de uma escola pública do município de São Paulo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 20, p. 5-14, 2003.

OLIVEIRA, Liana Höher de; SANTOS, Cláudia Simone S. dos. As diferentes manifestações do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em crianças vítimas de abuso sexual. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 31-53, jun. 2006.

PASSARELA, Cristiane de Medeiros; MENDES, Deise Daniela; MARI, Jair de Jesus. Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 60-65, 2010.

PYNOOS, R. S. (1992). Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. In: Garfinkel, B. D., Carlson, G. A. & Weller, E. B. (Orgs.). **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência** (pp. 53-65). Porto Alegre: Artes Médicas.

QUARANTINI, Lucas C. et al. Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S66-S76, out. 2009.

SERAFIM, Antônio de Pádua et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 143-147, 2011.

VIEIRA, Cleyde Maria Lara. **Das perdas a possibilidade de reparação: um estudo de caso**. 2012. Faculdade de Medicina da UFMG, 2012.

XIMENES, Liana Furtado et al. Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 443-450, 2013.





2

 10.29327/5723803.1-2

A SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS

Guillain Barré Syndrome in association with Zika Virus infection

Nicole Piccinini Fabro*

João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira

Raquel Borges de Freitas Lopes

Maria Beatriz Silva Leonel

Beatriz Carvalho Encinas

José Paulo Macedo Silva

Mauro Afonso Medina Marino

Nilton José de Souza Júnior

Carolina Farezin Rebechi

Amanda dos Anjos Azevedo

* Acadêmicos de Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis, Penápolis – SP

Resumo

Os estudos sobre a infecção do vírus zika relacionados à Síndrome de Guillain Barré surgiram após uma grande epidemia, principalmente, em países subdesenvolvidos, os quais atingiram altas taxas de contaminação pelo vírus, acompanhadas do aumento de casos dessa síndrome. Esse é, portanto, um artigo de revisão sistemática cuja função é apresentar o conhecimento adquirido do assunto até o presente momento, comparando as características, sintomatologia, desenvolvimento e a possível associação entre as duas patologias, além de abordar os testes usados, como RT-PCR e o ELISA, e tratamento para ambas as doenças. Dessa maneira, apesar dessas moléstias causarem grandes preocupações, não só isoladamente quanto correlacionadas os estudos sobre a temática ainda são escassos dificultando conclusões mais claras e afirmativas.

Palavras-chave: Zika vírus. Guillain-Barré. Síndrome de Guillain-Barré. SGB. Guillain Barré associada ao Zika virus.

Abstract

Studies on Zika virus infection related to Guillain Barré Syndrome emerged after a great epidemic, mainly in underdeveloped countries, which reached high rates of contamination by the virus, followed by an increase in cases of this syndrome. This is, therefore, a non-systematic review article whose function is to present the knowledge acquired on the subject up to the present moment, comparing the characteristics, symptoms, development and the possible association between the two pathologies, in addition to addressing the tests used, such as RT-PCR and ELISA, and treatment for both diseases. Thus, although these diseases cause great concern not only individually, but also correlated, studies on the topic are still scarce, hindering clearer and more affirmative conclusions.

Keywords: Zika virus infection. Guillain Barré syndrome. Guillain Barré syndrome associated with Zika virus infection.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o intuito de reunir a literatura que relaciona a Síndrome de Guillain-Barré (SGB) com o Zika vírus e analisar se há uma relação real entre a doença e o patógeno. O vírus zika é transmitido através do *Aedes aegypti*, no Brasil, onde pelo menos nove arbovírus patogênicos circulam, os que se destacam são: dengue, chikungunya e zika, este último com retorno recente. Até 2007 quase não havia casos relatados, porém a poucos anos foi relatada a primeira grande epidemia de zika, na Micronésia, e em 2013 o zika vírus foi relacionado com doenças com complicações neurológicas, dentre elas se encontra a síndrome de Guillain-Barré, levando em consideração que durante o surto de zika foram diagnosticados mais de 40 casos de SGB. Esta incidência é 20 vezes maior que as anteriores, influenciando a criação de cada vez mais estudos sobre a relação entre essas doenças (Figueiredo *et al.*, 2015).

A SGB é uma doença polirradiculoneuropatia inflamatória monofásica de caráter autoimune, que se caracteriza por uma rápida evolução ascendente de fraqueza de membros, hipo ou arreflexia e dissociação celular protéica no líquido cefalorraquidiano, a doença pode chegar a severidade máxima em 4 semanas e em $\frac{1}{4}$ dos casos acarreta insuficiência respiratória, a síndrome surge na maior parte das vezes após exposição a um agente infeccioso, onde o sistema imunológico afeta os nervos periféricos (Sejvar *et al.*, 2011).

Sua incidência anual é de 1 a 2 para cada 100 mil habitantes e afeta principalmente pessoas de 20 a 40 anos, tendo incidência maior em idades mais avançadas, algo que já é esperado devido ao risco de exposição ao agente infeccioso ser maior conforme a idade e afetar ambos os sexos, apesar de serem interações mais comuns no sexo masculino. Após a erradicação da poliomielite, a SGB se tornou a maior causa de paralisia flácida no mundo. Seu diagnóstico é feito a partir de eletroneuromiografia e características do líquido cefalorraquidiano e o tratamento é baseado em imunoterapia por imunoglobulina intravenosa ou plasmaférese (Ministério da Saúde, 2015).

Em 2015 o Ministério da saúde do Brasil registrou grande aumento no número de internações por SGB no SUS, sendo a Bahia o estado com maior número de infecções e em meados de 2016, a Organização Mundial de Saúde confirmou que a SGB é causada pelo Zika, e decretou emergência de saúde pública a nível internacional, e logo após investiu no desenvolvimento de vacinas e tratamentos antivirais, ação tomada com a finalidade de estimular ação global para identificar medidas apropriadas de saúde pública para diminuir o seu risco, mesmo essa ação sendo tomada em 2016, a infecção por zika vírus e suas respectivas complicações permanecem um problema, e continuou sua expansão pelo oceano pacífico, sendo identificados casos na América continental, África e Sudeste Asiático (Leite *et al.*, 2015).

Um dos motivos para a OMS ter feito tal decreto é por causa da transmissão perinatal, causando complicações neurológicas em fetos e recém-nascidos, e essa é a primeira infecção transmitida por um mosquito que está associado a malformações congênitas, podendo causar alterações na morfologia do crânio, anomalias, anomalias oculares, e contraturas congênitas, além de prejuízo neurológico (OMS, 2016).

2. OBJETIVOS

Promover uma revisão de literatura sobre o tema “Síndrome de Guillain Barré causa-

da pelo vírus Zika”, e, a partir dessa revisão, encontrar dados relevantes para se afirmar que o vírus pode sim causar a SGB e evidenciar um risco à saúde pública e a necessidade de se combater tanto o vetor do vírus, quanto suas complicações.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para levantar os principais aspectos sobre a síndrome de Guillain Barré associada ao zika vírus, foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos científicos publicados nos últimos 5 anos nas plataformas de pesquisa Pubmed, Scielo e Google acadêmico. As palavras-chaves utilizadas na pesquisa foram: “Zika vírus”; “Síndrome de Guillain- Barré”; “Guillain-Barré syndrome AND Zika vírus infection”. Foram incluídos nesta pesquisa artigos publicados nas plataformas supracitadas nos últimos 5 anos (2016 – 2020).

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 O Zika Vírus

O vírus Zika, é um flavivírus, da família Flaviviridae, descoberto através de um estudo relacionado à febre amarela em macacos Rhesus, em Uganda em 1947, porém só foram encontrados casos de infecção em 1952, também em Uganda. A partir disso o vírus foi se alastrando aos Poucos pelo mundo, sendo classificado em duas linhagens: Africana e Asiática. Após seu aparecimento em Uganda, ocorreram surtos na Micronésia em 2007, na Polinésia Francesa em 2013-2014, na Colômbia em 2016 e em um período de um ano, no Brasil, se espalhando gradualmente pelas Américas (Ribeiro de Aguiar *et al.*, 2017).

Esse vírus, considerado uma arbovirose, é transmitido pelos mosquitos do gênero *Aedes aegypti*, também causador da dengue. A maioria da população é assintomática, entretanto 20% da população desenvolve uma doença febril acompanhada de sintomas como cefaléia, exantema, mal estar, edema e dores articulares. Em casos mais graves pode ocorrer o comprometimento do sistema nervoso, como a Síndrome de Guillain-Barré (Ribeiro de Aguiar *et al.*, 2017; Costa Vasconcelos *et al.*, 2015).

O diagnóstico da infecção pelo Zika Vírus é feito de maneira sorológica, pelo chamado RT-PCR, não qual é retirado o RNA de anticorpos do soro do infectado e também por técnicas moleculares através de fluidos corporais. Ainda não há uma vacina, nem medicamentos antivirais contra o vírus, o tratamento é feito a partir de técnicas terapêuticas que visam melhora dos sintomas e um melhor prognóstico (Pinto Junior *et al.*, 2015).

4.2 A síndrome de Guillain-Barré

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é chamada de polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda relacionada ao sistema imunológico, causando ataques às estruturas relacionadas aos nervos e seus componentes no sistema nervoso (Figura 1) (Koppolu *et al.*, 2018). Além disso, esta doença tem como característica marcante o desenvolvimento após exposição à infecção (Mancera-Paez *et al.*, 2018).

O aumento da exposição a infecções é, portanto, um ponto importante para o estudo do desenvolvimento do SGB e alguns fatores podem ser característicos. A geografia é um mecanismo importante de estudo, pois há áreas com maior exposição e com maior quantidade de agentes patógenos capazes de ocasionar o desenvolvimento da síndrome, geral-

mente relacionados com a infecção “C jejuni” (Willison *et al.*, 2016). A idade é também um fator determinante para o aumento do risco de desenvolver um SGB, pois há uma perda de imunidade conforme o envelhecimento e, também, um grande tempo de exposição a fatores externos pode aumentar a chance de aparecimento de infecção (Willison *et al.*, 2016).

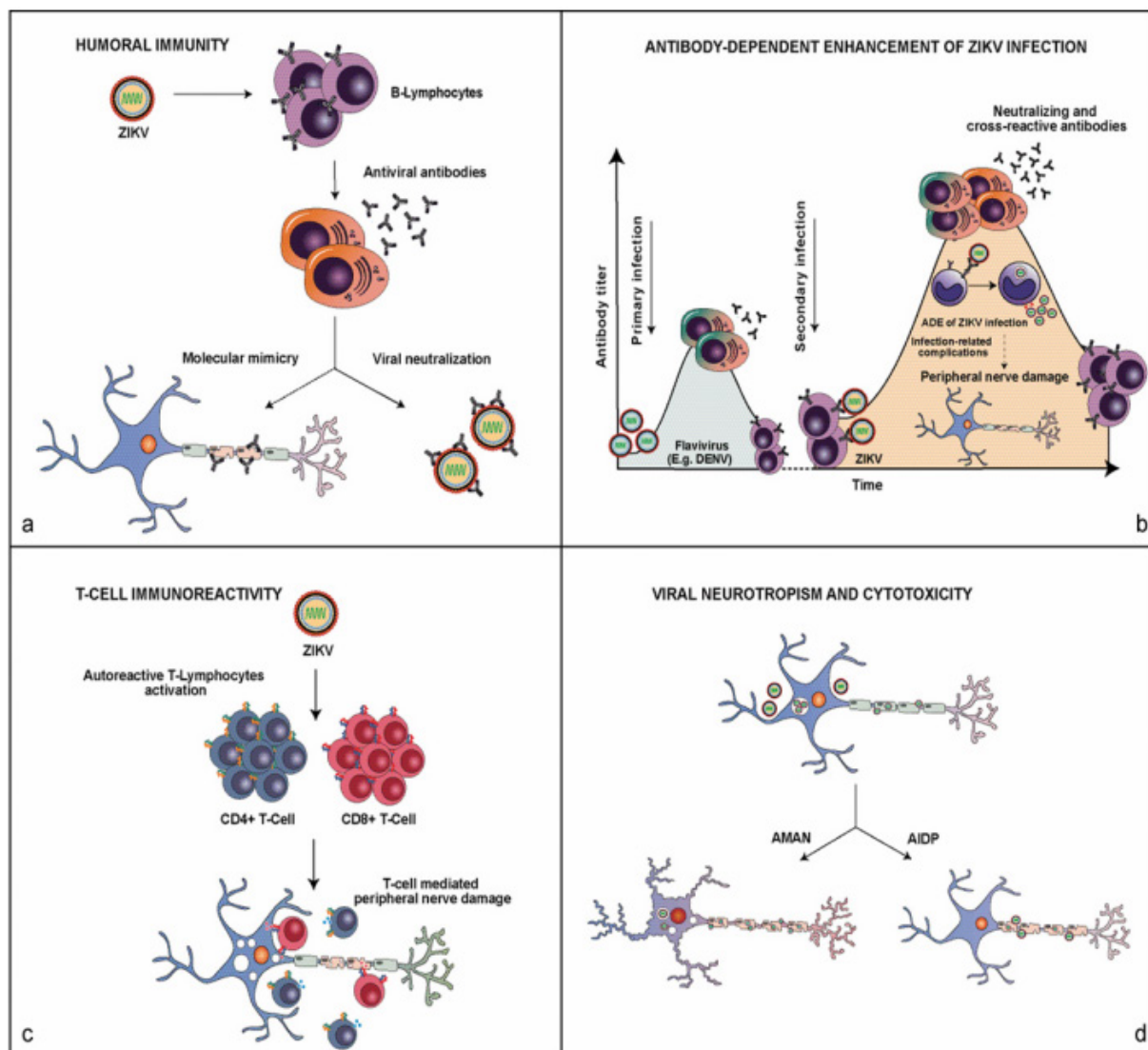


Figura 1. Postulated ZIKV mechanisms underlying Guillain-Barré syndrome. (a) A humoral response in which ZIKV antigen determinants resemble host nerves components (molecular mimicry) may trigger humoral

As manifestações clínicas mais comuns nos indivíduos acometidos por Guillain-Barré são paralisia flácida distal e bilateral e perda de reflexos (Uncini *et al.*, 2017). A fraqueza é principalmente descrita como ascendente e começa, geralmente, na região distal das extremidades baixas, porém pode ter início mais proximal em regiões dos braços e pernas (Willison *et al.*, 2016). No entanto, as causas de morte principais por SGB estão relacionadas com evoluções da doença, que acometem o trato respiratório, com insuficiência respiratória, por exemplo, e o sistema cardiovascular, com arritmias e coagulação (WHO, 2016).

Foram criados critérios para classificar o SGB e facilitar os estudos. Ela foi dividida em 3 níveis, dos quais o nível 3 é definido como diagnóstico incerto. (Uncini *et al.*, 2017) Entretanto, o responsável pela elaboração desta tabela relacionou as classificações com fins de estudos epidemiológicos, excluindo o objetivo terapêutico, levando em consideração as variações presentes nas manifestações clínicas entre os acometidos pela síndrome (OMS, 2016). Esses critérios, no entanto, são importantes mostrados para o diagnóstico e classificação de pacientes que tiveram infecção anterior do Zika Vírus.

4.3 Síndrome de Guillain-Barré relacionada ao Zika Vírus

Até 2016, não era possível se fazer uma correlação importante entre a infecção pelo Zika Vírus e a Síndrome de Guillain-Barré (Araújo *et al.*, 2016). Porém, em geral, nos países afetados, o número de casos de SGB em meio às epidemias de Zika Vírus aumentou entre 2 a 9,8 vezes até 2017 (Uncini *et al.*, 2017).

Na Colômbia, foram relacionados casos de SGB causados pelo zika vírus em um estudo feito entre novembro de 2015 e março de 2016 (Parra *et al.*, 2016). Foram relacionados aos sintomas causados pelo vírus, os causados pela síndrome e segundo o número de pessoas que desenvolveram o depois de ter tido contato com o primeiro (tabela 1), além de apresentar os principais sintomas da progressão da SGB (tabela 2).

Table 1. Clinical and Demographic Characteristics of the 68 Patients with the Guillain-Barré Syndrome.	
Characteristic	Value (N=68)
Median age (interquartile range) — yr	47 (35–57)
Male sex — no. (%)	38 (56)
General symptoms before the onset of the Guillain-Barré syndrome — no. (%)	66 (97)
Fever	47 (69)
Rash	40 (59)
Headache	23 (34)
Myalgia	23 (34)
Conjunctivitis	17 (25)
Arthralgia	15 (22)
Diarrhea	6 (9)
Median duration of ZIKV infection symptoms (interquartile range) — days	4 (3–5)
Median time from onset of ZIKV infection symptoms to onset of the Guillain-Barré syndrome (interquartile range) — days	7 (3–10)
ZIKV infection diagnostic category — no. (%) [*]	
Definite	17 (25)
Probable	18 (26)
Suspected	33 (49)
Neurologic diagnosis — no. (%) [†]	
Guillain-Barré syndrome Brighton criteria level 1	30 (44)
Guillain-Barré syndrome Brighton criteria level 2	26 (38)
Guillain-Barré syndrome Brighton criteria level 3	6 (9)
Miller Fisher syndrome	4 (6)
Other Guillain-Barré syndrome variant	2 (3)

^{*} The diagnosis of Zika virus (ZIKV) infection was defined as definite (positive real-time reverse-transcriptase–polymerase-chain-reaction [RT-PCR] assay for ZIKV RNA in blood, CSF, or urine), probable (positive enzyme-linked immunosorbent assays [ELISAs] for anti-flavivirus antibodies in the cerebrospinal fluid [CSF], serum, or both but negative results of RT-PCR for ZIKV and for the four dengue virus [DENV] serotypes), or suspected (clinical syndrome compatible with ZIKV infection with two or more features of the Pan American Health Organization case definition¹² without laboratory confirmation).

[†] Brighton criteria levels indicate the certainty of a diagnosis of the Guillain-Barré syndrome. A level 1 diagnosis is supported by nerve-conduction studies and the presence of albuminocytologic dissociation in CSF and indicates the highest degree of certainty. A level 2 diagnosis is supported by either a CSF white-cell count of less than 50 cells per cubic millimeter (with or without an elevated protein level) or nerve-conduction studies consistent with the Guillain-Barré syndrome (if the CSF white-cell count is unavailable). A level 3 diagnosis is based on clinical features without support from nerve-conduction or CSF studies.

Tabela 1. Clinical and Demographic Characteristics of the 68 Patients with the Guillain-Barré Syndrome. Parra, B., Lizarazo, J., Jiménez-Arango, J. A., Zea-Vera, A. F., González-Manrique, G., Vargas, J., Angarita, J. A., Zuñiga, G., Lopez-Gonzalez, R., Beltran, C. L., Rizcala, K. H., Morales, M. T., Pacheco, O., Ospina, M. L., Kumar, A., Cornblath, D. R., Muñoz, L. S., Osorio, L., Barreras, P., & Pardo, C. A. (2016). Guillain-Barré syndrome associated with Zika virus infection in Colombia. *New England Journal of Medicine*, 375(16), 1513–1523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1605564>



Table 2. Clinical and Laboratory Findings in the 68 Patients with the Guillain-Barré Syndrome.*

Finding	Value (N = 68)
Neurologic symptoms on admission — no. (%)	
Limb weakness	66 (97)
Ascending paralysis	56 (82)
Paresthesias	52 (76)
Facial palsy	22 (32)
Results of neurologic examination	
Cranial neuropathy — no. (%)	
Any	43 (63)
Bilateral facial nerve	34 (50)
Bulbar cranial nerves	15 (22)
Cranial nerves III, IV, and VI	7 (10)
Median MRC sum score at admission (interquartile range)†	40 (26–47)
Areflexia or hyporeflexia — no. (%)	64 (94)
Sensory deficit — no. (%)	17 (25)
Severity of illness	
Admitted to the ICU — no. (%)	40 (59)
Required mechanical ventilation — no. (%)	21 (31)
Had any autonomic dysfunction — no. (%)	21 (31)
Median modified Rankin score at nadir (interquartile range)‡	4 (3–5)
Died — no. (%)	3 (4)
Results of CSF analysis	
Increased protein level — no./total no. (%)§	45/55 (82)
Median white-cell count (interquartile range) — cells/mm ³	0 (0–2.5)
Results of nerve-conduction studies and EMG — no./total no. (%)	
AIDP	36/46 (78)
Equivocal	4/46 (9)
Normal	2/46 (4)
Inexcitable	3/46 (7)
AMAN	1/46 (2)

* AIDP denotes acute inflammatory demyelinating polyneuropathy, AMAN acute motor axonal neuropathy, EMG electromyography, and ICU intensive care unit.

† The Medical Research Council (MRC) sum score indicates muscle strength in 12 different muscle groups; scores range from 0 to 60, with higher scores indicating more preserved muscle strength.

‡ The modified Rankin score is a measure of the severity of disability and ranges from 0 to 6, with 0 indicating no symptoms and 6 indicating death.

§ A protein level higher than 52 mg per deciliter was considered to be increased.

Tabela 2. Clinical and Laboratory Findings in the 68 Patients with the Guillain-Barré Syndrome. Parra, B., Lizarazo, J., Jiménez-Arango, J. A., Zea-Vera, A. F., González-Manrique, G., Vargas, J., Angarita, J. A., Zuñiga, G., Lopez-Gonzalez, R., Beltran, C. L., Rizcala, K. H., Morales, M. T., Pacheco, O., Ospina, M. L., Kumar, A., Cornblath, D. R., Muñoz, L. S., Osorio, L., Barreras, P., & Pardo, C. A. (2016). Guillain-Barré syndrome associated with Zika virus infection in Colombia. *New England Journal of Medicine*, 375(16), 1513–1523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1605564>

É de se notar que a incidência da SGB relacionada com o Zika Vírus não é muito alta, geralmente essa associação ocorre em cerca de 0,24 a cada 1000 infecções e, principalmente, em indivíduos do sexo masculino (Uncini *et al.*, 2017; Nascimento; Da Silva, 2017). Porém em meio a surtos e epidemias do Zika Vírus (tabela 2) é notável a importância e o perigo crescente de aumento de casos de Guillain-Barré (Barbi *et al.*, 2018).

A ação desencadeada pelo Zika Vírus pode gerar diferentes efeitos no organismo, levando em consideração que ele pode levar a comprometimentos tanto no sistema nervoso central quanto no periférico (Mancera-Paez *et al.*, 2018). Essa ação é criada a partir de um chamado mimetismo molecular guiado pelo sistema imunológico contra a mielina e outros componentes do SN (Nascimento; Da Silva, 2017).

Em um surto do vírus na Micronésia em 2007, foram identificados 40 casos de SGB. Em seguida, ocorreram surtos semelhantes na Polinésia Francesa, na Colômbia e no Brasil. Tal Síndrome, é a doença neurológica mais frequente relacionada ao vírus Zika e a maioria

dos casos ocorre de maneira incerta e aparentemente não possui sazonalidade (Siqueira Malta *et al.*, 2015). No estudo realizado na colômbia foi constatado um aumento considerável no número de casos da síndrome de Guillain Barré juntamente com o aumento no número de casos de Zika vírus (Parra *et al.*, 2016) (imagem 2). Portanto, a maior preocupação não é o efeito direto da infecção, mas sim suas complicações (Ribeiro de Aguiar *et al.*, 2017).

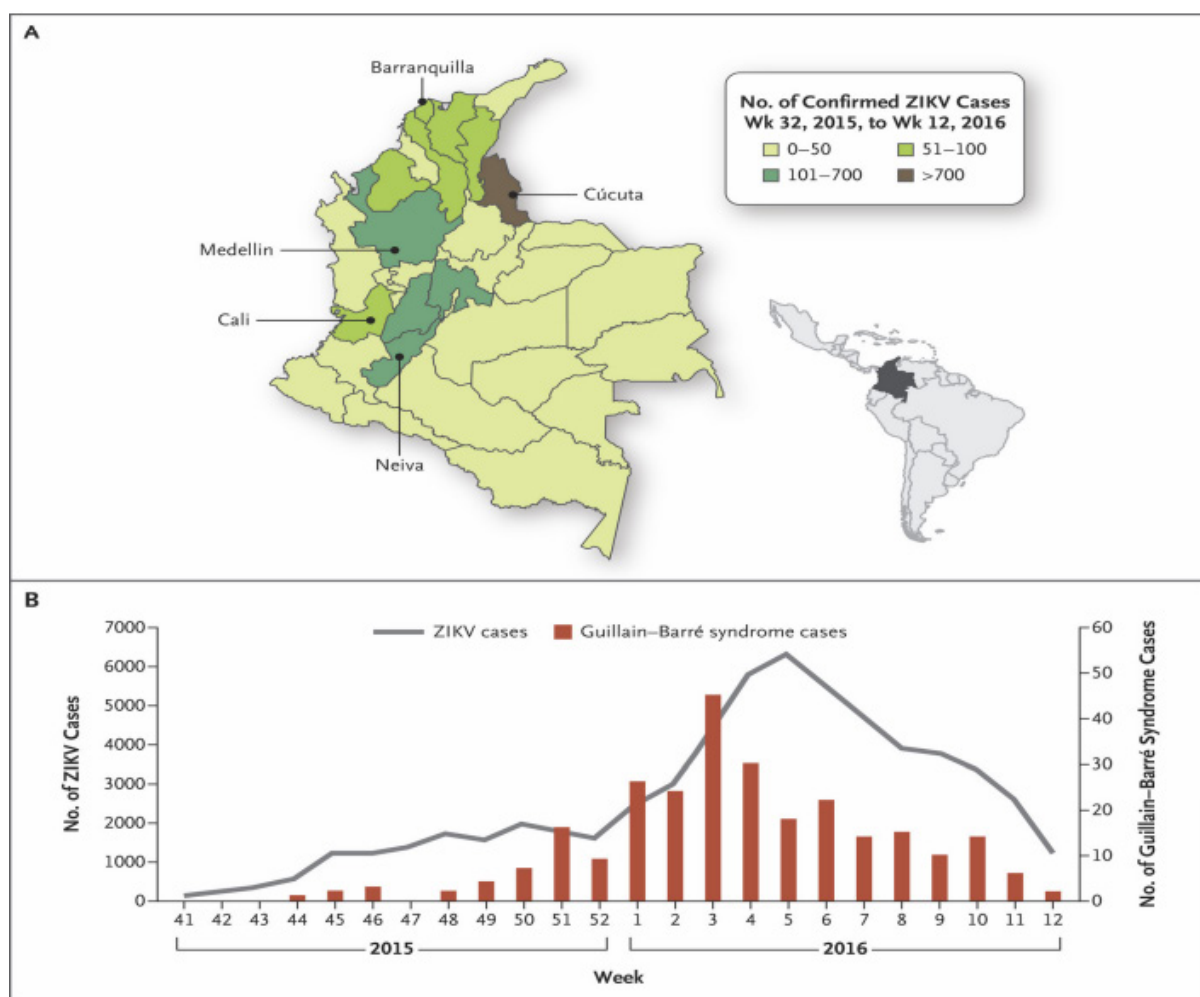


Figura 2. Cases of ZIKV Infection and the Guillain-Barré Syndrome in Colombia. Parra, B., Lizarazo, J., Jiménez-Arango, J. A., Zea-Vera, A. F., González-Manrique, G., Vargas, J., Angarita, J. A., Zuñiga, G., Lopez-Gonzalez, R., Beltran, C. L., Rizcala, K. H., Morales, M. T., Pacheco, O., Ospina, M. L., Kumar, A., Cornblath, D. R., Muñoz, L. S., Osorio, L., Barreras, P., & Pardo, C. A. (2016). Guillain-Barré syndrome associated with Zika virus infection in Colombia. *New England Journal of Medicine*, 375(16), 1513-1523. <https://doi.org/10.1056/NEJ-Moa1605564>

As manifestações clínicas da SGB quando não associada ao Zika Vírus aparecem entre as duas e quatro primeiras semanas da doença (Carod-Artal, 2018). No entanto, quando há uma relação entre eles, os sintomas da SGB começam a aparecer por volta de seis e dez dias da infecção pelo Zika (Nascimento; Da Silva, 2017). Em idosos, há maiores chances de desenvolver um SGB e que seu prognóstico seja mais severo, pois, com a idade, o sistema imunológico perde parte de sua qualidade de ação, portanto, a doença tem maior facilidade de entrar e maiores chances de ser mais forte, causando uma recuperação mais lenta (Willison *et al.*, 2016; Savino *et al.*, 2017).

A escolha do tratamento mais adequado é um desafio, pois a PGE pode ser causada não só pelo Zika Vírus, mas também pela Dengue e pela Chikungunya, portanto, o diagnóstico deve ser o mais específico possível (Koppolu *et al.*, 2018).

Os dois principais e mais simples testes para um diagnóstico mais fácil são o RT-PCR

e o ELISA, pois mesmo que o RT=PCR tenha um resultado negativo, é possível encontrar anticorpos e variações em proteínas presentes no Líquido Cefalorraquidiano (Nascimento; Silva, 2017; Willison *et al.*, 2016). A OMS, também, recomenda que sejam realizados exames neurológicos e estudos de condução venosa e punção lombar nos doentes ou suspeitos de ter SGB (WHO, 2016).

Há duas principais formas de tratamento: tratamento com imunoglobulina hiperimune intravenosa e a plasmaferese (Nascimento; Da Silva, 2017; WHO, 2016). O tratamento mais utilizado é o da imunoglobulina hiperimune intravenosa e sua utilização deve ocorrer entre a primeira semana do aparecimento dos sintomas (Nascimento; Da Silva, 2017). Já o uso da plasmaférese ou troca de plasma deve ocorrer nas primeiras 4 semanas de aparecimento de sintomas e consiste principalmente em 5 sessões de troca de plasma com cerca de 2 a 3 litros de acordo com a massa corporal do paciente (Willison *et al.*, 2016).

5. CONCLUSÃO

O Zika é uma doença viral transmitida por seu hospedeiro intermediário, o *Aedes aegypti*, sabe-se que este patógeno está muito relacionado a quadros clínicos neurológicos, sendo que os mais severos podem levar a um comprometimento do sistema nervoso, isso expressa a dúvida se ele pode ser um gatilho para a síndrome de Guillain Barré (Ribeiro de Aguiar *et al.*, 2017; Costa Vasconcelos *et al.*, 2017).

A SGB, é uma doença autoimune caracterizada pela deterioração da bainha de mielina dos neurônios motores do sistema nervoso periférico (SNP) devido à ataques dos anticorpos que deveriam erradicar um vírus, suas principais manifestações clínicas, são fraqueza progressiva e ascendente dos membros, dissociação proteica do líquido cefalorraquidiano, podendo levar à insuficiência respiratória se chegar ao nível dos músculos da respiração (Sejvar *et al.*, 2011). A partir de informações coletadas em artigos mais recentes (2016 - 2020), relacionando a doença com o patógeno viral, percebe-se que em todas as áreas com o surto de Zika Vírus, como a Micronésia, Polinésia Francesa e Brasil, teve também um aumento no número de diagnósticos da SGB em pessoas que tiveram contato com o vírus. Por conta desse aparente aumento no número de casos de pessoas com a síndrome, mesmo que não tão alta quanto o número de infectados pelo vírus, foi despertado interesse nessa possível correlação (Figueiredo *et al.*, 2015).

Ainda relacionando as duas doenças, como já foi dito, o Zika Vírus já foi relacionado a outros fenômenos neurológicos, o que levantou interesse em saber sobre essa relação com a SGB, alguns estudos feitos, afirmam que há uma substância presente no patógeno do Zika que é muito semelhante ao encontrado nas células de Schwann (que formam a bainha de mielina nos neurônios do SNP), o que desencadeia uma reação autoimune no corpo, na qual os anticorpos confundem o que deveria ser o patógeno viral, com a bainha de mielina. (Willison *et al.*, 2016).

A partir da leitura dos artigos, análise dos gráficos e de seus resultados, percebe-se uma possível relação entre as duas patologias, porém ainda carecem estudos mais aprofundados, fazendo uso de controle de grupo para poder relacionar melhor ambas as doenças.

Referências

- ARAUJO, L. M.; FERREIRA, M. L.; NASCIMENTO, O. J. - **Guillain-Barré syndrome associated with the Zika virus outbreak in Brazil**. Arq Neuropsiquiatr, v. 74, n. 3, p. 253- 255, Nov 2020. ISSN 1678-4227. Disponível na Internet em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27050856>
- CAROD-ARTAL, F. J. - **Neurological complications of Zika virus infection**. Expert Rev Anti Infect Ther, v. 16, n. 5, p. 399-410, Mai 2018. ISSN 1478-7210. Disponível na Internet em: <http://dx.doi.org/10.1080/14787210.2018.1466702>
- Chung, K. M., Thompson, B. S., Fremont, D. H., & Diamond, M. S. (2007). **Antibody Recognition of Cell Surface-Associated NS1 Triggers Fc-Receptor-Mediated Phagocytosis and Clearance of West Nile Virus-Infected Cells Downloaded from**. JOURNAL OF VIROLOGY, 81(17), 9551-9555. <https://doi.org/10.1128/JVI.00879-07>
- KOPPOLU, V.; SHANTHA RAJU, T. - Zika virus outbreak: a review of neurological complications, diagnosis, and treatment options. J **Neurovirol**, v. 24, n. 3, p. 255-272, Jun 2018. ISSN 1355-0284. Disponível na Internet em: <http://dx.doi.org/10.1007/s13365-018-0614-8>
- KOPPOLU, V.; SHANTHA RAJU, T. - **Zika virus outbreak: a review of neurological complications, diagnosis, and treatment options**. J Neurovirol, v. 24, n. 3, p. 255- 272, Jun 2018. ISSN 1355-0284. Disponível na Internet em: <http://dx.doi.org/10.1007/s13365-018-0614-8>
- Krauer, F., Riesen, M., Reveiz, L., Oladapo, O. T., Martínez-Vega, R., Porgo, T. V., Haeffliger, A., Broutet, N. J., & Low, N. (2017). **Zika Virus Infection as a Cause of Congenital Brain Abnormalities and Guillain-Barré Syndrome: Systematic Review**. PLoS Medicine, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002203>
- MANCERA-PAEZ, O.; ROMAN, G. C.; PARDO-TURRIAGO, R.; RODRIGUEZ Y.; ANAYA, J. M. - **Concurrent Guillain-Barre syndrome, transverse myelitis and encephalitis post-Zika: A case report and review of the pathogenic role of multiple arboviral immunity**. J Neurol Sci, v. 395, p. 47-53, Dez 2020. ISSN 0022-510x. Disponível na Internet em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30292020>
- Maria Alves Siqueira Malta, J., Vargas, A., Leal Leite, P., Percio, J., Evelim Coelho, G., Helena Argolo Ferraro, A., Maria de Oliveira Cordeiro, T., de Sousa Dias, J., Saad, E., & Maria Alves Siqueira Malta -, J. (n.d.). **Guillain-Barré syndrome and other neurological manifestations possibly related to Zika virus infection in municipalities from Bahia, Brazil, 2015**. Epidemiol. Serv. Saude, 26(1). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100002>
- Mier-y-Teran-Romero, L., Delorey, M. J., Sejvar, J. J., & Johansson, M. A. (2018). **Guillain-Barré syndrome risk among individuals infected with Zika virus: A multi-country assessment**. BMC Medicine, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1052-4>
- Muñoz, L. S., Barreras, P., & Pardo, C. A. (2016). **Zika Virus-Associated Neurological Disease in the Adult: Guillain-Barré Syndrome, Encephalitis, and Myelitis**. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1592066>
- NASCIMENTO, O. J. M.; DA SILVA, I. R. F. - **Guillain-Barre syndrome and Zika virus outbreaks**. Curr Opin Neurol, v. 30, n. 5, p. 500-507, Out 2017. ISSN 1350-7540. Disponível na Internet em: <http://dx.doi.org/10.1097/wco.0000000000000471>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Preparación y respuesta ante emergencias. 2016**. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/8-february-2016-gbsbrazil/es/>. Acessado em: 03 de abril de 2016
- Parra, B., Lizarazo, J., Jiménez-Arango, J. A., Zea-Vera, A. F., González-Manrique, G., Vargas, J., Angarita, J. A., Zuñiga, G., Lopez-Gonzalez, R., Beltran, C. L., Riscalá, K. H., Morales, M. T., Pacheco, O., Ospina, M. L., Kumar, A., Cornblath, D. R., Muñoz, L. S., Osorio, L., Barreras, P., & Pardo, C. A. (2016). **Guillain-Barré syndrome associated with Zika virus infection in Colombia. New England Journal of Medicine**, 375(16), 1513-1523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1605564>
- PINTO JUNIOR, Vitor Laerte et al. **Zika Vírus: A Review to Clinicians**. Acta Médica Portuguesa, [S.l.], v. 28, n. 6, p. 760-765, dec. 2015. ISSN 1646-0758. Available at: <<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6929/4566>>. Date accessed: 02 dec. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.20344/amp.6929>.
- Rocha MSG, Brucki SMD, Carvalho AAS, Lima UWP. **Epidemiologic features of Guillain-Barré syndrome in São Paulo, Brazil**. Arq Neuro-Psiquiatr. 2004 Mar;62(1):33-7
- Rozé, B., Najioullah, F., Fergé, J.-L., Dorléans, F., Apetse, K., Barnay, J.-L., Daudens-Vaysse, E., Brouste, Y., Césaire, R., Fagour, L., Valentino, R., Ledrans, M., Mehdaoui, H., & Abel, S. (2017). **Clinical Infectious Diseases Guillain-Barré Syndrome Associated With Zika Virus Infection in Martinique in 2016: A**



Prospective Study. <https://doi.org/10.1093/cid/cix588>

SAVINO, W.; MESSIAS, C. V.; MENDES-DA-CRUZ, D. A.; PASSOS, P.; FERREIRA, A. C.; NASCIMENTO, O. J. - **Zika Virus Infection in the Elderly: Possible Relationship with Guillain-Barré Syndrome.** Gerontology, v. 63, n. 3, p. 210-215, Abr 2017. ISSN 1423- 0003. Disponível na Internet em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28002820>

Sejvar JJ, Kohl KS, Gidudu J, Amato A, Bakshi N, Baxter R, et al. **Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: Case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data.** Vaccine. 2011 Jan;29(3):599-612 https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2237-9622201800020030900001&lng=en

UNCINI, A.; SHAHRIZAILA, N.; KUWABARA, S. - **Zika virus infection and Guillain-Barré syndrome: a review focused on clinical and electrophysiological subtypes.** J Neurol Neurosurg Psychiatry, v. 88, n. 3, p. 266-271, Mar 2017. ISSN 1468-330X. Disponível na Internet em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27799296>

VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. **Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas?** Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 6, n. 2, p. 9-10, jun. 2015. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000200001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 dez. 2020.

Vellozzi C, Iqbal S, Broder K. **Guillain-Barré syndrome, influenza, and influenza vaccination: the epidemiologic evidence.** Clin Infect Dis. 2014 Apr;58(8):1149-55. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2237-9622201800020030900004&lng=en

WHO. **Identification and management of Guillain-Barré syndrome in the context of Zika virus.** WHO, Ago 2016. Acesso Nov 2020. Disponível na Internet em: <https://www.who.int/csr/resources/publications/zika/guillain-barre-syndrome/en/>

Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. **Guillain-Barré syndrome.** Lancet. 2016 Aug 13;388(10045):717-27. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00339-1. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26948435.



3

 10.29327/5723803.1-3

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E MATERNIDADE SOLO: REFLEXÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA MEDICINA COMO PARTE DA REDE DE APOIO

Postpartum Depression and Single Motherhood: reflections on the role of the medical professional as part of the support network

Raquel Borges de Freitas Lopes*

Maria Beatriz Silva Leonel

Beatriz Carvalho Encinas

José Paulo Macedo Silva

Mauro Afonso Medina Marino

Nicole Piccinini Fabro

Nilton José de Souza Júnior

João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira

Carolina Farezin Rebechi

Amanda dos Anjos Azevedo

* Acadêmicos de Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis, Penápolis – SP

Resumo

A Depressão Pós-Parto – DPP é um transtorno ocasionado, dentre outros fatores, pelas diversas mudanças advindas da gravidez. Ela se manifesta de diversas formas e o contexto da mulher pode influenciar em sua expressão enquanto sintomas e até mesmo agravá-la. Assim, ao trazer a discussão da DPP para a realidade de mães solo, este pode ser compreendido enquanto um agravante, tendo em vista o papel atenuador no pai seja na manifestação da DPP na puérpera, que sofrerá a sobrecarga, nas consequências para o bebê ou na relação diádica mãe-bebê. Pensando nisso, o presente estudo objetiva, através de uma revisão de literatura, ter um panorama das nuances dessa intersecção bem como refletir acerca do papel do médico enquanto parte da rede de apoio da puérpera, que não conta com uma parte essencial. O estudo compreende a importância de uma rede multiprofissional e que envolva sua família.

Palavras-chave: Psicologia, Abuso sexual, Maus tratos-infantis, Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Abstract

Postpartum Depression (PPD) is a disorder caused, among other factors, by the various changes that occur during pregnancy. It manifests in different ways, and the woman's context may influence how symptoms are expressed and even worsen the condition. Therefore, when discussing PPD in the reality of single mothers, this situation can be understood as an aggravating factor, considering the mitigating role that the father could play—whether in the manifestation of PPD in the puerperal woman, who experiences greater overload, in the consequences for the baby, or in the mother–baby dyadic relationship. In this sense, the present study aims, through a literature review, to provide an overview of the nuances of this intersection, as well as to reflect on the physician's role as part of the puerperal woman's support network, especially when an essential element is absent. The study emphasizes the importance of a multidisciplinary network that involves the family.

Keywords: Psychology, Sexual abuse, Child maltreatment, Post-Traumatic Stress Disorder

1. INTRODUÇÃO

O pós-parto é um momento onde alterações emocionais ganham espaço em virtude de tantas novidades, e tais alterações têm incidência direta na saúde tanto da mãe quanto do bebê. Entre as alterações, pode-se pontuar o estresse (Faisal-Cury *et al.*, 2009). Em razão das diversas necessidades que um recém-nascido direciona a sua mãe, é comum que sejam suscitados vivências e sentimentos que tornam o puerpério um momento delicado, como a Depressão Pós-Parto (DPP) (Gabriel *et al.*, 2015). Há divergências quanto ao período de manifestação da depressão pós-parto. Pode aparecer logo após o parto (DSM-IV-TR, 2006) ou ao longo das seis primeiras semanas depois do nascimento (CID-10, 1994). Ainda, segundo Nonacs e Cohen (*apud* Gabriel *et al.*, 2015), a DPP pode ocorrer a qualquer momento durante o primeiro ano de vida da criança, desde que provocada por consequência do puerpério. Abou-Saleh e Ghubash (1997) afirmam que ela pode se manifestar a partir das primeiras quatro semanas do pós-parto, chegando ao seu ápice aos seis meses do bebê. Entre suas formas de manifestação, pode-se elencar desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas (Abou-Saleh; Ghubash, 1997) e apresenta como fatores de risco histórico anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica e não aceitação da gravidez (Pereira; Lovisi, 2008; Gomes *et al.*, 2010).

Segundo Moraes *et al.* (2006), a DPP, entre seus fatores de risco, conta com a renda familiar, sendo influenciada pelas dificuldades advindas da pobreza. Também são considerados fatores de risco a preferência pelo sexo da criança e ter desejado interromper a gravidez, entendidos como rejeição à maternidade ou cogitação de não ter um filho (Moraes *et al.*, 2006). Entretanto, o presente estudo não pretende se debruçar sobre tais variáveis.

O contexto das mulheres com DPP, objeto de interesse deste trabalho, foi considerado por Rodrigues (2019), que buscou compreender a forma através da qual elas eram atravessadas por questões que perpassavam o social, tendo encontrado 5 temáticas aparentes nos discursos analisados que subsidiam um melhor entendimento do transtorno (o fato de a gravidez ser indesejada, a forma pela qual são atingidas pelo patriarcado, o machismo social – seja juízos de valor vindos de homens ou agressões físicas –, machismo institucional e a saúde mental, tida como um tabu (Rodrigues, 2019). Ainda pensando o contexto das mães com DPP, a situação se agrava nos casos de maternidade solo. Como diz o provérbio africano, “É necessário uma vila para criar uma criança”, já que se demanda muito, seja tempo, dinheiro ou disposição. No caso das mães solo, elas muitas vezes se fazem vila, tendo que se dividir entre cuidados com o bebê, o trabalho, o sustento, entre outras necessidades, reiterando que maternidade e vida profissional não se anulam, mas podem ser agravadores das dificuldades por ela enfrentadas (Amaral, 2019). Ainda, segundo Amaral (2019), a solidão é parte da vida dessas mulheres, sendo ela um reflexo do preconceito voltado a elas. O autor entende a necessidade de elas dispuserem de uma rede de apoio, que amplia seu “poder” diante da coletividade e de uma “despatologização da estrutura familiar”, já que famílias monoparentais são compreendidas enquanto necessitadas de ajuda a partir de uma visão patriarcal.

Isso posto, o presente estudo surge com o objetivo de compilar e compreender os atravessamentos entre a DPP, a maternidade solo e o lugar do médico enquanto parte da rede de apoio, colocando como foco relações heterossexuais, tendo em vista que os maiores índices de maternidade solo e abandono paterno acontece nesse contexto.



2. OBJETIVOS E MÉTODOS

O artigo tem como objetivo avaliar e analisar as diferentes fases na qual a mulher-mãe irá vivenciar, como o pós-parto e a maternidade. Com o objetivo de refletir sobre as alterações psicológicas e as diversas fases que a mãe pode enfrentar.

Dessa forma, essa revisão bibliográfica foi desenvolvida através da busca sistemática de artigos relacionados a depressão pós-parto e maternidade solo. Palavras-chaves utilizadas na busca dos artigos compreendidos que deram embasamento as referências foram: depressão pós-parto; maternidade solo; puerpério; rede de apoio. Algumas das bases de dados utilizadas para a busca dos artigos e materiais foram: Temas em Psicologia, Psicologia: Teoria e Pesquisa, Psicologia em Estudo, Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete, Social Science & Medicine, entre outros. Primeiramente foram realizadas as leituras dos títulos dos artigos, sendo estes selecionados quando havia ligação entre o título deste e o tema abordado. Posteriormente, procedeu-se a leitura dos resumos destes, e possuindo esta correlação com o tema em questão, os artigos foram selecionados para leitura completa. Ao término da leitura, todas as informações que apresentavam serem importantes, foram então registradas. Foram selecionados 34 artigos referente ao tema escolhido.

3. DESENVOLVIMENTO

A paternidade e o lugar que ocupa esse pai têm sido foco de pesquisas na área da Psicologia há muito tempo. Winnicott explicava a função do pai, em primeiro momento, como de apoiar a mãe lidando com o ambiente externo, para que ela possa se voltar aos cuidados do bebê, o que o autor nomeia como preocupação materna primária, na qual a mãe está quase exclusivamente focada nas necessidades do filho (Winnicott, 2000). No segundo momento, o pai é responsável por trazer essa mãe de volta à realidade, lembrando-a de suas outras tarefas e instaurando a separação mãe-bebê (Winnicott, 1985). Entretanto, sabe-se que muitas mães não têm o apoio do pai para dividir as preocupações ou mesmo os cuidados.

Segundo uma pesquisa do IBGE, divulgada em 2017, o número de mães solo entre 2005 e 2015 foi de 10,5 milhões para 11,6 milhões (Velasco, 2019). Essa taxa extremamente expressiva, demonstra o abandono paterno não apenas em questões materiais, mas também afetivas é a realidade de milhões de mulheres e culmina em sua sobrecarga, tendo em vista o acúmulo de funções (Galvão, 2020). Já no contexto da depressão pós-parto, diversos estudos demonstram que, de alguma forma, a presença paterna (quando este não está deprimido) pode atenuar as consequências negativas da depressão pós-parto materna (Alvarenga *et al.*, 2006; Burke, 2003; Field, 1998; Frizzo; Piccinini, 2005; Hossain *et al.*, 1994; Roggman *et al.*, 2002; Silva, 2007; Silva; Piccinini, 2009; Stern, 1997). Burke (2003), Field (1998) e Roggman *et al.* (2002) elucidam que essa redução de efeitos negativos se dá a partir da atuação como cuidador, dispondo de cuidados e o atendimento das necessidades do bebê.

Enquanto isso, Silva (2007) explica como a atuação do pai pode ser benéfica para a mãe em DPP. Ao se envolver com os cuidados com o bebê e dividindo tarefas com ela, o pai zela pela saúde mental da mãe, ao reduzir sua sobrecarga ou mesmo dividir a carga emocional (Levy-Shiff, 1994; Silva, 2007; Silva; Piccinini, 2009). Tal apoio tem dois encargos principais: proteger a mãe, para que, alheia ao mundo externo, possa dispor de dedicação ao bebê e o apoio em si, fazendo com que ela se sinta valorizada, auxiliando no cuidado e

legitimando suas atitudes (Stern, 1997). Ainda, o envolvimento paterno diante de uma mãe com DPP, protege tanto o desenvolvimento do bebê, quanto sua relação com a mãe (Frisz; Piccinini, 2005; Hossain *et al.*, 1994). Ademais, diversas pesquisas encontraram relação entre a DPP e o não apoio ou não envolvimento do pai (Araújo *et al.*, 2019; Goodman, 2008; Mendonça *et al.*, 2012; Moraes *et al.* 2006; Séjourné *et al.*, 2012; Silva; Piccinini, 1999; Smith; Howard, 2008).

Romito *et al.* (1999) entendem o não apoio enquanto um efeito nocivo às condições emocionais da mãe. Em contrapartida, Mezulis *et al.* (2004) não encontraram indícios de relação entre a DPP e o afeto e controle paternos. Em outras palavras, essas mães, na falta do apoio e envolvimento paternos têm sua saúde mental e emocional diminuída, nível de sobrecarga aumentado, pior relação mãe-bebê por não poder dedicar-se em tempo integral e outros prejuízos, como o preconceito. Assim, a partir das referências localizadas, entende-se a importância da rede de apoio, principalmente no que tange às mães solo com DPP, que não fruem do apoio paterno de forma alguma. Indo no mesmo sentido, Araújo *et al.* (2019) reitera a importância da rede de apoio seja durante a gravidez, seja durante o puerpério, frisando acerca da relação conjugal. Ainda, várias são as possibilidades da rede de apoio, pensando na realidade de mães solo com DPP, como a família e os profissionais da saúde a cargo dos cuidados da puérpera. Araújo *et al.* (2019) também aborda a importância da sensibilização desses profissionais voltados à assistência obstétrica, prevenindo e tratando, caso necessário, complicações de caráter psicológico.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) preconiza o atendimento e cuidados em rede para a gestante, a fim de, por meio do pré-natal do parceiro, fortalecer o vínculo deste com a gestante e o feto, bem como desconstruir construções sociais de gênero que atribuem as responsabilidades à mulher. Entretanto, quando não há um pai presente para repensar os papéis, a mulher segue sendo integralmente responsabilizada pelos cuidados com o bebê e outras tarefas. Outrossim, a rede de apoio como um todo – e não com foco no genitor – é compreendida como primordial para a manutenção do bem-estar da mãe (Dessen *et al.*, 2000). Sua ausência é entendida como fator desencadeante da DPP (Masmoudi *et al.*, 2014). A família, por exemplo, é tida como suporte materno tanto emocional, quanto referente às orientações que pautarão a forma com a qual ela verá a maternidade ou lidará com o processo saúde-doença na gestação e no puerpério (Romagnolo *et al.*, 2017).

Dessa forma, cabe ao médico articular-se com os demais profissionais de saúde a fim de formar uma rede de apoio completa às mães solo com DPP que englobe uma equipe multiprofissional (com profissionais das áreas de Psicologia, Nutrição, Enfermagem entre outros que estejam preparados para suas demandas) e envolva sua família ou pessoas dispostas a prestar algum tipo de apoio, seja este no tocante ao emocional ou às tarefas, com objetivo de oferecer suporte, bem como pensar os papéis da mãe e prepará-los para tal suporte. Assim, eles compreenderão as nuances desse momento delicado e poderão atenuar os reflexos da DPP tanto para a mãe quanto para o bebê desde a gravidez até o pós-parto.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir do referido estudo, que o pai possui importante papel no desenvolvimento do bebê, na saúde mental da mãe (até mesmo atenuando os efeitos da DPP) e também na relação mãe-bebê. A ele cabe, em primeira instância, cuidar do ambiente externo para que a puérpera possa se comprometer integralmente com o cuidado. Além disso, a divisão de tarefas faz com que ela se sinta menos sobrecarregada e a divisão da carga emocional faz com que se sinta amparada. Com isso, as puérperas com DPP têm grande



possibilidade de agravamento quando há intersecção do transtorno com a maternidade solo, que faz com que se sintam sobrecarregadas, sozinhas e com grande carga emocional. Para tal, cabe ao profissional de medicina encontrar ferramentas para atuar em uma rede multiprofissional nos cuidados às grávidas e puérperas. Mais que isso, é preciso preparar a família enquanto rede de apoio, desconstruindo preconceções e atentando-a às necessidades reais dessa mulher.

Por fim, encontrou-se diversos trabalhos no que tange a depressão pós-parto, fatores associados e rede de apoio, mas há um número incipiente de pesquisas que abordem essa realidade realizando um recorte da vivência de mães solo com DPP, sendo uma área pouco explorada e que carece de mais pesquisas.

Referências

- ABOU-SALEH, M. T.; GHUBASH, R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a trans-cultural perspective. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 95, n. 5, p. 428-32, 1997.
- ALVARENGA, P. et al. As relações entre depressão materna e relatos maternos acerca do envolvimento paterno: um estudo longitudinal. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 911- 925, 2016.
- AMARAL, A. C. **Puerpério e pós-parto da mãe solo**. Disponível em: <https://aripe.com.br/puerperio-e-pos-par-to-da-mae-solo/>. Acesso em 15 de nov. 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-4**. 4th. ed. American Psychiatric Association, . Porto Alegre: ARTMED. 2006.
- ARAUJO, J. C. et al. REDE DE APOIO E RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS DE BAIXO RISCO. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2019.
- BURKE, L. The impact of maternal depression on familial relationships. **International review of psychiatry**, v. 15, n. 3, p. 243-255, 2003.
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, p. 221-231, 2000
- FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. **Archives of Women's Mental Health**, v. 12, n. 5, p. 335-343, 2009.
- FIELD, T. Maternal depression effects on infants and early interventions. **Preventive medicine**, v. 27, n. 2, p. 200-203, 1998.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.
- GABRIEL, M. R. et al. Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê. **Aletheia**, v. 46, p. 50-65, 2015.
- GALVÃO, L. B. Mãe solteira não. Mãe solo! Considerações sobre maternidade, conjugalidade e sobrecarga feminina. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 1, n. 1, 2020
- GOMES, L. A. et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 117-123, 2010.
- GOODMAN, J. H. Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. **Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health**, v. 29, n. 6, p. 624-643, 2008.
- HOSSAIN, Ziarat et al. Infants of “depressed” mothers interact better with their nondepressed fathers. **Infant Mental Health Journal**, v. 15, n. 4, p. 348-357, 1994.
- LEVY-SHIFF, R. Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. **Developmental psychology**, v. 30, n. 4, p. 591, 1994.
- MASMOUDI, J. et al. Postpartum depression: prevalence and risk factors. A prospective study concerning 302 Tunisian parturients. **La tunisie Medicale**, v. 92, n. 10, p. 615-621, 2014.

- MENDONÇA, J. S. et al. Postpartum depression, father's involvement, and marital and co-parental relationships from mothers' and fathers' perspectives in a low-income Brazilian sample. **Family Science**, v. 3, n. 3-4, p. 164-173, 2012.
- MEZULIS, A. H.; HYDE, J. S.; CLARK, R. Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. **Journal of family Psychology**, v. 18, n. 4, p. 575, 2004.
- MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde pública**, v. 40, p. 65-70, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete** Vol. 1. Edusp, 1994.
- PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 35, n. 4, p. 144-53, 2008.
- RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: Uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011.
- ROGGMAN, L. A. et al. Getting dads involved: Predictors of father involvement in Early Head Start and with their children. **Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health**, v. 23, n. 1- 2, p. 62-78, 2002.
- ROMAGNOLO, A., et al. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 38, n. 2, p. 133-146, 2017.
- ROMITO, P.; SAUREL-CUBIZOLLES, M.; LELONG, N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 12, p. 1651-1661, 1999.
- SEJOURNE, N. et al. The impact of paternity leave and paternal involvement in child care on maternal postpartum depression. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 30, n. 2, p. 135-144, 2012.
- SILVA, M. R. **Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê**. 2007.
- SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 14, p. 5-12, 2009.
- SMITH, L. E.; HOWARD, K. S. Continuity of paternal social support and depressive symptoms among new mothers. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n. 5, p. 763, 2008.
- STERN, D. N.; VERONESE, M. A. V. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. Artes Médicas, 1997.
- VELASCO, C. **Em 10 anos, Brasil ganha mais de 1 milhão de famílias formadas por mães solteiras**. Disponível em <https://g1.globo.com/economia/noticia/em-10-anos-brasilganha-mais-de-1-milhao-de-familias-formadas-por-maes-solteiras.ghtml>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- WINNICOTT, D. W. A Preocupação Materna Primária. In: D. W. Winnicott, **Da pediatria à psicanálise** (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. 2000
- WINNICOTT, D. W. E o pai? In: D. W. Winnicott, **A Criança e o seu mundo** (pp.127- 134). Rio de Janeiro: Zahar. 198





4

 10.29327/5723803.1-4

LIDANDO COM A MORTE E O LUTO NA MEDICINA

Dealing with death and grief in medicine

Mauro Afonso Medina Marino*

Nilton José de Souza Júnior

Nicole Piccinini Fabro

Maria Beatriz Silva Leonel

José Paulo Macedo Silva

Beatriz Carvalho Encinas

Raquel Borges de Freitas Lopes

João Gabriel Fidelis Maronezi Pereira

Carolina Farezin Rebechi

Amanda dos Anjos Azevedo

* Acadêmicos de Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Penápolis, Penápolis – SP

Resumo

Este estudo objetiva entender e preparar os médicos e acadêmicos de medicina para o enfrentamento da morte. A morte é um fenômeno que ainda é causa de muito debate, e mesmo que o tema seja evitado, não pode deixar de ser discutido, já que é importante no processo saúde doença. E o que torna complexo estudar o luto é que cada pessoa lida com ele de uma maneira. Os resultados são gerados a partir de entrevistas com os médicos e acadêmicos e geralmente os sentimentos apresentados são de angústia e estranheza frente a morte, porém um médico que teve esse assunto tratado durante a sua formação tende a conseguir lidar melhor com o luto quando comparado a médicos que não tiveram isso na sua formação. A concepção social de morte é resultado de um longo processo histórico, marcado por diferentes sistemas econômicos e sociais, bem como por costumes que envolvem dimensões existenciais, subjetivas e espirituais. Este artigo tem como objetivo revisar a morte, o luto e as competências profissionais nos diversos contextos.

Palavras-chave: Morte, Luto, Formação médica, Cuidados paliativos e Saúde mental.

Abstract

This study aims to understand and prepare physicians and medical students for coping with death. Death is a phenomenon that still causes much debate, and even if the topic is avoided, it cannot cease to be discussed, as it is important in the health-disease process. What makes the study of grief complex is that each person deals with it in a unique way. The results are generated from interviews with physicians and academics, and the feelings generally presented are distress and strangeness when facing death. However, a physician who had this subject addressed during their training tends to be able to deal better with grief compared to physicians who did not have this in their training. The social conception of death is the result of a long historical process, marked by different economic and social systems, as well as by customs that involve existential, subjective, and spiritual dimensions. This article aims to review death, grief, and professional competencies in various contexts.

Keywords: Death, Grief, Medical education, Palliative care, and Mental health.



1. INTRODUÇÃO

A morte é um evento presente na vida de todos, e lidar com ela faz parte de todas as culturas, e esse desafio está muito presente na vida de profissionais da área da saúde, e ela está ligada diretamente com o processo de desenvolvimento humano.

A morte de um paciente acaba sendo ligada a uma sensação de fracasso, por isso existe esse medo, de achar que o trabalho foi mal feito e isso ocasionou a morte do paciente, mesmo que às vezes seja inevitável, esse sentimento muitas vezes pode desencadear um estresse, angústias ou até mesmo levar à Síndrome de Burnout, que é um conjunto de sintomas muito comuns nesses profissionais.

Considera-se que deve haver uma necessidade de um olhar diferenciado para quem vivencia o ambiente hospitalar e lida diretamente com questões sobre morte e os lutos que emergem a partir da perda.

Quanto ao luto, este é entendido como sendo a reação social natural relacionada a perda de um ente querido ou um paciente, mesmo sendo algo vivido por todos em uma sociedade, cada indivíduo lida de uma forma particular. O luto tem várias etapas, que vão desde a aceitação até readaptação a uma vida sem a presença da pessoa. Um livro publicado por Kubler-Ross, em 1969 fala sobre como os profissionais são treinados para contar para a família que o paciente faleceu, e mostra que a maioria acaba relacionando com um fracasso em sua carreira.

2. OBJETIVOS

Compreender o processo de luto dos profissionais e como eles lidam com essas situações que seus trabalhos acabam fazendo com que eles passem.

3. DESENVOLVIMENTO

O profissional da saúde, deve ser muito valorizado no quesito da parte prática e emocional, como no caso da morte, lidar com um acontecimento desse é muito comum no viver da pessoa e acaba sendo inevitável. A morte está presente tanto na vida dos profissionais da saúde, quanto na vida das pessoas que possuem uma maior convivência com este fato, contudo, seu significado se torna algo a ser questionado na qual muitas vezes é sentida pelas pessoas no processo de luto. Até meados do século XX, o homem vivenciava a morte no cenário domiciliar. Onde estavam apenas familiares e amigos. Seus desejos e suas vontades eram respeitados, já que ele podia expressá-los livremente. Era raro o doente ser encaminhado ao hospital para morrer (Aries, 2013). Com o passar do tempo, ela saiu das casas e chegou nos hospitais. Com isso, os profissionais de saúde começaram a conviver com a morte de uma forma constante, e nem sempre estavam preparados para lidar com isso, visto que a morte é considerada um tabu social e, portanto, é pouco discutida (Aries, 2013). Quando se analisam os sentimentos dos estudantes de Medicina em relação à morte, pode-se perceber que a terminalidade da vida remete a sentimentos e sensações negativas, com significado principal de fracasso, impotência e imperícia, carregando o sentimento de negação a tal acontecimento, fazendo com que os profissionais da saúde se cobrem mais do que o necessário. Os alunos também revelam sentimentos de medo e angústia perante as experiências com a morte (Duarte *et al.*, 2015). Isso mostra

que a morte continua sendo um tabu dentro das escolas de Medicina e que, muitas vezes, não há um ensino diferenciado para os alunos, restando-lhes apenas suas vivências e observações pessoais, como crenças, valores e experiências que o indivíduo adquiriu durante a vida. Toda essa frieza emocional adquirida ao longo do tempo é consequente daquela rotina monótona e automática, levando a um afastamento emocional, devido a cargas horárias muito intensas, nas quais os médicos não possuem um tempo para eles próprios pensarem tanto na vida deles, quanto na dos pacientes, sem analisar o paciente e toda sua história, sendo essa atitude conhecida como um mecanismo de afastamento de si (Stanis-*cia et al.*, 2011).

Segundo os alunos, os profissionais de saúde parecem evitar o confronto com a morte (Boemer, 1998). Dessa forma, os profissionais de saúde preferem ignorar o fato e permanecer em silêncio embora o ambiente hospitalar seja o palco principal em que os profissionais convivem diariamente com a morte, pouco se fala sobre ela ou situações que remetem a ela.

De acordo com os estudos, os profissionais de saúde têm dificuldade de lidar com a morte porque o ensino da Medicina, na sociedade contemporânea ocidental, é pautado quase exclusivamente no modelo técnico-científico de valorização absoluta da cura, no qual o cuidado médico, a medicina à beira do leito, o toque, a escuta e o olhar comprometido com o paciente são deslocados para um patamar secundário, fazendo com que muitos, no processo de formação médica, acabem aderindo a um método onde a emoção pelo paciente é deixada de lado e se começa a ver o paciente como a doença e não como uma pessoa em si, buscando não deixar os sentimentos influenciarem na reação ao ver o paciente morrer, desse modo, médicos que tem em sua formação o contato precoce com a morte e estudaram sobre esse sentimento de luto, depois de formados conseguem lidar melhor com ele e não se sentem tão culpados e sobrecarregados. Nesse contexto, a morte, parte integral do ciclo da vida, passa a ser considerada evento indesejável, e que se pretende expulsar do cotidiano (Freitas [s.d.]). O foco é sempre nos órgãos e sistemas acometidos pelas doenças e tende-se a perder progressivamente a visão sobre o todo, sobre o organismo vivo. Dessa forma, valorizam-se apenas o diagnóstico e a cura da doença, colocando em segundo plano o cuidado com o ser humano que adoeceu (Figueiredo, 2013).

Uma diferença observada é que, apesar de os alunos, tanto dos primeiros ou últimos anos, demonstrem sentimentos negativos em relação à morte, esse sentimento vai sendo amenizado no decorrer do curso, já que os alunos de períodos mais avançados vivenciam com mais frequência contextos de terminalidade, e acabam ficando cada vez mais acostumados com isso (Duarte *et al.*, 2015).

Mesmo assim, a maioria dos médicos, independente da sua especialidade, continua tendo dificuldades para lidar com a morte, relatando se sentirem incomodados (Falcão; Mendonça, 2009). O que se percebe é que a maioria deles lida com a morte no cotidiano da profissão e com o passar do tempo, por meio de muito sofrimento, vai adquirindo maturidade profissional e emocional. Porém, mesmo após anos de experiência, ainda há relativa apreensão e sentimento de impotência quando vivenciam a perda de pacientes (Falcão; Mendonça, 2009). Levando em conta a relação médico-paciente, ela acarreta diversos pontos positivos, dentre eles estão a velocidade instantânea do atendimento, concretude, criação de um laço com a família e pessoas próximas com o paciente e grande suporte da equipe médica, mas quando o paciente acaba morrendo, a relação que o médico e a equipe criou com o paciente e sua família, acaba dificultando o enfrentamento da morte, gerando uma alta demanda emocional e estresse diário, já que ele tinha um certo afeto com aquela família.

Com isso, pode-se deduzir que os alunos de períodos avançados se iludem achando que após poucas vivências com a morte estarão preparados para lidar com os sentimentos que virão na sequência (Duarte *et al.*, 2015). Porém, percebe-se que o médico recém-formado ou mesmo aqueles que possuem anos de profissão, quando confrontados com um cenário de morte inevitável, travam uma luta solitária, o que indica claros custos emocionais exigidos no exercício da clínica (Poletto *et al.*, 2016).

A vulnerabilidade emocional pode prejudicar a vida pessoal e profissional do médico. Essa situação pode levar a uma sobrecarga, denominada síndrome de *burnout*, uma das consequências mais marcantes do estresse profissional, que se caracteriza por exaustão emocional e física, despersonalização e diminuição da capacidade de realização pessoal. Refere-se a um tipo de tensão emocional crônica de pessoas que cuidam e se preocupam muito com as outras pessoas, como por exemplo um médico cuidando de um paciente. Além da síndrome de *burnout*, há uma elevada taxa de dependência química, depressão e suicídio entre os médicos, muitas vezes causados por esse convívio com esse sentimento de luto (Marta *et al.*, 2009).

A falta de preparo médico pode influenciar negativamente também o cuidado com o paciente, visto que o médico, para defender-se dos seus temores relacionados à morte, muitas vezes se isola e se fragmenta. Quando ocorre a perda de um paciente para uma doença, essa falta de preparo gera sentimentos carregados de negação a tal acontecimento, fazendo com que os profissionais de saúde se cobrem mais que o necessário e se sintam culpados, mesmo sendo uma doença incurável ou um paciente já em estado terminal. Isso causa uma ruptura na comunicação entre médico e paciente verificada pela atitude de não falar da doença e da morte. Consequentemente isso gera um maior distanciamento médico-paciente e uma pior relação em um momento tão delicado (Marta *et al.*, 2009), (Vianna; Piccelli, 1998).

Hoje em dia, a minoria das faculdades de medicina tem apoio e acompanhamento pedagógico durante a graduação. Logo, os estudos apontam para a necessidade de introduzir conteúdos que visem desenvolver competências interpessoais, capacidade de reflexão sobre questões de ética, envolvendo a morte.

A maioria dos artigos relata a necessidade de um curso teórico que aborde a temática, para que o estudante seja inserido em diversas situações que envolvem o conflito entre a vida e a morte, fazendo com que ele desenvolva ferramentas cognitivas e afetivas, para que, ao se deparar com a situação real, não se culpe ou sofra mais que o necessário. Em estágios acadêmicos mais avançados, o ideal seria que o aluno tivesse maior contato pessoal e profissional com os pacientes terminais, sempre acompanhados por preceptores mais experientes que transmitam segurança em suas atitudes, visando preparar o estudante para lidar melhor com essas situações (Malta *et al.*, 2028). Os alunos precisam de exemplos que os inspirem a lidar com esses pacientes, e cabe aos professores e preceptores agir para detectar os sentimentos e as dificuldades que os estudantes enfrentam, além de compartilhar suas próprias experiências como estratégia de orientação (Azeredo *et al.*, 1998).

É necessário criar um cenário de discussões sobre morrer e morte de forma longitudinal ao longo do curso de Medicina, com uma visão mais humanística e holística do ser humano, desmistificando a ideia do médico que apenas trata e cura em favor do médico que se importa, independentemente de sua especialidade e do prognóstico do paciente (Marques *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2015).

Se bem utilizadas, as experiências acadêmicas com pacientes em fim de vida podem ser valiosas oportunidades de ensino e aprendizado. Lições como bons princípios na relação médico-paciente, discussões sobre questões bioéticas, estratégias para lidar com

a morte, noções de autocuidado e profissionalismo, trabalho em equipe e autocrítica podem ser estimuladas desde o início da graduação até o final da carreira médica (Marques *et al.*, 2019).

4. CONCLUSÃO

Como foi visto existe uma dificuldade real no processo de lidar com a morte, o que implica também no processo do luto, em vista a vontade de salvar a vida do paciente, já que foi isso que foi ensinado durante a formação, e também há pontos positivos e negativos de se ter uma relação emocional com o paciente que está sendo tratado. Dentre os pontos negativos, falecimento de um paciente que o médico já tinha criado um laço afetivo faz com que o processo de luto seja ainda mais difícil do que já é, e em alguns casos chega a causar um sentimento de dúvida no médico de se ele ainda é capaz de continuar exercendo a sua profissão. Desta maneira, o constante cuidado psicológico desses profissionais tem que ser exercido, para que além de eles continuarem a exercer sua profissão depois de lidar com o luto, eles também consigam passar a informação do falecimento para a família da maneira mais adequada possível. Santos e colaboradores (2013) mencionaram que “... o médico se torna o ator social no qual se deposita a função de deter a morte” e que a formação acadêmica em saúde costuma ser voltada para um modelo estritamente biomédico, sem abranger os aspectos psicossociais da profissão. Essa lacuna nos cursos de medicina, enfermagem, psicologia e em outros da área da saúde faz com que os estudantes, futuros profissionais, tenham um preparo insuficiente para lidar com a experiência humana de morte, pois esta não se restringe à perda dos sinais vitais (Brasil, 2013; Fundação do Desenvolvimento Administrativo [Fundap], 2010).

Referências

- ARIES, Philippe. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2013.
- AZEREDO, Nára Selaimen G.; ROCHA, Cristianne Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 01, p. 37-43, 2011.
- BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: MEC, 2013.
- DUARTE, Anaísa Caparroz; ALMEIDA, Débora Vieira de; POPIM, Regina Célia. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1207-1219, 2015.
- FALCÃO, Eliane Brígida Moraes; MENDONÇA, Sandro Bichara. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 364-373, 2009.
- FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; STANO, Rita de Cássia MT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 298-306, 2013.
- FREITAS, E. D. D. **Manifiesto por los cuidados paliativos en educación en medicina**. [S.l.: s.n.], [s.d.].
- FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP). **A formação dos profissionais de saúde no contexto do SUS**. São Paulo: FUNDAP, 2010.
- MALTA, Regina; RODRIGUES, Bruna; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. **Revista brasileira de educação médica**, v. 42, n. 2, p. 34-44, 2018.



MARQUES, Daniel Teixeira et al. Percepção, atitudes e ensino sobre a morte e terminalidade da vida no curso de Medicina da Universidade Federal do Acre. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 123-133, 2019.

MARTA, Gustavo Nader et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 405-416, 2009.

DE RICARDO OLIVEIRA, José. Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do estado de Minas Gerais. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 5, n. 2, p. 211-212, 2015.

POLETTTO, Sadi; BETTINELLI, Luiz Antonio; SANTIN, Janaína Rigo. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. **Revista Bioética**, v. 24, p. 590-595, 2016.

STANISCIA, Ana Carolina M. et al. Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia-adulto de um hospital geral privado. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 1, p. 41-73, 2011.

VIANNA, Adriana; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, p. 21-27, 1998.

Este e-book reúne artigos que exploram temas essenciais da Medicina contemporânea, como Síndrome de Guillain-Barré associada ao Zika, TEPT em crianças vítimas de abuso, depressão pós-parto e maternidade solo, além de reflexões sobre morte e luto. Com rigor científico e sensibilidade humanística, a coletânea oferece uma visão atualizada e multidisciplinar, estimulando a pesquisa, o pensamento crítico e o compromisso com uma prática médica ética e centrada no cuidado integral ao paciente.

