

ARTIGOS

Acidente Vascular Cerebral isquêmico evoluindo do Transtorno de Estresse pós-Traumático em trabalhadora em regime de servidão – Relato de caso de agravo relacionado ao trabalho

Ischemic Stroke Following Post-Traumatic Stress Disorder in a Worker Under Conditions of Servitude – A Case Report of a Work-Related Health Condition

Mateus Arruda Aleixo

Universidade Federal de Minas Gerais HC-UFMG/Ebserh
<https://orcid.org/0000-0002-3713-7815>

Andréa Maria Silveira

Docente da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG
<https://orcid.org/0000-0002-1180-3875>

RESUMO: Este estudo apresenta relato de caso de uma trabalhadora uruguaia resgatada de situação análoga à escravidão em contexto de trabalho doméstico no interior de Minas Gerais, Brasil. A paciente foi submetida a condições de extrema vulnerabilidade: privação de liberdade, isolamento social, não pagamento de salário, ameaças, violência simbólica, testemunho de agressões físicas e sexuais contra outro trabalhador e ocultação de sua real condição aos serviços de saúde. Após episódios intensos de estresse psicossocial e maus-tratos, desenvolveu quadro de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e sintomas graves de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). O estudo articula a narrativa clínica ao conhecimento neurocientífico sobre os efeitos do estresse crônico e do TEPT, demonstrando a associação entre a exposição prolongada a situações traumáticas e alterações neurobiológicas (como disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal - HHA e da sinalização glutamatérgica), e aumento do risco cardiovascular, especialmente de AVC. Revisões sistemáticas recentes e estudos longitudinais corroboram essa associação, indicando que o TEPT é um fator de risco independente para eventos cerebrovasculares. O caso destaca a complexidade do adoecimento físico e psíquico

associado ao trabalho em condições análogas à escravidão, evidenciando a importância de abordagens intersectoriais e da responsabilização dos empregadores. Reforça-se a urgência de ações públicas de prevenção, acolhimento, reparação e reintegração das vítimas e ampliação de estudos empíricos sobre os impactos à saúde de trabalhadores resgatados em situação de servidão contemporânea no Brasil.

Palavras chave: estresse pós-traumático, trabalho escravo contemporâneo, doença relacionada ao trabalho, acidente vascular cerebral.

ABSTRACT: This study presents a case report of a Uruguayan female worker who was rescued from a situation analogous to slavery in the context of domestic work in the interior of Minas Gerais, Brazil. The patient was subjected to extreme vulnerability: deprivation of liberty, social isolation, non-payment of wages, threats, symbolic violence, witnessing physical and sexual assaults against another worker, and concealment of her real situation from healthcare services. After experiencing intense psychosocial stress and abuse, she developed an ischemic stroke (AVCi) and severe symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD). The study links the clinical narrative to neuroscientific knowledge about the effects of chronic stress and PTSD, demonstrating the association between prolonged exposure to traumatic situations, neurobiological alterations (such as dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis - HPA and glutamatergic signaling), and increased cardiovascular risk, particularly stroke. Recent systematic reviews and longitudinal studies support this association, indicating that PTSD is an independent risk factor for cerebrovascular events. The case highlights the complexity of physical and psychological illness associated with labor in conditions analogous to slavery, emphasizing the need for intersectoral approaches and employer accountability. It reinforces the urgency of public policies for prevention, support, reparation, and reintegration of victims, as well as the expansion of empirical studies on the health impacts faced by workers rescued from contemporary forms of servitude in Brazil.

Key words: Post-traumatic stress, Stroke; Contemporary slave labor, Work related disease

1. INTRODUÇÃO

O trabalho escravo contemporâneo constitui uma grave violação dos direitos humanos que, embora não se caracterize pela figura da “escravidão” tal como ocorrida no período colonial brasileiro, se expressa por condições de extrema exploração da dignidade humana.

A Constituição Federal dispõe, em seu artigo 5º, inciso III, que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988). Já o artigo 149 do Código Penal tipifica o crime de condição análoga à de escravo, incluindo hipóteses como a sujeição a trabalho forçado, jornada exaustiva, condições degradantes de trabalho e restrição de locomoção em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto (BRASIL, 1940).

A pena prevista para o empregador que submete trabalhadores a essas condições é de reclusão de dois a oito anos, e multa, além da pena correspondente à violência. O mesmo dispositivo legal prevê que incorre nas mesmas penas quem: “I – cerceia o uso de qualquer meio de transporte por parte do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho; II – mantém vigilância ostensiva no local de trabalho ou se apodera de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho”.

Após o resgate de um trabalhador em situação análoga à de escravo, são desencadeados procedimentos administrativos, legais e sociais voltados à proteção dos direitos da vítima, conduzidos principalmente pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Entre eles estão a emissão do Termo de Resgate e a notificação por auditor-fiscal do trabalho, com a exigência de que o empregador pague imediatamente as verbas rescisórias devidas, tais como salários atrasados, férias e 13º salário proporcionais, multa do FGTS (quando aplicável) e multa por rescisão sem justa causa.

O trabalhador resgatado tem direito a três parcelas do seguro-desemprego, independentemente do tempo de contribuição anterior. Também é encaminhado aos serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), podendo usufruir, conforme necessidade, de acolhimento temporário, atendimento psicossocial, cursos de qualificação e ações de reinserção no mercado de trabalho.

O Ministério Público do Trabalho (MPT), por sua vez, pode propor termos de ajustamento de conduta (TAC) com o empregador, bem como ajuizar ações civis públicas para reparação de danos coletivos e exigir indenizações por danos morais individuais e coletivos.

Além do processo criminal, o empregador pode ser incluído no Cadastro de Empregadores que mantiveram trabalhadores em condições análogas à de escravo, conhecido como “Lista Suja do Trabalho Escravo”, o que acarreta restrições ao acesso a crédito público e prejuízo à reputação pessoal e empresarial.

Contudo, essas previsões legais e a atuação estatal no enfrentamento do trabalho análogo à escravidão não têm sido suficientes para dissuadir empregadores desta prática. O país convive, com frequência, com notícias de novos resgates. Desde a

criação do Grupo Especial de Fiscalização Móvel (GEFM), em 1995, vinculado à Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) do MTE, mais de 66 mil trabalhadores foram resgatados no Brasil (BRASIL, 2025).

Apesar dos impactos previsíveis dessa prática sobre a saúde física e mental dos trabalhadores vitimados, ainda são escassos os estudos brasileiros que tratam empiricamente do tema, predominando abordagens teóricas e reflexivas (RIBEIRO, 2020; CANHEDO; GHIZONI; ROSA, 2022; SANTOS, 2023).

No caso clínico apresentado a seguir, descreveremos as repercussões da vivência de trabalho análogo à escravidão sobre a saúde física e mental de uma trabalhadora que, em fevereiro de 2025, conseguiu fugir de uma situação de servidão no contexto do trabalho doméstico. Atualmente, sua condição é acompanhada pelo Projeto Caminhos do Trabalho da Universidade Federal de Uberlândia e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em articulação com o Ministério Público do Trabalho.

2. RELATO DE CASO

Trata-se de relato de caso clínico atendido pelo Projeto Caminhos do Trabalho da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e pelo Caminhos do Trabalho atuando junto ao Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh), na modalidade *online* por médico psiquiatra e médica especialista em Clínica Médica sob supervisão de médica do trabalho

LPG, mulher trans, uruguaia, 29 anos, ensino médio incompleto, relatou trajetória de rua iniciada aos 14 anos, com a prestação de serviços informais, incluindo coleta de material reciclável, prostituição e vigia de carros. Entre 2020 e 2023 passou a trabalhar como cabelereira. Em 2024, ao participar de grupos de acolhimento a pessoas LGBTQIA+ em redes sociais, estabeleceu contato com os seus futuros empregadores. Estes a aliciaram com promessas de trabalho, moradia, alimentação e oportunidades de estudo, em troca de serviços domésticos remunerados com 700 reais mensais. LPG teve sua passagem comprada pelos empregadores, que a buscaram no aeroporto em São Paulo, no dia 18 de julho de 2024 e a levaram para um município da região do triângulo mineiro.

Na moradia dos empregadores lhe foram atribuídas tarefas de limpeza de toda a casa, preparo das refeições e cuidado com o cachorro da família. Na casa residiam os 3 empregadores e um outro empregado, que há muitos anos fora aliciado em condições semelhantes às de LPG - estava em situação de vulnerabilidade e teve "acolhimento" e promessa de trabalho após conversas em grupos de apoio LGBTQIA+ em redes sociais.

LPG foi forçada a ocultar sua condição de empregada doméstica, a simular moradia independente e a utilizar endereço falso, sob o pretexto de serem os patrões pessoas “endinheiradas” e “bem-vistas” na sociedade local. Ademais, o papel de visitante estrangeira ocupou um falso lugar identitário que se confunde com seu sonho simbólico de cursar a universidade. “Eu cheguei a ser chamada de bicha culta, porque eu sabia traduzir do português para o espanhol”. Observa-se um relato de ambivalência inicial, representado pelo sonho simbólico reforçado na figura da estrangeira detentora de um conhecimento, porém contraposto na posição de escrava condenada ao cárcere e ao silêncio social e, em suas palavras: "eles me deram um endereço de uma garagem do lote ao lado para fingir que eu morava ali e era livre, que tinha casa"

A trabalhadora foi submetida a isolamento social forçado, durante o período que esteve neste trabalho. Relata que se sentia pouco à vontade para entrar em contato com sua família e amigos, pois era verbalmente agredida quando era vista ao telefone. Relata ainda que era privada de liberdade para sair de casa. Os empregadores trancavam o portão ao sair para trabalhar, impedindo sua saída. Era desincentivada a conhecer outras pessoas na cidade e a procurar atendimento médico, tendo sido orientada a mentir sobre o seu endereço na Unidade Básica de Saúde, e tendo recebido "bronca" quando agendou consulta sem "permissão" para renovar suas medicações de uso contínuo e controlado. Só frequentava locais previamente determinados pelos empregadores – como lojas e prestadores de serviços.

Relata ainda ter sido orientada a se fechar no quarto quando os empregadores recebiam prestadores de serviço, para que não fosse vista. Tinha suas atividades monitoradas por câmera, precisava se portar de forma submissa e pedir permissão para qualquer atividade. Relata que um dos empregadores é proprietário de uma Agência de Viagens, e que chegou a prestar serviços de tradutora, sem a devida remuneração. Conta que eram realizados frequentes descontos do salário combinado, já inferior ao salário-mínimo, de modo que recebia valores irrisórios por seu trabalho. A ausência de remuneração adequada fez com que LPG tivesse grande dificuldade de se desvencilhar da situação de exploração e violência a que foi submetida.

Após 4 meses no trabalho, passou a solicitar que pudesse viver em outra casa. Conta que enfrentou resistência dos empregadores, sofreu ofensas por ter externalizado seu desejo, mas após insistência, os empregadores alugaram no nome deles uma casa e LPG passou a receber apenas 100 reais por mês devido ao desconto do aluguel. Sofria ameaças para "não sujar o nome" do empregador. A trabalhadora relatou ter presenciado sistemáticas agressões - físicas, verbais e sexuais contra outro trabalhador residente no local, que sofria tapas, enforcamentos, chicotadas e agressões com um facão. Ele não era autorizado a se alimentar junto com todos à mesa e LPG era orientada a juntar as sobras de comida a dar a ele, o que causava a ela grande sofrimento.

Por ocasião de um episódio agressão sexual, o trabalhador teve seu ânus lacerado, com sangramento profuso. A trabalhadora conta que quis chamar um serviço de urgência, mas não foi autorizada. Presenciou a realização de sutura improvisada em ambiente doméstico. Consequentemente, o trabalhador perdeu o controle do esfíncter. Irritados, os empregadores o obrigaram a comer as próprias fezes, fato também presenciado por LPG, que ficou responsável por limpar o sangue na casa. *“Essa foi a pior de todas. Mas todo dia eles espancavam o outro. Eu tinha medo de fazerem a mesma coisa comigo. Às vezes batiam até sem motivo”*. A trabalhadora presenciou tentativa de suicídio desse trabalhador, e teve seu celular quebrado pelo empregador para evitar que solicitasse socorro.

Em dezembro de 2024, LPG apresentou quadro súbito de Disartria e Hemiparesia à esquerda. Foi levada para atendimento e encaminhada ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sendo diagnosticado Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi). No hospital foi diversas vezes orientada pelos empregadores a não revelar eram os patrões, mas sim, amigos: *“eu estava travada do AVC, não conseguia falar, na maca do hospital, e eles ficavam repetindo para eu não falar que era empregada”*. Conta ainda que um dos empregadores a perfurou em vários locais da perna acometida pelo AVC com uma agulha, sendo repreendido por profissional de saúde que presenciou o ocorrido.

Após sair do Hospital, ainda com dificuldades para caminhar devido à redução de força motora na perna, passou a ser pressionada pelos empregadores a retornar ao trabalho, de modo que após apenas 5 dias de sua saída do hospital, voltou a trabalhar de muletas e permaneceu na função por mais aproximadamente um mês.

Por fim, em 05 janeiro de 2025, LPG fugiu da residência dos empregadores e procurou atendimento médico, recebendo atestado para afastamento de suas atividades laborais. Solicitou perícia médica junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e enquanto aguardava a decisão pericial quanto ao afastamento do trabalho retornou para casa dos patrões sem comunicar o ocorrido. Diante do episódio de fuga, os patrões assumiram uma posição mais dura e agressiva contra os funcionários. No dia seguinte, seu colega de trabalho foi encontrado pelos patrões enforcado e LPG foi impedida de acionar qualquer serviço. Evoluiu com episódio de pânico grave e foi retirada da cena por um dos três empregadores.

Em 09 de janeiro, LPG apresentou aos empregadores o registro de solicitação de afastamento do trabalho junto ao INSS, o que resultou em retaliação dos patrões que decidiram colocá-la em outra casa, próxima, porém sem qualquer condição de moradia. Desse dia em diante, a trabalhadora viveu em cárcere, sem renda, sem alimento, sem água, sem luz ou acesso à internet. Precisava fugir para pedir ajuda a

terceiros, mas manteve sigilo por medo dos patrões. Aos poucos, a vizinhança estranhou a situação e rumores sobre o caso disseminaram na cidade.

Em fevereiro de 2025, os patrões foram ao seu encontro e fizeram a rescisão do contrato de trabalho. Eles pagaram o valor de 300 reais, posto que fora debitado aluguel da casa e outros gastos médicos e alimentares. LPG guardou esse dinheiro e fez dele uma porta de comunicação com familiares e amigos no estado do Rio Grande do Sul. Passou um mês elaborando a fuga, a qual se deu em março, momento em que os patrões estavam em viagem internacional.

Na semana seguinte, diante de denúncias ao Ministério Público e Ministério do Trabalho, uma operação em conjunto com a Polícia Federal prendeu os três empregadores e encontrou o outro trabalhador, que por mecanismos não claros, sobreviveu a tentativa de suicídio. A situação de LPG fora o alvo da denúncia. Por não ter sido encontrada, foi instaurado um inquérito de desaparecimento com convocação da Embaixada do Uruguai. Após esse movimento, a trabalhadora foi localizada e recebeu a sua primeira renda desde janeiro, o seguro desemprego. Hoje, LPG encontra-se acolhida pela família, mas ainda não conseguiu deferimento pelo INSS da solicitação de Auxílio Doença por incapacidade temporária pelo dano psíquico e físico sofrido.

Questionada sobre o seu estado geral de saúde LPG relatou cefaleia de provável caráter tensional com recorrência episódica, bruxismo leve, caracterizado por dor e ranger de dentes, palpitações em episódios de rememoração, taquipneia leve sob estresse, episódios de náusea relacionada a ansiedade, hemiparesia esquerda em recuperação. Relatou ainda sentimentos de medo, culpa, tristeza profunda, vergonha. Atribui o seu adoecimento a experiência de trabalho em regime de servidão e apresenta expectativa de recomeço da vida, com medo da exposição pública, mas desejo de justiça. Apresenta comprometimento nas atividades instrumentais.

Ao exame psíquico apresentou durante a consulta aparência condizente com o contexto da entrevista, vestuário adequado, higiene pessoal preservada. Expressividade facial compatível com o conteúdo emocional evocado. A trabalhadora demonstrou-se colaborativa, receptiva à entrevista, com atitude comunicativa e espontânea, com marcante investimento afetivo nos conteúdos relatados, episódios de choro durante a evocação traumática. Houve momentos de hipermotividade, porém sem prejuízo da interlocução. Seu estado de consciência era claro, sem rebaixamento ou alterações quantitativas perceptíveis. Não se observando manifestações dissociativas. Orientada em tempo, espaço e pessoa, bem como quanto à própria biografia e situação atual. Sua atenção voluntária estava preservada, ainda que ocasionalmente desviada por conteúdos emocionais evocados. Vigilância global mantida.

O pensamento apresentou-se com fluxo acelerado em momentos de maior ativação emocional, sobretudo ao discorrer sobre experiências traumáticas. Apresentava forma e a estrutura preservada, o raciocínio é lógico, coerente, com boa capacidade associativa, sem presença de paralogia, descarrilamento, dissociação, neologismos ou afrouxamento de nexos. Observou-se fenômeno de aceleração intercalada por pausas abruptas, o que pode ser interpretado como bloqueios momentâneos ou suspensão reflexiva do discurso, sem fragmentação do pensamento. O conteúdo do pensamento mostrou-se saliente para vivências traumáticas. A paciente elabora os eventos com densidade emocional, sem delírios, ideação paranoide ou risco atual de autoextermínio. Não há ideação persecutória nem conteúdo psicótico

Não relatou alterações sensoperceptivas, negando alucinações visuais, auditivas ou cenestésicas. Ausência de fenômenos de despersonalização ou desrealização no momento da entrevista. Humor epitémico, predominantemente hipotímico, com tonalidade afetiva de tristeza, sofrimento psíquico e melancolia existencial, sem exaltação, irritabilidade ou euforia. O afeto mostrou-se modulável e congruente ao conteúdo relatado. Demonstrou empatia, expressividade afetiva preservada, com labilidade emocional reativa a lembranças traumáticas. Apresentou episódios de choro, expressão facial de nojo e ansiedade durante a evocação de cenas específicas.

Apresentou limitação neurológica evidente em hemisfério esquerdo, seqüela de evento vascular encefálico. A motricidade global é preservada no lado direito. Não há sinais de lentificação global. O processo volitivo estava preservado, com demonstração de desejo explícito de superação, engajamento terapêutico e reconstrução do projeto de vida. Apresenta discurso permeado por expectativas realistas de futuro, revelando intencionalidade dirigida à reparação existencial.

Com relação à história pregressa relatou uso regular antes do AVC de Evra (etinilestradiol + norelgestromina) adesivo transdérmico, como terapia hormonal feminizante, histórico prévio de adoecimento psíquico, refere ter sido diagnosticada previamente com quadro de depressão, desencadeado após situações de violência vividas em outro contexto laboral, há aproximadamente 3 anos. Fazia uso anterior de Fluoxetina 20 mg e Diazepam 10 mg. Atualmente, está em uso das seguintes medicações: AAS 100mg, Fluoxetina 20 mg e Diazepam 10 mg.

A aplicação da escala Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5) for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition DSM-5 alcançou a pontuação total de 73 pontos indicando um quadro grave, com sintomas intensos, persistentes e incapacitantes de Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT). A CAPS-5 é uma entrevista diagnóstica padronizada desenvolvida por especialistas do U.S. Department of Veterans Affairs (VA) e do National Center for PTSD. É

considerada o padrão-ouro para avaliação da gravidade dos sintomas e seguimento de evolução clínica (WEATHERS et al, 2018).

Quadro 1- Identificação e Interpretação dos Fenômenos Traumáticos Vivenciados

<p>1. Sofrimento Psíquico Crônico e Sistêmico</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Vivência de escravidão contemporânea: trabalho forçado, jornada exaustiva, privação de salário, vigilância, submissão coercitiva.✓ Violência psicológica contínua: gritos, ameaças, chantagens e manipulação identitária.✓ Proibição de se apresentar como trabalhadora: apagamento identitário, exigência de mentir sobre função e moradia.✓ Restrição de liberdade e isolamento social forçado com vigilância e controle da comunicação.
<p>2. Traumas Diretos ao Corpo e à Integridade Física</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Acidente Vascular Encefálico isquêmico durante trabalho escravo;✓ Trabalho contínuo mesmo após o AVC, sem reabilitação imediata ou repouso;✓ Perfuração da perna com agulhas por um dos empregadores, após AVC, como tentativa de estímulo ou castigo;✓ Negligência médica induzida, com orientação para mentir ao serviço de saúde sobre a real situação e endereço.
<p>3. Traumas por Testemunho ou Vicariantes</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Cena de enforcamento do colega de trabalho, em tentativa de suicídio;✓ Agressões físicas frequentes contra o trabalhador masculino escravizado;✓ Violência sexual indireta: escuta ativa e consciente de estupros praticados contra o colega, sem poder intervir;✓ Ser obrigada a limpar o sangue deixado pelas agressões sexuais sofridas pelo outro trabalhador em ato de empalamento.
<p>4. Traumas Simbólicos e Existenciais</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Promessa nunca realizada de estudos e formação profissional, usada como isca afetiva e cognitiva (estudos, faculdade, trabalho como tradutora; reconhecimento intelectual);✓ Desconstrução da expectativa de futuro: LPG migrou para o Brasil buscando autonomia, mas foi transformada em serva.
<p>5. Luto e Abandono</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Perda do pai em janeiro de 2025, sem possibilidade de comparecer ao funeral

- ✓ Solidão após retorno ao Brasil e distanciamento geográfico de vínculos afetivos de origem

3. EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DE RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

O estresse psicossocial crônico é atualmente reconhecido como um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares e neurológicas, especialmente o acidente vascular cerebral (AVC). Evidências provenientes de meta-análises robustas demonstram que indivíduos expostos a altos níveis de estresse - como situações de trabalho análogas à escravidão, caracterizadas por jornadas exaustivas, privação de autonomia e abuso psicológico - apresentam risco acentuado para eventos vasculares cerebrais (BOOTH, J. et al 2015; GOLDSTEIN, et al. 2023;

Uma meta-análise publicada em 2015, abrangendo 14 estudos observacionais, demonstrou que indivíduos com estresse elevado têm aumento de aproximadamente 33% no risco de AVC (razão de risco agrupada ~1,33). Tal associação foi particularmente pronunciada em mulheres, nas quais o risco praticamente duplicou (BOTH et al, 2015). De modo similar, o estudo prospectivo MESA, com seguimento de 8,5 anos, encontrou risco 59% maior de AVC ou ataque isquêmico transitório em indivíduos com altos níveis de estresse crônico, mesmo após controle de fatores de risco clássicos, como hipertensão ou diabetes. O estudo internacional INTERSTROKE também reconheceu o estresse psicossocial como um dos dez principais fatores de risco modificáveis para AVC globalmente.

Em relação ao estresse ocupacional, meta-análises envolvendo centenas de milhares de trabalhadores mostraram que a combinação de demandas elevadas e baixo controle ("job strain") aumenta o risco de AVC e doenças cardiovasculares em 10% a 40%. Ademais, indivíduos que trabalham mais de 55 horas semanais apresentam risco 33% maior de AVC, em comparação com aqueles que cumprem jornadas entre 35 e 40 horas. O estresse crônico exerce efeitos fisiopatológicos relevantes por meio da ativação persistente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e do sistema nervoso simpático, elevando a secreção de cortisol e catecolaminas, o que favorece hipertensão, resistência insulínica, disfunção endotelial e inflamação subclínica caracterizada por níveis elevados de IL-6 e PCR, contribuindo para a aterogênese e instabilidade de placas (BOOTH et al., 2015; SCHNEIDER, 2014). Eventos de estresse agudo intenso também podem precipitar acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico por meio de picos pressóricos e ativação plaquetária (BOOTH et al., 2015).

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), definido como uma condição psiquiátrica desencadeada por evento traumático real ou ameaçador à integridade física ou à vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), está associado a risco cardiovascular aumentado. Meta-análises recentes demonstraram que indivíduos com TEPT apresentam risco 59% maior de desenvolver AVC, por mecanismos semelhantes aos do estresse crônico, incluindo hiperatividade autonômica, disfunção endotelial, alterações inflamatórias e desregulação do eixo HHA (GOLDSTEIN et al., 2023).

No caso analisado, a paciente foi submetida a condições extremas de estresse psicossocial prolongado e uso de estrogênios exógenos, além de tabagismo, fatores que, quando combinados, amplificam o risco vascular (CUSHMAN et al., 2017; ZHANG et al., 2019). Estudos também apontam elevada prevalência de comorbidades como hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus em indivíduos com TEPT, ampliando seu perfil de risco vascular (CHO et al., 2014; COHEN et al., 2015; SUMNER et al., 2015; BRENNER et al., 2018).

Rosman et al (2019) visando investigar a associação entre o diagnóstico de TEPT e a ocorrência de ataque isquêmico transitório (AIT) e AVC isquêmico em adultos jovens e de meia-idade, acompanharam durante 13 anos uma coorte prospectiva composta por 987.855 veteranos (idade média de 30,3 anos) sem histórico prévio de AVC ou acidente isquêmico transitório. Durante o acompanhamento 28,6% da amostra foi diagnosticada com TEPT que esteve significativamente associado com AIT (HR ajustada = 1,61; IC 95%: 1,27–2,04) e AVC isquêmico (HR ajustado = 1,36; IC 95%: 1,22–1,52). O efeito do TEPT sobre o AVC isquêmico foi mais forte em homens do que em mulheres (interação significativa, $p = 0,003$) e a associação permaneceu mesmo após controle para uso de serviços de saúde (evitando viés de detecção). O estudo confirmou que o TEPT é um fator de risco independente para eventos cerebrovasculares em jovens adultos, reforçando achados anteriores em idosos. Os mecanismos prováveis incluem inflamação crônica, disfunção endotelial, alterações autonômicas, além de fatores comportamentais como tabagismo e uso de substâncias. O sexo mostrou efeito modificador para AVC isquêmico, mas não para AIT. Assim, o TEPT está associado ao aumento do risco de AIT e AVC isquêmico em adultos jovens e de meia-idade, independentemente de outros fatores de risco.

Chen et al (2015) investigaram a associação temporal entre o diagnóstico de TEPT e o risco de desenvolver AVC (isquêmico, hemorrágico ou ambos) ao longo do tempo utilizando dados provenientes do Taiwan National Health Insurance Research Database (NHIRD). A amostra foi composta por 5.217 indivíduos ≥ 18 anos com TEPT (diagnosticados entre 2002 e 2009); e 20.868 controles pareados por idade e sexo, sem histórico de AVC ou TEPT. Os desfechos avaliados foram a incidência de qualquer AVC, AVC isquêmico e AVC hemorrágico até o final de 2011. Os resultados

apontaram que os indivíduos com TEPT apresentaram risco significativamente aumentado de sofrer qualquer AVC: HR ajustado = 3,37 (IC 95%: 2,44–4,67); e AVC isquêmico: HR ajustado = 3,47 (IC 95%: 2,23–5,39). O risco foi especialmente alto entre jovens adultos (<40 anos), AVC total: HR = 5,36; AVC isquêmico: HR = 11,53. O TEPT não foi significativamente associado a AVC hemorrágico após o ajuste (HR = 1,35; IC 95%: 0,54–3,37). Comorbidades como depressão, hipertensão e dislipidemia aumentaram ainda mais o risco de AVC. O estudo fortalece achados anteriores de que o TEPT está associado a um maior risco de desenvolver AVC, particularmente AVC isquêmico, e que este risco é mais acentuado entre os mais jovens. Os mecanismos fisiopatológicos propostos incluem disfunções no eixo hipotálamo–hipófise–adrenal (HPA); atividade autonômica alterada; inflamação crônica (citocinas pró-inflamatórias elevadas); disfunção endotelial; aterosclerose precoce e distúrbios metabólicos. Em síntese, para os autores o TEPT é um fator de risco independente e significativo para o desenvolvimento de AVC, especialmente isquêmico, com impacto mais pronunciado em adultos jovens.

Sumner et al (2015) investigaram a associação entre exposição a traumas, sintomas de TEPT e risco de eventos cardiovasculares (infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral) em uma coorte de mulheres jovens e de meia-idade. O estudo também avaliou se comportamentos de saúde e fatores médicos explicam essa associação. A amostra estudada constou de 49.978 participantes do Nurses' Health Study II (mulheres norte-americanas, 25–42 anos em 1989) acompanhadas entre 1989–2009 (20 anos) as quais foram aplicados questionários padronizados em 2008 visando a detecção retrospectiva de traumas e sintomas de TEPT. As participantes foram classificadas em: sem trauma; trauma sem sintomas de TEPT; trauma com 1–3 sintomas; trauma com ≥ 4 sintomas (critério para TEPT provável). Foram confirmados 548 eventos cardiovasculares (277 infartos, 271 AVCs), validados por prontuários médicos. A análise dos resultados apontou que mulheres com ≥ 4 sintomas de TEPT apresentaram maior risco de DCV (HR = 1,60; IC 95%: 1,20–2,13); mulheres com trauma sem sintomas também tiveram risco aumentado (HR = 1,45; IC 95%: 1,15–1,83). Mulheres com 1–3 sintomas não apresentaram risco aumentado significativo. Para AVC isoladamente, apenas o grupo com ≥ 4 sintomas teve risco aumentado (HR = 1,64; IC 95%: 1,12–2,39). Comportamentos e fatores médicos explicaram 14% da associação entre trauma sem sintomas e DCV; 47% da associação entre ≥ 4 sintomas de TEPT e DCV. A exposição a traumas e os sintomas intensos de TEPT estão ambos associados ao aumento do risco cardiovascular, com impacto independente. Mesmo em mulheres sem sintomas de TEPT foi identificado risco aumentado, possivelmente por mecanismos como supressão emocional, inflamação crônica e disfunção autonômica. A associação manteve-se após controle para história familiar, abuso na infância, sintomas depressivos prévios e fatores de estilo de vida (tabagismo, dieta,

sedentarismo). Os resultados sugerem que o impacto do trauma pode ocorrer mesmo na ausência do quadro clínico completo de TEPT.

Remch et al. (2018) avaliaram se o TEPT é um fator de risco independente para Infarto do Miocárdio IM e AVC entre trabalhadores expostos ao desastre do World Trade Center (WTC), controlando para fatores cardiovasculares reconhecidos e sintomas depressivos por meio de uma coorte prospectiva (WTC-Heart). A amostra foi composta por 6.481 trabalhadores (majoritariamente operários) envolvidos na limpeza do WTC em 2001–2002, com seguimento entre 2012–2016. Foram realizadas medições clínicas padronizadas: pressão arterial, IMC, colesterol; aplicados questionários para detecção de sintomas de TEPT (PCL-C) e depressão (PHQ-9), coletado histórico de exposição à poeira do WTC; e confirmada a ocorrência de IM e AVC nos prontuários e registros hospitalares. Os resultados apontaram uma prevalência de TEPT de 19,9% nos homens e 25,9% nas mulheres. Foram confirmados 70 IMs (20 reincidentes), 53 AVCs (15 reincidentes). Os riscos ajustados (aHR) para indivíduos com TEPT foram de IM: 2,22 (IC 95%: 1,30–3,82); AVC: 2,51 (1,39–4,57); IM + AVC combinados: 2,35 (1,57–3,52). Os resultados foram consistentes mesmo entre homens sem depressão: aHR para IM/AVC: 2,27 (1,41–3,67). O estudo confirma que o TEPT, mesmo após mais de uma década do trauma, é um forte preditor de risco cardiovascular e que a associação entre TEPT e IM/AVC é independente de depressão, e de fatores clássicos como tabagismo, colesterol e hipertensão. Os autores não encontraram evidência de que o sexo tenha modificado a associação entre TEPT e infarto, AVC ou o desfecho combinado.

4. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO E SEUS MECANISMOS

A. Exposição ao evento traumático

- A1. Vivência direta do trauma
- A2. Testemunho de evento traumático em tempo real
- A3. Conhecimento de evento traumático com pessoa próxima
- A4. Exposição repetida a detalhes traumáticos

O trauma psíquico constitui fator primário no desenvolvimento de diversos transtornos mentais, como TEPT, depressão maior, transtornos de ansiedade e de personalidade (STANGHELLINI et al., 2019). Seus efeitos recaem sobre funções executivas, atenção, memória e regulação emocional por meio de alterações sinápticas, desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e ativação de processos inflamatórios (BOOTH et al., 2015). O estresse intenso ou crônico induz hiperatividade da amígdala, elevação do cortisol e alterações funcionais do hipocampo e córtex pré-frontal, ativando circuitos reflexos de defesa — luta, fuga ou

congelamento — os quais, em contexto patológico, permanecem cronicamente acionados (FUCHS; STANGHELLINI, 2019). Sob uma abordagem darwinista, o estresse é definido como qualquer perturbação da homeostase que exige uma resposta adaptativa para a sobrevivência. O sistema nervoso central dispõe de um mecanismo inconsciente de previsão, que compara inputs sensoriais com expectativas antecipadas. Quando há um descompasso, ocorre ativação dos circuitos de estresse, como resposta à violação da previsão de segurança (FUCHS; STANGHELLINI, 2019).

A partir de uma perspectiva hermenêutica e fenomenológica, cada vivência é concebida como uma narrativa neural construída por sequências de potenciais de ação transduzidos a partir dos estímulos ambientais e conduzidos ao tálamo, que distribui esses sinais ao córtex sensorial primário (STANGHELLINI et al., 2019). O processamento se estende ao córtex secundário, onde a experiência recebe sentido semântico. Em seguida, o sistema límbico (amígdala, núcleo accumbens, estriado e hipocampo) edita a narrativa atribuindo-lhe valência emocional. Essas estruturas operam com base em uma data-base inata e adquirida, que interpreta a narrativa em função da memória afetiva e da história individual (FANSLOW; LEDOUX, 1999; KOBA; IWATA, 2019).

Caso essa comparação aponte risco existencial, há ativação reflexa de vias límbico-subcorticais, deflagrando respostas automáticas de luta, fuga ou congelamento por meio de vias específicas: (1) hipocampo–amígdala–hipotálamo (eixo CRF–ACTH–cortisol), (2) amígdala–locus coeruleus (resposta adrenérgica), (3) amígdala–parabraqueal (respiração), (4) amígdala–núcleo periaquedutal (psicomotricidade) e (5) núcleo accumbens–estriado (saliência narrativa), sendo esse um modelo dentre várias vias de ativação reflexa límbico-subcorticais e límbico-corticais (FANSLOW; LEDOUX, 1999; KOBA; IWATA, 2019; McEWEN; STELLAR, 1993; PANKSEPP, 2005).

B. Sintomas intrusivos

- B1. Memórias traumáticas involuntárias e intrusivas
- B2. Pesadelos sobre o evento traumático
- B3. Dissociação como revivescência do evento traumático
- B4 Resposta autonômica aumentada ou prolongada se reexposição

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é marcado por um padrão de memórias intrusivas fragmentadas, intensas e sensoriais, frequentemente não integradas ao contexto autobiográfico e revividas com sensação de atualidade. Tal fenômeno está associado à hiperatividade da amígdala e à disfunção do hipocampo e do córtex pré-frontal medial — estruturas responsáveis pela codificação, inibição e contextualização da memória (STANGHELLINI et al., 2019;). O excesso de sinalização glutamatérgica leva à excitotoxicidade, inflamação neuroglial e perda sináptica, sobretudo no hipocampo, comprometendo a consolidação da memória episódica e favorecendo a evocação dissociativa.

A falha da memória declarativa hipocampal e a dominância da memória implícita límbica transformam o trauma em traços persistentes, não integrados semanticamente. Adicionalmente, o fascículo uncinado, via de conexão entre amígdala, hipocampo e córtex orbitofrontal, encontra-se frequentemente hipoativo ou com integridade reduzida no TEPT, dificultando a modulação da resposta emocional e favorecendo uma percepção constante de ameaça (BOOTH et al., 2015). Flashbacks e pesadelos funcionam como ressurreições sensorio-emocionais automáticas do trauma, intensificadas por redes cortico-subcorticais disfuncionais que perpetuam a reatividade fisiológica a estímulos traumáticos.

C. Evitação e esquiva

C1. Evitar estímulos internos como pensamentos e revivescências

C2. Evitar estímulos externos ativamente, incluindo cenários e pessoas

Essas falhas citadas anteriormente causam sintomas ainda não totalmente explicados pela neuropsiquiatria. O modelo de comportamento condicionado de Pavlov tem sido utilizado para compreender o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), especialmente os comportamentos de esquiva. Esse modelo sugere que, diante de estímulos repetitivos associados ao desprazer, forma-se um circuito neuronal que conecta estímulo e resposta de maneira automática, principalmente mediado pelo núcleo estriado. Essa resposta, embora adaptativa, ocorre de forma subcortical e não voluntária, permitindo reações rápidas. Em contrapartida, a ativação do córtex pré-frontal ventromedial (vmPFC) pode inibir essas respostas condicionadas, indicando que a atividade cognitiva tem o potencial de suprimir circuitos automáticos. Esse mecanismo de supressão pode gerar uma habituação, em que o indivíduo tenta, voluntária ou involuntariamente, substituir pensamentos traumáticos por outros não traumáticos (CALIGIORE et al., 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FUCHS; STANGHELLINI, 2019).

A memória declarativa, dependente do hipocampo, é comprometida pelo trauma, que reduz sua atividade e arborização dendrítica. Já a memória condicionada, ligada ao corpo estriado, tende a predominar, especialmente quando há menor volume

hipocampal e maior volume estriatal — características associadas ao TEPT. Esse desequilíbrio prejudica a capacidade de contextualizar experiências e inibir respostas automáticas, reforçando comportamentos desadaptativos, como a esquiva. Assim, a hipoatividade do hipocampo e a hiperatividade do estriado favorecem a prevalência de memórias condicionadas sobre as declarativas, contribuindo para a persistência dos sintomas do transtorno (CALIGIORE et al., 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FUCHS; STANGHELLINI, 2019).

D. Alterações negativas em cognição e humor

- D1. Amnésia dissociativa relacionada ao trauma
- D2. Crenças negativas persistentes sobre si, os outros ou o mundo
- D3. Culpa excessiva ou culpabilização de terceiros
- D4. Emoções negativas crônicas (raiva, vergonha, medo, desamparo)
- D5. Redução acentuada de interesse ou participação em atividades significativas
- D6. Sentimento de desapego ou estranhamento em relação aos outros
- D7. Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas

As alterações negativas em cognição e humor no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) envolvem uma desregulação abrangente do eixo hipocampo–amígdala–córtex pré-frontal medial. O hipercortisolismo crônico induzido pelo estresse traumático reduz a expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) no hipocampo e no córtex pré-frontal dorsolateral, prejudicando a memória autobiográfica, o julgamento contextual de eventos e a avaliação racional de crenças negativas (FERNANDO et al., 2013). Simultaneamente, há aumento de BDNF na amígdala medial e reforço da conectividade com regiões límbicas, intensificando reações emocionais negativas e contribuindo para hipersensibilidade afetiva e hipermnésia emocional (BOOTH et al., 2015).

Do ponto de vista fenomenológico, o trauma compromete a integridade narrativa do self: a memória deixa de ser organizada em continuidade temporal e passa a operar como fragmentos afetivos intrusivos. Crenças negativas tornam-se cristalizadas como “marcas traumáticas” e reorganizam a estrutura da experiência subjetiva com sentimentos persistentes de culpa, vergonha e impotência (FUCHS; STANGHELLINI, 2019). A linguagem simbólica humana — ao permitir antecipação e interpretação do mundo — também contribui para a cronificação dos estados disfóricos quando o trauma reorganiza a semântica do vivido (McLAUGHLIN et al., 2014).

Além disso, o sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (área tegmentar ventral–núcleo accumbens–córtex pré-frontal) sofre inibição funcional, resultando em anedonia, apatia e perda da capacidade de sentir prazer em atividades antes

significativas. O núcleo accumbens, regulador central da motivação dirigida por recompensa, apresenta resposta atenuada à estimulação positiva (McLAUGHLIN et al., 2014), reforçando o retraimento social e a perda do interesse pela vida cotidiana. (BOOTH et al., 2015; CULLEN et al., 2012).

E. Reatividade

- E1 Irritabilidade
- E2 Comportamento autodestrutivo
- E3 Hipervigilância
- E4 Resposta ao susto aumentada
- E5 Dificuldade de concentração
- E6 Alterações do sono

A hiperreatividade no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) decorre de um estado de alarme neurobiológico persistente, no qual a amígdala — especialmente seu núcleo basolateral — desempenha papel central na detecção de ameaças e na modulação de respostas emocionais como medo, ansiedade e raiva. Essa estrutura registra memórias traumáticas e antecipa riscos, favorecendo reações defensivas, mesmo diante de estímulos neutros. A elevação sustentada do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) na amígdala favorece a neuroplasticidade de redes afetivas e reforça condicionamentos emocionais patológicos (FERNANDO et al., 2013).

Em indivíduos com TEPT, há hiperatividade da amígdala em resposta a estímulos de saliência reduzida, com ativação do locus coeruleus e do sistema noradrenérgico, promovendo hipervigilância, sobressalto exagerado e reatividade emocional intensa (McLAUGHLIN et al., 2014). O controle inibitório exercido pelo córtex pré-frontal sobre os núcleos da amígdala está comprometido, em parte devido à redução de BDNF, atrofia do córtex pré-frontal medial e perda de integridade das conexões de substância branca (BOOTH et al., 2015). O córtex pré-frontal ventromedial (vmPFC), responsável pela extinção do medo condicionado e pela avaliação contextual de ameaças, encontra-se hipoativo, perpetuando respostas automatizadas de defesa. Estudos de neuroimagem demonstram que maior atividade do vmPFC está associada à capacidade de modulação emocional e extinção de memórias aversivas, ao passo que sua disfunção prediz maior severidade clínica (FUCHS; STANGHELLINI, 2019).

Além disso, a reatividade exacerbada no TEPT está associada à disfunção das conexões entre o córtex pré-frontal dorsolateral (dlPFC) e regiões subcorticais envolvidas na atribuição de saliência e reatividade emocional, como a ínsula anterior, o córtex cingulado anterior dorsal e o estriado ventral. Essa disfunção prejudica a regulação da atenção e o julgamento da relevância ambiental, favorecendo a hipervigilância e o viés de ameaça. O comprometimento estrutural e funcional do

córtex pré-frontal, especialmente nas redes executivas, resulta em dificuldades atencionais, memória de trabalho deficiente, impulsividade e tomadas de decisão desorganizadas — sintomas frequentemente observados nos domínios E5 e E2 do DSM-5. Há, ainda, sobreposição com sintomas de fadiga cognitiva e desorganização motivacional, descritos como períodos de paralisia diante de escolhas (STANGHELLINI et al., 2019).

F. Duração

Os sintomas persistem por mais de um mês.

A persistência dos sintomas por mais de 30 dias diferencia o TEPT de reações agudas ao trauma. Essa cronicidade se associa à manutenção das alterações neurobiológicas descritas, como a hiperatividade amigdaliana e a perda de volume do hipocampo. A resposta adaptativa esperada após o fim do estressor não se completa, consolidando um estado patológico sustentado de alerta, evitação e disfunção emocional. Estudos de neuroimagem demonstram que mesmo em repouso, o cérebro de indivíduos com TEPT continua ativando circuitos de ameaça (McLAUGHLIN et al., 2014). A manutenção de níveis elevados de cortisol, a plasticidade sináptica da amígdala e a perda de feedback inibitório do hipocampo contribuem para a cronificação do quadro, e podem dificultar o processo terapêutico se não houver intervenção precoce (FERNANDO et al., 2013).

G. Prejuízo funcional

O transtorno causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida. As alterações cognitivas, comportamentais e afetivas do TEPT comprometem profundamente o funcionamento do sujeito. Na esfera ocupacional, são comuns absenteísmo, perda de produtividade, isolamento social e rupturas no vínculo empregatício. Na vida afetiva, o distanciamento emocional, a hipervigilância e a reatividade limitam a construção de vínculos seguros. Do ponto de vista neurofuncional, o prejuízo decorre da disfunção de circuitos integradores como o eixo amígdala–córtex pré-frontal–estriado, comprometendo a deliberação, a atenção sustentada, a autorregulação emocional e a tomada de decisões. Tais impactos são duradouros e interferem em esferas adaptativas essenciais, muitas vezes exigindo reabilitação multiprofissional (COHEN et al., 2015; SUMNER et al., 2015).

H. Exclusão

O quadro não é atribuível aos efeitos uma substância ou outra condição médica.

É fundamental descartar diagnósticos diferenciais antes de estabelecer o diagnóstico de TEPT. Do ponto de vista neuropsiquiátrico, o diagnóstico diferencial exige avaliação criteriosa das vias corticolímbicas envolvidas, histórico traumático, padrão temporal dos sintomas e respostas aos testes estruturados (ex: CAPS-5). O uso de escalas padronizadas e a anamnese longitudinal contribuem para maior precisão diagnóstica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

5. CONCLUSÕES E CONDUTAS

Assim, pode-se afirmar com base na entrevista clínica e na literatura científica consultada que o estresse crônico e agudo ao qual a trabalhadora foi submetida, associado a fatores de risco adicionais, teve papel na gênese do evento vascular cerebral sofrido. Tal conclusão é consistente com evidências epidemiológicas e fisiopatológicas amplamente documentadas em revisões sistemáticas e meta-análises da literatura.

A paciente foi submetida a múltiplos eventos traumáticos extremos, prolongados, reiterativos e altamente impactantes, compatíveis com o que a literatura especializada denomina TEPT complexo. Foram ainda realizados os seguintes diagnósticos (CID-11 / DSM-5-TR): 6B41 – Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo, A70 – Episódio Depressivo Moderado a Grave sem sintomas psicóticos 6B60 – Transtorno Dissociativo Não Especificado, 6C4A.2 – Transtorno por Uso de Tabaco, I63 – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, F54 – Fatores psicossociais associados a doenças orgânicas.)

Compreendemos que a paciente viveu, por um período prolongado, sob condicionamento traumático crônico, com exposição contínua a ameaças reais à integridade física e psíquica, além de testemunho direto de tortura, violência sexual, tentativa de suicídio e coação permanente. Esse estado contínuo de alerta e medo extremo, conforme descrito na literatura neuropsiquiátrica atual, pode atuar como fator fisiopatológico relevante na ocorrência de eventos cerebrovasculares, especialmente em pacientes com fatores de risco adicionais como tabagismo e uso de estrogênio transdérmico (McEWEN; STELLAR, 1993; STANGHELLINI et al., 2019).

O estresse crônico e extremo pode contribuir para disfunções no eixo HHA (hipotálamo–hipófise–adrenal), alterações nos níveis de cortisol, modulação negativa do óxido nítrico (NO), hiperativação autonômica (com picos hipertensivos), processos inflamatórios e desregulação de fatores neurotróficos e vasculares — todos esses mecanismos integrando uma cascata complexa e sinérgica que culmina, em certos casos, em eventos vasculares encefálicos agudos. No caso de LPG, não atribuímos o estresse como causa única, tampouco principal, do AVC isquêmico sofrido, mas sim como um fator contribuinte relevante, dentro de um contexto multifatorial.

Adicionalmente, a paciente apresenta sintomas compatíveis com Episódio Depressivo Maior, sem que haja prejuízo da estrutura formal do pensamento, que se mantém coeso, lógico e organizado. Embora tenha reatividade emocional significativa e episódios de choro durante a entrevista, o afeto é congruente e modulável. Há presença de fenômenos dissociativos episódicos, especialmente em situações de evocação traumática, porém ainda não é possível estabelecer com rigor se tais episódios configuram um transtorno dissociativo em comorbidade, embora essa hipótese seja fortemente considerada. Destaca-se que a paciente mantém o processo volitivo preservado, demonstrando desejo genuíno de superar o sofrimento, engajar-se em tratamento e reconstruir seu projeto de vida. Essa “ebulição volitiva”, manifesta em seu discurso de futuro, sustenta-se como um dos fatores protetores existentes.

Entretanto, até o momento da avaliação, a paciente não se encontrava em tratamento psiquiátrico, psicológico ou reabilitação. O uso de benzodiazepínicos persiste, em função da insônia grave, embora se reconheça que tais medicamentos não são indicados para transtornos relacionados a trauma. A retirada e substituição serão manejadas com critério técnico, progressivamente, caso haja adesão terapêutica.

Do ponto de vista existencial, conforme analisado à luz da filosofia de Jean-Paul Sartre, compreendemos que LPG teve sua existência reduzida à condição de objeto — "um ser que é olhado, mas que não olha", submetido à negação da subjetividade. Em suas palavras, a consciência foi lançada no nada e, sob o olhar do outro, convertida em coisa. LPG deixou de ser uma pessoa em projeto para se tornar uma função silenciosa sob domínio do outro. Sua luta atual é, portanto, não apenas pela recuperação da saúde, mas pela restituição do direito de existir como sujeito livre.

Diante disto, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e realizada notificação do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN). Foi recomendado afastamento imediato do trabalho, tratamento psiquiátrico e multiprofissional contínuo e adequado, solicitados exames laboratoriais gerais, com especial atenção à dosagem de cortisol, considerando a possibilidade de disfunções endócrinas decorrentes do trauma crônico, revisão ampla do estado clínico-laboratorial da paciente, dada a possibilidade de lesões sistêmicas relacionadas a estresse crônico, como danos cardiovasculares e autonômicos, realização de ressonância magnética de encéfalo para investigação de sequelas do evento neurovascular e análise de possíveis repercussões neuropsiquiátricas do trauma, como diminuição do volume hipocampal e de estruturas do córtex pré-frontal.

Por fim conclui-se que o prognóstico da paciente é reservado, especialmente na ausência de tratamento estruturado. Quanto mais tempo perdurar a ausência de cuidado, maior a cronificação do quadro clínico e menor a resposta terapêutica futura.

A literatura deixa claro que traumas psíquicos crônicos e não tratados se consolidam como lesões subjetivas e neurobiológicas de difícil reversão. Assim, o sofrimento da paciente não é apenas sintoma: é também testemunho de um modo de existir interrompido — e a restituição desse existir exige tempo, cuidado e reparação.

REFERÊNCIAS

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

BOOTH, J. et al. Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. *BMC Neurology*, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2015.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Grupo Móvel do MTE completa 30 anos na luta contra o trabalho escravo. Agência Gov, Brasília, 14 maio 2025.

BRENNER, L. A. et al. Association between posttraumatic stress disorder and incident hypertension among US active duty soldiers after deployment to Iraq and Afghanistan. *Journal of Hypertension*, v. 36, n. 2, p. 263–269, 2018.

CALIGIORE, D.; PEZZULO, G.; MIALI, R. C.; BALDASSARRE, G. The contribution of brain sub-cortical loops in the expression and acquisition of action understanding abilities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 37, p. 2504–2515, 2013.

CANHEDO, Nathalia; GHIZONI, Liliam Deisy; ROSA, Carlos Mendes. A saúde emocional dos trabalhadores resgatados em condições análogas à de escravo: contribuição da Psicodinâmica do Trabalho no combate ao ciclo nocivo da escravidão

contemporânea. In: ROSA, Carlos Mendes (Org.). *Psicodinâmica do trabalho e saúde mental*. Palmas: Atena Editora, 2022. p. 101–117.

CHEN, Chien-Chung et al. Risk of Stroke Among Patients with Post-Traumatic Stress Disorder: Nationwide Longitudinal Study. *The British Journal of Psychiatry*, v. 208, n. 5, p. 454–460, 2016. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.149591.

CHO, K. I. et al. Relationship between PTSD symptoms and metabolic syndrome in North Korean defectors. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 76, n. 2, p. 89–94, 2014.

COHEN, B. E. et al. Posttraumatic stress disorder and health: a review of the literature with focus on cardiovascular and metabolic disease. *Current Cardiology Reports*, v. 17, n. 4, p. 96, 2015. DOI: .

CORCORAN, K. A.; QUIRK, G. J. Recalling safety: cooperative functions of the ventromedial prefrontal cortex and the hippocampus in extinction. *CNS Spectrums*, v. 12, n. 3, p. 200–206, 2007.

COSTA, S. F. et al. Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o “estupro de vulnerável”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 11, p. e00218019, 2020.

CUSHMAN, M. et al. Risk of stroke with various types of menopausal hormone therapies: A systematic review and meta-analysis. *Stroke*, v. 48, n. 12, p. 3095–3100, 2017

FANSLow, M. S.; LEDOUX, J. E. Why we think about trauma: The amygdala, memory, and emotional learning. *Neuron*, v. 23, n. 2, p. 137–140, 1999.
[https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)80773-0](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(00)80773-0)

FERNANDO, A. B. P.; MURRAY, J. E.; MILTON, A. L. The amygdala: securing pleasure and avoiding pain. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, v. 7, n. 190, 2013.

FUCHS, T.; STANGHELLINI, G. Embodiment and personal identity in trauma and dissociation. *Journal of Consciousness Studies*, v. 26, n. 9–10, p. 120–143, 2019.

GOLDSTEIN, K. M. et al. Associations between posttraumatic stress and stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, v. 36, n. 1, p. 1–12, 2023.

KOBA, R.; IWATA, R. Neurobiological mechanisms of trauma and stress: insights from rodent models. *Neuroscience Research*, 2019.

McEWEN, B. S.; STELLAR, E. Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, v. 153, p. 2093–2101, 1993. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>

MCLAUGHLIN, K. A.; BUSO, D. S.; DUYS, A. et al. Amygdala response to negative stimuli predicts PTSD symptom onset following a terrorist attack. *Depression and Anxiety*, v. 31, n. 10, p. 834–842, 2014.

PANKSEPP, J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

REMCH, Molly et al. Post-traumatic stress disorder and cardiovascular diseases: a cohort study of men and women involved in cleaning the debris of the World Trade Center complex. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, v. 11, n. 7, e004572, 2018. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004572.

RIBEIRO, Thomaz Ademar Nascimento; LEÃO, Luís Henrique da Costa. Movimentos sociais, escravidão contemporânea e saúde: saberes, práticas e implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, 2020. Disponível em: . Acesso em: 25 maio 2025.

ROSMAN, Lindsey et al. Posttraumatic Stress Disorder and Risk for Stroke in Young and Middle-Aged Adults: A 13-Year Cohort Study. *Stroke*, v. 50, p. 2996–3003, 2019. DOI: 10.1161/STROKEAHA.119.026854.

SANTOS, Maria Aparecida dos. Trabalho análogo à escravidão: a importância da atuação do psicólogo na saúde mental do trabalhador. *Temas em Educação e Saúde*, Araraquara, v. 19, 2023.

SCHNEIDER, A. L. C. et al. PTSD, depression, and risk of incident diabetes in veterans. *Diabetes Care*, v. 37, n. 2, p. 365–374, 2014.

STANGHELLINI, G. et al. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Online edition. Oxford Academic, 2019.

SUMNER, J. A. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms and risk of diabetes mellitus in women. *JAMA Psychiatry*, v. 72, n. 3, p. 203–210, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2632>.

SUMNER, Jennifer A. et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms predict onset of cardiovascular events in women. *Circulation*, v. 132, n. 4, p. 251–259, 2015. DOI: .

WEATHERS, F. W. et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, v. 30, n. 3, p. 383–395, 2018. Disponível em: . .

ZHANG, Y. et al. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. *Medicine*, v. 98, n. 12, p. e14872, 2019.



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.