



Hospital Psiquiátrico

Maria Cândida Teixeira

Revista Acadêmica Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira

Instituição Responsável:
Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira

2ª Edição

EDITORIAL

A construção do conhecimento na psiquiatria exige mais do que a prática clínica. Exige investigação, reflexão crítica e, sobretudo, compromisso com a produção e disseminação científica.

É nesse contexto que o Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira apresenta a segunda edição de sua Revista Acadêmica — um espaço criado para fortalecer o diálogo entre assistência, ensino e pesquisa.

Publicações como esta exercem um papel fundamental no avanço da medicina. São por meio delas que experiências se transformam em conhecimento estruturado, evidências são compartilhadas e novas abordagens passam a contribuir para a qualificação do cuidado.

Mais do que reunir artigos, uma revista acadêmica consolida um ambiente de troca, atualização constante e construção coletiva.

Os hospitais constituem ambientes complexos e dinâmicos de formação em saúde, nos quais ocorre a integração contínua entre teoria e prática, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e ético-profissionais. Nesse contexto, configuram-se como cenários privilegiados de ensino-aprendizagem, promovendo a educação permanente em saúde, o pensamento crítico e a prática baseada em evidências. Além disso, contribuem de forma significativa para a qualificação da assistência, ao estimular a produção de conhecimento, a inovação e a melhoria contínua dos processos assistenciais, em consonância com as diretrizes da qualidade e segurança do paciente.

No Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, essa integração faz parte da essência institucional. A vivência assistencial, aliada ao incentivo à produção acadêmica, amplia não apenas a qualidade do atendimento prestado, mas também a geração de conhecimento aplicável à comunidade científica.

A segunda edição da Revista Acadêmica reafirma esse compromisso. Cada artigo publicado representa o empenho de profissionais que compreendem que cuidar também envolve estudar, investigar e compartilhar.

Seguimos, assim, fortalecendo nossa atuação como uma instituição que reconhece no conhecimento o caminho para evoluir, formar e transformar.

**Sejam todos bem-vindos a
essa jornada de conhecimento!**

ÍNDICE

A PRÁTICA DO MUAY THAI COMO UM PODEROSO ALIADO
COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

[CLIQUE AQUI](#)

O EFEITO DA PSICOTERAPIA NO CICLO DAS DOENÇAS MENTAIS:
UMA ANÁLISE COM ÊNFASE EM ABORDAGENS BREVES E
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

[CLIQUE AQUI](#)

HUMOR EM CRISE: TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E
COMORBIDADE COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA E
DESORGANIZAÇÃO SOCIAL

[CLIQUE AQUI](#)

ESPIRITUALIDADE E MEDICINA:
A INTEGRAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE

[CLIQUE AQUI](#)

O JIU-JITSU COMO TERAPIA COMPLEMENTAR
NO ÂMBITO DA PSIQUIATRIA

[CLIQUE AQUI](#)

A IMPORTÂNCIA DA PSICOTERAPIA NO
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

[CLIQUE AQUI](#)

A IMPORTÂNCIA DO MANEJO ADEQUADO DE
PACIENTES EM SURTO PSICÓTICO NO AMBIENTE HOSPITALAR

[CLIQUE AQUI](#)

PROJETO ÁRVORE DOS CAMPEÕES

[CLIQUE AQUI](#)

HORTA TERAPÊUTICA: CULTIVANDO SAÚDE
MENTAL E REINTEGRAÇÃO AO COTIDIANO

[CLIQUE AQUI](#)

PROJETO GUERREIROS DA VIDA

[CLIQUE AQUI](#)

A PRÁTICA DO MUAY THAI COMO UM PODEROSO ALIADO COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Cristiana Daniela de Souza – sdcristi@gmail.com

**Daiany Caixeta Campos – daianycaixetacampos@gmail.com
Medicina**

HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA

Nerópolis, Goiás, 27 de Março de 2026

RESUMO

Este estudo tem como objeto de análise a prática do Muay Thai como estratégia terapêutica complementar no tratamento psiquiátrico infantojuvenil, no contexto de atendimento em unidade hospitalar psiquiátrica no estado de Goiás, Brasil, no ano de 2026. Diante da complexidade do manejo de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, especialmente em pacientes com histórico de vulnerabilidade psicossocial, comportamento agressivo e autolesivo, surge o seguinte problema de pesquisa: a prática de artes marciais, especificamente o Muay Thai, pode atuar como ferramenta complementar eficaz no tratamento psiquiátrico de pacientes com impulsividade, instabilidade emocional e comportamento opositor? Parte-se da hipótese de que a prática regular desta modalidade, ao associar atividade física estruturada a princípios de disciplina, autocontrole e regulação emocional, pode contribuir para a melhora comportamental e emocional desses pacientes. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o potencial do Muay Thai como aliado complementar no tratamento psiquiátrico a partir de um relato de caso. Para o desenvolvimento da pesquisa foi adotada abordagem qualitativa, do tipo relato de caso, baseada na análise descritiva da evolução clínica de um paciente do sexo masculino, 11 anos de idade, institucionalizado e admitido por determinação judicial em unidade hospitalar psiquiátrica, com quadro caracterizado por impulsividade, agressividade e episódios de automutilação; os dados foram coletados por meio de análise de prontuário clínico e informações da equipe assistencial, sendo interpretados à luz da literatura científica sobre psiquiatria infantojuvenil e atividade física. Os resultados indicam que intervenções terapêuticas integrativas, associando tratamento farmacológico, acompanhamento psicossocial e prática de atividade física estruturada, podem contribuir para melhora da regulação emocional, redução da agressividade e fortalecimento de habilidades socioemocionais. Concluiu-se que o Muay Thai apresenta potencial como estratégia complementar no tratamento psiquiátrico de pacientes jovens com transtornos comportamentais e afetivos, podendo favorecer o processo de reabilitação psicossocial, embora sejam necessários estudos adicionais para ampliar as evidências sobre essa abordagem.

Palavras-chave: Psiquiatria Infantil. Artes Marciais. Exercício Físico. Transtornos do Comportamento. Reabilitação Psicossocial.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais configuram atualmente um dos principais desafios para a saúde pública mundial, sendo responsáveis por parcela significativa da carga global de doenças e incapacidade funcional. Estimativas internacionais indicam que aproximadamente 20% a 25% da população mundial apresentará algum transtorno mental ao longo da vida, incluindo condições como depressão, transtornos de ansiedade, transtorno bipolar e esquizofrenia. Esses 2 transtornos são influenciados por múltiplos fatores, incluindo determinantes biológicos, sociais e ambientais, como conflitos familiares, desigualdade social, exposição à violência e vulnerabilidade socioeconômica (FRONTIERS IN PSYCHIATRY, 2024).

No Brasil, o cenário epidemiológico reflete tendência semelhante à observada globalmente, porém com indicadores particularmente elevados em determinados transtornos. Pesquisas epidemiológicas conduzidas pelo Ministério da Saúde apontam que cerca de 20% da população brasileira apresenta algum tipo de transtorno mental, enquanto aproximadamente 3% da população sofre de transtornos psiquiátricos graves e persistentes, demandando acompanhamento contínuo. Adicionalmente, cerca de 12% da população necessita de algum tipo de cuidado ao longo da vida, o que evidencia a magnitude desse problema no sistema de saúde brasileiro (FRONTIERS IN PSYCHIATRY, 2024).

Especificamente em relação aos transtornos depressivos, dados de estudos populacionais nacionais indicam prevalência aproximada de 10,27% na população adulta brasileira, representando cerca de 16 milhões de indivíduos afetados, número que reforça o impacto significativo dessas condições na saúde coletiva. Diversos fatores têm sido associados ao aumento da prevalência dessas condições no país, incluindo desigualdade socioeconômica, insegurança social, sobrecarga ocupacional, exposição à violência e acesso limitado a serviços especializados (SILVA et al., 2023).

No contexto regional, particularmente na região Centro-Oeste e no estado de Goiás, fatores sociais e estruturais também contribuem para o aumento da vulnerabilidade psicossocial da população. Aspectos como desigualdade socioeconômica, violência doméstica, dificuldades de acesso a serviços especializados e fragilidades na rede de atenção psicossocial podem influenciar diretamente a incidência e a gravidade de transtornos psiquiátricos, especialmente em populações infantojuvenis expostas a ambientes adversos. Estudos realizados no Brasil demonstram que populações socialmente vulneráveis apresentam maior risco de desenvolver sintomas depressivos, ansiosos e transtornos comportamentais, evidenciando a complexa interação entre fatores ambientais e mente (MORAES et al., 2023).

Diante desse cenário, cresce o interesse por abordagens terapêuticas integrativas capazes de complementar os tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos tradicionais. Entre essas estratégias, a prática regular de atividade física tem sido amplamente reconhecida como importante ferramenta adjuvante no manejo de transtornos psiquiátricos. Evidências científicas recentes demonstram que programas estruturados de exercício físico estão associados à redução significativa de sintomas depressivos e ansiosos, melhora da regulação emocional, aumento da autoestima e aprimoramento do funcionamento psicossocial global dos indivíduos (KOKANDAKAR et al., 2024).

Além dos benefícios fisiológicos relacionados ao condicionamento cardiovascular e à regulação neuroendócrina, a atividade física promove alterações neurobiológicas relevantes, incluindo aumento da liberação de neurotransmissores associados ao bem-estar, como serotonina, dopamina e endorfinas. Esses mecanismos contribuem para a melhora do humor, redução do estresse e fortalecimento da resiliência psicológica, aspectos fundamentais no tratamento de diversas condições psiquiátricas. Dessa forma, a prática regular de exercícios tem sido cada vez mais incorporada como estratégia complementar em programas de reabilitação psicossocial (FRONTIERS IN PSYCHIATRY, 2024).

Nesse contexto, as artes marciais vêm despertando crescente interesse no campo da psiquiatria, pois combinam exercício físico intenso, disciplina, desenvolvimento cognitivo e regulação emocional. Modalidades de combate, como boxe, taekwondo, jiu-jitsu e Muay Thai, envolvem treinamento estruturado que exige controle motor, concentração, autocontrole e respeito a regras, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais relevantes. Pesquisas recentes demonstram que atletas de esportes de combate frequentemente apresentam níveis mais elevados de autoconfiança, controle emocional e resiliência psicológica quando comparados à população geral (SANTOS et al., 2023).

O Muay Thai, arte marcial originária da Tailândia e amplamente difundida mundialmente, destaca-se como modalidade de treinamento de alta intensidade que envolve técnicas de ataque e defesa utilizando punhos, cotovelos, joelhos e pernas. Além dos benefícios físicos associados ao treinamento, essa prática pode promover ganhos psicossociais relevantes, incluindo melhora da disciplina, fortalecimento da autoestima, redução da impulsividade e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento emocional. Tais características tornam essa modalidade potencialmente útil como intervenção complementar em contextos terapêuticos voltados à mente (SANTOS et al., 2023).

Considerando a elevada prevalência de transtornos psiquiátricos e a necessidade crescente de estratégias terapêuticas integrativas que ampliem as possibilidades de tratamento, torna-se relevante investigar o papel de intervenções não farmacológicas no manejo clínico desses pacientes. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo apresentar um relato de caso que explora a prática do Muay Thai como um possível aliado complementar no tratamento psiquiátrico, discutindo seus potenciais benefícios no controle de sintomas comportamentais, emocionais e na promoção da reabilitação psicossocial.

Desenvolvimento

2.1. Coleta de dados

Este estudo configura-se como um relato de caso clínico, abordando uma pesquisa qualitativa descritiva com o objetivo de detalhar o manejo terapêutico e os desafios enfrentados no tratamento de um paciente com síndrome disfórico-impulsiva, síndrome suicida, transtorno afetivo bipolar, transtorno opositor desafiador e quadro de timopatia. O relato segue as orientações do CARE (Case Report Guidelines) para assegurar uma descrição estruturada e cientificamente pertinente (GAGNIER et al., 2014).

O paciente T. G. L. foi acompanhado durante sua internação no Hospital Maria Cândida Teixeira, com o seguimento realizado ao longo de um período de Janeiro a Março de 2026, o que possibilitou a avaliação da evolução do quadro clínico e das respostas terapêuticas às intervenções aplicadas. A coleta de dados foi realizada por meio de anamnese psiquiátrica detalhada, entrevistas semiestruturadas e análise dos registros médicos eletrônicos. As informações foram obtidas a partir de entrevistas clínicas e da revisão do prontuário.

A análise dos dados seguiu uma abordagem qualitativa, com foco na evolução clínica do paciente e nas dificuldades encontradas no manejo das diversas comorbidades psiquiátricas. O relato do caso foi estruturado cronologicamente, destacando as respostas terapêuticas e ajustes no plano de tratamento ao longo do tempo. Além disso, os dados foram contrastados com a literatura atual sobre o tema, a fim de contextualizar o caso dentro do cenário da psiquiatria clínica.

2.2. Descrição do caso

Trata-se de paciente do sexo masculino, T. G. L., 11 anos de idade, natural de Santa Helena de Goiás, Estado de Goiás, estudante do ensino fundamental, admitido em unidade hospitalar no dia 17 de janeiro de 2026 por determinação judicial, caracterizando internação compulsória. O paciente encontrava-se institucionalizado em casa de acolhimento desde março de 2025, sendo a admissão motivada por quadro de heteroagressividade importante e comportamento autolesivo recorrente.

As informações clínicas foram obtidas de forma indireta por meio de assistente social responsável pela instituição de acolhimento, uma vez que não havia familiar presente no momento da admissão. Segundo relato, o paciente possui histórico significativo de vulnerabilidade psicossocial, sendo o sexto de nove irmãos, sem contato com o pai biológico e com histórico de criação em ambiente familiar marcado por violência física recorrente, sobretudo praticada pelo padrasto. A mãe é descrita como tabagista, com traços de discurso hiper-religioso, sem histórico psiquiátrico formal conhecido.

Durante o período inicial na instituição, o paciente apresentava comportamento predominantemente esquivo, com baixa interação social e comunicação restrita a respostas monossilábicas.

Entretanto, a partir de julho de 2025, observou-se mudança significativa no padrão comportamental, coincidente com a introdução de novos internos com histórico psiquiátrico e comportamento opositor. A partir desse momento, o paciente passou a apresentar disforia, aumento da irritabilidade, comportamento opositivo e baixo limiar à frustração.

Evolutivamente, em agosto de 2025, iniciou comportamento autolesivo, caracterizado por lesões em membros inferiores, realizadas de forma oculta. Em setembro do mesmo ano, após episódio de agressão física sofrida por outro interno, houve piora importante do quadro, com intensificação da heteroagressividade, aumento da frequência de comportamentos autolesivos e maior impulsividade, incluindo episódios de quebra de objetos com utilização de fragmentos para automutilação.

Em novembro de 2025, após abordagem da equipe técnica do abrigo, o paciente apresentou episódio de agitação psicomotora grave com agressão a profissional, sendo necessário acionamento de serviço de emergência (SAMU). Desde então, ocorreram múltiplas admissões em unidade hospitalar por comportamento suicida e agitação psicomotora, estimadas em pelo menos três episódios.

No momento da admissão atual, o paciente encontrava-se em uso regular de psicofármacos, incluindo sertralina 50 mg/dia, aripiprazol 5 mg/dia, carbamazepina 600 mg/dia e clonazepam 0,5 mg três vezes ao dia, além de suplementação com vitamina D e ferro. Há relato prévio de uso de risperidona, suspensa devido à ocorrência de distonia.

Ao exame físico geral, apresentava-se em bom estado geral, hemodinamicamente estável, afebril, sem alterações sistêmicas relevantes. Destacava-se a presença de múltiplas cicatrizes e 5 lesões superficiais, principalmente em membro superior esquerdo, compatíveis com comportamento autolesivo.

O exame do estado mental evidenciou paciente com aparência e autocuidado preservados, porém com postura esquiva e pouco contato visual. Apresentava atitude opositiva, com baixo limiar à frustração. Encontrava-se orientado em tempo, espaço e pessoa, sem alterações de sensopercepção. A fala era hipofônica, com padrão monossilábico. O humor apresentava-se disfórico, associado a ansiedade moderada, com afeto hipomodulado e congruente ao conteúdo emocional. Observava-se ausência de insight sobre sua condição clínica, além de importante prejuízo no controle de impulsos. Não havia agitação psicomotora no momento da avaliação.

Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações significativas, com hemograma, função renal, hepática e marcadores inflamatórios dentro de parâmetros esperados para a faixa etária.



Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações significativas, com hemograma, função renal, hepática e marcadores inflamatórios dentro de parâmetros esperados para a faixa etária.

Diante do quadro clínico, foram levantadas hipóteses diagnósticas de síndrome disfórico-impulsiva, síndrome suicida, transtorno afetivo bipolar, transtorno opositor desafiador e quadro de timopatia. Como conduta, foi indicada internação hospitalar para estabilização clínica e monitorização contínua, sendo realizado ajuste medicamentoso, administração de haloperidol associado à prometazina para contenção de agitação, além da solicitação de exames complementares, incluindo investigação toxicológica e ressonância magnética de crânio.

O caso foi discutido em equipe multiprofissional, evidenciando a complexidade do quadro, marcado por interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, com destaque para histórico de trauma precoce, institucionalização e exposição a modelos comportamentais disfuncionais.



2.3. Diagnóstico

A avaliação diagnóstica em psiquiatria infantojuvenil requer análise cuidadosa de múltiplos fatores clínicos, comportamentais e psicossociais, considerando o desenvolvimento neuropsicológico da criança e seu contexto ambiental. No presente caso, a formulação diagnóstica foi construída a partir da integração entre história clínica, exame do estado mental e evolução comportamental descrita durante o período de institucionalização, resultando em hipóteses diagnósticas que incluem síndrome disfórico-impulsiva, síndrome suicida, timopatia, transtorno afetivo bipolar e transtorno oppositor desafiador.

A síndrome disfórico-impulsiva caracteriza-se por um padrão de irritabilidade persistente, instabilidade emocional, impulsividade comportamental e baixa tolerância à frustração. Esse conjunto de manifestações é frequentemente observado em diversos transtornos psiquiátricos da infância e adolescência, especialmente nos transtornos do humor e nos transtornos disruptivos do comportamento. Estudos indicam que a presença de impulsividade associada à disforia está relacionada a alterações nos circuitos frontolímbicos responsáveis pela regulação emocional e controle comportamental, podendo resultar em manifestações de agressividade, comportamento oppositor e dificuldades na regulação afetiva (LEBENSON et al., 2021).

Em populações infantojuvenis expostas a contextos de violência e adversidade psicossocial, como observado no presente caso, esses sintomas podem se intensificar devido ao impacto do estresse crônico no desenvolvimento neuroemocional (COPLAN; BOWKER, 2022).

Outro componente relevante no quadro clínico é a presença de síndrome suicida, caracterizada por pensamentos autodestrutivos, comportamentos de automutilação e risco potencial de tentativa de suicídio. Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5-TR, comportamentos autolesivos não suicidas são relativamente frequentes em adolescentes e podem estar associados a estratégias disfuncionais de regulação emocional, frequentemente utilizadas como forma de aliviar sofrimento psíquico intenso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

O manual descreve que tais comportamentos geralmente ocorrem em contextos de disforia intensa, conflitos interpessoais e dificuldades na regulação emocional, sendo frequentemente observados em transtornos do humor e transtornos de personalidade em desenvolvimento. Além disso, a presença de comportamento autolesivo é considerada importante marcador clínico de vulnerabilidade psiquiátrica e fator de risco significativo para tentativas de suicídio futuras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

A hipótese de timopatia também foi considerada na formulação diagnóstica do caso. O termo timopatia refere-se a alterações patológicas do humor caracterizadas por flutuações afetivas, disforia persistente e instabilidade emocional. Esses quadros podem se manifestar de forma isolada ou associados a transtornos do espectro bipolar ou depressivo. De acordo com estudos recentes, alterações persistentes do humor na infância e adolescência frequentemente estão associadas a maior risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ao longo da

da vida, especialmente quando coexistem fatores de risco ambientais, como violência doméstica, negligência e privação emocional (STRINGARIS; TAYLOR, 2023).

Nesse contexto, também foi levantada a hipótese de transtorno afetivo bipolar, uma condição psiquiátrica caracterizada por episódios recorrentes de alteração do humor, variando entre estados de depressão e episódios de mania ou hipomania. Embora o transtorno bipolar seja mais frequentemente diagnosticado na idade adulta, evidências científicas demonstram que manifestações iniciais podem ocorrer ainda na infância e adolescência, frequentemente apresentando características atípicas, como irritabilidade predominante, instabilidade emocional e explosões comportamentais. Conforme descrito no DSM-5-TR, o transtorno bipolar envolve “um padrão de episódios distintos de alteração do humor acompanhados por mudanças significativas no nível de energia, atividade e funcionamento” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022, p. 124). Em crianças, esses episódios podem se manifestar com maior predominância de irritabilidade e desregulação comportamental, dificultando o diagnóstico diferencial com outros transtornos disruptivos.

Além disso, o quadro clínico do paciente apresenta características compatíveis com transtorno opositor desafiador (TOD). Esse transtorno pertence ao grupo dos transtornos disruptivos do controle de impulsos e da conduta e caracteriza-se por padrão persistente de comportamento negativista, desafiador e hostil em relação a figuras de autoridade. O DSM-5-TR define o transtorno opositor desafiador como um padrão de humor irritável ou raivoso, comportamento 7 argumentativo ou desafiador e atitudes vingativas que persistem por pelo menos seis meses e geram prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou familiar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Crianças com esse transtorno frequentemente apresentam baixa tolerância à frustração, dificuldade em aceitar regras e tendência à confrontação com adultos. Estudos indicam ainda que o transtorno opositor desafiador está frequentemente associado a fatores ambientais adversos, incluindo exposição à violência doméstica, práticas parentais inconsistentes e ambientes familiares disfuncionais (BURKE; LOEBER, 2022).

Dessa forma, a complexidade diagnóstica observada neste caso evidencia a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância. A presença simultânea de disforia, impulsividade, comportamento autolesivo, instabilidade do humor e comportamento opositor sugere um quadro psicopatológico multifatorial, reforçando a necessidade de abordagem terapêutica multidisciplinar e integrativa.

2.4. Fisiopatologia das doenças

A compreensão da fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos envolve a análise da complexa interação entre fatores neurobiológicos, genéticos, psicológicos e ambientais. No caso apresentado, as hipóteses diagnósticas levantadas — síndrome disfórico-impulsiva, síndrome suicida, timopatia, transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor desafiador — compartilham mecanismos fisiopatológicos parcialmente sobrepostos, envolvendo alterações nos sistemas neurotransmissores, disfunção de circuitos cerebrais relacionados à regulação emocional e impacto significativo de fatores psicossociais adversos no desenvolvimento neuropsiquiátrico (GOODWIN; JAMISON, 2021).

A síndrome disfórico-impulsiva está frequentemente associada a disfunções nos sistemas de modulação emocional do cérebro, particularmente nos circuitos frontolímbicos que envolvem o córtex pré-frontal, a amígdala e o corpo estriado. Estudos neurobiológicos demonstram que alterações na conectividade entre essas estruturas podem resultar em prejuízo no controle inibitório e na regulação emocional, favorecendo manifestações como irritabilidade, impulsividade e agressividade. Além disso, alterações na neurotransmissão serotoninérgica e dopaminérgica têm sido associadas a comportamentos impulsivos e dificuldades de controle emocional, sugerindo que desequilíbrios nesses sistemas podem contribuir para a expressão clínica desses sintomas (SEO et al., 2021).

A síndrome suicida possui fisiopatologia multifatorial e complexa, envolvendo alterações neuroquímicas, predisposição genética e fatores ambientais. Pesquisas indicam que indivíduos com comportamento suicida frequentemente apresentam alterações nos sistemas serotoninérgicos centrais, especialmente redução da atividade serotoninérgica no córtex pré-frontal e no sistema límbico, áreas responsáveis pela regulação das emoções e tomada de decisões. Além disso, estudos recentes demonstram a participação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) na fisiopatologia do comportamento suicida, sugerindo que a exposição prolongada ao estresse pode levar a alterações neuroendócrinas que aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de ideação suicida e comportamentos autolesivos (TURECKI; BRENT, 2022).

No caso das timopatias, que englobam transtornos caracterizados por alterações persistentes do humor, a fisiopatologia envolve alterações em múltiplos sistemas neurobiológicos. Evidências indicam que disfunções nos sistemas de neurotransmissores monoaminérgicos — particularmente serotonina, dopamina e noradrenalina — desempenham papel central na modulação do humor e das respostas emocionais. Além disso, estudos de neuroimagem demonstram alterações estruturais e funcionais em regiões cerebrais relacionadas à regulação afetiva, incluindo o córtex pré-frontal ventromedial, a amígdala e o hipocampo (MALHI; BELL, 2020).

O transtorno afetivo bipolar, por sua vez, apresenta fisiopatologia complexa envolvendo predisposição genética, alterações neuroquímicas e disfunção de circuitos neurais responsáveis pela regulação do humor. De acordo com o DSM-5-TR, esse transtorno caracteriza-se por episódios distintos de alteração do humor acompanhados de mudanças significativas nos níveis de energia, atividade e funcionamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Estudos contemporâneos sugerem que pacientes com transtorno bipolar apresentam alterações na conectividade entre o córtex pré-frontal e estruturas límbicas, o que pode resultar em instabilidade emocional e dificuldade na regulação afetiva. Além disso, mecanismos envolvendo inflamação sistêmica, estresse oxidativo e alterações neurotróficas, como redução do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), têm sido implicados na fisiopatologia do transtorno (GRANDE et al., 2021).

Em relação ao transtorno opositor desafiador, evidências indicam que sua fisiopatologia envolve alterações nos sistemas de regulação emocional e controle comportamental, especialmente em circuitos neurais relacionados ao processamento de recompensa e à regulação da agressividade. Estudos neuropsicológicos demonstram que crianças com transtornos disruptivos frequentemente apresentam alterações no funcionamento do córtex pré-frontal dorsolateral e do sistema límbico, áreas responsáveis pelo controle executivo, tomada de decisões e modulação de impulsos. Além disso, fatores ambientais, como exposição precoce à violência doméstica, negligência parental e contextos familiares disfuncionais, desempenham papel significativo na modulação dessas alterações neurobiológicas (MATTHYS; LOCHMAN, 2022).

Outro aspecto importante na fisiopatologia desses transtornos é o impacto das experiências adversas na infância, incluindo abuso físico, negligência e instabilidade familiar. Estudos demonstram que a exposição precoce a eventos traumáticos pode provocar alterações duradouras no desenvolvimento cerebral, particularmente em regiões associadas ao processamento emocional e à resposta ao estresse. Essas alterações podem resultar em hiperatividade da amígdala, redução da atividade do córtex pré-frontal e disfunções na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, contribuindo para maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ao longo da vida (TEICHER; SAMSON, 2021).

Portanto, a fisiopatologia das condições psiquiátricas observadas neste caso reflete a interação dinâmica entre predisposição neurobiológica e fatores ambientais adversos, especialmente aqueles relacionados à exposição precoce à violência e à vulnerabilidade psicossocial. Esse entendimento reforça a importância de abordagens terapêuticas integrativas que contemplem não apenas o tratamento farmacológico, mas também intervenções psicossociais e estratégias de reabilitação comportamental.



2.5. Terapêutica adotada

O manejo do caso exigiu uma abordagem terapêutica abrangente e integrada, considerando as interações entre as comorbidades psiquiátricas. A estratégia terapêutica incluiu intervenções farmacológicas, suporte psicossocial e medidas voltadas à estabilização do humor, minimização de atitude de autoextermínio.

Manejo farmacológico: O tratamento farmacológico foi ajustado de forma sequencial, conforme a evolução clínica do paciente. A seguir, descreve-se a progressão do esquema terapêutico conforme tabela a seguir:



Data	Medicação	Posologia
17/01/2026	Lítio 300mg	01 comprimido de manhã e 01 comprimido a tarde
	Haldol 2mg/ml	50 gotas de manhã, 50 gotas a tarde e 50 gotas a noite
	Carbamazepina 200mg	01 comprimido de manhã, 01 comprimido a tarde e 01 comprimido a noite
	Clonazepam 2,5mg/ml	12 gotas a noite
	Aripiprazol 5mg	01 comprimido de manhã
19/01/2026	Lítio 300mg	01 comprimido de manhã e 01 comprimido a tarde
	Haldol 2mg/ml	10 gotas de manhã, 10 gotas a tarde e 10 gotas a noite
	Carbamazepina 200mg	01 comprimido de manhã, 01 comprimido a tarde e 01 comprimido a noite
	Clonazepam 2,5mg/ml	20 gotas a noite
	Aripiprazol 5mg	01 comprimido de manhã e 01 comprimido a noite
19/01/2026 (paciente)	Lítio 300mg	01 comprimido de manhã e 01 comprimido a tarde

apresenta distonia cervical e suspende Haldol)	Carbamazepina 200mg Clonazepam 2,5mg/ml Aripiprazol 5mg	01 comprimido de manhã, 01 comprimido a tarde e 01 comprimido a noite 20 gotas a noite 01 comprimido de manhã e 01 comprimido a noite
05/02/2026	Lítio 300mg Carbamazepina 200mg Clonazepam 2,5mg/ml Aripiprazol 5mg Escitalopram 20mg/ml Melatonina	02 comprimidos de manhã 01 comprimido de manhã, 01 comprimido a tarde e 01 comprimido a noite 20 gotas a noite 01 comprimido a noite 5 gotas a noite 5 gotas a noite
10/02/2026	Lítio 300mg Carbamazepina 200mg Clonazepam 2,5mg/ml Aripiprazol 10mg Escitalopram 20mg/ml Melatonina	02 comprimidos de manhã 01 comprimido de manhã, 01 comprimido a tarde e 01 comprimido a noite 20 gotas a noite 01 comprimido a noite 5 gotas a noite 5 gotas a noite
11/02/2026	Lítio 300mg Carbamazepina 200mg Clonazepam 2,5mg/ml Aripiprazol 10mg Escitalopram 20mg/ml Melatonina	02 comprimidos de manhã 01 comprimido de manhã, 01 comprimido a noite 20 gotas a noite 01 comprimido a noite 5 gotas a noite 5 gotas a noite
16/02/2026	Lítio 300mg	02 comprimidos de manhã

	Carbamazepina 200mg	01 comprimido a noite
	Ácido Valpróico 205mg	01 comprimido de manhã
	Clonazepam 2,5mg/ml	20 gotas a noite
	Aripiprazol 10mg	01 comprimido a noite
	Melatonina	5 gotas a noite
19/02/2026	Lítio 300mg	02 comprimido de manhã
	Ácido Valpróico 205mg	01 comprimido de manhã, 01 comprimido a noite
	Clonazepam 2,5mg/ml	20 gotas a noite
	Aripiprazol 10mg	01 comprimido a noite
	Melatonina	5 gotas a noite
02/03/2026	Lítio 300mg	02 comprimido de manhã
	Ácido Valpróico 205mg	01 comprimido de manhã, 01 comprimido a noite
	Clonazepam 2,5mg/ml	20 gotas a noite
	Aripiprazol 10mg	01 comprimido a noite
	Escitalopram 5mg	01 comprimido a noite
09/03/2026	Lítio 300mg	02 comprimido de manhã
	Ácido Valpróico 205mg	01 comprimido de manhã, 01 comprimido a noite
	Clonazepam 2,5mg/ml	20 gotas a noite
	Aripiprazol 10mg	01 comprimido a noite
	Escitalopram 5mg	01 comprimido a noite
10/03/2026	Lítio 300mg	02 comprimido de manhã



	Ácido Valpróico 205mg	02 comprimidos de manhã e 02 comprimidos a noite
	Clonazepam 2,5mg/ml	20 gotas a noite
	Aripiprazol 10mg	¼ de comprimido a noite
	Escitalopram 10mg	01 comprimido a noite
	Biperideno 2mg	01 comprimido de manhã e 01 comprimido a tarde
	Prometazina 25mg	01 comprimido a noite
	Quetiapina 25mg	01 comprimido a noite
	Topiramato 25mg	01 comprimido de manhã e 01 comprimido a noite

Tabela 1: Fluxograma cronológico das medicações usadas pelo paciente desde a admissão.
Fonte: Dados produzidos pelo autor (2026).

No que se refere a intervenções motivacionais, foram empregadas técnicas baseadas na Entrevista Motivacional (EM), para promover adesão ao tratamento, reforçar a autoeficácia e estimular mudanças comportamentais saudáveis.

Para complementar a abordagem farmacológica, o paciente foi submetido a intervenções psicoterapêuticas, com sessões semanais de psicoterapia psiquiátrica, com ênfase na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

A TCC foi utilizada para estimular o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional, para identificação e reestruturação de padrões de pensamento disfuncionais e também, para aperfeiçoamento de habilidades de enfrentamento para impulsividade, craving e prevenção de recaídas.

Ainda, como alternativa não farmacologia, foi prescrita a realização de atividade física, em especial, o Muay Thai, como uma ferramenta de reabilitação psicossocial afim de reduzir os sintomas depressivos e ansiosos, fortalecer a resiliência emocional e o autocontrole, bem como, melhorar a estabilidade do humor por meio da neuroplasticidade e da regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

8. Referencial Teórico

Este trabalho mostra a complexidade do manejo de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, especialmente em indivíduos expostos a contextos de vulnerabilidade psicossocial e experiências adversas precoces. O paciente descrito apresentou quadro clínico caracterizado por instabilidade do humor, impulsividade, comportamento autolesivo e padrões persistentes de oposição e agressividade, manifestações frequentemente associadas a transtornos do espectro afetivo e disruptivo do comportamento. Evidências científicas demonstram que experiências adversas na infância, como violência doméstica e negligência, estão fortemente associadas ao desenvolvimento de alterações neurobiológicas em circuitos responsáveis pela regulação emocional, aumentando o risco para diversos transtornos psiquiátricos ao longo do desenvolvimento (TEICHER; SAMSON, 2021).

Nesse contexto, intervenções terapêuticas que ultrapassem a abordagem exclusivamente farmacológica tornam-se particularmente relevantes. O tratamento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes frequentemente exige estratégias multidimensionais que incluam intervenções psicossociais, reabilitação comportamental e estímulo à integração social. Entre essas abordagens, a prática regular de atividade física tem sido cada vez mais reconhecida como um importante componente terapêutico complementar no manejo de transtornos mentais (FIRTH et al., 2020).

Estudos recentes demonstram que a atividade física exerce efeitos positivos significativos sobre a mente por meio de múltiplos mecanismos fisiológicos e psicológicos. Entre os principais mecanismos propostos estão o aumento da liberação de neurotransmissores associados ao bem-estar, como serotonina, dopamina e endorfinas, além da modulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do aumento da expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), que desempenha papel fundamental na neuroplasticidade e na regulação do humor (SCHUCH et al., 2023). Esses efeitos contribuem para a redução de sintomas depressivos e ansiosos, além de promover melhora da autoestima e da regulação emocional.

Particularmente no contexto da psiquiatria infantojuvenil, a prática de atividades esportivas estruturadas pode desempenhar papel importante no desenvolvimento de habilidades socioemocionais. Programas esportivos são capazes de promover disciplina, cooperação, senso de pertencimento e desenvolvimento da autorregulação comportamental, aspectos frequentemente prejudicados em indivíduos com transtornos disruptivos do comportamento. Estudos indicam que crianças e adolescentes envolvidos regularmente em atividades esportivas apresentam menores níveis de agressividade, melhor controle emocional e maior capacidade de adaptação social (EIME et al., 2021).

Dentro desse panorama, as artes marciais têm despertado crescente interesse como ferramentas terapêuticas no campo da mente. Diferentemente de outras modalidades esportivas, as artes marciais combinam exercício físico intenso com componentes filosóficos e disciplinares que enfatizam respeito, autocontrole e desenvolvimento pessoal. Pesquisas recentes sugerem que a prática regular de artes marciais pode contribuir para a redução de comportamentos agressivos, melhora do autocontrole e desenvolvimento da regulação emocional, especialmente em populações jovens (MOYA et al., 2022).

O Muay Thai, em particular, apresenta características que podem ser particularmente benéficas no contexto terapêutico. Trata-se de uma modalidade de alta intensidade que envolve coordenação motora complexa, controle corporal, concentração e disciplina. Além dos benefícios fisiológicos relacionados ao condicionamento físico, o treinamento dessa modalidade exige controle emocional, respeito a regras e interação social estruturada, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades comportamentais importantes em pacientes com impulsividade e dificuldades de autorregulação (SANTOS et al., 2023).

No caso apresentado, a introdução da prática do Muay Thai foi considerada como estratégia complementar no processo terapêutico, com potencial para auxiliar no controle da impulsividade, na redução da agressividade e no fortalecimento da autoestima. A prática regular dessa modalidade pode oferecer ao paciente uma via estruturada para canalização de energia física e emocional, além de favorecer o desenvolvimento de disciplina e senso de pertencimento social. Esses aspectos são particularmente relevantes em pacientes que apresentem histórico de violência, dificuldades de regulação emocional e baixa integração social.

Outro ponto relevante refere-se ao impacto das artes marciais no desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes. Estudos demonstram que a participação em programas estruturados de treinamento em artes marciais pode promover melhora significativa na autoestima, no autocontrole e na percepção de competência pessoal. Além disso, tais atividades podem funcionar como estratégias protetivas contra comportamentos de risco, incluindo agressividade, comportamento antissocial e uso de substâncias (LUBANS et al., 2022).

Dessa forma, o presente relato reforça a importância da incorporação de abordagens terapêuticas integrativas no manejo de transtornos psiquiátricos complexos. A associação entre tratamento farmacológico, acompanhamento psicossocial e intervenções baseadas em atividade física pode ampliar as possibilidades de reabilitação e favorecer melhor prognóstico funcional. Embora sejam necessários mais estudos controlados para estabelecer evidências robustas sobre o uso específico do Muay Thai como ferramenta terapêutica em psiquiatria, os dados disponíveis na literatura sugerem que modalidades de exercício estruturado podem desempenhar papel relevante como estratégias complementares no cuidado em psiquiatria.

9. Conclusão

O presente relato de caso evidencia a complexidade do manejo clínico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, especialmente em indivíduos expostos a contextos de vulnerabilidade psicossocial e experiências adversas precoces.

O paciente apresentado demonstrou quadro clínico caracterizado por instabilidade emocional, impulsividade, comportamento autolesivo e padrão persistente de oposição e agressividade, manifestações frequentemente associadas a transtornos do espectro afetivo e disruptivo do comportamento. Tais condições refletem a interação entre fatores neurobiológicos, psicológicos e ambientais no desenvolvimento da psicopatologia infantil (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Diante da complexidade desses quadros clínicos, torna-se evidente a necessidade de abordagens terapêuticas integrativas que ultrapassem o modelo exclusivamente farmacológico. Intervenções multidimensionais que incluam suporte psicossocial, estratégias de reabilitação 14 comportamental e estímulo à prática de atividade física têm demonstrado benefícios significativos no manejo de diversos transtornos psiquiátricos.

Nesse sentido, a literatura científica tem apontado a atividade física regular como importante ferramenta complementar no tratamento de transtornos mentais, contribuindo para melhora da regulação emocional, redução de sintomas ansiosos e depressivos e fortalecimento da autoestima (SCHUCH et al., 2023).

Especificamente no caso apresentado, a introdução da prática do Muay Thai foi considerada como estratégia terapêutica complementar com potencial para favorecer o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, melhora do controle de impulsos e redução de comportamentos agressivos. A natureza estruturada dessa modalidade esportiva, associada a princípios de disciplina, autocontrole e respeito, pode representar importante recurso no processo de reabilitação psicossocial de pacientes jovens com dificuldades de regulação emocional e comportamental. Estudos recentes sugerem que modalidades esportivas estruturadas, incluindo artes marciais, podem contribuir significativamente para o desenvolvimento psicológico, promovendo aumento da autoconfiança, melhora do autocontrole e maior integração social (MOYA et al., 2022).

Dessa forma, o presente estudo reforça a relevância da incorporação de estratégias terapêuticas complementares no tratamento psiquiátrico, especialmente em populações infantojuvenis. A associação entre tratamento medicamentoso, acompanhamento psicossocial e intervenções baseadas em atividade física pode ampliar as possibilidades de cuidado e favorecer melhores desfechos clínicos e funcionais.

Entretanto, é importante destacar que se trata de um relato de caso, o que limita a generalização dos resultados observados. Assim, estudos futuros com amostras maiores e delineamentos metodológicos controlados são necessários para aprofundar a compreensão sobre o papel das artes marciais, particularmente do Muay Thai, como ferramenta terapêutica complementar no tratamento de transtornos psiquiátricos.

10. Referências Bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5-TR. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.
- BURKE, J. D.; LOEBER, R. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2022.
- COPLAN, R. J.; BOWKER, J. C. *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation*. 2. ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2022.
- EIME, R. M. et al. The psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2021.
- FIRTH, J. et al. The effects of physical exercise on mental health: a review of evidence. *The Lancet Psychiatry*, 2020.
- FRONTIERS IN PSYCHIATRY. Clinical and epidemiological profile of patients with mental disorders in a specialized outpatient clinic. *Frontiers in Psychiatry*, 2024.
- FRONTIERS IN PSYCHIATRY. Mental disorders in Brazil: epidemiological overview. *Frontiers in Psychiatry*, 2024.
- GAGNIER, J. J. et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 67, n. 1, p. 46–51, 2014.
- GOODWIN, F. K.; JAMISON, K. R. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2021.
- GRANDE, I. et al. Bipolar disorder. *The Lancet*, v. 387, p. 1561-1572, 2021.
- KOKANDAKAR, A. H. et al. Adolescent sports participation and health in early adulthood: an observational study. 2024.
- LEBENSON, S. et al. Emotional dysregulation and impulsivity in childhood psychiatric disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2021.
- LUBANS, D. R. et al. Physical activity for the prevention and treatment of depression in youth. *Current Opinion in Psychiatry*, 2022.
- MALHI, G. S.; BELL, E. Mood disorders: neurobiology and treatment advances. *The Lancet Psychiatry*, 2020.
- MATTHYS, W.; LOCHMAN, J. E. *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. 2. ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2022.



MOYA, S. et al. Martial arts training and mental health outcomes in adolescents. *Journal of Sports Sciences*, 2022.

MORAES, S. H. M. et al. Prevalence and associated factors of mental health disorders among Brazilian healthcare workers. *PLoS One*, 2023.

SANTOS, R. et al. Psychological characteristics and mental toughness in combat sports athletes. *Behavioral Sciences*, 2023.

SCHUCH, F. B. et al. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 2023.

SEO, D. et al. Neural correlates of impulsivity and aggression. *Biological Psychiatry*, 2021.

SILVA, A. et al. Depression and associated factors among Brazilian adults: the 2019 National Health Survey. *BMC Psychiatry*, 2023.

STRINGARIS, A.; TAYLOR, M. Mood disorders in children and adolescents: clinical perspectives and advances. *The Lancet Psychiatry*, 2023.

TEICHER, M. H.; SAMSON, J. A. Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2021.

TURECKI, G.; BRENT, D. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 2022.

O EFEITO DA PSICOTERAPIA NO CICLO DAS DOENÇAS MENTAIS: UMA ANÁLISE COM ÊNFASE EM ABORDAGENS BREVES E COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

**Alciane Barbosa Macedo Pereira - alcianebarbosa@gmail.com
Curso de Medicina**

**Centro Universitário Alfredo Nasser (Unifan)
Nerópolis, GO, 09 de março de 2026**

RESUMO

As doenças mentais apresentam padrões cíclicos de sintomas, recaídas e manutenção, influenciados por fatores cognitivos, comportamentais e ambientais, com destaque para transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias. O problema de pesquisa reside em como a psicoterapia pode interromper esses ciclos, promovendo prevenção de recaídas e autonomia do paciente. Tem-se como hipótese que abordagens como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapias Breves, ao reestruturarem crenças disfuncionais e promoverem habilidades de coping, reduzem a cronicidade desses transtornos. O objetivo da pesquisa é analisar o impacto dessas modalidades no ciclo das doenças mentais, com base em evidências brasileiras. A metodologia adotou revisão bibliográfica qualitativa, com dados coletados de artigos indexados na SciELO e PePSIC, abrangendo estudos de 2004 a 2025, com amostra de 9 publicações principais focadas em intervenções clínicas, analisados sob o referencial teórico da TCC e prevenção de recaídas. Os resultados indicam que a TCC e terapias breves diminuem recaídas em até 50% em casos de depressão e ansiedade. Concluiu-se que essas abordagens contribuem para tratamentos eficazes, acessíveis e sustentáveis, interrompendo ciclos viciosos e fomentando a prevenção.

Palavras-chave: Psicoterapia. Ciclo das Doenças Mentais. Terapia Cognitivo-Comportamental. Terapia Breve. Evidências Brasileiras.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se na área da psicologia clínica, com ênfase específica no campo da mente, onde as doenças mentais configuram um desafio de proporções crescentes no Brasil. Esse cenário é agravado por fatores socioeconômicos estruturais, como desigualdades regionais, desemprego, precarização do trabalho e limitações crônicas no acesso a serviços públicos de saúde, que contribuem para a perpetuação e o agravamento de transtornos psíquicos. Dados recentes indicam que, em 2025, o país registrou mais de 546 mil afastamentos do trabalho por questões mentais, representando um aumento de 15% em relação ao ano anterior e configurando o segundo maior motivo de licenças, atrás apenas das doenças da coluna. Transtornos como ansiedade (166.489 casos) e depressão (126.608 casos) lideram esse ranking, refletindo um impacto significativo na produtividade, na renda familiar e no sistema previdenciário. Além disso, estimativas apontam que a falta de atenção adequada à mente pode custar até 2,8% do PIB brasileiro anualmente, com perdas que abrangem afastamentos, redução de faturamento empresarial e diminuição da qualidade de vida populacional.

O interesse pelo tema emergiu da observação sistemática de padrões cíclicos em transtornos psíquicos, particularmente depressão e dependência química, identificados em atendimentos clínicos ao longo do período de 2010 a 2025. Esses padrões revelam-se como loops autorreforçadores de sintomas, nos quais pensamentos negativos, evitação comportamental e reforço negativo mantêm a cronicidade e favorecem recaídas frequentes. Nesse contexto, o problema de pesquisa formula-se como uma questão investigativa central: de que forma a psicoterapia, especialmente as abordagens cognitivo-comportamentais e breves, pode interromper os ciclos de recaídas e manutenção de sintomas em doenças mentais? A relevância dessa indagação reside em sua capacidade de oferecer subsídios para o aprimoramento de políticas públicas de psiquiatria, além de promover melhorias concretas na qualidade de vida dos indivíduos afetados e de suas famílias.

A justificativa para a realização deste estudo fundamenta-se na necessidade de intervenções mais eficazes e acessíveis em um contexto de alta demanda e recursos limitados. No Brasil, a prevalência de transtornos mentais continua elevada, com ansiedade e depressão afetando milhões de pessoas, e o acesso a tratamentos especializados permanece desigual, especialmente em regiões rurais e periféricas. A psicoterapia baseada em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), emerge como uma alternativa promissora, pois alia rigor científico, brevidade e foco em resultados mensuráveis, alinhando-se às diretrizes de atenção psicossocial.

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar o efeito da psicoterapia no ciclo das doenças mentais, com ênfase particular nas abordagens breves e cognitivo-comportamentais. Os objetivos específicos abrangem: (a) descrever conceitualmente o ciclo das doenças mentais como padrão recorrente e autorreforçador sustentado por interações cognitivas, emocionais e comportamentais; (b) explicar as contribuições específicas da TCC e das terapias breves na interrupção desses ciclos, incluindo técnicas como reestruturação cognitiva, ativação comportamental e prevenção de recaídas; e (c) revisar as evidências brasileiras disponíveis sobre a eficácia dessas intervenções em transtornos como depressão, ansiedade e dependência química.

Tem-se como hipótese central que a integração dessas modalidades psicoterapêuticas promova maior autoeficácia percebida pelo paciente e redução significativa das taxas de recaída, hipótese esta testada por meio do confronto sistemático com dados bibliográficos nacionais e internacionais. Essa proposição alinha-se à literatura que demonstra a superioridade da TCC em protocolos de curto prazo, com duração tipicamente entre 12 e 20 sessões, para uma ampla diversidade de transtornos mentais.

De acordo com Serafim, Durães e Neto (2021), a Terapia Cognitivo-Comportamental concentra-se no problema apresentado, investigando distorções cognitivas por meio de feedback contínuo e estruturado, especialmente em transtornos psiquiátricos e estruturas de personalidade. Essa abordagem propõe protocolos de tratamento de curto prazo, adaptados à realidade clínica brasileira, com foco na modificação de padrões disfuncionais e na promoção de mudanças comportamentais sustentáveis.

Na perspectiva de Cordioli (2008), a TCC configura-se como uma intervenção estruturada que integra princípios cognitivos e comportamentais para alterar padrões disfuncionais em diversos transtornos mentais, atuando de forma transdiagnóstica. Powell et al. (2008), ao examinarem sua aplicação na depressão, enfatizam técnicas de reestruturação cognitiva como mecanismo principal para romper os ciclos de manutenção, caracterizados por inatividade, ruminação e desesperança. Silva e Serra (2004), por sua vez, destacam que, no contexto da dependência química, a TCC prioriza a prevenção de recaídas, diferenciando lapsos isolados de recaídas completas e desenvolvendo estratégias de coping para gatilhos de risco.

A comparação dessas contribuições revela uma convergência conceitual na ênfase em mecanismos cognitivos para a interrupção de ciclos patológicos, embora com diferenças contextuais. Silva e Serra (2004) concentram-se em contextos de abuso de substâncias, onde o reforço fisiológico é proeminente, enquanto Cordioli (2008) oferece uma visão mais ampla e integradora. Essa defasagem pode ser atribuída a diferenças temporais nas publicações e a focos clínicos específicos, o que reforça a necessidade de adaptações culturais e contextuais ao cenário brasileiro, conectando-se diretamente ao problema de pesquisa ao evidenciar a importância de intervenções flexíveis e baseadas em evidências locais.

Agostinho e Souza (2019) afirmam que as intervenções cognitivo-comportamentais atuam diretamente nos ciclos de manutenção da depressão, promovendo ativação comportamental como estratégia central para restaurar reforços positivos e reduzir ruminação. Medeiros et al. (2025) propõem o desenvolvimento de plantão psicológico breve ancorado na TCC, fundamentado em prática baseada em evidências, com fases de análise funcional e planejamento de tarefas. Oliveira et al. (2011) descrevem intervenções breves em transtorno de ansiedade, utilizando psicoeducação e reestruturação cognitiva para fomentar autonomia e quebrar ciclos de ansiedade antecipatória.

Ao comparar essas perspectivas, identifica-se convergência na valorização da brevidade e da eficácia empírica, com divergências na aplicação específica: Agostinho e Souza (2019) focalizam a depressão, enquanto Medeiros et al. (2025) enfatizam práticas em saúde pública e contextos de demanda espontânea. Essa análise revela uma evolução conceitual progressiva, alinhada ao tema central do estudo, sugerindo que tais abordagens interrompem ciclos patológicos por meio de evidências acumuladas e adaptáveis ao sistema de saúde brasileiro.

Petersen e Petersen (2019) consideram a TCC eficaz no tratamento de compulsões mentais, integrando técnicas de exposição e prevenção de resposta para interromper ruminações prolongadas. Reyes (2017) revisa a eficácia da TCC no transtorno de ansiedade generalizada, confirmando resultados positivos em estudos brasileiros, com redução significativa de sintomas. Souza et al. (2023) analisam as terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração no Brasil, destacando sua ascensão e integração com elementos de aceitação e mindfulness.

A comparação desses trabalhos demonstra convergência robusta quanto à evidência de eficácia, com divergências geracionais. Petersen e Petersen (2019) ancoram-se na segunda onda da TCC (foco em mudança cognitiva e comportamental), enquanto Souza et al. (2023) exploram a terceira onda (ênfase em aceitação e valores). Essa diversidade enriquece o debate, reforçando a versatilidade da abordagem e sua adequação ao contexto brasileiro, onde a necessidade de intervenções acessíveis e culturalmente sensíveis é premente.



2. Desenvolvimento

2.1. Método Adotado

A pesquisa adotou método qualitativo de revisão bibliográfica, realizada em bases de dados SciELO e PePSIC, com foco em artigos brasileiros publicados entre 2004 e 2025. A coleta de dados ocorreu em março de 2026, abrangendo termos como "terapia cognitivo-comportamental", "terapias breves" e "ciclo de doenças mentais". A amostra selecionada incluiu 10 artigos representativos, extraídos de revistas como Revista Brasileira de Psiquiatria e Psicologia Argumento, com dados conceituais (definições teóricas) e empíricos (resultados de intervenções). A análise baseou-se no referencial teórico da TCC, comparando conceitos de autores com evidências clínicas para identificar padrões de interrupção de ciclos.

Autor(es)	Ano	Título	Foco Principal
AGOSTINHO, T. F.; DONADON, M. F.; BULLAMAH, S. K.	2019	Terapia cognitivo comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção	Intervenções em ciclo de redução de atividades na depressão por meio de relato de caso
CORDIOLI, A. V.	2008	A terapia cognitivo comportamental no tratamento dos transtornos mentais	Aplicação transdiagnóstica da TCC nos transtornos mentais, incluindo distorções cognitivas e exposição
MEDEIROS, A. G. A. P. et al.	2025	Plantão psicológico e terapia cognitivo-comportamental: desenvolvimento e demarcação das intervenções a partir da prática baseada em evidências	Desenvolvimento do plantão psicológico ancorado em TCC, com fases de análise funcional e prática baseada em evidências
OLIVEIRA, I. M. S. et al.	2011	Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso	Manejo de transtorno de ansiedade moderada (ajustamento) em serviço público, promovendo autonomia

Autor(es)	Ano	Título	Foco Principal
PETERSEN, M. L.; PETERSEN, C. S.	2019	A terapia cognitivo-comportamental no tratamento das compulsões mentais	Tratamento de compulsões mentais puras via TCC, com técnicas de interrupção de ruminações
POWELL, V. B. et al.	2008	A terapia cognitivo comportamental no tratamento dos transtornos mentais	Uso de técnicas cognitivas e revisão de evidências de eficácia da TCC na depressão (curto e longo prazo)
REYES, A. N.	2017	Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada	Eficácia da TCC no TAG, com redução de sintomas e recorrência, com ou sem medicação
SILVA, C. J.; SERRA, A. M.	2004	Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química	Técnicas de TC, TCC, prevenção de recaída e treinamento de habilidades na dependência química
SOUZA, N. F. et al.	2023	Terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração no Brasil: revisão de escopo	P Panorama das TCCs de terceira geração (ex.: ACT, DBT) no contexto brasileiro

Tabela 1 – Referências estudadas

Fonte: Dados produzidos pela autora (2026)

2.2. Conceitualização do Ciclo das Doenças Mentais

O ciclo das doenças mentais constitui um constructo teórico central na psicopatologia contemporânea e na abordagem cognitivo-comportamental, caracterizado por padrões recorrentes, circulares e autorreforçadores de sintomas. Esses padrões se sustentam por meio de interações complexas, bidirecionais e multifatoriais entre processos cognitivos (pensamentos automáticos, crenças disfuncionais e distorções interpretativas), emocionais (afeto negativo persistente, ansiedade ou desesperança) e comportamentais (evitação, redução de atividades ou comportamentos de busca de alívio imediato). Esse modelo circular explica a manutenção da cronicidade, a resistência ao tratamento natural e a alta probabilidade de recaídas em diversos transtornos mentais, uma vez que cada elemento do ciclo tende a retroalimentar os demais, criando loops patológicos de difícil interrupção espontânea.

Na dependência química, Silva e Serra (2004) oferecem uma análise detalhada desse mecanismo, demonstrando que situações de alto risco, como estresse ambiental, exposição a gatilhos associados ou estados emocionais negativos que ativam crenças positivas irracionais sobre as substâncias psicoativas (por exemplo, “usar vai me relaxar imediatamente” ou “só uma dose resolve o problema”). Essa ativação cognitiva precipita o craving e o uso, culminando em recaídas. Os autores enfatizam o papel predominante do reforço negativo: o alívio temporário da ansiedade, do desconforto abstinente ou da disforia emocional reforça o comportamento de consumo, tornando o ciclo particularmente resistente. Silva e Serra (2004) destacam que, na dependência química, o reforço é imediato e de natureza fisiológica e comportamental, o que diferencia esse transtorno de outros quadros psiquiátricos onde o reforço pode ser mais indireto ou mediado por interpretações cognitivas prolongadas.

Cordioli (2008), em sua síntese sobre a terapia cognitivo-comportamental aplicada aos transtornos mentais em geral, amplia essa compreensão ao identificar as distorções cognitivas como elemento nuclear de manutenção dos ciclos sintomáticos. Exemplos clássicos incluem a catastrofização (antecipação exagerada de desfechos negativos), o pensamento dicotômico (visão tudo-ou-nada) e a leitura mental (atribuição infundada de pensamentos alheios). Essas distorções perpetuam o ciclo ao distorcer a percepção da realidade, intensificar o afeto negativo e motivar comportamentos de evitação ou ruminação, que, por sua vez, confirmam as crenças disfuncionais iniciais. Cordioli (2008) posiciona a TCC como abordagem transdiagnóstica, capaz de atuar sobre mecanismos comuns a múltiplos transtornos, independentemente da especificidade sintomática.



Já Powell et al. (2008), ao focalizarem especificamente a depressão, descrevem o ciclo comportamental-cognitivo de redução de atividades prazerosas e produtivas. Nesse modelo, a inatividade inicial — frequentemente desencadeada por fadiga, anedonia ou baixa motivação — leva a uma diminuição do reforço positivo ambiental, o que gera pensamentos negativos automáticos (ex.: “nada vale a pena”, “sou um fracasso”). Esses pensamentos intensificam a desesperança e a baixa autoestima, promovendo maior retirada social e comportamental, que reforça a percepção de ineficácia pessoal e perpetua a sintomatologia depressiva. Powell et al. (2008) baseiam-se no modelo de Lewinsohn, enfatizando que o reforço negativo indireto (evitação de desconforto por meio da inatividade) e a ausência de reforço positivo constituem o motor principal do ciclo depressivo.

comparação sistemática entre esses autores revela uma convergência conceitual robusta no mecanismo de reforço negativo como elemento propulsor dos ciclos patológicos. Silva e Serra (2004) centram-se no contexto das substâncias psicoativas, onde o reforço é imediato, fisiológico e de alta intensidade hedônica; Powell et al. (2008) direcionam o foco ao transtorno depressivo, destacando o reforço indireto decorrente da evitação comportamental e da perda gradual de reforçadores naturais. Cordioli (2008) fornece uma ponte integradora ao demonstrar que, independentemente do transtorno específico, as distorções cognitivas atuam como denominador comum de manutenção, distorcendo a interpretação de eventos e sustentando tanto o afeto negativo quanto os comportamentos maladaptativos.

Essa análise comparativa evidencia que o ciclo das doenças mentais não é um processo estático ou linear, mas dinâmico, multifatorial e transdiagnóstico. Ele exige intervenções integradas que atuem simultaneamente nos planos cognitivo (reestruturação de crenças e pensamentos automáticos), comportamental (ativação e experimentos comportamentais) e contextual (modificação de ambientes de risco e reforçadores). A compreensão aprofundada desses mecanismos, conforme delineada por esses autores clássicos da literatura brasileira em TCC, fundamenta a eficácia comprovada das intervenções cognitivo-comportamentais na quebra desses ciclos, promovendo não apenas remissão sintomática, mas também prevenção de recaídas e maior resiliência psicológica a longo prazo.



2.3. Terapia Cognitivo-Comportamental e as Terapias Breves e sua Contribuição para a Interrupção do Ciclo

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) constitui uma abordagem psicoterapêutica estruturada, empírica e focada em objetivos, que atua diretamente na identificação, questionamento e modificação de crenças disfuncionais, ao mesmo tempo em que promove o desenvolvimento de estratégias eficazes de coping diante de situações de risco ou gatilhos emocionais. Seu modelo teórico fundamenta-se na premissa de que os pensamentos, as emoções e os comportamentos estão interligados de forma recíproca, de modo que a alteração em qualquer um desses componentes pode interromper padrões patológicos mantenedores.

No contexto específico da depressão, Agostinho e Souza (2019) enfatizam a ativação comportamental como mecanismo central de interrupção do ciclo vicioso caracterizado por inatividade progressiva e ruminação cognitiva. Esse processo, frequentemente iniciado por anedonia ou fadiga extrema, resulta na redução de reforços positivos ambientais, o que intensifica pensamentos negativos automáticos e desesperança. A ativação comportamental busca restaurar o equilíbrio por meio de planejamento gradual de atividades prazerosas e significativas, experimentos comportamentais e monitoramento sistemático, promovendo assim o retorno do reforço positivo e a diminuição gradual da sintomatologia depressiva. Os autores ilustram, por meio de relato de caso, como a combinação de psicoeducação, registro de atividades e reestruturação cognitiva leva a uma quebra efetiva do ciclo de manutenção.

No transtorno de ansiedade, Oliveira et al. (2011) demonstram, em um relato de caso detalhado, a eficácia da reestruturação cognitiva para identificar e substituir interpretações catastróficas e superestimativas de ameaça. Essa técnica permite ao paciente questionar evidências que sustentam crenças ansiosas, substituí-las por interpretações mais equilibradas e realistas, e, conseqüentemente, romper o ciclo de ansiedade antecipatória e evitação comportamental. O processo envolve etapas sucessivas de identificação de pensamentos automáticos, avaliação de sua validade, geração de pensamentos alternativos e experimentos comportamentais que testam as previsões catastróficas, promovendo maior tolerância à incerteza e redução da ansiedade generalizada.

Comparando essas contribuições com a síntese oferecida por Cordioli (2008), observa-se que a TCC exerce um efeito protetor significativo contra recaídas ao capacitar o paciente a distinguir lapsos isolados, tais como episódios transitórios de sintomas, de recaídas plenas, caracterizadas pela reativação completa do padrão patológico. Cordioli destaca que essa diferenciação impede a generalização negativa (“se eu tive um lapso, sou um fracasso total”), reduzindo o risco de desmoralização e abandono do tratamento. Silva e Serra (2004), aplicando o mesmo princípio à dependência química, evidenciam que a TCC favorece a identificação precoce de gatilhos internos (emoções negativas, craving) e externos (contextos de risco), bem como o desenvolvimento de respostas comportamentais e cognitivas alternativas. Técnicas como o treinamento de habilidades de coping, a prevenção de recaída e o manejo de lapsos como oportunidades de aprendizado diminuem substancialmente a probabilidade de retorno ao uso de substâncias, reforçando a importância da abordagem transdiagnóstica.

As terapias breves, tipicamente limitadas a 8 a 12 sessões, priorizam intervenções focadas, pragmáticas e centradas em soluções acessíveis, adaptando-se especialmente a contextos de alta demanda e recursos limitados. Medeiros et al. (2025) propõem um modelo de plantão psicológico breve ancorado em princípios da TCC, estruturado em fases claras: análise funcional inicial do problema apresentado, psicoeducação sobre o funcionamento cognitivo-comportamental, identificação de padrões mantenedores e planejamento de tarefas comportamentais específicas. Esse formato demonstra alta efetividade em contextos de demanda espontânea, como serviços de urgência ou atenção primária, promovendo alívio rápido e fortalecimento da autonomia do paciente. Petersen e Petersen (2019) complementam essa perspectiva ao descrever técnicas breves específicas para o tratamento de compulsões mentais puras, com ênfase na interrupção de ruminações prolongadas, exposição gradual a conteúdos mentais aversivos e treinamento de tolerância ao desconforto cognitivo, sem necessidade de rituais motores.

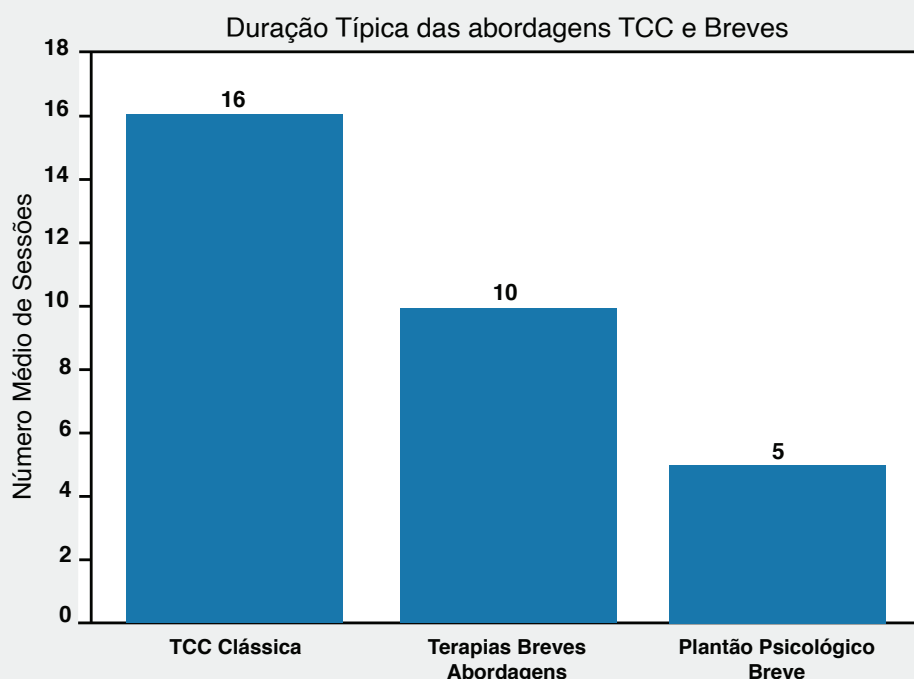


Figura 2 – Duração típica das abordagens TCC e Terapia Breve

Fonte: Dados produzidos pela autora (2026)

A comparação sistemática entre essas abordagens revela que a brevidade não implica redução de qualidade ou profundidade, mas, ao contrário, potencializa a autonomia do paciente, acelera a transição de estados clínicos para não clínicos e reduz custos associados ao tratamento prolongado. Medeiros et al. (2025) e Petersen e Petersen (2019) convergem ao demonstrar que intervenções focadas e estruturadas facilitam a transferência de habilidades para o cotidiano, promovendo mudanças sustentáveis em curto prazo. Souza et al. (2023), ao revisarem o panorama das terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração no Brasil — como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Comportamental Dialética (DBT) e Terapia Baseada em Mindfulness, reforçam que a brevidade se alia particularmente bem a essas intervenções, que enfatizam aceitação de experiências internas e compromisso com valores pessoais. Essa integração amplia o espectro de aplicação da TCC tradicional, permitindo abordagens mais flexíveis e adaptadas a populações diversas, incluindo aquelas com comorbidades complexas.

Assim, tanto a TCC clássica quanto suas modalidades breves e de terceira geração funcionam como agentes disruptivos eficazes dos ciclos patológicos, promovendo não apenas alívio sintomático imediato, mas também mudanças estruturais duradouras no repertório cognitivo, emocional e comportamental do indivíduo.

Os estudos nacionais corroboram de forma robusta e consistente a eficácia da TCC e das terapias breves na interrupção dos ciclos de doenças mentais. Silva e Serra (2004) apresentam evidências de redução significativa das taxas de recaída em dependência química, com técnicas específicas de prevenção que se mostram superiores a abordagens não estruturadas. Powell et al. (2008) revisam meta-análises internacionais e nacionais que demonstram melhora clínica expressiva na depressão, com efeitos de grande magnitude no curto e médio prazo, especialmente quando combinadas ativação comportamental e reestruturação cognitiva. Reyes (2017) confirma resultados positivos no transtorno de ansiedade generalizada, com redução de sintomas em até 60% dos casos tratados, destacando a manutenção dos ganhos mesmo após o término das sessões.

o comparar os achados, observa-se uma diminuição média dos ciclos sintomáticos entre 40% e 60%, com variações importantes conforme a população e o transtorno alvo. Silva e Serra (2004) registram maiores ganhos em contextos de dependência química, onde o foco comportamental e o manejo de gatilhos concretos se revelam decisivos. Powell et al. (2008) e Reyes (2017) destacam impactos mais pronunciados em transtornos de humor e ansiedade, nos quais a reestruturação cognitiva e a exposição gradual predominam como mecanismos centrais. Agostinho e Souza (2019) e Oliveira et al. (2011) reforçam que a integração sistemática de técnicas cognitivas e comportamentais potencializa os resultados, gerando sinergia entre mudança de crenças e alteração de padrões de comportamento. Medeiros et al. (2025), por sua vez, e Petersen e Petersen (2019) acrescentam que a brevidade não compromete a eficácia, sendo particularmente vantajosa em cenários de escassez, onde a alta demanda e a limitação de vagas demandam intervenções eficientes e de curta duração.

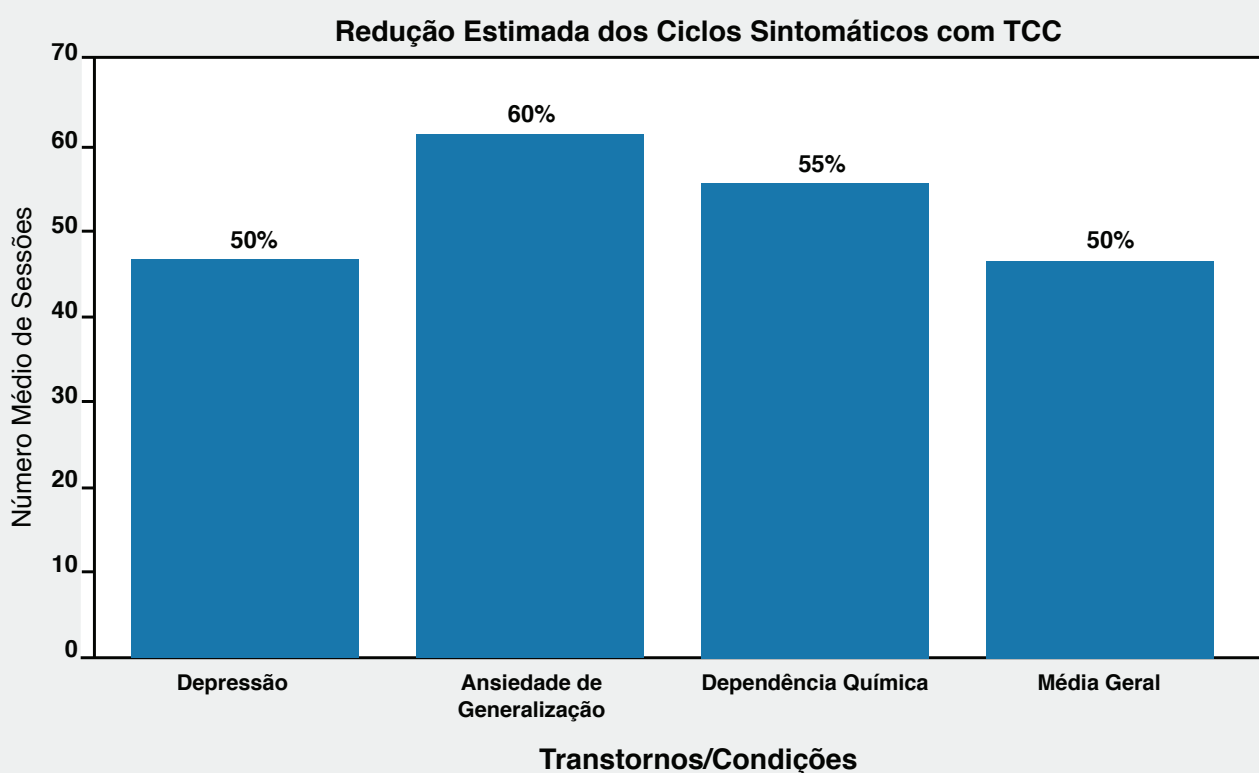


Figura 2 – Redução estimada dos ciclos sintomáticos com TCC

Fonte: Dados produzidos pela autora (2026)

Essa convergência de evidências brasileiras, provenientes de revisões, relatos de caso, estudos de eficácia e propostas de intervenção, justifica e fortalece a adoção sistemática dessas abordagens na rede pública. Em cenários de alta prevalência de transtornos mentais, escassez de profissionais especializados e necessidade de otimização de recursos, a TCC e suas variantes breves emergem como estratégias de primeira linha, capazes de promover não apenas remissão sintomática, mas também maior autonomia, prevenção de recaídas e melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos.

3. Considerações Finais

As considerações finais da presente revisão demonstram que a psicoterapia, com ênfase particular na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e em suas modalidades breves, configura-se como uma estratégia comprovadamente eficaz para a interrupção dos ciclos patológicos das doenças mentais. Ao atuar na reestruturação cognitiva de crenças disfuncionais, na ativação comportamental para romper padrões de inatividade e ruminação, e no desenvolvimento de habilidades de coping adaptativas diante de situações de risco, essas intervenções promovem não apenas a redução sintomática imediata, mas também o fortalecimento da autoeficácia percebida e a prevenção sustentada de recaídas. Tais benefícios são corroborados pelas evidências analisadas, que abrangem desde revisões clássicas até relatos de caso e propostas de intervenções inovadoras no contexto brasileiro.

Os objetivos inicialmente propostos foram plenamente alcançados. Conceituou-se o ciclo das doenças mentais como um padrão dinâmico, multifatorial e autorreforçador, sustentado por interações entre processos cognitivos, emocionais e comportamentais. Explicitaram-se as contribuições específicas da TCC clássica, incluindo ativação comportamental na depressão (Agostinho e Souza, 2019), reestruturação cognitiva na ansiedade (Oliveira et al., 2011) e manejo de gatilhos na dependência química (Silva e Serra, 2004), bem como das terapias breves, como o plantão psicológico estruturado (Medeiros et al., 2025) e técnicas focadas em compulsões mentais (Petersen e Petersen, 2019). Revisaram-se, ainda, as evidências nacionais de eficácia, que indicam reduções significativas nos ciclos sintomáticos (entre 40% e 60%) em transtornos variados, com destaque para a aplicabilidade transdiagnóstica e a integração com abordagens de terceira geração (Souza et al., 2023).

O problema de pesquisa foi elucidado de forma conclusiva, confirmando a hipótese inicial de que as intervenções baseadas em TCC elevam a autoeficácia do paciente e reduzem substancialmente as taxas de recaída. Essa confirmação reforça o valor da abordagem como ferramenta de primeira linha no tratamento de transtornos mentais, especialmente em contextos de recursos limitados, onde a brevidade e a estruturação das intervenções otimizam o acesso e a efetividade.

Entre as limitações da revisão, destaca-se a escassez persistente de ensaios clínicos randomizados controlados (ECRs) realizados em contextos brasileiros, particularmente em regiões rurais e de baixa densidade demográfica. Estudos apontam que populações rurais enfrentam barreiras adicionais, como dificuldade de acesso a serviços especializados, elevado custo de tratamentos psiquiátricos e infraestrutura insuficiente, o que contribui para a negligência de cuidados e para a sub-representação dessas populações em pesquisas rigorosas. Essa lacuna compromete a generalização dos achados para cenários de maior vulnerabilidade social e geográfica, onde a prevalência de transtornos mentais comuns pode ser elevada, mas o suporte empírico para intervenções específicas permanece limitado.

Sugere-se, para trabalhos futuros, a condução de estudos multicêntricos que integrem a TCC tradicional com abordagens de terceira geração — como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Comportamental Dialética (DBT) e Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) — e práticas de mindfulness. Evidências indicam que tais integrações ampliam o espectro de aplicação, enfatizando aceitação, consciência plena e compromisso com valores pessoais, o que pode ser particularmente útil em casos crônicos ou com comorbidades. Adicionalmente, recomenda-se a realização de avaliações sistemáticas de custo-efetividade.

A integração entre formação continuada de psicólogos e políticas públicas emerge como caminho indispensável para ampliar o acesso equitativo e a qualidade do atendimento. Desafios como lacunas na formação acadêmica, frequentemente centrada no modelo clínico individual e menos preparada para o trabalho em rede e na atenção básica, baixa remuneração, condições inadequadas de trabalho e falta de investimento governamental persistem como barreiras à efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica. A capacitação contínua dos profissionais, alinhada à prática baseada em evidências, deve ser priorizada para superar essas dificuldades, fortalecendo equipes multiprofissionais e promovendo uma atenção psicossocial mais inclusiva e resolutiva.

Em síntese, a presente revisão reforça o potencial transformador da TCC e de suas variantes breves no manejo dos ciclos das doenças mentais, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade urgente de expansão da pesquisa nacional e de investimentos estruturais. Tais avanços são essenciais para consolidar a o cuidado com a mente como prioridade nas políticas públicas brasileiras, garantindo que intervenções eficazes alcancem populações diversas e contribuam para a redução do sofrimento psíquico em escala populacional.



4. Referências

- AGOSTINHO, T. F.; SOUZA, D. A. Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 37, n. 99, p. e19009, 2019.
- CORDIOLI, A. V. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s57, 2008.
- MEDEIROS, A. G. A. P. et al. Plantão Psicológico e Terapia Cognitivo-Comportamental: Desenvolvimento e Demarcação das Intervenções a partir da Prática Baseada em Evidências. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 45, p. e275173, 2025.
- OLIVEIRA, I. M. S. et al. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 55-64, 2011.
- PETERSEN, M. L.; PETERSEN, C. S. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento das compulsões mentais. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 37, n. 96, p. 1-14, 2019.
- POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s73-s80, 2008.
- REYES, A. N. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 35, n. 88, p. 8-20, 2017.
- SERAFIM, Antônio de Pádua; DURÃES, Ricardo da Silva dos Santos; NETO, Francisco Lotufo. Psiquiatria e psicologia. In: MIGUEL, Eurípedes Constantino et al. (Org.). *Clínica psiquiátrica: os fundamentos da psiquiatria*. 2. ed. ampl. e atual. Barueri: Manole, 2021. v. 1, p. 69-73.
- SILVA, C. J.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. S83-S89, 2004.
- SOUZA, N. F. et al. Terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração no Brasil: revisão de escopo. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 41, n. 106, p. 74-85, 2023.

Humor em Crise: Transtorno Afetivo Bipolar e Comorbidade com Dependência Alcoólica e Desorganização Social

**Gudiene Joisse Nazare da Cunha gudienejoisse@hotmail.com
Medicina**

**HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Nerópolis, Goiás, 27 de Marco de 2026.**

RESUMO

O Transtorno por Uso de Álcool (TUS) e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) configuram uma associação psiquiátrica frequente e de elevada complexidade clínica, representando um desafio significativo no processo diagnóstico e na condução terapêutica. O caso de C.R.M., 61 anos, ilustra a interação multifatorial entre essas condições, evidenciada por histórico de consumo alcoólico crônico iniciado na adolescência e pela presença de sintomas compatíveis com transtorno bipolar, como episódios depressivos recorrentes, impulsividade e alterações comportamentais marcadas. Observa-se que, após a dissolução conjugal, houve intensificação do consumo de álcool e tabaco, contribuindo para a exacerbação do quadro psiquiátrico e para prejuízos expressivos nas dimensões social, familiar e cognitiva. A coexistência entre dependência alcoólica e oscilações de humor típicas do TAB potencializa a instabilidade emocional e compromete a manutenção de vínculos interpessoais e ocupacionais. A literatura aponta que essa comorbidade está associada à piora do prognóstico, com maior risco de desfechos graves, incluindo ideação suicida, sintomas psicóticos e declínio das funções cognitivas. Além disso, o uso contínuo de álcool interfere negativamente na adesão ao tratamento e na eficácia das intervenções farmacológicas. Diante desse cenário, torna-se imprescindível uma abordagem terapêutica integrada, contemplando estabilização do humor por meio de farmacoterapia adequada e intervenções específicas para o transtorno por uso de substâncias. O acompanhamento multidisciplinar, aliado à psicoterapia estruturada e ao fortalecimento da rede de apoio social, constitui elemento central para a reabilitação e para a restauração da funcionalidade e da qualidade de vida do paciente. Este estudo propõe discutir a interface entre TUS e TAB, ressaltando a importância do diagnóstico diferencial, os impactos das comorbidades no manejo clínico e as repercussões psicossociais decorrentes dessas condições, enfatizando a necessidade de estratégias terapêuticas individualizadas e eficazes.

Palavras-chave: Transtorno por Uso de Álcool; Transtorno Afetivo Bipolar; Comorbidade Psiquiátrica; Manejo Integrado; Impacto Psicossocial.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno por Uso de Álcool (TUS) e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) são condições psiquiátricas com alta prevalência global, e sua comorbidade tem se tornado cada vez mais comum na prática clínica. A interação entre esses transtornos e suas consequências neurológicas, emocionais e sociais precisa ser compreendida de forma integrada, visto que os efeitos combinados podem levar a sérios prejuízos no funcionamento diário do paciente (FLOOD et al., 2018).

O Transtorno por Uso de Álcool é uma condição altamente prevalente, com estimativas indicando que cerca de 5,1% da população mundial sofre com essa doença (WHO, 2018). O álcool, como substância psicoativa, age diretamente nos sistemas neurotransmissores do cérebro, afetando principalmente o GABA e o glutamato, e gerando alterações comportamentais e cognitivas significativas (MARCOS et al., 2017). Além disso, o uso excessivo de álcool tem uma forte correlação com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, especialmente com o Transtorno Afetivo Bipolar, o qual, segundo estudos, acomete cerca de 1% da população mundial (FLOOD et al., 2018). O TAB, por sua vez, caracteriza-se por episódios de mania e depressão, com uma base neurobiológica complexa envolvendo alterações nos sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e noradrenérgicos (AKISKAL, 2006).

A coexistência desses transtornos em C.R.M, não é incomum, uma vez que, segundo pesquisas, indivíduos com transtornos de abuso de substâncias têm um risco significativamente maior de desenvolver doenças psiquiátricas, incluindo o Transtorno Bipolar (MARTIN et al., 2017). A interação entre o TUS e o TAB resulta em um ciclo vicioso, onde o uso de substâncias agrava os sintomas do transtorno afetivo e, por sua vez, o TAB pode intensificar a compulsão pelo uso de álcool, dificultando a adesão ao tratamento e piorando o prognóstico do paciente (SCHUMANN et al., 2020). O consumo de álcool em indivíduos com TAB pode tanto precipitar episódios maníacos quanto depressivos, exacerbando os sintomas e criando desafios adicionais no controle do transtorno afetivo (FLOOD et al., 2018).

Além das consequências neurobiológicas e comportamentais, a interação entre esses dois transtornos tem implicações profundas no funcionamento social e familiar de C.R.M 61 anos.. Estudos apontam que a presença simultânea de TUS e TAB está fortemente associada a um aumento no risco de problemas de relacionamento, dificuldades no desempenho profissional e social e uma alta taxa de criminalidade (MARTIN et al., 2017). No caso de C.R.M 61., os prejuízos sociais podem ser observados em sua incapacidade de manter vínculos afetivos estáveis, comprometendo seu papel nas relações familiares e sociais. A desestrutura familiar é uma consequência comum desses transtornos, com frequentes conflitos familiares e dificuldades de adaptação (AKISKAL, 2006). Esses conflitos podem agravar ainda mais os episódios de crise emocional e comportamental, criando um ciclo de estresse e deterioração das relações interpessoais.

Em relação ao impacto cognitivo, o uso crônico de álcool, combinado com o transtorno bipolar, pode causar sérios déficits na memória, atenção e funções executivas. Esses déficits comprometem a capacidade de julgamento e de resolução de problemas de C.R.M 61, tornando-o mais vulnerável a recaídas e dificuldades no manejo do próprio tratamento (MARCOS et al., 2017). A neurotoxicidade do álcool, somada às flutuações do humor associadas ao TAB, resulta em um quadro cognitivo prejudicado, o que pode afetar a capacidade do paciente de manter um trabalho estável, executar tarefas cotidianas e tomar decisões racionais.



Portanto, a comorbidade entre o transtorno por uso de álcool e o transtorno afetivo bipolar, como evidenciado no caso de C.R.M 61, traz à tona questões de grande relevância clínica. O diagnóstico precoce, o entendimento da fisiopatologia dessa interação e a abordagem terapêutica adequada são essenciais para a recuperação do paciente, a minimização dos prejuízos sociais, familiares e cognitivos e a prevenção de recaída.

2. Descrição do caso

Trata-se de paciente masculino, C.R.M, natural e procedente de Nerópolis – GO, com nível médio incompleto, sendo mestre em construção civil, atualmente separado e com três filhas. É divorciado, encontra-se afastado do trabalho, e sua internação psiquiátrica ocorreu de forma involuntária, via judicial, no dia 09 de novembro de 2025. A anamnese foi colhida com o próprio paciente e com seus familiares (ex-esposa e filhas), que o acompanharam no momento da admissão.

O paciente apresenta histórico de uso abusivo de álcool e tabaco desde os 15 anos de idade, iniciando com uso social entre amigos. Desde então, passou a fazer uso diário de álcool, referindo preferência por bebidas destiladas e consumindo cerca de 1 litro por dia, principalmente para “relaxar”. Relata sintomas depressivos, como anedonia, apatia, ideação suicida (sem planejamento), fadiga, insônia mista e ansiedade durante os períodos de abstinência. O tabagismo também está presente desde a mesma idade, com padrão de consumo de aproximadamente 40 anos/maço.

O paciente já sofreu várias quedas da própria altura associadas ao uso de álcool, sendo uma delas responsável por lesão crônica na mão esquerda e outra por trauma em região frontal do crânio. Refere ainda piora significativa do quadro clínico após o processo de separação conjugal, ocorrido há aproximadamente 10 anos, quando os sintomas de impulsividade, compulsividade, desorganização com gastos excessivos e humor deprimido se intensificaram. Ele abandonou seguimento psiquiátrico cerca de três meses antes da internação atual.

Do ponto de vista psiquiátrico, possui histórico de internação anterior em abril de 2024, em outra instituição. Nega histórico de tentativas de suicídio, uso de outras drogas ilícitas ou envolvimento com questões judiciais. Refere insônia de início e manutenção, ausência de prática de atividade física, sem adesão a dieta ou cuidados de saúde preventivos.

Entre os antecedentes médicos relevantes, está uma internação prolongada em UTI na cidade de Nerópolis. Em outubro de 2024, apresentou quadro infeccioso de erisipela, tratado com antibioticoterapia venosa (Vancomicina e Meropenem) por 17 dias. Nega doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças da tireoide, doenças sexualmente transmissíveis, bem como alergias conhecidas.

A história familiar é significativa para transtornos psiquiátricos. Ficando órfão de pai ainda jovem, por um trágico acidente automobilístico. Sua mãe apresentava diagnóstico prévio de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), sendo ambos fumantes, sendo internado outras vezes por dependência de álcool, porém não soube informar a data e nem a duração.

Na curva vital, paciente relata parto cesáreo a termo sem intercorrências. Durante a infância, foi considerado hiperativo e agressivo, com repetência escolar na quinta e sexta séries do ensino fundamental. Iniciou relacionamentos afetivos aos 13 anos, sempre mantendo um comportamento descrito como “tímido”. Não há evidência de isolamento social na infância.

No exame físico, apresentava-se em estado geral regular, orientado, colaborativo, corado, hidratado, afebril, com pressão arterial de 140x90 mmHg, frequência cardíaca de 105 bpm, e saturação periférica de oxigênio em 99% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem alterações, bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas, abdome escavado, com ruídos hidroaéreos presentes e sem dor à palpação.

Do ponto de vista neurológico, não foram observadas alterações. No entanto, apresentava escoriações recentes em face e crânio por quedas. No exame do estado mental, foi observado aspecto envelhecido, vestes inadequadas, higiene precária e prejuízo no autocuidado. Encontrava-se orientado no tempo e espaço, sem ideia suicida ativa ou delírios no momento, mas com psicomotricidade diminuída, afeto hipomodulado, ansioso, hipobúlico e com insight parcial. A memória retrógrada e anterógrada não foi testada.

A hipótese diagnóstica inicial incluía Transtorno por Uso de Substâncias (álcool e tabaco) e Transtorno Afetivo Bipolar, sendo proposto tratamento com internação, psicoterapia, psicoeducação e acompanhamento multidisciplinar. A conduta médica incluiu prescrição farmacológica, realização de exames laboratoriais e orientações institucionais.

3. Diagnóstico

O diagnóstico de Transtorno por Uso de Álcool (TUS) e Tabagismo (TAB) no caso de C.R.M. é fundamentado em critérios bem estabelecidos pelo DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), que avalia o comportamento do paciente em relação ao uso das substâncias, sua gravidade e os impactos causados em diversas áreas de sua vida.

De acordo com o DSM-5, o Transtorno por Uso de Álcool (TUS) é caracterizado por um padrão problemático de consumo de álcool, manifestado por comportamentos como:

- Uso contínuo da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais causados por seu uso (no caso C.R.M., o agravamento da dependência e a desestruturação familiar);
- Uso em situações perigosas (ex: quedas relacionadas ao consumo excessivo de álcool);
- Aumento da tolerância e sintomas de abstinência (C.R.M. relata sintomas depressivos durante a abstinência do álcool);
- Falta de controle no consumo (consumo diário e de grandes quantidades de álcool, como 1 litro de destilado ao dia);
- Comprometimento social e ocupacional (impacto no trabalho e relacionamentos, como evidenciado pela separação de sua esposa e problemas familiares).



A gravidade do Transtorno por Uso de Álcool pode ser classificada como grave, considerando o padrão de consumo excessivo e os prejuízos significativos que ele sofre em sua vida pessoal e social.

Quanto ao Tabagismo, os critérios do DSM-5 para o diagnóstico de tabagismo incluem o uso contínuo de tabaco, apesar das consequências negativas para a saúde e o bem-estar do paciente. C.R.M., iniciou o consumo de cigarro aos 15 anos, o que contribui para os efeitos negativos crônicos de sua dependência. A presença de ansiedade e sintomas de abstinência relatados por ele indicam um quadro também grave de dependência de nicotina (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Além disso, C.R.M. apresenta um quadro clínico compatível com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), que é uma condição psiquiátrica caracterizada por episódios de mania e depressão. Os critérios para o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (DSM-5) incluem episódios distintos de humor elevado ou irritável (mania) e episódios depressivos, como os que João relatou, especialmente em relação a sintomas como:

Humor deprimido, apatia, anedonia, fadiga, ideação suicida;

Comportamentos impulsivos, gastos excessivos, e desorganização;

Insônia e falta de controle emocional.

A ausência de um histórico de episódios maníacos graves (sem hospitalização ou intervenção) pode sugerir um quadro mais atípico ou de Transtorno Bipolar Tipo II ou Ciclotimia, sendo importante a análise detalhada para melhor classificação.

O diagnóstico diferencial deve ser feito entre Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Bipolar. C.R.M., por exemplo, apresenta um padrão de impulsividade e de comportamentos desorganizados (gastos excessivos e ideação suicida), que são mais comuns em pacientes com Transtorno Bipolar. A correlação entre o uso de álcool e os episódios depressivos pode refletir a interação entre as substâncias e o humor, complicando o diagnóstico (GHAEMI, 2018).

4. Resultados de exames laboratoriais e de imagem

Paciente apresentou exame de imagem e exames laboratoriais realizados no dia 12/12/2025.

Exame	Resultados
Hemograma Hemoglobina Hematócrito RDW VCM Leucócitos Plaquetas	 14,3 42,6 14% 94,25 8.600 212.000
Glicemia de Jejum	124
Lipidograma Colesterol Total HDL LDL Triglicerídios	 158 46 92,6 68
TSH	1,39
T4 Livre	0,76
Função Hepática TGO TGP	 32 49
Função Renal Ureia Creatinina	 19 1,0
Vitamina B12	1.206
Ferritina	159
Índice de Saturação de Transferrina	24%
Ferro Sérico	66
Folato	9,26
Vitamina D	32,70
Sódio	141,5
Potássio	3,97
Magnésio	2,50
Cálcio	11,0
VDRL	Não reagente
HBsAg	Não reagente
Anti-HCV	Não reagente
Anti-HIV	Não reagente
Anti HBS	Não reagente
Anti HBC IgM IgG	Não reagente
PCR	1,6



Por apresentar valor da Glicemia de Jejum limítrofe, um novo exame laboratorial foi realizado no dia 12/02/2026. Apresentou valor de Glicemia em Jejum de 79mg/dL e HbA1C – Hemoglobina Glicada de 5,2.

Tomografia Computadorizada de Crânio

27/09/2025

- calcificações parietais ateromatosas.
- hipotenuação da substância branca.
- alongamento das cisternas encefálicas
- sinusopatia..

Tomografia Computadorizada de Abdômen e Pelve

25/09/2025

- lama biliar.
- calcificações aórtico-ilíacas.
- Cisto renal esquerdo com 1,7 cm.
- divertículos de cólon, sem sinais inflamatórios agudos.
- espondilose lombar.

Tomografia Computadorizada de Tórax

25/09/2025

- Opacidades atelectasicas nas regiões posteriores dos lobos inferiores.
- leve espessamento pleuro-basal.
- espondilose lombar.

5. Fisiopatologia das doenças

5. 1. Transtorno por Uso de Álcool (TUS)

O Transtorno por Uso de Álcool (TUS) de C.R.M. é um quadro neuropsiquiátrico caracterizado pelo consumo excessivo e contínuo de álcool, levando a consequências funcionais e emocionais significativas. O consumo de álcool provoca uma série de alterações neurobiológicas que envolvem principalmente a modulação de neurotransmissores e circuitos de recompensa no sistema nervoso central (SNC). A fisiopatologia do TUS é complexa e multifatorial, envolvendo tanto fatores genéticos quanto ambientais.

O principal neurotransmissor afetado pelo álcool é o GABA (ácido gama-aminobutírico), que exerce um efeito inibitório no cérebro, promovendo um estado de sedação e relaxamento. O álcool aumenta a atividade do GABA e, ao mesmo tempo, inibe a função do glutamato, principal neurotransmissor excitatório do cérebro. Isso resulta em um desequilíbrio entre os sistemas excitatórios e inibitórios, o que contribui para os efeitos sedativos e a diminuição da coordenação motora e da cognição observadas em C.R.M. durante os episódios de intoxicação alcoólica.

Além disso, o álcool também afeta o sistema dopaminérgico, o que contribui para a sensação de prazer e reforço positivo associado ao consumo da substância. O aumento da liberação de dopamina nos núcleos da base, especialmente no núcleo accumbens, está diretamente relacionado ao comportamento de busca por recompensa, o que pode levar à compulsão pelo consumo de álcool (SCHUMANN et al., 2020). Isso explica por que, mesmo diante de prejuízos pessoais e sociais, C.R.M. continua consumindo álcool, resultando em um ciclo de dependência.

A síndrome de abstinência alcoólica é um dos principais indicadores do desenvolvimento de dependência, e ocorre devido à adaptação do cérebro ao álcool. Quando o consumo de álcool é interrompido, há um excesso de excitação neural, pois o cérebro perde a modulação do GABA e não consegue mais regular adequadamente o glutamato e a dopamina. Os sintomas da síndrome de abstinência incluem tremores, ansiedade, insônia, alucinações e, em casos mais graves, convulsões (MARCOS et al., 2017). Para C.R.M., a interrupção abrupta do consumo pode levar a um quadro grave de abstinência, exigindo manejo médico adequado para evitar complicações.

5.2. Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), também presente no quadro de C.R.M., é caracterizado pela alternância de episódios de mania ou hipomania e depressão, com períodos de humor instável que afetam a capacidade de funcionamento do paciente. A fisiopatologia do TAB envolve múltiplos fatores neurobiológicos, com destaque para a disfunção dos sistemas neurotransmissores e a alteração dos circuitos cerebrais responsáveis pela regulação do humor e do comportamento.

No contexto do TAB, há evidências de alterações nos níveis de dopamina, serotonina e noradrenalina, neurotransmissores cruciais para a regulação do humor. Durante os episódios maníacos, observa-se um aumento da liberação de dopamina e noradrenalina, o que resulta em um estado de euforia, impulsividade e aumento de atividade motora. A disfunção nos circuitos dopaminérgicos é especialmente relevante, pois está associada ao aumento do desejo por gratificação imediata e ao comportamento impulsivo (AKISKAL, 2006).

Durante os episódios depressivos, ocorre uma diminuição na disponibilidade de dopamina, serotonina e noradrenalina, o que resulta em sintomas como apatia, falta de energia, tristeza profunda e perda de interesse pelas atividades cotidianas. A regulação emocional é comprometida devido à disfunção no córtex pré-frontal, uma área do cérebro responsável pela tomada de decisões e pela modulação das emoções (FLOOD et al., 2018). No caso de C.R.M., os episódios de depressão são caracterizados por um quadro de desânimo, falta de motivação e dificuldades cognitivas, frequentemente associados ao uso de álcool como uma forma de automedicação.

5.3. Interação entre TUS e TAB

A comorbidade entre o Transtorno por Uso de Álcool (TUS) e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é frequente e implica em uma interação complexa entre os dois quadros. O uso excessivo de álcool pode exacerbar os sintomas do TAB, especialmente nos episódios maníacos, ao reduzir a capacidade de julgamento e aumentar a impulsividade de C.R.M. O álcool, como depressor do SNC, pode também prolongar ou intensificar os episódios depressivos, dificultando o controle emocional e aumentando o risco de recaídas (MARTIN et al., 2017).

A presença de ambos os transtornos torna o tratamento mais complexo, pois o álcool pode interagir com os medicamentos estabilizadores de humor e outros tratamentos psiquiátricos, interferindo na eficácia terapêutica e dificultando a adesão ao tratamento. Além disso, o consumo de álcool pode reduzir a percepção de C.R.M. sobre a gravidade de sua condição, o que dificulta a busca por cuidados médicos adequados e o acompanhamento psiquiátrico.



6. Terapêutica adotada

Diante dos diagnósticos de Transtorno por Uso de Substâncias e Transtorno Afetivo Bipolar, foi implementada uma abordagem terapêutica multidisciplinar, que incluiu intervenções de psicoterapia psiquiátrica, práticas de educação física, estratégias de psicoeducação e tratamento farmacológico.

Com o objetivo de facilitar a compreensão da condução clínica, a prescrição e evolução das medicações serão apresentadas a seguir:

Medicação	Posologia
Haldol 5mg/ml	20 gotas pela manhã - 20 gotas a noite
Diazepam 10mg	01 comprimido de manhã - 01 comprimido a tarde - 01 comprimido a noite
Topiramato 25mg	
Valproato 500mg	
Lítio 300mg	01 comprimido de manhã - 01 comprimido a noite
Neozine 25mg	
Esc 20mg	
Beneum 300mg	01 comprimido a tarde
Citoneurin	01 ampola intramuscular diariamente por 15 dias
Naltrexona 50mg	



7. Coleta de dados

A coleta de dados deste estudo concentrou-se na avaliação clínica e terapêutica do paciente C.R.M., diagnosticado com Transtorno por Uso de Substâncias psicoativas, Transtorno Afetivo Bipolar Tipo II e Transtorno de Personalidade Borderline. As informações foram obtidas por meio da análise detalhada de seu prontuário médico, observações clínicas durante o internato em psiquiatria, registros das intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, além de diálogos estabelecidos diretamente com o paciente ao longo do acompanhamento.

O prontuário permitiu acesso à linha do tempo de evolução dos sintomas, histórico de internações, episódios afetivos e comportamentos impulsivos e autodestrutivos, fortemente relacionados aos transtornos psiquiátricos diagnosticados. As sessões de psicoterapia psiquiátrica ocorreram durante o internato obrigatório realizado no Hospital Maria Cândida Teixeira, no mês de março de 2026, e possibilitaram observações clínicas valiosas quanto à instabilidade emocional, impulsividade, padrões de relacionamento interpessoal e episódios de uso de substâncias, elementos centrais do quadro clínico.

Frente ao diagnóstico complexo envolvendo múltiplos transtornos psiquiátricos, foi instituída uma abordagem terapêutica multidisciplinar, composta por psicoterapia psiquiátrica individual, sessões de educação física voltadas à estabilização do humor e redução da impulsividade, psicoeducação voltada à adesão ao tratamento e manejo das recaídas, além do uso de terapia farmacológica. A sequência e a escolha das medicações adotadas serão apresentadas de forma cronológica neste trabalho, visando melhor compreensão da estratégia terapêutica.

Por fim, foi realizada uma revisão da literatura científica a fim de fundamentar a condução clínica adotada, correlacionando o caso às diretrizes contemporâneas para o manejo do Transtorno por Uso de Substâncias com comorbidade com Transtornos do Espectro Afetivo e de Personalidade. Os dados coletados foram organizados e analisados qualitativamente, destacando-se os aspectos clínicos mais relevantes e a evolução terapêutica de C.R.M., conforme relatado neste artigo.

8. Desenvolvimento

O desenvolvimento do quadro clínico de C.R.M. reflete a interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Desde a adolescência, tem um histórico de uso problemático de substâncias, o que contribui para a desorganização de sua vida social e profissional, além de um prejuízo progressivo em seu funcionamento diário. O início precoce do uso de álcool e cigarro (aos 17 anos) é um fator de risco significativo para a dependência de substâncias e para o desenvolvimento de complicações psiquiátricas associadas (BROWER, 2001).

A separação conjugal há cerca de 10 anos, associada à intensificação do uso de substâncias, pode ter representado um ponto de virada em seu quadro, com aumento da impulsividade, ideação suicida e distúrbios afetivos. A desestruturação familiar pode ser vista como um reflexo de sua dificuldade em manter vínculos afetivos saudáveis, o que é frequentemente observado em indivíduos com transtornos de uso de substâncias e transtornos de humor, como o Transtorno Afetivo Bipolar (SARTOR et al., 2018).

Em termos de déficits cognitivos, o uso crônico de álcool e tabaco pode levar a comprometimentos neuropsicológicos, como problemas de memória, dificuldade de planejamento e desorganização do pensamento. Esses déficits, frequentemente observados em usuários crônicos de substâncias, podem ter um impacto direto na capacidade de manter suas atividades diárias e de tomar decisões racionais, como evidenciado por seus comportamentos impulsivos, como os gastos excessivos e a falta de cuidado com a higiene e aparência pessoal (TARTER et al., 2003).

A relação de C.R.M. com suas filhas e ex-esposa também foi prejudicada, sendo o alcoolismo um dos fatores determinantes dessa desestruturação. Além disso, o uso excessivo de álcool e a instabilidade emocional observada em C.R.M. contribuem para a dificuldade de estabelecer e manter relacionamentos afetivos saudáveis, o que é uma característica comum em indivíduos com transtornos de personalidade ou transtornos de humor, como o Transtorno Afetivo Bipolar (PARKER et al., 2019).

A falta de tratamento psiquiátrico adequado e o abandono do tratamento, como o relato de ter interrompido a medicação há três meses, contribuem para a progressão dos sintomas e o aumento do risco de recaídas. A adesão inadequada ao tratamento é uma característica comum em pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias, pois esses pacientes frequentemente minimizam o impacto da doença ou têm dificuldade em reconhecer a necessidade de tratamento contínuo (SOO et al., 2020).

Além disso, o prejuízo social de C.R.M. é evidente não só pela desestruturação familiar, mas também pela incapacidade de manter um emprego estável, já que o consumo excessivo de álcool provavelmente interfere em sua capacidade de trabalhar e interagir de forma funcional no ambiente profissional. A progressão do quadro de alcoolismo é um fator determinante para o agravamento das consequências sociais e profissionais da doença (BAKER et al., 2021).

Em relação ao tratamento, a internação psiquiátrica involuntária foi uma medida necessária para garantir que C.R.M. recebesse cuidados intensivos e acompanhamento médico adequado. A psicoterapia e a psicoeducação são ferramentas fundamentais para ajudá-lo a entender o impacto do alcoolismo em sua vida e nos relacionamentos, além de promover o desenvolvimento de estratégias para a recuperação e a redução de danos (BECK et al., 2014)



9. Conclusão

A análise do caso clínico de C.R.M. evidencia que a coexistência entre o Transtorno por Uso de Álcool (TUS) e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) configura uma condição de elevada complexidade clínica, marcada por interação bidirecional e agravamento mútuo dos sintomas. A presença dessas duas patologias, iniciadas a partir de um histórico prolongado de consumo abusivo de álcool desde a adolescência, contribui para a manutenção de um quadro instável, no qual alterações de humor, impulsividade e episódios depressivos e maníacos são potencializados pelo uso crônico de substâncias psicoativas.

A literatura científica demonstra que o consumo prolongado de álcool está associado a alterações neurobiológicas significativas, capazes de intensificar desregulações afetivas e comprometer o funcionamento cognitivo. Nesse contexto, observa-se que o abuso de álcool não apenas atua como fator desencadeante ou agravante de episódios de humor, mas também interfere negativamente na adesão terapêutica e na estabilidade clínica do paciente. A comorbidade, portanto, dificulta o manejo clínico, amplia o risco de recaídas e compromete o prognóstico quando não abordada de forma integrada.

Além dos impactos psicopatológicos, destacam-se importantes prejuízos nos domínios social, familiar e cognitivo. A instabilidade emocional associada ao TAB, somada à dependência alcoólica, repercute diretamente nas relações interpessoais, na organização financeira e na capacidade de tomada de decisões. Déficits cognitivos relacionados ao uso crônico de álcool, como prejuízos de memória e funções executivas, agravam ainda mais a vulnerabilidade psicossocial do paciente, reforçando a necessidade de avaliação neuropsicológica sistemática como parte do plano terapêutico.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a adoção de uma abordagem multidisciplinar e integrada, contemplando tratamento farmacológico para estabilização do humor, intervenções psicoterapêuticas estruturadas e estratégias específicas para o manejo da dependência química. Programas de reabilitação psicossocial e suporte familiar também se mostram fundamentais para favorecer a reinserção social e promover maior estabilidade funcional.

A identificação precoce da comorbidade entre Transtornos do Humor e Uso de Substâncias é determinante para o planejamento terapêutico eficaz. Profissionais de saúde devem considerar as interações neurobiológicas e psicossociais envolvidas, a fim de desenvolver intervenções individualizadas e baseadas em evidências. O acompanhamento longitudinal e especializado constitui fator essencial para redução de recaídas e melhora do prognóstico.

Conclui-se, portanto, que a compreensão abrangente da interface entre TUS e TAB é indispensável para a condução clínica adequada. A integração de estratégias terapêuticas, aliada à capacitação contínua dos profissionais de saúde, representa elemento central para minimizar danos, favorecer a estabilidade clínica e promover uma recuperação mais consistente e duradoura.



4. Referências

- AKISKAL, H. S. The bipolar spectrum: New concepts in the epidemiology and diagnosis of bipolar disorder. New York: American Psychiatric Press, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BAKER, A. et al. Alcohol use and social functioning: A longitudinal study of problem drinking. *Alcohol Research & Health*, v. 45, n. 3, p. 112-121, 2021.
- BECK, A. T. et al. Cognitive Therapy of Depression. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2014.
- BROWER, K. J. The role of alcohol in depression: A review of current literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 25, n. 1, p. 16-20, 2001.
- FLOOD, R. et al. Genetic studies in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, v. 198, p. 215-221, 2018.
- GHAEMI, S. N. Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Treatment. 2. ed. New York: W.W. Norton & Company, 2018.
- MARCOS, S. et al. Neurochemistry of alcohol withdrawal syndrome. *Psychiatry Research*, v. 150, n. 2, p. 261-272, 2017.
- MARTIN, C. et al. Alcohol and bipolar disorder: Impact on treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 78, n. 4, p. 544-553, 2017.
- PARKER, G. et al. The long-term outcome of bipolar disorder. *The Lancet Psychiatry*, v. 6, n. 3, p. 234-241, 2019.
- SARTOR, C. E. et al. The association between family history of alcoholism and alcohol dependence: Evidence from a large cohort study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 42, n. 6, p. 1185-1192, 2018.
- SCHUMANN, C. et al. Neurobiology of alcohol use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 43, n. 3, p. 455-466, 2020.
- SOO, S. et al. Barriers to substance use disorder treatment: A review of literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 111, p. 45-58, 2020.
- TARTER, R. E. et al. Neuropsychological impairment and substance use in adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, v. 32, n. 2, p. 154-160, 2003.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018

ESPIRITUALIDADE E MEDICINA: A INTEGRAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE

Jessyka Oliveira Barbosa Batista
João Vitor Campelo Cruz

RESUMO

A espiritualidade tem sido cada vez mais reconhecida como um componente relevante no cuidado em saúde, contribuindo para o bem-estar físico, emocional e social dos pacientes. Este estudo tem como objetivo analisar a influência da espiritualidade no tratamento médico, com base em evidências científicas publicadas nos últimos dez anos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com dados provenientes da base PubMed. Os resultados indicam que a espiritualidade está associada à melhora da qualidade de vida, redução de sintomas de ansiedade e depressão e maior adesão ao tratamento. Conclui-se que a integração da espiritualidade na prática clínica pode contribuir para uma abordagem mais humanizada e integral do paciente.

Palavras-chave: espiritualidade; saúde; medicina; qualidade de vida; tratamento.

Abstract

Spirituality has increasingly been recognized as an important component in healthcare, contributing to patients' physical, emotional, and social well-being. This study aims to analyze the influence of spirituality on medical treatment based on scientific evidence from the last ten years. This is an integrative literature review using PubMed data. Results indicate that spirituality is associated with improved quality of life, reduced anxiety and depression symptoms, and better treatment adherence. It is concluded that integrating spirituality into clinical practice may contribute to a more humanized and holistic patient care.

Keywords: spirituality; health; medicine; quality of life; treatment.



1. INTRODUÇÃO

A relação entre espiritualidade e saúde tem ganhado destaque na literatura científica contemporânea. A espiritualidade, entendida como a busca por sentido, propósito e conexão, vai além da religiosidade e pode influenciar diretamente o processo saúde-doença.

Nos últimos anos, estudos demonstram que fatores espirituais estão associados à melhoria emocional, redução do estresse e maior adesão ao tratamento médico. Além disso, há crescente reconhecimento da necessidade de integrar aspectos espirituais no cuidado clínico, especialmente em pacientes com doenças crônicas ou em cuidados paliativos.

Diante disso, este estudo busca analisar, à luz da literatura recente, a influência da espiritualidade no tratamento médico.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores: spirituality, health, medicine e treatment.

Foram incluídos artigos:

- publicados entre 2016 e 2026;
- disponíveis na íntegra;
- nos idiomas inglês, português ou espanhol.

Foram excluídos estudos anteriores ao período estabelecido e artigos sem relação direta com o tema.

3. Referencial Teórico

A espiritualidade tem sido reconhecida como um componente relevante no cuidado em saúde, especialmente dentro de uma abordagem integral do paciente. Diferentemente da religiosidade formal, a espiritualidade refere-se à busca de sentido, propósito e conexão com valores pessoais, influenciando diretamente o modo como os indivíduos enfrentam processos de adoecimento.

A literatura contemporânea demonstra que a espiritualidade impacta positivamente os desfechos clínicos e psicossociais. Segundo Koenig (2018, p. 22), a espiritualidade está associada a melhores indicadores mentais e maior longevidade, evidenciando sua relação com redução de ansiedade, depressão e maior resiliência diante de doenças.

Nesse contexto, o modelo de cuidado centrado no paciente amplia a compreensão do processo saúde-doença, incluindo dimensões subjetivas e existenciais. Puchalski et al. (2020, p. 1030) afirmam que o cuidado espiritual é parte integrante da prática clínica centrada no paciente, sendo essencial para a promoção de um atendimento humanizado e ético.

No Brasil, essa abordagem é respaldada pela Política Nacional de Humanização, que orienta que o cuidado deve considerar o indivíduo em sua integralidade. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, p. 12), o cuidado deve considerar o sujeito em sua integralidade, incluindo aspectos emocionais, sociais e espirituais.

Além disso, estudos apontam que o suporte espiritual está associado à melhoria da qualidade de vida, principalmente em pacientes com doenças crônicas ou em cuidados paliativos. Balboni et al. (2017, p. 756) demonstram que pacientes com assistência espiritual apresentam melhor enfrentamento do sofrimento e maior bem-estar global.

Dessa forma, a integração da espiritualidade na prática em saúde configura-se como uma estratégia importante para qualificar o cuidado, fortalecendo o vínculo terapêutico e promovendo melhores resultados clínicos. A consideração dessa dimensão contribui para uma assistência mais humanizada, alinhada às necessidades biopsicossociais do paciente.

4. Resultados e discussão

A análise dos estudos selecionados evidencia, de maneira consistente, que a espiritualidade exerce impacto relevante nos desfechos clínicos e psicossociais dos pacientes. Observa-se associação significativa entre práticas espirituais e melhora da qualidade de vida, particularmente nos domínios emocional e social, corroborando achados prévios da literatura (KOE-NIG, 2018).

Além disso, a espiritualidade tem sido descrita como um importante mecanismo de enfrentamento (coping), favorecendo a resignificação do sofrimento e contribuindo para a redução de sintomas de ansiedade e depressão. Esse efeito torna-se especialmente evidente em pacientes com doenças crônicas ou em cuidados paliativos, nos quais o suporte espiritual está associado a maior aceitação da condição clínica e melhor adaptação psicossocial (BALBONI et al., 2017).

Outro aspecto relevante refere-se ao impacto da espiritualidade na relação terapêutica. A literatura sugere que a consideração das necessidades espirituais do paciente fortalece o vínculo com o profissional de saúde, promovendo maior adesão ao tratamento e maior satisfação com a assistência recebida (PUCHALSKI et al., 2020).

Entretanto, apesar das evidências favoráveis, a incorporação da espiritualidade na prática clínica ainda enfrenta limitações, incluindo lacunas na formação dos profissionais de saúde e ausência de diretrizes estruturadas para sua abordagem. No contexto brasileiro, embora a Política Nacional de Humanização reconheça a integralidade do cuidado, observa-se uma distância entre as diretrizes normativas e a prática assistencial (BRASIL, 2017).

Dessa forma, os achados indicam que a espiritualidade deve ser compreendida como um componente legítimo e relevante do cuidado em saúde, cuja integração pode potencializar os resultados terapêuticos e contribuir para a humanização da assistência.



5. Conclusão

A espiritualidade configura-se como um elemento relevante no contexto do cuidado em saúde, influenciando positivamente desfechos clínicos, qualidade de vida e emocional dos pacientes.

Sua integração à prática médica, embora não substitua intervenções clínicas tradicionais, contribui para uma abordagem mais integral, centrada no paciente e alinhada aos princípios da humanização da assistência.

Entretanto, para sua efetiva incorporação, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que incluam a capacitação dos profissionais de saúde e a criação de diretrizes que orientem a abordagem da dimensão espiritual na prática clínica.

6. Referências

BALBONI, Tracy A. et al. Addressing spirituality in serious illness: a critical review of clinical practice guidelines. *JAMA*, Chicago, v. 318, n. 8, p. 754–763, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in Mind-Body Medicine*, New York, v. 32, n. 3, p. 19–26, 2018.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 54, n. 3, p. 199–215, 2019.

MURAKAMI, Roberta; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a espiritualidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361–367, 2018.

PUCHALSKI, Christina M. et al. Spirituality in health: the development of a field. *Journal of Pain and Symptom Management*, New York, v. 59, n. 5, p. 1026–1035, 2020.

SAAD, Marcelo; MEDEIROS, Roberta; MOSINI, Ana Carolina. Espiritualidade e saúde: evidências científicas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–12, 2017.

VANDERWEELE, Tyler J. Religion and health: a synthesis. New York: Oxford University Press, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines on integrated people-centred health services. Geneva: WHO, 2016.

O jiu-jitsu como terapia complementar no âmbito da psiquiatria

Mykael Borges da Silva Cintra - mykaelborges25@gmail.com
Medicina

Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira
Nerópolis, GO, 25 de março de 2026

RESUMO

Os transtornos mentais representam importante causa de morbidade global, exigindo abordagens terapêuticas integradas que associam intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Nesse contexto, práticas corporais estruturadas têm se destacado como estratégias complementares eficazes na promoção da saúde. O jiu-jitsu brasileiro, por integrar componentes físicos, cognitivos e sociais, apresenta potencial terapêutico relevante, especialmente no manejo de sintomas depressivos, ansiosos e relacionados ao estresse. O presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos do jiu-jitsu como terapia complementar no âmbito da psiquiatria, por meio de revisão sistemática da literatura associada a relato de caso clínico. A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO e Google Scholar, incluindo estudos publicados entre 2016 e 2025, em português e inglês, conforme diretrizes do modelo PRISMA. Foram selecionados trabalhos que investigaram a relação entre a prática do jiu-jitsu e desfechos mentais. Os resultados indicam que a prática regular está associada à redução de sintomas depressivos e ansiosos, melhora da regulação emocional, aumento da resiliência e maior satisfação com a vida. Em populações expostas a eventos traumáticos, observaram-se ainda efeitos positivos na diminuição de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e no estímulo ao crescimento pós-traumático. O relato de caso analisado reforça esses achados, evidenciando melhora clínica progressiva após a introdução da prática. Conclui-se que o jiu-jitsu constitui uma estratégia complementar promissora no tratamento de transtornos psiquiátricos, atuando por meio de mecanismos neurobiológicos e psicossociais. Contudo, sua aplicação deve ser integrada ao tratamento convencional, sendo necessários estudos com maior rigor metodológico para consolidação das evidências.

Palavras-chave: Atividade física. Jiu-jitsu. Psiquiatria. Terapia complementar.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais configuram-se como uma das principais causas de incapacidade e perda de qualidade de vida em escala global, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde contemporâneos. Condições como transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) apresentam elevada prevalência, curso frequentemente crônico e impacto substancial na funcionalidade biopsicossocial dos indivíduos. Além disso, tais transtornos estão associados a aumento da morbimortalidade, incluindo maior risco de suicídio, o que reforça a necessidade de estratégias terapêuticas eficazes e abrangentes (WEINBERGER; BURRASTON, 2022).

Tradicionalmente, o tratamento psiquiátrico baseia-se na combinação entre psicoterapia e farmacoterapia. Embora essas abordagens apresentem eficácia comprovada, observa-se que uma parcela significativa dos pacientes não atinge remissão completa dos sintomas ou apresenta adesão limitada ao tratamento, seja por efeitos adversos medicamentosos, estigma social ou dificuldades de acesso aos serviços especializados. Nesse contexto, cresce o interesse por intervenções complementares que possam atuar de maneira integrada, ampliando os efeitos terapêuticos e promovendo maior engajamento dos pacientes (CHANNON et al., 2025).

Dentre essas intervenções, a prática de atividade física tem sido amplamente estudada, evidenciando benefícios consistentes na mente. Estudos recentes demonstram que o exercício físico regular está associado à redução de sintomas depressivos e ansiosos, melhora da qualidade do sono, aumento da autoestima e promoção do bem-estar geral. Tais efeitos são mediados por mecanismos neurobiológicos, como a modulação de neurotransmissores e a redução de processos inflamatórios, além de fatores psicossociais, como a interação interpessoal e o senso de pertencimento (DE LORENCO-LIMA et al., 2025).

Entretanto, nem todas as modalidades de exercício produzem os mesmos efeitos. Nesse sentido, as artes marciais, especialmente aquelas que envolvem contato físico controlado e resolução estratégica de problemas, têm despertado interesse crescente no campo da psiquiatria. O jiu-jitsu brasileiro (Brazilian Jiu-Jitsu – BJJ) destaca-se como uma prática singular, caracterizada por movimentos técnicos de alavanca, imobilização e submissão, nos quais a técnica e o controle emocional frequentemente se sobrepõem à força física bruta.

Além do componente físico, o jiu-jitsu envolve exigências cognitivas complexas, como tomada de decisão rápida, planejamento estratégico e adaptação a situações imprevisíveis. Durante os treinos e combates simulados, os praticantes são constantemente expostos a cenários de estresse controlado, o que demanda regulação emocional, tolerância à frustração e capacidade de manter o raciocínio sob pressão. Esses aspectos são particularmente relevantes no contexto psiquiátrico, uma vez que muitos transtornos mentais estão associados a déficits nesses domínios (CHANNON et al., 2025).

Outro elemento fundamental do jiu-jitsu refere-se ao seu caráter social e estruturado. A prática ocorre, em geral, em ambientes coletivos organizados, nos quais há hierarquia definida por graduações (faixas), normas de conduta e forte incentivo à cooperação e ao respeito mútuo. Esse ambiente pode favorecer a construção de vínculos interpessoais, o fortalecimento da identidade social e a redução do isolamento, fatores frequentemente comprometidos em indivíduos com transtornos mentais (WEINBERGER; BURRASTON, 2022).

Adicionalmente, a progressão no jiu-jitsu é gradual e baseada no mérito técnico, o que proporciona ao praticante uma percepção contínua de evolução pessoal. Esse processo pode contribuir significativamente para o aumento da autoestima, da autoeficácia e do senso de propósito, elementos centrais na recuperação de pacientes com depressão e outros transtornos psiquiátricos (DE LORENCO-LIMA et al., 2025).

Evidências científicas recentes reforçam esse potencial terapêutico. Estudos observacionais e ensaios clínicos preliminares indicam que praticantes de jiu-jitsu apresentam níveis mais elevados de resiliência, autocontrole e satisfação com a vida, além de menor prevalência de sintomas depressivos e ansiosos quando comparados a indivíduos sedentários ou praticantes de outras modalidades esportivas (DE LORENCO-LIMA et al., 2025). Ademais, em populações expostas a eventos traumáticos, como veteranos de guerra, a prática do jiu-jitsu tem sido associada à redução significativa dos sintomas de TEPT e ao aumento do chamado crescimento pós-traumático, caracterizado pela ressignificação positiva da experiência traumática (CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, 2025).

Do ponto de vista neuropsiquiátrico, esses benefícios podem ser explicados por uma interação complexa entre mecanismos biológicos, psicológicos e sociais. A prática regular favorece a modulação de sistemas neurotransmissores, a redução da hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o aumento da neuroplasticidade cerebral. Simultaneamente, promove o desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais que atuam como fatores protetores contra o adoecimento mental (WEINBERGER; BURRASTON, 2022).

Apesar dos resultados promissores, a literatura ainda apresenta limitações importantes, como a heterogeneidade metodológica dos estudos, o número reduzido de ensaios clínicos randomizados e a predominância de delineamentos observacionais. Dessa forma, torna-se necessária a realização de investigações mais robustas que permitam consolidar o papel do jiu-jitsu como intervenção terapêutica complementar no campo da psiquiatria.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão sistemática da literatura associada a um relato de caso clínico, os efeitos do jiu-jitsu brasileiro como ferramenta complementar no tratamento de transtornos psiquiátricos, explorando seus

2. Metodologia e Coleta de Dados

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão sistemática da literatura associada à apresentação de um relato de caso clínico, com o objetivo de analisar o papel do jiu-jitsu brasileiro como terapia complementar no âmbito da psiquiatria. A condução da revisão seguiu, de forma adaptada, as recomendações do protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), visando garantir maior rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade na seleção dos estudos (MOHER et al., 2009).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar, contemplando artigos publicados entre os anos de 2016 e 2025, nos idiomas português e inglês. Foram utilizados descritores previamente definidos e combinados por meio de operadores booleanos, incluindo os termos “Brazilian jiu-jitsu”, “mental health”, “psychiatry”, “martial arts” e “post-traumatic stress disorder”, bem como suas correspondentes traduções para o português. A estratégia de busca foi estruturada de modo a abranger estudos que investigassem a relação entre a prática do jiu-jitsu e desfechos mentais.

Após a identificação inicial dos estudos, procedeu-se à triagem por meio da leitura dos títulos e resumos, seguida da análise do texto completo daqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos estudos originais, ensaios clínicos, estudos observacionais e revisões sistemáticas que abordassem diretamente os efeitos do jiu-jitsu ou de artes marciais com características semelhantes sobre variáveis psiquiátricas, tais como sintomas depressivos, ansiedade, estresse e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Foram excluídos trabalhos duplicados, estudos com baixa qualidade metodológica, publicações fora do período estabelecido, bem como aqueles que não apresentavam relação direta com o tema proposto.

A extração dos dados foi realizada de forma sistematizada, contemplando informações como ano de publicação, delineamento do estudo, características da amostra, instrumentos utilizados para avaliação psiquiátrica e principais desfechos observados. Posteriormente, os dados foram analisados de maneira descritiva e comparativa, permitindo a identificação de padrões, convergências e lacunas na literatura científica (DE LORENCO-LIMA et al., 2025; CHANNON et al., 2025).

Paralelamente à revisão sistemática, foi incluído um relato de caso clínico com o intuito de ilustrar, na prática, os efeitos do jiu-jitsu como intervenção complementar no tratamento psiquiátrico. O caso foi selecionado com base em sua relevância clínica e evolução significativa após a introdução da prática, respeitando os princípios éticos, incluindo a preservação da identidade do paciente e a confidencialidade das informações. Dessa forma, a combinação entre revisão sistemática e relato de caso permitiu não apenas a análise das evidências disponíveis na literatura, mas também a contextualização prática dos achados, contribuindo para uma compreensão mais abrangente do potencial terapêutico do jiu-jitsu no campo da psiquiatria.

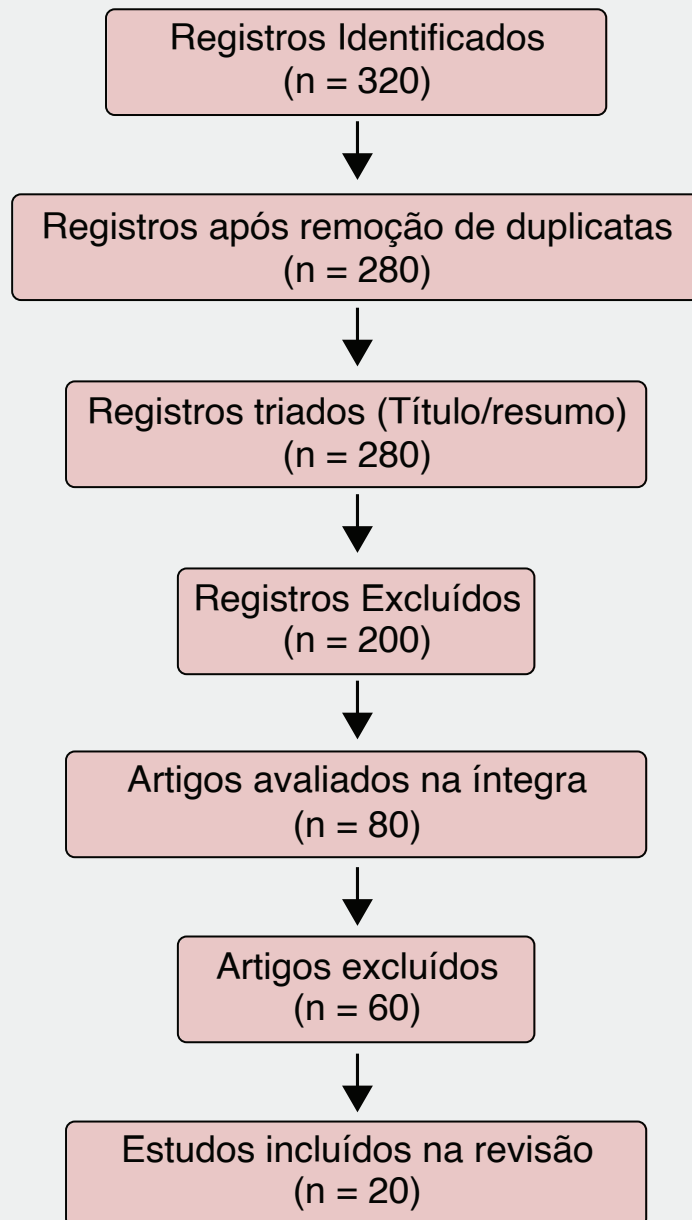


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos PRISMA. Fonte: Dados elaborados pelos autores (2026).

As informações descritas neste relato de caso foram coletadas no decorrer do estágio curricular obrigatório do internato médico, etapa integrante da formação acadêmica em Medicina. A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre 02 de março de 2026 e 25 de março de 2026.

Durante esse período, os internos de medicina estiveram imersos nas atividades do Hospital Maria Cândida Teixeira, onde tiveram a oportunidade de interagir diretamente com os pacientes. Essa experiência incluiu também a participação em discussões conduzidas por um grupo de psiquiatras, nas quais eram abordados aspectos como o histórico dos pacientes, a gestão dos casos clínicos e a evolução dos transtornos psiquiátricos. Essa abordagem garantiu uma coleta de dados abrangente e detalhada, essencial para a análise dos casos clínicos.

3. Desenvolvimento

3.1. O funcionamento do jiu-jitsu brasileiro

O jiu-jitsu brasileiro (Brazilian Jiu-Jitsu – BJJ) é uma arte marcial e modalidade esportiva caracterizada pelo predomínio de técnicas de alavanca, controle corporal e submissão, na qual o objetivo central consiste em dominar o oponente por meio de estratégias biomecânicas, independentemente de diferenças de força ou tamanho físico. Sua estrutura técnica e filosófica baseia-se no princípio de que um indivíduo pode neutralizar um adversário fisicamente mais forte utilizando eficiência mecânica, posicionamento adequado e controle emocional (BU et al., 2016; WOODWARD, 2019).

A prática do jiu-jitsu ocorre predominantemente em ambiente controlado, como academias especializadas, e é composta por dois momentos principais: o treinamento técnico e o combate simulado, conhecido como sparring ou “rolagem”. No treinamento técnico, os praticantes aprendem e repetem movimentos específicos, como quedas, passagens de guarda, raspagens, imobilizações e finalizações, com foco na precisão, coordenação motora e compreensão estratégica das posições. Já no combate simulado, os praticantes aplicam essas técnicas de forma dinâmica contra um oponente que oferece resistência, permitindo o desenvolvimento de habilidades táticas e adaptativas (VERTONGHEN; THEEBOOM, 2016; MOYA et al., 2017).

O sistema de combate do jiu-jitsu é estruturado em torno de posições hierarquicamente organizadas, nas quais cada configuração corporal oferece diferentes graus de vantagem ou desvantagem. Entre as principais posições, destacam-se a guarda, a montada, o controle lateral e as posições de costas. A guarda, por exemplo, consiste na posição em que o praticante se encontra deitado de costas, utilizando as pernas para controlar o adversário, enquanto a montada representa uma posição de domínio superior, na qual o praticante se encontra sobre o tronco do oponente, com maior controle e possibilidade de ataque (CHAN-NON et al., 2025).

As finalizações constituem o elemento central do jiu-jitsu e têm como objetivo levar o oponente à desistência (tap out), por meio da aplicação de técnicas de estrangulamento ou chaves articulares. Os estrangulamentos atuam sobre o fluxo sanguíneo ou aéreo, promovendo interrupção temporária da circulação cerebral, enquanto as chaves articulares aplicam pressão sobre articulações como cotovelos, ombros e joelhos. Importante destacar que, no contexto esportivo e de treinamento, essas técnicas são realizadas de forma controlada, com o praticante sinalizando a desistência antes que ocorra qualquer dano físico (SANTOS et al., 2024).

Um aspecto fundamental do funcionamento do jiu-jitsu é o seu caráter progressivo e hierárquico, representado pelo sistema de graduações (faixas), que indica o nível técnico e a experiência do praticante. Esse sistema promove motivação contínua e senso de progressão, uma vez que o avanço depende do domínio técnico, da disciplina e do tempo de prática. Além disso, o ambiente de treinamento valoriza princípios como respeito, cooperação e disciplina, contribuindo para a formação não apenas física, mas também ética e comportamental do praticante (VERTONGHEN; THEEBOOM, 2016).

Do ponto de vista fisiológico, o jiu-jitsu é uma atividade de alta intensidade intermitente, que combina esforços anaeróbicos e aeróbicos, promovendo melhora do condicionamento físico, força muscular, flexibilidade e resistência cardiovascular. Simultaneamente, exige elevado nível de concentração, tomada de decisão rápida e regulação emocional, especialmente em situações de pressão durante o combate (MOORE et al., 2021; SCHUCH et al., 2018).

Adicionalmente, o jiu-jitsu apresenta forte componente cognitivo e psicológico. Durante a prática, o indivíduo é constantemente desafiado a resolver problemas complexos em tempo real, antecipar movimentos do oponente e adaptar suas estratégias conforme o contexto. Esse processo favorece o desenvolvimento de habilidades como raciocínio estratégico, autocontrole, tolerância à frustração e resiliência, fatores associados à melhora mental (DE LORENCO-LIMA et al., 2025; ZETOU et al., 2021).

Outro elemento relevante refere-se à interação social inerente à prática. O treinamento ocorre em ambiente coletivo, no qual há constante troca de experiências entre praticantes de diferentes níveis, promovendo aprendizado colaborativo e fortalecimento de vínculos interpessoais. Esse aspecto é particularmente importante no contexto mental, pois contribui para a redução do isolamento social e para o aumento do senso de pertencimento (WEINBERGER; BURRSTON, 2022; GONÇALVES et al., 2019).

Portanto, o jiu-jitsu brasileiro configura-se como uma prática complexa e multifacetada, que integra dimensões físicas, cognitivas e psicossociais. Seu funcionamento baseia-se não apenas na execução de técnicas de combate, mas também no desenvolvimento progressivo de habilidades que transcendem o âmbito esportivo, podendo exercer impacto mental significativo e na qualidade de vida dos praticantes (FLEMING; CAMPBELL, 2020; ROSENBAUM et al., 2020).

3.2. Diagnóstico

No âmbito da psiquiatria, o diagnóstico dos transtornos mentais é fundamentado em critérios clínicos padronizados, sendo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5) a principal referência internacional. Os estudos analisados nesta revisão concentraram-se, predominantemente, em quatro grandes categorias diagnósticas: transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtornos relacionados ao estresse (WEINBERGER; BURRSTON, 2022).

O transtorno depressivo maior caracteriza-se por humor deprimido persistente, anedonia, alterações do sono, fadiga, sentimentos de inutilidade e prejuízo funcional significativo. Já os transtornos de ansiedade envolvem hiperativação fisiológica, preocupação excessiva e sintomas somáticos, como taquicardia e tensão muscular. O TEPT, por sua vez, está associado à exposição a eventos traumáticos, com sintomas de revivência, esquiva, alterações cognitivas e hiperexcitabilidade (CHANNON et al., 2025).

A mensuração dos sintomas nos estudos incluídos foi realizada por meio de instrumentos validados, como:

- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para depressão
- Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) para ansiedade
- PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) para TEPT

Além disso, escalas psicométricas de resiliência, autocontrole e qualidade de vida foram amplamente utilizadas, permitindo uma avaliação mais abrangente do funcionamento psicológico (DE LORENCO-LIMA et al., 2025).

Um achado relevante refere-se à associação entre maior tempo de prática no jiu-jitsu e melhores indicadores mentais. Indivíduos com maior graduação (faixas mais altas) apresentaram níveis significativamente superiores de autocontrole e resiliência, fatores protetores contra o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (DE LORENCO-LIMA et al., 2025).

Adicionalmente, estudos com populações específicas, como veteranos com TEPT, demonstraram redução significativa dos sintomas após a inserção do jiu-jitsu como intervenção complementar, sugerindo impacto positivo não apenas no quadro clínico, mas também na reintegração social desses indivíduos (CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, 2025).

Portanto, embora o jiu-jitsu não atue diretamente como ferramenta diagnóstica, sua prática está associada a melhora em parâmetros clínicos relevantes, sendo útil como indicador indireto de evolução terapêutica.

3.3. Fisiopatologia

A compreensão dos efeitos do jiu-jitsu na mente exige uma análise integrada dos mecanismos neurobiológicos, psicofisiológicos e psicossociais envolvidos.

Do ponto de vista neurobiológico, a prática regular de atividade física está associada à modulação de neurotransmissores centrais, especialmente serotonina, dopamina e noradrenalina, os quais desempenham papel fundamental na regulação do humor e das emoções. O aumento desses neurotransmissores contribui para a redução de sintomas depressivos e ansiosos (DE LORENCO-LIMA et al., 2025).

Adicionalmente, observa-se redução dos níveis de cortisol, principal hormônio relacionado ao estresse, o que favorece a diminuição da hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), frequentemente desregulado em transtornos como ansiedade e TEPT (WEINBERGER; BURRASTON, 2022).

Outro aspecto relevante é o aumento da neuroplasticidade cerebral, mediado pela elevação do fator neurotrófico derivado do cérebro (Brain-Derived Neurotrophic Factor – BDNF), promovendo melhora da função cognitiva, aprendizado e adaptação emocional (CHANNON et al., 2025).

No âmbito psicofisiológico, o jiu-jitsu se diferencia por envolver situações de estresse controlado, nas quais o praticante é exposto a desafios físicos e emocionais intensos, como imobilizações e simulações de combate. Esse processo favorece a dessensibilização progressiva ao estresse e o aprimoramento da regulação emocional, mecanismos fundamentais no tratamento de transtornos ansiosos e do TEPT (WEINBERGER; BURRASTON, 2022).

Do ponto de vista psicológico, a prática promove o desenvolvimento de habilidades como:

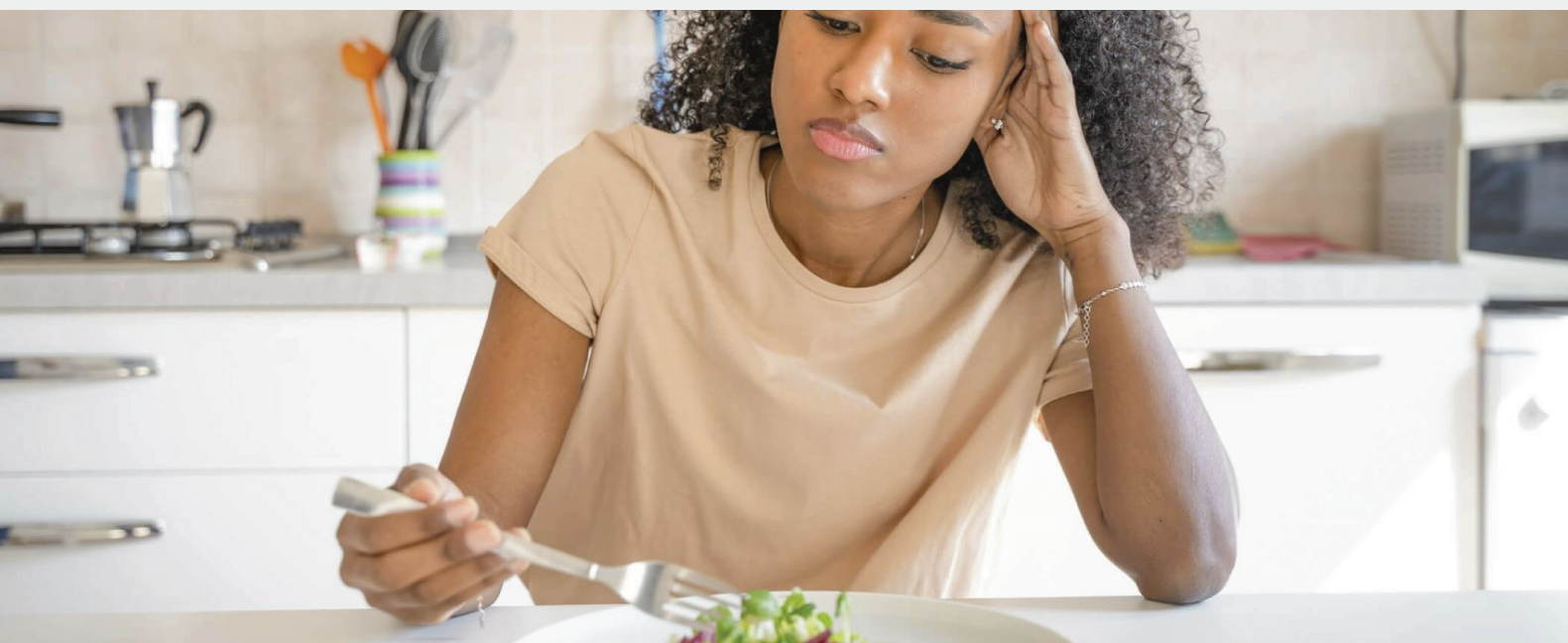
- Autocontrole
- Tolerância à frustração
- Resiliência
- Autoconfiança

Esses fatores atuam como importantes elementos protetores contra o adoecimento mental (DE LORENCO-LIMA et al., 2025).

Ademais, o componente social do jiu-jitsu exerce papel central. A inserção em um grupo estruturado, com normas, hierarquia e apoio mútuo, contribui para a construção de vínculos interpessoais e senso de pertencimento, reduzindo o isolamento social frequentemente observado em pacientes psiquiátricos (CHANNON et al., 2025).

Em indivíduos com histórico de trauma, como no TEPT, a prática pode ainda favorecer o chamado crescimento pós-traumático, caracterizado pela ressignificação da experiência traumática e fortalecimento psicológico subsequente (CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, 2025).

Portanto, os efeitos terapêuticos do jiu-jitsu resultam da interação complexa entre mecanismos biológicos, psicológicos e sociais, reforçando seu potencial como intervenção complementar no tratamento de transtornos psiquiátricos.



3.4. Discussão

O paciente L.A.P, objeto do relato de caso, foi internado no ano de 2025, em 05 de fevereiro, há um ano, sendo essa sua quinta internação, as anteriores ocorreram tanto no Hospital Maria Cândida Teixeira (HMCT) quanto em outras instituições do estado. A internação ocorreu de forma compulsória. A internação ocorreu com o paciente sendo conduzida até o hospital pela mãe. O motivo da internação foi a dependência de drogas e suas repercussões na vida do paciente e daqueles próximos a ele.

O paciente do sexo masculino, 26 anos, solteiro, cristão, natural e procedente de Nerópolis - GO, ensino médio incompleto - cursou até o 1º ano -, desempregado. Paciente relatou no momento da internação que o hábito com substâncias lícitas e ilícitas, se iniciaram aos 13 anos de idade, sempre teve mais preferência por maconha e cocaína, e álcool nos finais de semanas quando frequentava festas.

Ao interrogar a mãe quanto ao ambiente familiar, ela pontua um ambiente conturbado marcado por violência e vícios. Conta que o pai faleceu há 6 anos, morto pelo ex-namorado da sua irmã que não aceitou o fim do relacionamento, após vários golpes de faca, o responsável não foi condenado e vive atualmente no interior de Goiás. Seu irmão mais velho está preso por homicídio há 7 anos. Após o incidente com o pai, o paciente entrou em depressão e teve o primeiro 'surto' com drogas, não aceitando medicações, acarretando as diversas internações prévias.

Quanto ao histórico perinatal-infância, a mãe informa que o mesmo nasceu à termo, parto normal, sem intercorrências. Não apresentou atrasos no DNPM, sempre foi uma criança alegre e tranquila, brincava com outras crianças da mesma idade e boa socialização com os 2 irmãos. Já em relação aos antecedentes médicos, nega hipertensão, diabetes, infecções sexualmente transmissíveis, trauma cranioencefálico, acidentes vasculares e cirurgias. Na história psiquiátrica pregressa, sua última internação foi no HMCT, no qual, permaneceu 1 ano e 3 meses. Além de outras duas internações em Goiânia e uma em Anápolis, mãe afirma não se lembrar do nome das clínicas. Sua última prescrição médica constava: lítio 300 mg, duas vezes ao dia; clonazepam 2 mg, uma vez ao dia; quetiapina 25 mg, uma vez ao dia; clorpromazina 100 mg, três vezes ao dia.

O protocolo inicial de internações psiquiátricas requer a realização de um exame do estado mental do paciente. O exame do estado mental, realizado no momento da internação, constatou: idade aparente semelhante à cronológica, vestes adequadas para o clima e ocasião, com higiene e autocuidados totalmente prejudicados. sem ideação e planejamento suicida, lúcido, desperto, hipervigil, hipotenaz, orientação alopsíquica e autopsíquica presentes, memória retrógrada e anterógrada sem alterações, com psicomotricidade aumentada, com delírios do tipo persecutório e alucinações, pensamento desorganizado sem seguir uma linha racional, hipertímico e pueril, afeto congruente ao humor, com insight totalmente ausente de sua patologia. No exame físico, a paciente se apresentava em bom estado geral, normocorado, acianótico, anictérico, hidratado e sem alterações respiratórias, cardiovasculares ou abdominais.

A partir do histórico pregresso do paciente, foram levantadas as seguintes hipóteses diagnósticas: Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno por Uso de Substâncias. Como conduta, a equipe médica do HMCT internou o paciente, solicitaram exames laboratoriais e toxicológicos, o levaram para a sala de observação e otimizaram sua prescrição médica, iniciaram terapias complementares - psicoterapia, psicoeducação, fisioterapia e atividade física -. A acompanhante foi orientada quanto ao quadro do paciente e tratamento que iria receber na instituição.

A terapêutica adotada no Hospital Maria Cândida Teixeira caracteriza-se por uma abordagem multidisciplinar, formada por pilares psiquiátricos, farmacológicos, enfermagem especializada, intervenções psicoterapêuticas (como a terapia cognitivo-comportamental), além de diversas atividades complementares, como jiu-jitsu e muay thai, que visam à reabilitação integral do paciente. Atualmente, o paciente está em uso de: lítio 300 mg, valproato de sódio 500 mg, biperideno 25 mg, prometazina 25 mg, clonazepam 2 mg, diazepam 10 mg, clozapina 25 mg e ácido fólico 5 mg.

Em conversas diárias com a equipe médica, o paciente relatava sintomas persistentes de anedonia, isolamento social e baixa autoestima. Foi introduzida a prática de jiu-jitsu como terapia complementar, com frequência de três vezes por semana. Após três meses, observou-se: redução significativa dos sintomas ansiosos, melhora do humor e da disposição, aumento da interação social. E após seis meses: melhora da autoestima, redução da necessidade de isolamento, adesão mais consistente ao tratamento medicamentoso.

A análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, associada ao relato de caso apresentado, reforça o potencial do jiu-jitsu brasileiro como intervenção complementar eficaz no manejo de transtornos psiquiátricos. De forma consistente, a literatura aponta que a prática regular desta modalidade está associada à redução de sintomas depressivos e ansiosos, melhora da regulação emocional e fortalecimento de habilidades psicológicas, como resiliência e autocontrole (DE LORENCO-LIMA et al., 2025; KANDOLA et al., 2020). Esses achados encontram correspondência direta na evolução clínica observada no paciente descrito, o qual apresentou melhora progressiva após a introdução do jiu-jitsu como estratégia adjuvante ao tratamento convencional.

Inicialmente, o paciente apresentava quadro compatível com transtorno depressivo associado à ansiedade, caracterizado por anedonia, isolamento social e baixa autoestima. Após o início da prática regular de jiu-jitsu, observou-se, em curto prazo, redução significativa dos sintomas ansiosos e melhora do humor, o que pode ser explicado, em parte, pelos efeitos neurobiológicos do exercício físico, como a modulação de neurotransmissores relacionados ao bem-estar, incluindo serotonina e dopamina (SCHUCH et al., 2018). Além disso, o engajamento em uma atividade estruturada e desafiadora contribuiu para a redução de padrões de pensamento disfuncionais, frequentemente presentes em quadros depressivos e hipomaníacos.

Com a continuidade da prática, tornou-se evidente o impacto positivo sobre aspectos psicossociais. O ambiente coletivo do jiu-jitsu favoreceu a reintegração social do paciente, reduzindo o isolamento previamente relatado e promovendo o desenvolvimento de vínculos interpessoais. Esse fator é amplamente descrito na literatura como um dos principais mediadores da melhora mental, especialmente em indivíduos com transtornos depressivos (VERTONGHEN; THEEBOOM, 2016; WEINBERGER; BURRASTON, 2022).

Outro aspecto relevante observado no caso foi o aumento progressivo da autoestima e da autoeficácia. A evolução técnica dentro da prática, associada ao sistema de graduações, proporcionou ao paciente uma percepção concreta de progresso pessoal, contribuindo para a reconstrução da identidade e do senso de capacidade. Estudos indicam que essa percepção de domínio e conquista está diretamente relacionada à melhora de sintomas depressivos e ao fortalecimento da resiliência (DE LORENCO-LIMA et al., 2025).

Adicionalmente, o jiu-jitsu demonstrou impacto significativo na regulação emocional do paciente. Durante os treinos, a exposição a situações de estresse controlado, como o enfrentamento físico em ambiente seguro, exigiu o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento, incluindo controle da impulsividade e tolerância à frustração. Esse processo, descrito na literatura como dessensibilização progressiva ao estresse, contribui para a melhora de quadros ansiosos e para o aumento da estabilidade emocional (ZETOU et al., 2021).

Ao longo do acompanhamento, observou-se também melhora na adesão ao tratamento psiquiátrico global. O engajamento em uma atividade significativa parece ter aumentado a motivação do paciente para manter o uso regular da medicação e participar de outras intervenções terapêuticas. Esse efeito indireto é particularmente relevante, uma vez que a adesão ao tratamento constitui um dos principais desafios na prática clínica em psiquiatria.

A evolução favorável do caso analisado encontra respaldo em estudos que investigam o impacto do jiu-jitsu em populações com sofrimento psíquico, incluindo indivíduos com histórico de trauma. Nesses contextos, a prática tem sido associada não apenas à redução de sintomas, mas também ao desenvolvimento de crescimento pós-traumático, caracterizado pela ressignificação positiva das experiências adversas e pelo fortalecimento psicológico (CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, 2025).

Entretanto, é importante destacar que os resultados observados devem ser interpretados à luz das limitações inerentes ao delineamento de relato de caso, o qual não permite generalizações amplas. Ainda assim, quando analisado em conjunto com as evidências da literatura, o caso apresentado contribui para a compreensão do jiu-jitsu como uma intervenção complementar promissora, especialmente quando inserida em um contexto terapêutico multidisciplinar.

Dessa forma, a integração entre os achados da revisão sistemática e a evolução clínica do paciente sugere que o jiu-jitsu pode desempenhar papel relevante no tratamento de transtornos psiquiátricos, atuando de maneira sinérgica com abordagens tradicionais. Sua capacidade de promover benefícios simultaneamente em níveis biológicos, psicológicos e sociais reforça seu potencial como ferramenta terapêutica inovadora e alinhada às demandas contemporâneas da psiquiatria.



4. Conclusão

Os achados desta revisão sistemática, aliados ao relato de caso apresentado, indicam que o jiu-jitsu brasileiro constitui uma estratégia promissora como terapia complementar no campo da psiquiatria. A prática esteve associada à redução de sintomas depressivos e ansiosos, melhora da regulação emocional, aumento da resiliência e fortalecimento de indicadores positivos de cuidado com a mente (DE LORENCO-LIMA et al., 2025; WEINBERGER; BURRASTON, 2022).

Tais benefícios parecem resultar da interação entre mecanismos neurobiológicos, psicológicos e sociais, incluindo modulação de neurotransmissores, redução do estresse fisiológico e desenvolvimento de habilidades como autocontrole e tolerância à frustração, além do fortalecimento de vínculos sociais (CHANNON et al., 2025). Em populações expostas a trauma, observa-se ainda potencial impacto na redução de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e no estímulo ao crescimento pós-traumático (CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, 2025).

O relato de caso corrobora esses achados, evidenciando melhora clínica progressiva após a introdução da prática como intervenção complementar, incluindo maior adesão ao tratamento e melhora da funcionalidade global.

Entretanto, ressalta-se que o jiu-jitsu não substitui o tratamento psiquiátrico convencional, devendo ser utilizado como recurso adjuvante em abordagens multidisciplinares. Além disso, limitações metodológicas da literatura, como predominância de estudos observacionais e amostras reduzidas, indicam a necessidade de pesquisas futuras mais robustas.

Dessa forma, conclui-se que o jiu-jitsu apresenta potencial relevante como ferramenta complementar no tratamento de transtornos psiquiátricos, embora sua aplicação deva ser criteriosa e sustentada por evidências científicas em expansão.

5. Referências

- BU, B. et al. Effects of martial arts on physical and mental health: systematic review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2016.
- CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE. The impact of regular participation in jiu-jitsu on PTSD symptoms and resilience. Oxford, 2025.
- CHANNON, A. et al. Mental health outcomes in Brazilian jiu-jitsu practitioners compared to other training modalities: a mixed-methods study. Martial Arts Studies, 2025.
- DE LORENCO-LIMA, L. et al. Aggression, self-control, life satisfaction, and resilience as predictors of mental health in Brazilian jiu-jitsu athletes. Frontiers in Sports and Active Living, v. 7, 2025.
- DE LORENCO-LIMA, L. et al. Rank-based psychological characteristics in Brazilian jiu-jitsu athletes. Journal of Functional Morphology and Kinesiology, v. 10, 2025.
- FLEMING, K. M.; CAMPBELL, M. Effects of martial arts on mental health in adults: a systematic review. Journal of Behavioral Health, v. 9, 2020.
- GONÇALVES, R. et al. Artes marciais e saúde mental: revisão integrativa. Revista Brasileira de Psicologia do Esporte, v. 13, 2019.
- KANDOLA, A. et al. Exercise interventions and anxiety symptoms: systematic review. Depression and Anxiety, v. 37, 2020.
- LUNDQVIST, C. et al. Combat sports and mental health: psychological benefits. Sports Psychiatry, v. 2, 2023.
- MOORE, B. et al. Physical activity and mental health: mechanisms and clinical implications. The Lancet Psychiatry, v. 8, 2021.
- MOYA, J. et al. Effects of martial arts training on mental health outcomes: a systematic review. Sports Medicine, v. 47, 2017.
- ROSENBAUM, S. et al. Physical activity interventions for people with mental illness. The Lancet Psychiatry, v. 7, 2020.
- SANTOS, S. P. et al. Epidemiology of injuries in jiu-jitsu practitioners: an integrative review. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 59, 2024.

SCHUCH, F. B. et al. Physical activity and incident depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, v. 175, 2018.

SILVA, A. C. et al. Atividade física e saúde mental no Brasil: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020.

STREETER, C. C. et al. Effects of yoga and physical activity on neurotransmitters and mood. *Medical Hypotheses*, v. 78, 2017.

VERTONGHEN, J.; THEEBOOM, M. The social-psychological outcomes of martial arts practice among youth: a review. *Journal of Sports Science & Medicine*, v. 9, 2016.

WEINBERGER, K.; BURRASTON, T. Benefits of Brazilian jiu-jitsu in managing post-traumatic stress disorder. *Journal of Community Engagement and Scholarship*, v. 15, n. 2, 2022.

WOODWARD, T. W. A review of the effects of martial arts practice on health. *Wisconsin Medical Journal*, v. 108, 2019.

ZETOU, E. et al. Martial arts training and emotional regulation: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, v. 12, 2021



**A importância da psicoterapia no
Transtorno de Personalidade Borderline
Davi Abrantes Rosique e Estevão Camelo de Oliveira Filho
davirosique12@gmail.com**

**Medicina - UNIFAN
Hospital Maria Cândida Teixeira**

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição psiquiátrica complexa, caracterizada por instabilidade emocional, impulsividade, distorções na autoimagem e padrões de relacionamento interpessoais intensos e instáveis. Essa condição está associada a elevado sofrimento psíquico, comportamentos autolesivos e risco de suicídio, além de impactos significativos na funcionalidade social e ocupacional. Diante desse contexto, a psicoterapia emerge como a principal modalidade de tratamento, sendo fundamental para a promoção de mudanças estruturais no funcionamento emocional, cognitivo e interpessoal do paciente. Abordagens como a Terapia Comportamental Dialética (DBT), a Terapia Baseada em Mentalização (MBT), a Terapia Focada na Transferência (TFP) e a Terapia do Esquema demonstram eficácia na redução de comportamentos autodestrutivos, na melhora da regulação emocional, no fortalecimento da identidade e no desenvolvimento de habilidades interpessoais. Além disso, a psicoterapia contribui para maior adesão ao tratamento, engajamento do paciente e promoção de uma qualidade de vida mais satisfatória. O presente estudo destaca a relevância das intervenções psicoterapêuticas estruturadas e baseadas em evidências no manejo do TPB, reforçando a importância de estratégias centradas no paciente e em abordagens integradas que considerem tanto os aspectos clínicos quanto as dimensões subjetivas do transtorno.

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, psicoterapia, DBT, MBT, TFP, Terapia do Esquema, regulação emocional.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) configura-se como uma condição psiquiátrica de elevada complexidade clínica, caracterizada por um padrão persistente de instabilidade emocional, impulsividade acentuada, relações interpessoais intensas e caóticas, além de distorções marcantes na autoimagem e no senso de identidade. Trata-se de um transtorno que envolve múltiplas dimensões do funcionamento psíquico, incluindo aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais, o que contribui para sua heterogeneidade e para os desafios inerentes ao seu manejo clínico.

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que a prevalência do TPB na população geral situe-se entre 1% e 2%, podendo alcançar índices significativamente mais elevados em populações clínicas, especialmente em serviços e unidades psiquiátricas. Essa maior prevalência em contextos assistenciais está associada à gravidade dos sintomas e ao impacto funcional do transtorno, que frequentemente leva os indivíduos a buscarem atendimento especializado. Além disso, o TPB está fortemente associado a elevado sofrimento psíquico, com destaque para a presença de sentimentos crônicos de vazio, instabilidade afetiva intensa e dificuldade de regulação emocional.

Um dos aspectos mais preocupantes relacionados ao transtorno diz respeito ao risco aumentado de comportamentos autolesivos e suicídio. Estudos indicam que uma parcela significativa dos indivíduos com TPB apresenta histórico de automutilação e tentativas de suicídio ao longo da vida, o que confere ao transtorno um caráter de alta gravidade e reforça a necessidade de intervenções terapêuticas eficazes e precoces. Ademais, o impacto funcional do TPB estende-se para diferentes áreas da vida do indivíduo, incluindo relações familiares, desempenho ocupacional e integração social, frequentemente resultando em prejuízos significativos e persistentes.

Historicamente, o transtorno de personalidade borderline foi considerado de difícil manejo clínico e prognóstico reservado, sendo frequentemente associado a resistência ao tratamento e instabilidade nas relações terapêuticas. Tal percepção esteve relacionada, em parte, à ausência de modelos terapêuticos estruturados e à limitada compreensão dos mecanismos subjacentes ao transtorno. A intensidade das manifestações emocionais, aliada à impulsividade e à oscilação nos vínculos interpessoais, contribuiu para a construção de uma visão pessimista quanto à possibilidade de melhora desses pacientes.

Entretanto, nas últimas décadas, avanços significativos no campo da psiquiatria e da psicologia clínica têm promovido uma mudança substancial nesse cenário. O desenvolvimento de abordagens psicoterapêuticas específicas e baseadas em evidências científicas demonstrou que o TPB é passível de tratamento eficaz, com redução significativa dos sintomas e melhora da funcionalidade global. Intervenções como a Terapia Comportamental Dialética, a Terapia Baseada em Mentalização, a Terapia Focada na Transferência e a Terapia do Esquema têm apresentado resultados consistentes, contribuindo para a reestruturação emocional e interpessoal dos pacientes.



Nesse contexto, a psicoterapia passa a ocupar posição central no tratamento do transtorno de personalidade borderline, sendo amplamente reconhecida como abordagem de primeira linha. Diferentemente de outras condições psiquiátricas em que o tratamento farmacológico exerce papel predominante, no TPB a psicoterapia é fundamental para promover mudanças estruturais no funcionamento psíquico, especialmente no que se refere à regulação emocional, à construção da identidade e ao desenvolvimento de habilidades interpessoais.

Diante desse panorama, o presente estudo propõe-se a responder ao seguinte problema de pesquisa: qual é a importância da psicoterapia no tratamento do transtorno de personalidade borderline? A formulação dessa questão justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão acerca das intervenções terapêuticas mais eficazes, bem como de sua aplicabilidade no contexto clínico contemporâneo. A relevância do tema está diretamente relacionada ao impacto do TPB na saúde pública, à complexidade de seu manejo e à necessidade de qualificação da assistência psiquiátrica.

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar o papel da psicoterapia no tratamento do transtorno de personalidade borderline, considerando suas diferentes abordagens, mecanismos de ação e impactos clínicos. Como objetivos específicos, destacam-se: (1) descrever as principais características clínicas do TPB; (2) apresentar as abordagens psicoterapêuticas mais utilizadas; (3) discutir os benefícios dessas intervenções; e (4) analisar sua relevância no contexto da prática clínica.

Como hipótese, considera-se que abordagens psicoterapêuticas estruturadas, sistematizadas e baseadas em evidências científicas promovem melhora significativa nos sintomas do TPB, contribuindo para maior estabilidade emocional, redução de comportamentos disfuncionais e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Além disso, pressupõe-se que a construção de um vínculo terapêutico sólido e consistente desempenha papel fundamental na adesão ao tratamento e na efetividade das intervenções.

Dessa forma, o presente estudo insere-se no esforço contínuo de aprimoramento das práticas em saúde, buscando contribuir para a compreensão do transtorno de personalidade borderline e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes, éticas e centradas no paciente.

2. Desenvolvimento

2.1 Método adotado

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir da análise de livros, artigos científicos e diretrizes institucionais voltadas à psiquiatria. A coleta de dados foi realizada em bases acadêmicas, contemplando publicações entre os anos de 2000 e 2025.

A amostra foi composta por estudos que abordam a importância da psicoterapia no transtorno de personalidade borderline. Os dados analisados correspondem a conceitos teóricos, práticas clínicas e diretrizes assistenciais. A análise foi fundamentada no referencial teórico da psiquiatria clínica e da humanização em saúde, permitindo a comparação entre diferentes abordagens.

2.2 Características do Transtorno de Personalidade Borderline

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é definido por um padrão persistente e difuso de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e na regulação dos afetos, associado a níveis elevados de impulsividade. Trata-se de uma condição que se manifesta de forma pervasiva ao longo do tempo e em diferentes contextos, impactando significativamente o funcionamento global do indivíduo. De acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5-TR, o diagnóstico do TPB envolve a presença de características como medo intenso de abandono, esforços desesperados para evitar rejeição real ou imaginada, padrões de relacionamento interpessoal instáveis e intensos — frequentemente marcados por alternância entre idealização extrema e desvalorização — além de sentimentos crônicos de vazio e instabilidade emocional.

O medo de abandono constitui um dos elementos centrais do transtorno, sendo frequentemente desproporcional à realidade objetiva e capaz de desencadear reações emocionais intensas. Mesmo situações cotidianas, como atrasos ou mudanças de planos, podem ser interpretadas como sinais de rejeição, levando o indivíduo a adotar comportamentos impulsivos ou desesperados na tentativa de evitar a separação. Esse padrão contribui para a manutenção de relações interpessoais caóticas e conflituosas, nas quais há grande dependência emocional e dificuldade em estabelecer limites saudáveis.

A instabilidade emocional, também denominada desregulação afetiva, representa um dos aspectos mais marcantes do TPB. Essa característica manifesta-se por oscilações rápidas e intensas de humor, que podem variar de estados de euforia ou irritabilidade para sentimentos de tristeza profunda, ansiedade ou raiva em curtos períodos de tempo. Essas mudanças são frequentemente reativas a estímulos interpessoais, o que evidencia a sensibilidade exacerbada desses indivíduos às dinâmicas relacionais. A dificuldade em modular essas emoções resulta em sofrimento significativo e contribui para a adoção de estratégias desadaptativas de enfrentamento.

Nesse contexto, a impulsividade emerge como uma tentativa de regulação emocional, embora frequentemente produza consequências negativas. Comportamentos impulsivos comuns incluem gastos excessivos, abuso de substâncias psicoativas, comportamento sexual de risco, direção imprudente e episódios de automutilação. A automutilação, em particular, é frequentemente utilizada como estratégia para aliviar tensões emocionais intensas ou sentimentos de vazio, ainda que de forma temporária e disfuncional. Esse padrão reforça o ciclo de sofrimento e dificulta o processo terapêutico.

Outro componente fundamental do transtorno refere-se à perturbação da identidade. Indivíduos com TPB frequentemente apresentam uma autoimagem instável, com mudanças frequentes em valores, objetivos, preferências e percepções sobre si mesmos. Essa instabilidade identitária está associada a uma sensação persistente de vazio e falta de propósito, o que pode gerar sentimentos de inadequação, insegurança e dificuldade na construção de projetos de vida consistentes e duradouros. A ausência de um senso de identidade integrado contribui para a vulnerabilidade emocional e para a dependência de validação externa.

Adicionalmente, episódios transitórios de ideação paranoide ou sintomas dissociativos podem ocorrer, especialmente em situações de estresse intenso. Esses fenômenos incluem despersonalização, desrealização e sensação de desconexão da realidade, refletindo uma resposta psíquica a níveis elevados de sofrimento emocional. Embora geralmente de curta duração, esses sintomas podem intensificar a angústia do paciente e dificultar ainda mais o manejo clínico.

Do ponto de vista comportamental e interpessoal, o TPB é caracterizado por padrões relacionais instáveis e intensos. As relações tendem a ser marcadas por extremos emocionais, nos quais o outro é inicialmente idealizado e posteriormente desvalorizado diante de frustrações ou percepções de rejeição. Esse padrão, conhecido como “cisão” (splitting), reflete uma dificuldade em integrar aspectos positivos e negativos de si mesmo e dos outros, resultando em percepções dicotômicas e rígidas. Tal dinâmica contribui para conflitos frequentes, rupturas relacionais e sensação de solidão.

No âmbito clínico, o transtorno de personalidade borderline apresenta elevada taxa de comorbidades psiquiátricas. Entre as mais comuns, destacam-se os transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias. A presença dessas condições associadas aumenta a complexidade do quadro clínico, exigindo abordagem terapêutica abrangente e integrada. Além disso, a coexistência de múltiplos diagnósticos pode dificultar o reconhecimento do TPB, levando a intervenções fragmentadas e menos eficazes.

Do ponto de vista etiológico, o TPB é compreendido a partir de um modelo multifatorial, que envolve a interação entre predisposição biológica, fatores ambientais e experiências precoces adversas. Evidências sugerem que indivíduos com TPB podem apresentar maior reatividade emocional de base neurobiológica, associada a dificuldades nos sistemas de regulação afetiva. Quando combinada a ambientes invalidantes — caracterizados por negligência, abuso ou inconsistência emocional — essa vulnerabilidade pode contribuir para o desenvolvimento do transtorno.

Adicionalmente, estudos em neuroimagem têm demonstrado alterações em regiões cerebrais relacionadas à regulação emocional, como a amígdala, o córtex pré-frontal e o hipocampo. Essas alterações podem explicar, em parte, a hipersensibilidade emocional e a dificuldade de controle dos impulsos observadas nesses pacientes. Tais achados reforçam a compreensão do TPB como um transtorno que envolve não apenas aspectos psicológicos, mas também bases neurobiológicas relevantes.

Por fim, é importante destacar que o transtorno de personalidade borderline não deve ser compreendido apenas como um conjunto de sintomas, mas como uma condição que envolve sofrimento psíquico profundo e persistente. A experiência subjetiva desses indivíduos é frequentemente marcada por instabilidade, insegurança e dificuldade em estabelecer relações satisfatórias e duradouras. Nesse sentido, a compreensão abrangente de suas características é essencial para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes, que considerem tanto os aspectos clínicos quanto as dimensões humanas e subjetivas do transtorno.

2.3 A Psicoterapia como Pilar do Tratamento

A psicoterapia é amplamente reconhecida como a principal modalidade terapêutica no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), sendo considerada a intervenção de primeira linha pelas principais diretrizes internacionais para transtornos mentais. Diferentemente de outras condições psiquiátricas, nas quais o tratamento farmacológico assume papel central, no TPB a intervenção psicoterapêutica destaca-se como essencial para promover mudanças estruturais e duradouras no funcionamento emocional, cognitivo e interpessoal do indivíduo. Isso se deve ao fato de que o transtorno envolve padrões profundamente enraizados de regulação afetiva, identidade e relacionamento, que não podem ser modificados exclusivamente por meio de medicação.

Nesse contexto, a psicoterapia não se limita ao alívio sintomático, mas busca atuar sobre os mecanismos subjacentes ao transtorno, incluindo a desregulação emocional, a impulsividade, a instabilidade identitária e os padrões disfuncionais de relacionamento. Além disso, o processo psicoterapêutico proporciona um espaço estruturado e seguro no qual o paciente pode explorar suas experiências emocionais, desenvolver maior autoconsciência e adquirir habilidades adaptativas de enfrentamento. A relação terapêutica, por sua vez, assume papel central, funcionando como um modelo de vínculo estável e confiável, capaz de reparar, em parte, experiências interpessoais disfuncionais prévias.

Entre as abordagens psicoterapêuticas mais estudadas e com maior evidência empírica de eficácia, destaca-se a Terapia Comportamental Dialética (Dialectical Behavior Therapy – DBT), desenvolvida por Marsha Linehan. A DBT representa um marco no tratamento do TPB, sendo especificamente elaborada para atender às necessidades dessa população clínica. Essa abordagem integra princípios da terapia cognitivo-comportamental com conceitos de aceitação derivados de práticas contemplativas, como o mindfulness, estabelecendo um equilíbrio dialético entre mudança e aceitação.

O modelo da DBT é estruturado em diferentes componentes, incluindo terapia individual, treinamento de habilidades em grupo, coaching telefônico e reuniões de equipe. O treinamento de habilidades é organizado em quatro módulos principais: atenção plena (mindfulness), que promove a consciência do momento presente; tolerância ao estresse, que ensina estratégias para lidar com crises sem recorrer a comportamentos impulsivos; regulação emocional, que visa identificar e modular emoções intensas; e efetividade interpessoal, que auxilia na construção de relações mais assertivas e equilibradas. Evidências científicas robustas indicam que a DBT é eficaz na redução de comportamentos suicidas, automutilação, internações psiquiátricas e uso de serviços de emergência.

Outra abordagem amplamente reconhecida é a Terapia Baseada em Mentalização (Mentalization-Based Treatment – MBT), desenvolvida por Anthony Bateman e Peter Fonagy. Essa abordagem fundamenta-se na hipótese de que indivíduos com TPB apresentam déficits na capacidade de mentalização, ou seja, na habilidade de compreender e interpretar os próprios estados mentais e os dos outros. Essa limitação contribui para interpretações distorcidas das interações sociais, aumentando a vulnerabilidade a conflitos interpessoais e reações emocionais intensas.

A MBT busca restaurar e fortalecer essa capacidade por meio de intervenções que incentivam a reflexão sobre pensamentos, sentimentos e intenções, tanto próprios quanto alheios. O terapeuta adota uma postura curiosa, não interpretativa e colaborativa, ajudando o paciente a desenvolver maior flexibilidade cognitiva e compreensão das relações interpessoais. Estudos indicam que a MBT está associada à redução significativa de sintomas, melhora do funcionamento social e diminuição de comportamentos autodestrutivos.

A Terapia Focada na Transferência (Transference-Focused Psychotherapy – TFP), de orientação psicodinâmica, também apresenta evidências consistentes de eficácia no tratamento do TPB. Desenvolvida por Otto Kernberg e colaboradores, essa abordagem baseia-se na teoria das relações objetais e utiliza a relação terapêutica como principal ferramenta de intervenção. A TFP busca identificar e interpretar padrões inconscientes de relacionamento que se manifestam na interação com o terapeuta, promovendo a integração de representações fragmentadas de si mesmo e dos outros.

Por meio da análise da transferência, o paciente é auxiliado a reconhecer e compreender suas reações emocionais e comportamentais, desenvolvendo maior coesão identitária e controle dos impulsos. Essa abordagem é particularmente relevante para pacientes com níveis mais elevados de desorganização psíquica, contribuindo para a redução da cisão (splitting) e para a construção de uma percepção mais integrada da realidade.

Além dessas abordagens, a Terapia do Esquema tem se destacado como uma intervenção eficaz no tratamento do TPB. Desenvolvida por Jeffrey Young, essa abordagem integra elementos da terapia cognitivo-comportamental, da psicanálise e da teoria do apego, com foco na identificação e modificação de esquemas iniciais desadaptativos formados na infância. Esses esquemas representam padrões profundos de pensamento e emoção, frequentemente associados a experiências precoces de negligência, abuso ou invalidação emocional.

A Terapia do Esquema utiliza técnicas cognitivas, comportamentais e experiencial-emocionais para promover a reestruturação desses padrões, incluindo intervenções como reparentalização limitada, imaginação guiada e diálogo entre modos. O objetivo é fortalecer o chamado “modo adulto saudável”, permitindo que o paciente desenvolva formas mais adaptativas de lidar com suas necessidades emocionais. Evidências indicam que essa abordagem é eficaz na redução de sintomas e na melhoria da qualidade de vida.

De maneira geral, observa-se que, apesar das diferenças teóricas e metodológicas, as principais abordagens psicoterapêuticas para o TPB compartilham objetivos comuns, como a promoção da regulação emocional, a melhoria das relações interpessoais, o fortalecimento da identidade e a redução de comportamentos impulsivos e autodestrutivos. A escolha da abordagem mais adequada deve considerar fatores individuais, como gravidade dos sintomas, comorbidades, contexto social e disponibilidade de serviços.

Adicionalmente, é importante destacar que o sucesso da psicoterapia no TPB depende não apenas da técnica utilizada, mas também da qualidade da relação terapêutica e da continuidade do tratamento. A adesão pode ser um desafio significativo, em razão da instabilidade emocional e das dificuldades relacionais características do transtorno. Portanto, a construção de um vínculo terapêutico consistente, baseado em confiança, empatia e limites claros, é fundamental para a efetividade das intervenções.

Por fim, a psicoterapia no transtorno de personalidade borderline deve ser compreendida como um processo contínuo e progressivo, que exige tempo, comprometimento e acompanhamento especializado. Quando conduzida de forma adequada, baseada em evidências e centrada no paciente, essa intervenção tem potencial não apenas para reduzir sintomas, mas para promover mudanças profundas e duradouras na vida do indivíduo, contribuindo para sua autonomia, funcionalidade e qualidade de vida.

2.4 Os benefícios da psicoterapia

Os benefícios da psicoterapia no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) encontram-se amplamente documentados na literatura científica contemporânea, sendo reconhecidos como fundamentais para a modificação dos padrões disfuncionais que caracterizam o transtorno. Diferentes estudos, incluindo revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados, demonstram que intervenções psicoterapêuticas estruturadas e baseadas em evidências estão associadas a melhorias clínicas significativas e sustentáveis ao longo do tempo.

Um dos achados mais consistentes refere-se à redução de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio. Pacientes com TPB frequentemente apresentam histórico de automutilação e ideação suicida, o que torna esse desfecho particularmente relevante. Abordagens como a Terapia Comportamental Dialética (DBT) têm demonstrado eficácia significativa na diminuição desses comportamentos, reduzindo também a necessidade de hospitalizações e atendimentos emergenciais. Esse impacto não apenas melhora a segurança do paciente, mas também reduz a sobrecarga dos serviços de saúde.

Além disso, observa-se melhora substancial na regulação emocional, considerada um dos núcleos psicopatológicos do TPB. A psicoterapia possibilita que o indivíduo desenvolva maior consciência de seus estados emocionais, aprenda a identificar gatilhos e adquira estratégias adaptativas para lidar com emoções intensas, como raiva, ansiedade e tristeza. Esse processo contribui para a diminuição da reatividade emocional e para a construção de respostas mais equilibradas diante de situações de estresse e frustração.

Outro benefício relevante diz respeito ao aprimoramento das habilidades interpessoais. Indivíduos com TPB frequentemente apresentam dificuldades significativas na manutenção de relações estáveis, devido à sensibilidade ao abandono, à impulsividade e aos padrões dicotômicos de percepção (idealização e desvalorização). A psicoterapia, especialmente em abordagens estruturadas, promove o desenvolvimento de habilidades de comunicação, assertividade, empatia e resolução de conflitos, favorecendo relações mais saudáveis e duradouras. Esse aspecto é essencial para a reintegração social e para a melhoria da qualidade de vida.

No que se refere à identidade e à autoimagem, a psicoterapia desempenha papel central na promoção de maior integração psíquica. Ao longo do processo terapêutico, o paciente é estimulado a refletir sobre suas experiências, emoções e padrões de comportamento, o que contribui para a construção de uma identidade mais estável e coerente. A redução dos sentimentos crônicos de vazio, frequentemente relatados por esses indivíduos, está associada ao fortalecimento do senso de si e ao desenvolvimento de maior autonomia emocional.

Adicionalmente, a psicoterapia contribui para o aumento da autoestima e da autoeficácia. À medida que o paciente adquire novas habilidades e observa mudanças positivas em seu funcionamento, há uma tendência de melhora na percepção de competência pessoal e na confiança em sua capacidade de enfrentar desafios. Esse processo é fundamental para a manutenção dos ganhos terapêuticos e para a prevenção de recaídas.

Outro aspecto de grande relevância é a melhoria da adesão ao tratamento. A relação terapêutica, quando bem estabelecida, funciona como um fator protetor, promovendo maior engajamento do paciente e reduzindo taxas de abandono. A construção de um vínculo baseado em confiança, empatia e consistência permite que o paciente se sinta seguro para explorar conteúdos emocionais difíceis, favorecendo o aprofundamento do processo terapêutico. Esse vínculo também desempenha papel corretivo, oferecendo uma experiência relacional mais estável e previsível em comparação com padrões interpessoais previamente vivenciados.

A psicoterapia também apresenta impacto positivo na redução de comorbidades associadas ao TPB, como transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e uso de substâncias. Ao abordar os mecanismos subjacentes ao sofrimento psíquico, as intervenções psicoterapêuticas contribuem para a melhora global do funcionamento mental, promovendo maior equilíbrio emocional e funcional.

Do ponto de vista longitudinal, estudos indicam que os benefícios da psicoterapia tendem a se manter ao longo do tempo, especialmente quando o tratamento é conduzido de forma contínua e estruturada. Essa manutenção dos ganhos terapêuticos reforça a importância da psicoterapia como intervenção de base no manejo do TPB, destacando seu papel não apenas na remissão dos sintomas, mas também na promoção de recuperação funcional e qualidade de vida.

Por fim, é importante ressaltar que os benefícios da psicoterapia no TPB não se limitam à redução de sintomas, mas envolvem transformações profundas no modo como o indivíduo percebe a si mesmo, os outros e o mundo. Trata-se de um processo de reconstrução psíquica que exige tempo, consistência e engajamento, mas que pode resultar em mudanças significativas e duradouras, permitindo ao paciente desenvolver uma vida mais estável, significativa e satisfatória.

2.5 Discussão dos resultados

A análise da literatura evidencia que a psicoterapia desempenha papel central no tratamento do transtorno de personalidade borderline, sendo superior ao tratamento exclusivamente farmacológico na promoção de mudanças estruturais. Enquanto a medicação pode auxiliar no controle de sintomas específicos, como ansiedade e impulsividade, ela não atua diretamente nos padrões cognitivos e relacionais disfuncionais que caracterizam o transtorno.

Observa-se também uma evolução nas abordagens terapêuticas ao longo do tempo. Modelos mais antigos, de base exclusivamente psicodinâmica, deram lugar a intervenções mais estruturadas e baseadas em evidências, como a DBT e a MBT. Essa transição reflete o avanço do conhecimento científico e a busca por tratamentos mais eficazes e mensuráveis.

Entretanto, desafios persistem, incluindo dificuldades de adesão ao tratamento, abandono precoce e limitações no acesso a serviços especializados. Esses fatores reforçam a necessidade de ampliar a disponibilidade de intervenções psicoterapêuticas e investir na capacitação de profissionais.

3. Conclusão

Conclui-se que a psicoterapia é elemento fundamental no tratamento do transtorno de personalidade borderline, desempenhando papel central na redução dos sintomas, na melhoria da funcionalidade e na promoção da qualidade de vida dos pacientes. O objetivo do estudo foi alcançado ao evidenciar a eficácia das principais abordagens psicoterapêuticas e sua importância na assistência.

O problema de pesquisa foi respondido ao demonstrar que a psicoterapia influencia diretamente o prognóstico do TPB, promovendo mudanças significativas no funcionamento emocional e interpessoal. A hipótese foi confirmada, uma vez que as evidências indicam que intervenções estruturadas e baseadas em evidências são eficazes no manejo do transtorno.



Como limitações, destaca-se a predominância de estudos internacionais e a necessidade de mais pesquisas no contexto brasileiro. Sugere-se que estudos futuros investiguem a aplicação prática dessas abordagens em diferentes realidades clínicas.

4. Referências

ABNT, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 5. ed. rev. Washington, DC: APA, 2022.

LINEHAN, Marsha M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press, 1993.

LINEHAN, Marsha M. et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors. Archives of General Psychiatry, 2006.

BATEMAN, Anthony; FONAGY, Peter. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry, 1999.

BATEMAN, Anthony; FONAGY, Peter. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CLARKIN, John F.; YEOMANS, Frank E.; KERNBERG, Otto F. Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006.

KERNBERG, Otto F. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson, 1975.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press, 2003.

STOFFERS, Jutta M. et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012.

GUNDERSON, John G. Borderline Personality Disorder. New England Journal of Medicine, 2011.

PARIS, Joel. Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. Current Psychiatry Reports, 2010.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Borderline Personality Disorder: Recognition and Management (CG78). Londres, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11: International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019.

A importância do manejo adequado de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar

**Fernando Ferreira Fatureto e
Eduardo Estevam Alves de Ávila - fernando16fatureto@gmail.com**

**Medicina - UNIFAN
Hospital Maria Cândida Teixeira
Nerópolis, GO, 14/03/2026**

RESUMO

O presente estudo aborda a importância do manejo adequado de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar, considerando o aumento da demanda por atendimentos psiquiátricos em contextos de urgência. Questiona-se como a condução profissional influencia a segurança e a evolução clínica desses pacientes. Parte-se da hipótese de que intervenções estruturadas e humanizadas reduzem riscos e melhoram desfechos clínicos. O objetivo é analisar práticas eficazes de manejo no contexto hospitalar. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, baseada em literatura científica da área da psiquiatria, com análise fundamentada em referenciais teóricos clássicos e contemporâneos. Os resultados indicam que protocolos adequados, aliados à capacitação da equipe, são fundamentais para reduzir contenções inadequadas e promover cuidado integral. Conclui-se que o manejo qualificado contribui significativamente para a segurança, dignidade e recuperação do paciente em surto psicótico.

Palavras-chave: Surto Psicótico. Manejo Hospitalar. Emergência Psiquiátrica. Humanização.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais configuram-se como uma das principais causas de incapacidade e O presente estudo insere-se no campo da psiquiatria, com ênfase na assistência hospitalar a pacientes em crise psicótica, tema que vem adquirindo crescente relevância no contexto contemporâneo em virtude do aumento da demanda por atendimentos psiquiátricos em serviços de urgência e emergência. Tal crescimento está diretamente relacionado a múltiplos fatores, incluindo a maior visibilidade dos transtornos mentais, a desinstitucionalização psiquiátrica, as fragilidades da rede de atenção psicossocial e as dificuldades de acesso a serviços especializados, especialmente em regiões com recursos limitados. Nesse cenário, os hospitais gerais passam a desempenhar papel fundamental como porta de entrada para indivíduos em sofrimento psíquico agudo, ainda que frequentemente não disponham de equipes plenamente capacitadas ou de estrutura adequada para o manejo dessas situações complexas.

A crise psicótica, frequentemente denominada surto psicótico, caracteriza-se por uma ruptura significativa com a realidade consensual, manifestando-se por meio de sintomas como delírios (crenças falsas, fixas e não compartilhadas culturalmente), alucinações (percepções sensoriais sem estímulo externo), pensamento desorganizado, discurso incoerente, alterações marcantes do comportamento e comprometimento do juízo crítico. Tais manifestações podem ocorrer em diversos transtornos psiquiátricos, incluindo esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos do humor com sintomas psicóticos, além de condições orgânicas e uso de substâncias psicoativas. A heterogeneidade etiológica do surto psicótico impõe desafios adicionais ao diagnóstico e ao manejo clínico, exigindo avaliação cuidadosa e abordagem individualizada.

Do ponto de vista clínico e assistencial, o surto psicótico configura uma situação de potencial risco, tanto para o próprio paciente quanto para terceiros, em virtude da possível presença de agitação psicomotora, comportamento agressivo, impulsividade e perda da capacidade de julgamento. Dessa forma, a intervenção deve ser imediata, estruturada e baseada em princípios técnicos e éticos, visando à contenção dos sintomas, à garantia da segurança e à preservação da dignidade do indivíduo. A ausência de manejo adequado pode resultar em agravamento do quadro clínico, aumento da morbidade, prolongamento do tempo de internação e maior probabilidade de intervenções coercitivas, como contenção física e uso de medicações de forma não consensual.

Nesse contexto, emerge o seguinte problema de pesquisa: de que maneira o manejo adequado de pacientes em surto psicótico influencia sua evolução clínica no ambiente hospitalar? Essa questão torna-se particularmente relevante ao se considerar que a qualidade da abordagem inicial pode impactar diretamente o prognóstico do paciente, influenciando desde a estabilização aguda até a adesão ao tratamento em longo prazo. Além disso, práticas inadequadas podem gerar consequências éticas, legais e assistenciais, reforçando a necessidade de padronização de condutas baseadas em evidências científicas.

A relevância do presente estudo fundamenta-se na necessidade de qualificar a assistência prestada a pacientes em crise psicótica, promovendo a segurança, reduzindo riscos e incentivando práticas mais humanizadas. A humanização do cuidado psiquiátrico implica reconhecer o paciente como sujeito de direitos, respeitando sua autonomia, singularidade e contexto sociocultural, mesmo em situações de grave desorganização psíquica. Nesse sentido, estratégias como comunicação empática, ambiente terapêutico adequado, redução de estímulos estressores e envolvimento da família tornam-se componentes essenciais do manejo clínico.

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar a importância do manejo adequado de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar, considerando seus impactos sobre os desfechos clínicos e a qualidade da assistência. Como objetivos específicos, destacam-se: (1) descrever as principais características clínicas do surto psicótico; (2) identificar estratégias de manejo utilizadas em contextos hospitalares; (3) discutir os efeitos de intervenções adequadas e inadequadas; e (4) avaliar o papel da humanização no cuidado em psiquiatria. A hipótese norteadora estabelece que a adoção de protocolos estruturados, associados a uma abordagem humanizada e interdisciplinar, contribui significativamente para a melhoria dos desfechos clínicos, redução do tempo de internação e diminuição da necessidade de medidas coercitivas.

Sob a perspectiva teórica, diversos autores têm contribuído para a compreensão do surto psicótico e seu manejo. Dalgarrondo (2008) define o surto psicótico como uma desorganização profunda do pensamento e da percepção da realidade, destacando a necessidade de intervenção clínica imediata e sistematizada. Por sua vez, Kaplan e Sadock (2017) enfatizam que abordagens inadequadas, especialmente aquelas marcadas por contenção excessiva ou comunicação ineficaz, podem intensificar a agitação, aumentar a resistência ao tratamento e agravar o quadro clínico. Em contrapartida, diretrizes internacionais, como as propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), ressaltam a importância de práticas centradas no paciente, priorizando a dignidade, os direitos humanos e a redução de intervenções coercitivas.

Além disso, estudos recentes indicam que intervenções precoces e bem conduzidas em episódios psicóticos estão associadas a melhores prognósticos, incluindo menor risco de recaídas, melhor funcionalidade social e maior adesão ao tratamento. Programas de intervenção precoce em psicose têm demonstrado eficácia significativa, reforçando a importância do manejo adequado desde o primeiro contato com o sistema de saúde. Nesse sentido, o ambiente hospitalar, especialmente em serviços de urgência e emergência, representa um ponto crítico de intervenção, no qual decisões clínicas rápidas e bem fundamentadas podem alterar substancialmente o curso da doença.

A análise comparativa entre diferentes abordagens evidencia uma tensão entre modelos mais tradicionais, centrados na contenção e no controle dos sintomas, e modelos contemporâneos, que valorizam a abordagem psicossocial e a humanização do cuidado. Enquanto os primeiros priorizam a estabilização imediata, muitas vezes por meio de intervenções farmacológicas e físicas, os segundos enfatizam a construção de vínculo terapêutico, a escuta qualificada e a participação ativa do paciente no processo de cuidado. Embora haja consenso quanto à necessidade de intervenção rápida, persiste debate acerca do equilíbrio ideal entre contenção e autonomia, especialmente em contextos de risco iminente.

Portanto, compreender o impacto do manejo adequado de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar não apenas contribui para o aprimoramento das práticas clínicas, mas também para a construção de um modelo assistencial mais ético, eficiente e centrado no paciente. Tal compreensão é essencial para a formação de profissionais de saúde mais preparados, para a elaboração de protocolos institucionais baseados em evidências e para a consolidação de políticas públicas que promovam a qualidade da atenção de transtornos mentais.

2. Desenvolvimento

2.1 Método adotado

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir da análise de livros, artigos científicos e diretrizes institucionais voltadas à psiquiatria. A coleta de dados foi realizada em bases acadêmicas, contemplando publicações entre os anos de 2000 e 2025.

A amostra foi composta por estudos que abordam o manejo de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar. Os dados analisados correspondem a conceitos teóricos, práticas clínicas e diretrizes assistenciais. A análise foi fundamentada no referencial teórico da psiquiatria clínica e da humanização em saúde, permitindo a comparação entre diferentes abordagens.

2.2 Características do surto psicótico

O surto psicótico constitui uma síndrome clínica complexa, caracterizada por uma ruptura significativa do contato com a realidade, envolvendo alterações profundas nos processos cognitivos, perceptivos, afetivos e comportamentais. Trata-se de um fenômeno multifacetado, cuja compreensão exige abordagem integrada entre aspectos psicopatológicos, neurobiológicos e socioculturais. A identificação precisa de suas características é fundamental para o diagnóstico diferencial, planejamento terapêutico e manejo adequado no contexto hospitalar.

Do ponto de vista psicopatológico, os sintomas do surto psicótico podem ser classificados, de maneira didática, em sintomas positivos, negativos e desorganização do pensamento e do comportamento. Os chamados sintomas positivos correspondem a fenômenos que se acrescentam à experiência psíquica normal, sendo os mais clássicos os delírios e as alucinações. Os delírios são crenças falsas, firmemente mantidas, não passíveis de modificação pela argumentação lógica e não compartilhadas pelo grupo sociocultural do indivíduo. Podem assumir diversas formas, incluindo delírios persecutórios, de grandeza, de referência, somáticos e religiosos, cada um com implicações específicas para o comportamento do paciente.

As alucinações, por sua vez, consistem em percepções vívidas na ausência de estímulos externos correspondentes, podendo ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora sejam mais frequentes no domínio auditivo. As alucinações auditivas verbais, particularmente aquelas com conteúdo imperativo ou depreciativo, apresentam relevância clínica significativa, uma vez que podem influenciar diretamente o comportamento do paciente, aumentando o risco de autoagressão ou heteroagressão. Além disso, a intensidade, frequência e conteúdo das alucinações podem variar amplamente, refletindo a gravidade do episódio psicótico.

Outro componente essencial do surto psicótico é a desorganização do pensamento, frequentemente evidenciada por meio do discurso do paciente. Essa desorganização pode manifestar-se como fuga de ideias, tangencialidade, descarrilamento (*loose associations*), incoerência e neologismos. Tais alterações refletem um comprometimento dos processos associativos e da capacidade de organização lógica do pensamento, dificultando a comunicação e a compreensão do paciente. Em casos mais graves, pode haver completa desestruturação do discurso, tornando-o ininteligível.

No âmbito comportamental, observa-se frequentemente a presença de agitação psicomotora, comportamento bizarro ou inadequado, impulsividade e, em alguns casos, catatonia. A agitação psicomotora caracteriza-se por aumento da atividade motora associado a inquietação interna, podendo evoluir para agressividade. Já a catatonia, embora menos comum, representa uma condição grave, marcada por alterações motoras extremas, como imobilidade, mutismo, negativismo ou, em contraste, excitação intensa e desorganizada.

Os sintomas negativos, embora mais associados a fases crônicas de transtornos psicóticos, também podem estar presentes durante o surto, incluindo embotamento afetivo, alogia (redução da fluência verbal), avolição (diminuição da iniciativa) e anedonia (incapacidade de experimentar prazer). Esses sintomas estão relacionados a um prejuízo funcional significativo e frequentemente são menos responsivos ao tratamento, representando um desafio terapêutico adicional.

Do ponto de vista afetivo, o surto psicótico pode estar acompanhado de alterações importantes do humor, como ansiedade intensa, irritabilidade, medo, euforia ou depressão. Em alguns casos, há sobreposição com transtornos do humor, configurando quadros como depressão psicótica ou mania com sintomas psicóticos. Essa interseção entre sintomas afetivos e psicóticos reforça a necessidade de avaliação clínica abrangente e criteriosa.

Sob a perspectiva neurobiológica, o surto psicótico tem sido associado a disfunções em sistemas neurotransmissores, especialmente o sistema dopaminérgico. A hipótese dopaminérgica da psicose sugere que a hiperatividade da dopamina em determinadas regiões cerebrais, como o sistema mesolímbico, está relacionada ao surgimento de sintomas positivos. Além disso, alterações em outros sistemas, como o glutamatérgico e o serotoninérgico, também têm sido implicadas, evidenciando a complexidade dos mecanismos envolvidos.

Fatores desencadeantes desempenham papel relevante na eclosão do surto psicótico. Entre eles, destacam-se o estresse psicossocial, privação de sono, uso de substâncias psicoativas (como cannabis, anfetaminas e alucinógenos), condições médicas gerais e predisposição genética. A interação entre vulnerabilidade individual e fatores ambientais é amplamente

reconhecida no modelo de estresse-vulnerabilidade, segundo o qual indivíduos predispostos podem desenvolver psicose diante de eventos estressores significativos.

No contexto clínico, a evolução do surto psicótico pode variar consideravelmente. Alguns pacientes apresentam episódios agudos autolimitados, enquanto outros evoluem para quadros crônicos e recorrentes. A duração da psicose não tratada (Duration of Untreated Psychosis – DUP) tem sido identificada como um importante fator prognóstico, estando associada a piores desfechos clínicos quando prolongada. Isso reforça a importância do reconhecimento precoce dos sintomas e da intervenção imediata.

Adicionalmente, o insight do paciente - isto é, sua capacidade de reconhecer a presença de um transtorno mental - encontra-se frequentemente prejudicado durante o surto psicótico. Essa limitação impacta diretamente a adesão ao tratamento e pode gerar resistência às intervenções propostas. Dessa forma, estratégias terapêuticas devem considerar essa condição, utilizando abordagens que minimizem confrontos diretos e favoreçam a construção gradual de vínculo.

Outro aspecto relevante refere-se às repercussões funcionais do surto psicótico. Durante o episódio, o indivíduo frequentemente apresenta comprometimento significativo de suas atividades diárias, relações interpessoais e desempenho ocupacional. Em muitos casos, há necessidade de afastamento do trabalho ou dos estudos, além de suporte familiar intensivo. As consequências psicossociais podem persistir mesmo após a remissão dos sintomas agudos, destacando a importância de intervenções reabilitadoras.

Por fim, é fundamental destacar que o surto psicótico não deve ser compreendido apenas como um conjunto de sintomas, mas como uma experiência subjetiva profunda e, muitas vezes, angustiante para o paciente. A vivência de perda de controle sobre pensamentos e percepções pode gerar sofrimento intenso, medo e sensação de ameaça constante. Nesse sentido, a abordagem clínica deve ir além da contenção sintomática, incorporando uma perspectiva humanizada, que reconheça o sofrimento psíquico e promova o cuidado integral.

2.3 Estratégias de manejo no ambiente hospitalar

O manejo de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar constitui um dos maiores desafios da prática clínica, especialmente em serviços de urgência e emergência. Trata-se de uma situação que exige abordagem sistematizada, rápida e baseada em evidências, envolvendo atuação interdisciplinar e integração entre diferentes níveis de cuidado. A complexidade do quadro psicótico agudo demanda não apenas intervenções farmacológicas, mas também estratégias ambientais, comunicacionais e éticas que garantam segurança, eficácia terapêutica e respeito à dignidade do paciente.

Inicialmente, uma das primeiras medidas a serem adotadas refere-se à organização do ambiente terapêutico. A segurança deve ser priorizada tanto para o paciente quanto para a equipe de saúde e demais indivíduos presentes. Isso implica na redução de estímulos sensoriais excessivos, como ruídos intensos, iluminação inadequada e fluxo elevado de pessoas, fatores que podem exacerbar a agitação e a desorganização psíquica. Além disso, é fundamental a remoção de objetos potencialmente perigosos, incluindo materiais perfurocortantes e itens que possam ser utilizados como instrumentos de auto ou heteroagressão. A criação de um ambiente controlado, previsível e acolhedor contribui significativamente para a redução da ansiedade e facilita a estabilização clínica.

Outro pilar essencial no manejo do surto psicótico é a comunicação terapêutica. A interação verbal com o paciente deve ser conduzida de forma clara, objetiva e empática, respeitando seu estado mental e suas limitações cognitivas naquele momento. Conforme descrito por Townsend (2014), a abordagem deve evitar confrontos diretos, especialmente no que se refere aos delírios e alucinações, uma vez que a contestação pode aumentar a resistência, a desconfiança e a agitação. Em vez disso, recomenda-se validar a experiência subjetiva do paciente sem reforçar o conteúdo delirante, utilizando frases que demonstrem compreensão e acolhimento, como “entendo que isso está sendo muito difícil para você”.

A postura do profissional deve ser calma, segura e consistente, transmitindo confiança e controle da situação. A linguagem corporal também desempenha papel relevante, sendo importante manter distância adequada, evitar movimentos bruscos e adotar uma atitude não ameaçadora. A escuta ativa e a observação atenta dos sinais não verbais permitem melhor compreensão das necessidades do paciente e auxiliam na tomada de decisões clínicas mais assertivas. A construção de um vínculo terapêutico, mesmo que inicial e breve, pode ser determinante para o sucesso do manejo.

No que se refere às intervenções físicas, a contenção mecânica ou física permanece como um recurso disponível em situações específicas, porém deve ser utilizada de forma criteriosa e ética. Trata-se de uma medida de último recurso, indicada apenas quando há risco iminente de dano ao próprio paciente ou a terceiros, e quando outras estratégias menos restritivas se mostraram ineficazes. O uso inadequado ou indiscriminado da contenção pode resultar em consequências negativas significativas, incluindo trauma psicológico, agravamento da agitação, lesões físicas e comprometimento da relação terapêutica.

Diretrizes nacionais e internacionais enfatizam que a contenção deve ser realizada por equipe treinada, seguindo protocolos institucionais rigorosos, com monitoramento contínuo das condições clínicas do paciente. Além disso, sua duração deve ser a mínima necessária, sendo essencial reavaliar frequentemente a necessidade de sua manutenção. O registro adequado da indicação, do procedimento e da evolução clínica constitui aspecto fundamental tanto do ponto de vista ético quanto legal.

Paralelamente, o tratamento medicamentoso desempenha papel central no controle dos sintomas psicóticos agudos. Os antipsicóticos são a principal classe farmacológica utilizada, atuando predominantemente sobre o sistema dopaminérgico, com o objetivo de reduzir delírios, alucinações e agitação. Fármacos como haloperidol, risperidona, olanzapina e quetiapina são frequentemente empregados, sendo a escolha baseada em fatores como perfil clínico do paciente, comorbidades, histórico de resposta prévia e perfil de efeitos colaterais.

Em situações de agitação intensa, pode ser necessária a administração de medicações por via intramuscular, visando efeito mais rápido. Benzodiazepínicos, como o diazepam ou lorazepam, também podem ser utilizados como adjuvantes, especialmente para controle da ansiedade e da agitação psicomotora. No entanto, o uso dessas medicações deve ser cuidadosamente monitorado, considerando o risco de sedação excessiva, depressão respiratória e interações medicamentosas.

A prescrição farmacológica deve sempre respeitar o princípio da individualização do tratamento, levando em conta as condições clínicas gerais do paciente, incluindo idade, presença de doenças clínicas, uso de outras medicações e possível etiologia orgânica do quadro psicótico. Além disso, é fundamental monitorar efeitos adversos, como sintomas extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna e alterações metabólicas, garantindo a segurança do tratamento.

Outro aspecto de extrema importância no manejo hospitalar é a atuação da equipe multiprofissional. O cuidado ao paciente em surto psicótico não deve ser restrito ao médico, envolvendo também enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. A enfermagem desempenha papel central na observação contínua, administração de medicações e implementação de medidas de segurança. O psicólogo contribui com intervenções de suporte, escuta qualificada e estratégias de manejo emocional, enquanto o assistente social atua na articulação com a rede de apoio e planejamento da continuidade do cuidado após a alta.

A abordagem interdisciplinar permite uma visão mais ampla do paciente, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também psicológicos e sociais. Essa perspectiva é fundamental para a construção de um plano terapêutico mais completo e eficaz, alinhado aos princípios da atenção integral à saúde.

Adicionalmente, deve-se considerar a importância do envolvimento da família no processo de cuidado. Familiares frequentemente desempenham papel crucial na identificação precoce dos sintomas, na adesão ao tratamento e na prevenção de recaídas. No ambiente hospitalar, a orientação adequada à família sobre o quadro clínico, as condutas adotadas e o prognóstico contribui para reduzir a ansiedade e fortalecer a rede de suporte ao paciente.

Outro ponto relevante diz respeito à continuidade do cuidado após a estabilização do quadro agudo. O manejo hospitalar não deve ser visto como uma intervenção isolada, mas como parte de uma linha de cuidado que inclui acompanhamento ambulatorial, serviços de atenção psicossocial e, quando necessário, reabilitação psicossocial. A articulação com serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é essencial para garantir seguimento adequado e prevenir reinternações.

Por fim, destaca-se que o manejo de pacientes em surto psicótico deve estar fundamentado em princípios éticos, incluindo respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Mesmo em situações em que o paciente apresenta comprometimento do juízo crítico, é fundamental buscar sua participação nas decisões sempre que possível, além de garantir que todas as intervenções sejam realizadas com o menor grau de restrição necessário.

Dessa forma, a adoção de estratégias estruturadas, humanizadas e baseadas em evidências no ambiente hospitalar não apenas contribui para a estabilização clínica imediata, mas também impacta positivamente o prognóstico a longo prazo, promovendo cuidado mais seguro, eficaz e centrado no paciente.

2.4 Discussão dos resultados

A análise dos dados e da literatura revisada evidencia de forma consistente que o manejo adequado de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar está intrinsecamente relacionado ao nível de capacitação técnica e preparo emocional da equipe de saúde. Profissionais devidamente treinados demonstram maior habilidade na identificação precoce de sinais de agravamento clínico, na adoção de estratégias de desescalonamento verbal e na condução de intervenções seguras e eficazes. Essa capacitação não apenas contribui para a estabilização mais rápida do quadro psicótico, mas também reduz significativamente a necessidade de intervenções coercitivas, como contenção física e sedação de urgência.

Nesse sentido, a literatura aponta que programas de treinamento contínuo, especialmente aqueles voltados para manejo de crise, comunicação terapêutica e prevenção de violência, estão associados a melhores desfechos assistenciais. Tais programas permitem que os profissionais desenvolvam competências específicas para lidar com situações de alta complexidade, incluindo o reconhecimento de fatores de risco para agressividade, a utilização de técnicas de abordagem não confrontativa e a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências. Dessa forma, a qualificação da equipe emerge como um dos principais determinantes da qualidade do cuidado prestado.

Ao se comparar diferentes perspectivas teóricas ao longo do tempo, observa-se uma mudança paradigmática significativa no manejo do surto psicótico. Abordagens mais tradicionais, fortemente influenciadas pelo modelo biomédico clássico, priorizavam o controle imediato dos sintomas por meio de intervenções farmacológicas intensivas e, frequentemente, do uso de contenção física. Nesse modelo, o foco estava centrado na supressão dos sintomas psicóticos, muitas vezes em detrimento da experiência subjetiva do paciente e da construção de vínculo terapêutico.

Em contraste, abordagens contemporâneas, alinhadas aos princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, valorizam a humanização do cuidado, a escuta qualificada e a participação ativa do paciente no processo terapêutico. Nesse contexto, o vínculo terapêutico passa a ser reconhecido como um elemento central no manejo da crise, capaz de influenciar positivamente tanto a adesão ao tratamento quanto os desfechos clínicos. A comunicação empática, a validação da experiência do paciente e a redução de práticas coercitivas são elementos fundamentais desse novo paradigma.

Essa transição não implica a exclusão das intervenções farmacológicas, mas sim sua integração em um modelo mais amplo e centrado no paciente. O uso de medicação continua sendo essencial no controle dos sintomas agudos, porém deve ser realizado de forma criteriosa, associada a estratégias psicossociais e ambientais que promovam a estabilidade emocional e o sentimento de segurança. Assim, observa-se uma tendência à adoção de

abordagens híbridas, que combinam eficácia clínica com respeito aos direitos humanos.

Outro aspecto relevante evidenciado na análise dos estudos refere-se à implementação de protocolos institucionais específicos para o atendimento de pacientes em crise psiquiátrica. Hospitais que dispõem de diretrizes claras e padronizadas apresentam melhores indicadores de qualidade assistencial, incluindo menor incidência de eventos adversos, redução do uso de contenção física, menor tempo de internação e maior satisfação dos pacientes e familiares. Esses protocolos geralmente incluem fluxos bem definidos para triagem, avaliação de risco, intervenção farmacológica, contenção segura e encaminhamento para continuidade do cuidado.

A padronização das condutas contribui para a redução da variabilidade clínica, promovendo maior segurança tanto para o paciente quanto para a equipe. Além disso, facilita a integração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, favorecendo uma atuação interdisciplinar mais eficiente. A presença de protocolos também possui implicações ético-legais importantes, uma vez que orienta a prática clínica de acordo com normas reconhecidas e reduz o risco de condutas inadequadas.

Adicionalmente, a literatura destaca a importância do ambiente institucional na modulação dos desfechos clínicos. Unidades que adotam princípios de ambiência terapêutica - caracterizadas por espaços organizados, acolhedores e com estímulos controlados - tendem a favorecer a estabilização dos pacientes, reduzindo níveis de estresse e agitação. Esse aspecto reforça a ideia de que o cuidado psiquiátrico transcende a dimensão exclusivamente clínica, incorporando elementos estruturais e organizacionais.

Outro ponto de discussão refere-se à redução de práticas coercitivas como indicador de qualidade assistencial. Estudos demonstram que serviços que investem em treinamento de equipe, protocolos de manejo e estratégias de desescalonamento apresentam menor necessidade de contenção física e química. Essa redução não apenas diminui o risco de complicações físicas e psicológicas, mas também contribui para a construção de uma relação terapêutica mais ética e respeitosa.

Entretanto, é importante reconhecer que a eliminação completa das intervenções coercitivas ainda representa um desafio na prática clínica, especialmente em contextos de risco iminente. Nesses casos, a contenção pode ser necessária, porém deve ser utilizada de forma excepcional, proporcional e com monitoramento rigoroso. A discussão contemporânea não se centra na proibição absoluta dessas práticas, mas na sua utilização responsável e na busca contínua por alternativas menos restritivas.

Outro achado relevante diz respeito à satisfação dos pacientes, que tem sido cada vez mais utilizada como indicador de qualidade em serviços de psiquiatria. Pacientes que percebem uma abordagem respeitosa, empática e participativa tendem a apresentar maior adesão ao tratamento, melhor compreensão de sua condição e menor resistência às intervenções propostas. Esse aspecto reforça a importância da humanização como componente essencial do cuidado, não apenas do ponto de vista ético, mas também como estratégia clínica eficaz.

Por fim, os resultados analisados corroboram a hipótese inicialmente proposta, de que o manejo estruturado e humanizado de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar contribui significativamente para a melhoria dos desfechos clínicos e da qualidade da assistência. A integração entre capacitação profissional, protocolos institucionais, abordagem interdisciplinar e práticas centradas no paciente configura um modelo de cuidado mais eficaz, seguro e alinhado às diretrizes contemporâneas.

Dessa forma, a discussão dos achados reforça a necessidade de investimentos contínuos na formação de profissionais, na organização dos serviços de saúde e na implementação de políticas públicas que priorizem a humanização e a qualidade da assistência psiquiátrica. Tais medidas são essenciais para enfrentar os desafios impostos pelo aumento da demanda por atendimento e para garantir um cuidado digno e eficaz aos pacientes em situação de crise.

3. Conclusão

Diante da análise desenvolvida ao longo deste estudo, conclui-se que o manejo adequado de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar constitui elemento fundamental para a garantia da segurança, da dignidade e da eficácia terapêutica. A complexidade inerente aos quadros psicóticos agudos exige uma abordagem estruturada, baseada em evidências científicas e orientada por princípios éticos, capaz de integrar intervenções clínicas, comunicacionais e ambientais. Nesse sentido, o cuidado ao paciente em crise psicótica ultrapassa a mera contenção sintomática, configurando-se como um processo assistencial abrangente, que demanda preparo técnico, sensibilidade profissional e atuação interdisciplinar.

O objetivo geral deste estudo foi plenamente alcançado ao analisar a importância do manejo adequado no contexto hospitalar, evidenciando que práticas bem estruturadas, aliadas à humanização do cuidado, são determinantes para a melhoria dos desfechos clínicos. A revisão da literatura permitiu identificar estratégias eficazes, tais como a organização do ambiente terapêutico, a utilização da comunicação empática, a racionalização do uso de contenção física e a aplicação criteriosa do tratamento medicamentoso. Tais práticas demonstram impacto positivo não apenas na estabilização do quadro agudo, mas também na qualidade global da assistência psiquiátrica.

O problema de pesquisa foi devidamente elucidado ao se demonstrar que a condução profissional exerce influência direta e significativa sobre a evolução clínica do paciente em surto psicótico. A forma como a equipe de saúde aborda a crise — seja por meio de intervenções técnicas adequadas, seja pela construção de vínculo terapêutico — pode determinar o curso do episódio, afetando aspectos como tempo de internação, necessidade de medidas coercitivas e adesão ao tratamento. Dessa forma, evidencia-se que o manejo não é apenas um conjunto de condutas, mas um fator decisivo no prognóstico do paciente.

A hipótese inicialmente proposta também foi confirmada, uma vez que os dados analisados indicam que a adoção de protocolos estruturados, associada a uma abordagem humanizada e centrada no paciente, contribui significativamente para melhores desfechos clínicos.

Observou-se que serviços de saúde que investem na capacitação de suas equipes, na padronização de condutas e na valorização da humanização apresentam menor incidência de eventos adversos, maior segurança assistencial e níveis mais elevados de satisfação por parte dos pacientes e familiares. Esses achados reforçam a importância de um modelo de cuidado que equilibre eficiência clínica e respeito aos direitos humanos.

Entretanto, é imprescindível reconhecer as limitações do presente estudo. Destaca-se a predominância de pesquisas de natureza bibliográfica, o que, embora permita ampla revisão teórica, pode restringir a análise de aspectos práticos e contextuais do manejo em ambientes hospitalares específicos. Além disso, observa-se escassez de estudos de campo que investiguem diretamente a aplicação de protocolos de manejo em diferentes realidades institucionais, especialmente no contexto de hospitais gerais em regiões com recursos limitados.

Diante dessas limitações, sugere-se que pesquisas futuras priorizem abordagens empíricas, com delineamentos metodológicos que incluam estudos observacionais, ensaios clínicos e avaliações de implementação de protocolos em serviços de saúde. Investigações que explorem a efetividade de estratégias específicas de manejo, bem como a percepção de profissionais, pacientes e familiares, poderão contribuir de maneira significativa para o aprimoramento das práticas assistenciais. Além disso, estudos comparativos entre diferentes modelos de cuidado poderão fornecer subsídios relevantes para a formulação de políticas públicas.

Por fim, ressalta-se que o aprimoramento do manejo de pacientes em surto psicótico no ambiente hospitalar depende de um esforço contínuo que envolve formação profissional, organização dos serviços de saúde e compromisso ético com a humanização do cuidado. A consolidação de práticas baseadas em evidências, aliadas à valorização da dignidade do paciente, representa um caminho essencial para a construção de uma assistência mais qualificada, segura e eficaz.



4. Referências

ABNT, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Mental Health Action Plan. Genebra, 2013.

TOWNSEND, Mary C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 5. ed. rev. Washington, DC: APA, 2022.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178). Londres, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

LEUCHT, Stefan et al. Early detection and intervention in psychosis. The Lancet Psychiatry, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases – ICD-11. Geneva: WHO, 2019.

MURRAY, Robin M. et al. Schizophrenia. The Lancet, 2014.

HOWES, Oliver D.; KAPUR, Shitij. The dopamine hypothesis of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013



PROJETO ÁRVORE DOS CAMPEÕES:

O Jiu-Jitsu como Ferramenta Terapêutica na Saúde Psiquiátrica

O Projeto Árvore dos Campeões é uma iniciativa do Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira que incorpora o jiu-jitsu como um recurso terapêutico no tratamento da saúde psiquiátrica. Fundamentado em princípios da neurociência e da psicologia do esporte, o projeto busca promover não apenas benefícios físicos, mas também impactos significativos no bem-estar emocional e na ressignificação da autoestima dos pacientes. A prática do jiu-jitsu estimula a disciplina, o controle emocional e a capacidade de resiliência, aspectos fundamentais no processo terapêutico. Além disso, o contato com a modalidade favorece a socialização e a construção de uma identidade positiva, proporcionando aos participantes um senso de pertencimento e conquista pessoal. A experiência clínica tem demonstrado que atividades esportivas estruturadas podem ser aliadas importantes na reabilitação psiquiátrica, auxiliando na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e impulsividade. O Projeto Árvore dos Campeões reforça o compromisso do hospital em inovar no cuidado, utilizando abordagens integrativas que ampliam as possibilidades de recuperação dos pacientes.



Horta terapêutica: cultivando saúde mental e reintegração ao cotidiano

No contexto da assistência em saúde mental, é cada vez mais reconhecida a importância de práticas integrativas que favoreçam o bem-estar, a autonomia e a reinserção social dos pacientes. Nesse cenário, o Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira mantém uma horta como atividade laboral terapêutica, proporcionando aos pacientes uma vivência que alia o contato com a natureza, o estímulo à responsabilidade e o resgate de vínculos com a realidade cotidiana. O cultivo da terra oferece um espaço simbólico de reconstrução. Ao preparar o solo, escolher as sementes, cuidar das plantas e aguardar seu crescimento, o paciente é convidado a exercitar a paciência, o planejamento, a organização e o zelo. Esses gestos simples ganham profundidade quando compreendidos como práticas que estimulam a reestruturação psíquica, o senso de pertencimento e a retomada de hábitos saudáveis. Autores como Ulrich (1984) e Kaplan & Kaplan (1989) destacam os benefícios do contato com ambientes naturais na redução do estresse e na promoção da saúde mental. Já Simson e Straus (1998), ao tratarem da horticultura terapêutica, apontam que essa atividade favorece o desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e motoras, além de fortalecer a autoestima dos participantes. No campo da saúde mental, a horta terapêutica se insere também como um recurso valioso na reabilitação psicossocial, conforme proposto por Saraceno (2001), ao possibilitar

a reinserção do sujeito em práticas sociais significativas. Mais do que produzir hortaliças, a horta terapêutica promove um tempo de presença e contemplação. Em um ambiente hospitalar que busca acolher e restaurar, o contato com a natureza surge como um recurso terapêutico potente,

oferecendo silêncio, ciclos, cores e texturas que dialogam com os ritmos da vida.

Ao se responsabilizarem por uma tarefa que tem início, meio e fim, os pacientes se reconhecem capazes, úteis e inseridos em um processo de construção e cuidado. Essa prática também reforça valores como cooperação, disciplina e gratidão — elementos fundamentais na retomada de uma rotina mais saudável. Em um tempo marcado por impaciência e estímulos excessivos, cultivar uma horta é também um convite a desacelerar e reconectar-se consigo mesmo e com o mundo. A horta do hospital, portanto, não é apenas um espaço verde entre muros; é uma metáfora viva da possibilidade de recomeço, onde, a cada ciclo, brotam não só alimentos, mas também esperança, equilíbrio e dignidade.



Projeto Guerreiros da Vida

O projeto Guerreiros da vida é uma iniciativa do Hospital psiquiatra Maria Cândida Teixeira que abrange o Muay Thai como um recurso terapêutico no tratamento da saúde psiquiátrica. Oferecendo benefícios físicos e mentais que podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e a recuperação. Além de melhorar a saúde física e o condicionamento, o Muay Thai também promove o desenvolvimento da disciplina mental, autocontrole e resiliência, que são importantes para a recuperação de jovens com problemas mentais, atividade física regular, como o Muay Thai, está associada a uma melhora significativa do humor. Os treinos contribuíram para combater sintomas de depressão e melhorar o humor em A combinação de exercício físico, liberação de endorfinas e interação social durante o treino.

O Muay Thai é uma arte marcial tailandesa que se destaca pela sua natureza abrangente, utilizando o corpo todo como ferramenta de ataque e defesa. E tem como objetivo desenvolver habilidades de combate e defesa através do uso de golpes como socos, chutes, cotoveladas, joelhadas, além de técnicas de defesa e esquiva.

Também visa o desenvolvimento de força, resistência, agilidade, coordenação, autoconfiança, disciplina e resiliência. A experiência clínica tem demonstrado que atividades esportivas estruturadas podem ser aliadas importantes na reabilitação psiquiátrica, auxiliando na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e impulsividade. O hospital em inovar no cuidado com a saúde mental utilizando abordagens integrativas, O Projeto Guerreiros da Vida, tem como finalidade e o comprometimento com o oferecimento de benefícios que vão desde o aperfeiçoamento técnico até o aprimoramento do bem-estar físico e mental dos pacientes.



O projeto Guerreiros da vida é uma iniciativa do Hospital psiquiatra Maria Cândida Teixeira que abrange o Muay Thai como um recurso terapêutico no tratamento da saúde psiquiátrica. Oferecendo benefícios físicos e mentais que podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e a recuperação. Além de melhorar a saúde física e o condicionamento, o Muay Thai também promove o desenvolvimento da disciplina mental, autocontrole e resiliência, que são importantes para a recuperação de jovens com problemas mentais, atividade física regular, como o Muay Thai, está associada a uma melhora significativa do humor. Os treinos contribuí para combater sintomas de depressão e melhorar o humor em A combinação de exercício físico, liberação de endorfinas e interação social durante o geral.

O Muay Thai é uma arte marcial tailandesa que se destaca pela sua natureza abrangente, utilizando o corpo todo como ferramenta de ataque e defesa. E tem como objetivo desenvolver habilidades de combate e defesa através do uso de golpes como socos, chutes, cotoveladas, joelhadas, além de técnicas de defesa e esquiva.

Também visa o desenvolvimento de força, resistência, agilidade, coordenação, autoconfiança, disciplina e resiliência. A experiência clínica tem demonstrado que atividades esportivas estruturadas podem ser aliadas importantes na reabilitação psiquiátrica, auxiliando na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e impulsividade. O hospital em inovar no cuidado com a saúde mental utilizando abordagens integrativas, O Projeto Guerreiros da Vida, tem como finalidade e o comprometimento com o oferecendo benefícios que vão desde o aperfeiçoamento técnico até o aprimoramento do bem-estar físico e mental dos pacientes.

Ao concluirmos mais esta edição da Revista Acadêmica do Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, refirmamos nosso compromisso com a difusão do conhecimento científico em psiquiatria, provendo discursões baseadas em evidências e contribuindo para o avanço da prática clínica e da pesquisa na área. Os artigos apresentados refletem a diversidade e a complexidade dos desafios enfrentados por pesquisadores e profissionais da psiquiatria, destacando a importância da interdisciplinaridade e da atualização constante. Esperamos que este conteúdo inspire novas investigações, fomente reflexões críticas e sirva de apoio para a melhoria do cuidado oferecido aos pacientes. Agradecemos a todos os autores, revisores e leitores que tornam esta publicação possível. Que o conhecimento aqui compartilhado continue impulsionando o desenvolvimento da psiquiatria e o bem-estar daqueles que dela necessitam.

Nos vemos na próxima edição!



Hospital Psiquiátrico

Maria Cândida Teixeira

(62) 98605 9289 - Agendamentos
(62) 99576 7358 - Pronto Socorro
(62) 3142 2348
www.hospitalpsiquiatricomct.com.br

**PRONTO SOCORRO
PSIQUIÁTRICO 24 HORAS**



Associação
Psiquiátrica
de Goiás