

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA SÍNDROME DE CHARLES BONNET NA PRESENÇA DE ALUCINAÇÕES VISUAIS

Data de submissão: 19/03/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Helen Rocha de Moraes Gonçalves

Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG
<http://lattes.cnpq.br/3140486499718813>

Bruna Bastos Pacheco

Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG

Fernanda Damasceno Ferreira

Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG
<http://lattes.cnpq.br/2296632333720844>

Hélio Lauar

Psiquiatra. Preceptor da Residência de Psiquiatria Forense IRS FHEMIG, Professor convidado, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG
<http://lattes.cnpq.br/8879779545541139>

em vista o transtorno emocional causado por essa patologia, o reconhecimento dos sintomas é essencial no manejo terapêutico destes pacientes. **Objetivo:** Evidenciar a importância do diagnóstico da SCB para a qualidade de vida da população com declínio da acuidade e do campo visual. **Método:** Revisão integrativa de literatura baseada em 8 artigos retirados das bases de dados “SciELO” e “Pubmed”, utilizando os descritores “Síndrome de Charles Bonnet” e “Distúrbios na visão”. **Resultados:** Estima-se que a SCB ocorra em 11–15% da população com perda de visão. As variações entre os estudos acerca da prevalência provavelmente se devem a diferenças na população, idade, etiologia da deficiência visual e subdiagnóstico do quadro. A ocorrência se deve após dias ou semanas da perda do campo visual, persistindo de minutos a anos. Os pacientes descrevem figuras simples ou complexas, como pessoas, animais, objetos inanimados ou cenas, frequentemente irritantes que causam temor, preocupação, ansiedade e perturbação. Tais alucinações visuais podem desaparecer ao fechar os olhos, mudanças na iluminação ou no direcionamento do olhar e aumentar com o contato social. Muitos pacientes preferem

RESUMO: **Introdução:** A síndrome de Charles Bonnet (SCB) é uma condição clínica neuropsiquiátrica caracterizada pela presença de alucinações visuais em pacientes com importante deterioração da visão e estado cognitivo conservado. Tendo

esconder seu distúrbio com medo de serem portadores de uma doença psiquiátrica grave e frequentemente ao questionarem suas visões recebem respostas inadequadas. É estritamente importante o reconhecimento dos diagnósticos diferenciais, descartando causas graves de alucinações visuais, como distúrbios psiquiátricos, neurológicos, oculares ou intoxicação por drogas. Portanto, é essencial o conhecimento da SCB que, muitas vezes, é subdiagnosticada e não identificada. **Conclusão:** Em vista do transtorno emocional causado por esta doença, o diagnóstico da SCB é essencial para o alívio do sofrimento dos pacientes. É necessário o acompanhamento e a escolha de manejo terapêutico eficaz e adequado.

KEYWORDS: Síndrome de Charles Bonnet; Alucinações visuais; Diagnóstico

IMPORTANCE OF DIAGNOSING CHARLES BONNET SYNDROME IN THE PRESENCE OF VISUAL HALLUCINATIONS

ABSTRACT: Introduction: Charles Bonnet syndrome (CBS) is a neuropsychiatric clinical condition characterized by the presence of visual hallucinations in patients with preserved cognitive status and significant deterioration of vision. In view of the emotional disturbance caused by this disease, recognizing its symptoms is essential in the management of these patients. **Objectives:** To highlight the importance of Charles Bonnet Syndrome diagnosis for the quality of life of people with declining visual acuity. **Method:** Integrative literature review based on 8 articles taken from the “Scielo” and “Pubmed” databases, using the descriptors “Charles Bonnet Syndrome” and “Vision disorders”. **Results:** It is estimated that CBS occurs in 11-15% of the population with vision loss. Variations in prevalence between studies are probably due to differences in population, age, etiology of visual impairment and underdiagnosis of the condition. It occurs days or weeks after visual field loss, persisting from minutes to years. Patients describe simple or complex figures, such as people, animals, inanimate objects or scenes, often irritating ones that cause fear, worry, anxiety and disturbance. They may disappear by closing their eyes, changes in lighting or gaze direction and increased social contact. Many patients prefer to hide their disorder for fear that they are suffering from a serious psychiatric illness and often receive inadequate answers when they question their visions. It is strictly important to recognize differential diagnoses, ruling out serious causes of visual hallucinations such as psychiatric, neurological, ocular disorders or drug intoxication. Knowledge of CBS, which is often underdiagnosed and unidentified, is therefore essential. **Conclusion:** Considering the emotional upheaval caused by this disease, the diagnosis of CBS is essential for relieving patients suffering. Follow-up and the choice of effective and appropriate therapeutic treatment are necessary.

KEYWORDS: Charles Bonnet Syndrome; Visual Hallucinations; Diagnosis

INTRODUÇÃO

O fenômeno da SCB foi descrito pela primeira vez em 1769 pelo filósofo e biólogo suíço Charles Bonnet que descreveu o caso do seu avô de 87 anos que possuía um quadro grave de catarata e queixava-se de alucinações visuais realistas e elaboradas (1). Anos mais tarde, Bonnet experimentou pessoalmente alucinações visuais semelhantes às do seu avô após cursar com deterioração da acuidade visual. Dessa forma, o termo “Síndrome

de Charles Bonnet” foi primeiramente utilizado para definir a ocorrência de alucinações visuais em pacientes idosos com função cerebral intacta. No entanto, com o avanço da compreensão clínica, percebeu-se que a síndrome não é exclusiva de idosos e pode afetar indivíduos de diversas faixas etárias. Dessa forma, atualmente, a maioria dos autores a descrevem como a presença de alucinações visuais complexas em pacientes com déficit visual, na ausência de doença psiquiátrica ou alteração da consciência, independente da idade (2).

A SCB é uma causa de alucinações visuais em pacientes com deficiência visual, seja redução do campo ou da acuidade (1). A síndrome possui caráter benigno, em que o paciente mantém consciência da natureza irreal do fenômeno, e tem sido relatada principalmente em idosos (3). Os critérios diagnósticos incluem presença de alucinação visual simples ou complexa, persistente ou repetitiva, perda da acuidade e/ou do campo visual, compreensão da natureza irreal das alucinações com consciência preservada e ausência de sintomas psicóticos e comprometimento cognitivo (4,2).

Embora, muitas vezes, as alucinações visuais não sejam funcionalmente incapacitantes, a visão de figuras e objetos inanimados, podem ser extremamente angustiantes, afetando drasticamente a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, esta condição é frequentemente desconhecida por profissionais médicos e subnotificada pelos próprios pacientes devido à falta de conhecimento dos médicos e ao receio dos pacientes de serem estigmatizados como portadores de doenças mentais (4).

Diante desse contexto, compreender e reconhecer a SCB é crucial para garantir uma avaliação e manejo adequados dos pacientes com alucinações visuais, especialmente aqueles com comprometimento visual subjacente. A conscientização sobre essa síndrome entre os profissionais de saúde pode ajudar a melhorar o suporte e o tratamento oferecidos aos pacientes, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

MÉTODO

O levantamento bibliográfico para a construção desse artigo foi desempenhado durante o mês de Março de 2023 até Março de 2024, utilizando como descritores os termos “Charles Bonnet Syndrome”, “Visual Hallucinations”, “Diagnosys” e os operadores booleanos “AND” e “OR”. Artigos publicados entre os anos de 2005 e 2024 nas bases de dados Scielo, PubMed e BVS, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, foram selecionados como critérios de inclusão para a pesquisa. Após a seleção desses artigos, foram lidos os resumos e conclusões das opções fornecidas e os artigos que atenderam melhor à proposta da pesquisa bibliográfica foram selecionados. Em relação ao tipo de estudo, foram escolhidos estudo comparativo, relatos de caso, estudo de coorte prospectivo e sistemático e ensaios clínicos randomizados. Como critérios de exclusão foram determinados artigos publicados antes do ano de 2005 e a falta de relação com o tema principal.

RESULTADOS

Autor/Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
Munoz et al. (2007) ¹	The Charles Bonnet Syndrome.	Artigo de Revisão	Atualizar conhecimentos sobre a síndrome de charles bonnet.	Foram revisados etiologia, fisiopatologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, evolução, prognóstico e tratamento da síndrome de Charles Bonnet.
Santos-Bueso et al. (2015) ²	Charles Bonnet syndrome. A 45-case series	Estudo de Caso	Estudar e identificar as características de uma série de 45 pacientes com diagnóstico de síndrome de charles bonnet.	66,66% eram mulheres, com mais de 80 anos (68,88%), principalmente com degeneração macular relacionada à idade (37,77%). As alucinações que os pacientes apresentaram com maior frequência foram pessoas e rostos (35,55%), coloridas (66,66%), em movimento (80%), com tempo de evolução de 6 a 12 meses (26,66%), frequência de três episódios ao dia (35,55%) e com duração de 3 a 5 minutos (35,55%).
Rojas-Rojas et al. (2015) ³	Síndrome de Charles Bonnet	Artigo de revisão	Oferecer uma visão atualizada sobre os aspectos clínicos, fisiopatológicos, epidemiológicos junto com as estratégias de manejo mais razoáveis.	SCB é uma síndrome subnotificada e subdiagnosticada que se instala em idades avançadas, quando não há comprometimento cognitivo. A Fisiopatologia ainda é discutida. É necessário pesquisas para melhor manejo terapêutico.
Herter. et al. (2024) ⁴	Relato de caso : síndrome de Charles Bonnet	Relato de caso	Apresentar um caso de um jovem que desenvolveu a síndrome de charles bonnet.	O caso de um homem de 28 anos que sofreu traumatismo cranioencefálico (TCE) e posteriormente desenvolveu alucinações visuais consistentes com a síndrome de Charles Bonnet (SCB). ¹ As principais características dessa condição de saúde são alucinações visuais, consciência preservada de visões irrealis e ausência de sintomas psicóticos. ²
Subhi et al. (2021) ⁵	Prevalence of Charles Bonnet syndrome in patients with glaucoma: a systematic review with meta-analyses	Revisão sistemática com meta-análise	Fornecer uma visão geral da literatura que trata da prevalência da CBS em pacientes com glaucoma	Oito estudos (n = 827 pacientes) foram identificados e incluídos para uma análise qualitativa e quantitativa. Nenhum estudo incluiu uma amostra representativa de pacientes apenas com glaucoma. Nos pacientes com glaucoma em diferentes estágios e com comorbidades oculares, a prevalência de CBS foi de 2,8% (IC95%: 0,7-6,1%). Entre os pacientes com glaucoma, onde todos apresentavam baixa acuidade visual bilateral, a prevalência de CBS foi de 13,5% (IC95%: 8,4-19,6%). Em pacientes com glaucoma que visitaram clínicas de reabilitação visual, presumivelmente devido a uma extensa deficiência visual, a prevalência de CBS foi de 20,1% (IC95%: 16,8-23,6%). Os fatores de risco da CBS além da baixa visão foram idade elevada, sexo feminino, sensibilidade reduzida ao contraste e não morar sozinho. Em conjunto, descobrimos que a CBS pode não ser rara em pacientes com glaucoma avançado com e sem comorbidades oculares.

Donoso et al. (2007) ⁶	Síndrome de Charles Bonnet: presentación de tres casos y revisión de la literatura	Revisão de Literatura e Relato de Caso	Relatar o caso de 3 pacientes com grave perda de visão com alucinações visuais silenciosas que reconheceram como irreais.	Ambos os casos apresentam sintomas de alucinações visuais, com uma descrição detalhada das imagens percebidas, mas sem comprometimento cognitivo grave. No entanto, no primeiro caso, há uma história de cinco anos de diminuição progressiva da visão e a presença de uma cicatriz fibrovascular disciforme na região macular, enquanto no segundo caso, a queixa principal é um descolamento seroso da retina neurosensorial no olho esquerdo. Ambos os pacientes foram encaminhados para avaliação neurológica devido à natureza dos sintomas visuais.
Cortizo et al. (2005) ⁷	Charles Bonnet syndrome: visual hallucinations in patients with ocular diseases - Case report	Relato de Caso	Descrever dois casos de Síndrome de Charles Bonnet.	Observou-se um retardo no crescimento dos tumores fermentadores de glicose em animais do grupo da dieta cetogênica em comparação com animais do grupo da dieta padrão. A dieta cetogênica irrestrita foi associada com a sobrevivência e o efeito não dependeu da restrição calórica. Nenhuma diferença significativa foi observada entre os níveis de glicose no sangue e não houve perda de peso corporal.
Russel et al. (2014) ⁸	Charles Bonnet syndrome and cognitive impairment: a systematic review	Revisão sistemática.	Examinar sistematicamente as evidências de qualquer ligação entre CBS e comprometimento cognitivo.	Foram encontrados três estudos onde o funcionamento cognitivo foi o foco principal da pesquisa. Todos eram pequenos, não aplicavam critérios diagnósticos adequadamente e relataram resultados conflitantes. Oito outros estudos comentaram o funcionamento cognitivo, mas nenhum utilizou testes suficientemente sensíveis para detectar alterações observadas na demência precoce. Cento e trinta e quatro relatos de casos foram examinados e foram encontrados relatos de 16 pacientes com CBS onde surgiu demência. Altas taxas de insight parcial no diagnóstico de CBS foram observadas nesses pacientes.

Tabela 1 - Dados dos principais referenciais teóricos utilizados neste trabalho

DISCUSSÃO

Tipos de Alucinações Visuais

Na psicopatologia geral classificada pela psiquiatria, a alucinação é caracterizada como uma alteração qualitativa da sensopercepção, com a visualização de um objeto que na verdade não está presente, ou percepção sem os estímulos externos correspondentes. A alucinação pode ser classificada de três diferentes formas. Tais quais, a alucinação verdadeira em que a vivência alucinatória tem as mesmas características da imagem perceptiva normal, incluindo corporeidade, ou seja, possui três dimensões, e localização no espaço objetivo externo. Pode também ser classificada como uma pseudoalucinação, em que a vivência alucinatória tem características mais semelhantes às da imagem representativa, especialmente ausência de corporeidade e localização no espaço subjetivo interno. Por fim, pode ser classificada em alucinose, com a vivência alucinatória localizada no espaço objetivo externo causada por um comprometimento orgânico e que é prontamente criticada pelo indivíduo, que a reconhece como algo irreal (5,6,7).

Desse modo, é possível concluir que a Síndrome de Charles Bonnet pode ser classificada como uma alucinação, uma vez que para seu diagnóstico é necessário que o indivíduo reconheça suas “visões” como imagens irreais e apresente crítica sobre o fenômeno (4).

Prevalência

Estima-se que a prevalência da SCB seja de 11–15% em pessoas com perda de visão, porém os números variam entre os estudos devido a diferenças na população, idade, critérios diagnósticos, causa da deficiência visual e subdiagnóstico dos casos (4). As principais razões para esse subdiagnóstico são: o desconhecimento dessa entidade pela comunidade médica, dificultando o reconhecimento e diagnóstico da síndrome e a relutância do paciente de compartilhar tais experiências, com receio do estigma de doenças psiquiátricas ou de ser considerado mentalmente incapaz. A maioria dos casos são descritos na população idosa de 70 a 93 anos de idade, sem diferença entre os sexos masculino e feminino e associados a perda visual por processos degenerativos (3,1). Apesar da SCB não ser rara em pacientes com déficits visuais, sua descrição em publicações oftalmológicas é incomum talvez pelo desconhecimento desta entidade por boa parte dos oftalmologistas (7).

Fisiopatologia

A causa mais frequente da SCB é a diminuição da acuidade visual, de forma que os casos começam a partir de uma acuidade visual menor que 20/60 associada a patologias como glaucoma e degeneração macular relacionada à idade, retinopatia diabética, infarto cerebral, pós-cirúrgico de translocação macular, de catarata e de arterite temporal, secundário a tumores da hipófise e lesões corticais (1,7). Diferentes teorias foram propostas para explicar a origem das pseudo-alucinações na SCB, porém nenhuma é completamente satisfatória (1).

A teoria mais aceita atualmente sugere que as pseudoalucinações têm sua origem no córtex visual, com seu conteúdo variando conforme a área cortical de onde se originam. Quando ocorre uma diminuição na acuidade visual, condição essencial para a síndrome de Charles Bonnet, a estimulação do córtex visual a partir da retina diminui. No entanto, a atividade neuronal não desaparece completamente, como ocorre na cegueira total, pois algumas conexões neurais são mantidas. Isso leva ao que é chamado de processo de desafereção neural sensorial, resultando em uma hiperexcitabilidade em uma área específica do córtex. A redução na estimulação cortical leva a uma diminuição na atividade sináptica, desencadeando mudanças anatômicas e fisiológicas compensatórias nos neurônios. Essas mudanças incluem um aumento na quantidade de neurotransmissores, como dopamina e serotonina, e uma diminuição na quantidade de acetilcolina no tálamo, fazendo com que a maioria dos estímulos visuais começa a ser percebida da retina de

forma indiscriminada e sem filtro. Paralelamente, ocorre um aumento na resposta dos receptores de glutamato NMDA e uma diminuição do GABA, tornando os neurônios mais hiperexcitáveis. Além das alterações neurais e bioquímicas, foram observadas alterações estruturais irreversíveis, como um aumento no crescimento axonal horizontal na área desafere, buscando mais conexões com áreas corticais adjacentes. Resumidamente, a redução na acuidade visual resulta em uma menor estimulação cortical, desencadeando uma reorganização anatômica na área desafere. Esse desequilíbrio precário e não fisiológico leva a uma hiperexcitabilidade na área, ativando campos ectópicos ou autônomos, acredita-se serem responsáveis pelo processo de alucinação presente na Síndrome de Charles Bonnet (1, 4, 7).

Uma outra teoria sobre a fisiopatologia da SCB é acerca do fenômeno de liberação, o qual postula que sinais provenientes das regiões do córtex visual primário desencadeiam uma desinibição das regiões de associação visual, o que pode levar ao surgimento de alucinações visuais. Após danos ocorridos na retina, os neurônios no córtex cerebral se tornam mais sensíveis, resultando em um aumento no número de receptores pós-sinápticos. Este fenômeno é interpretado como um mecanismo adaptativo em resposta à diminuição da estimulação no córtex visual. Essas mudanças podem explicar porque os sintomas geralmente se manifestam após a redução na acuidade visual, mas podem desaparecer gradualmente ao longo do tempo. Estudos recentes de neuroimagem que corroboram essa explicação sugerem que uma disfunção nas áreas de associação visual, tanto primária quanto secundária, pode estar relacionada ao surgimento dos sintomas. Em condições normais, estímulos do ambiente externo agem como inibidores da atividade cortical endógena, via córtex visual principal e secundário. No entanto, parece que esses mecanismos não funcionam adequadamente em pacientes afetados, resultando em uma transmissão inadequada de impulsos para o córtex de associação visual (3).

Além disso, outros estudos utilizando a ressonância magnética relataram mudanças cerebrais antes do aparecimento dos sintomas. Utilizando tomografia por emissão de pósitrons e ressonância magnética, durante episódios de alucinações, foi observada uma redução assimétrica do fluxo sanguíneo no tálamo, córtex do lobo temporal e estriado. Com base nesses achados, foi sugerido que idosos, ao sofrerem perda de visão, poderiam desenvolver compensações nessas áreas, o que poderia contribuir para o surgimento dos sintomas. Entretanto, neste estudo, não foi observada uma ativação significativa do córtex visual primário em comparação com o córtex de associação visual (3).

Clínica

As alucinações podem variar em sua complexidade, desde simples imagens difusas, como linhas, flashes e luzes, formas geométricas e até cenas elaboradas, com figuras humanas, animais e ambientes vividos. A duração pode ser breve, durando apenas alguns segundos, ou se estendendo ao longo do dia, persistindo por dias, semanas ou até anos, com diferentes graus de frequência e detalhamento. Além disso, as imagens geralmente são coloridas e podem ser estáticas ou animadas (2, 5). Em alguns casos, as alucinações podem cessar quando o paciente fecha os olhos ou desvia o olhar (7). Na SCB, não há evidências de déficits cognitivos ou outras formas de alucinações sensoriais, o que a distingue de condições psiquiátricas. O surgimento da SCB parece estar associado a diversos fatores desencadeantes, como fadiga, estresse, baixa luminosidade e ofuscamento, além de estar relacionado ao isolamento social, deficiências cognitivas e privação sensorial (2).

O que torna a Síndrome de Charles Bonnet peculiar é o fato de que alucinações visuais complexas são observadas em uma parcela significativa de pacientes que não apresentam patologias psiquiátricas ou neurológicas. De acordo com a semiologia psiquiátrica, tais alucinações poderiam ser classificadas como alucinoses, uma vez que não há evidências de alterações neurológicas ou metabólicas, delirium, demência ou distúrbios no estado de consciência que justifiquem esse fenômeno (3).

Diagnósticos diferenciais

Os diagnósticos diferenciais devem ser feitos com todos os quadros clínicos em que há alucinações visuais complexas (1). Eles incluem distúrbios neurológicos, como enxaqueca com aura, crises epiléticas, demências, encefalopatia e doença de parkinson; distúrbios psiquiátricos; causas tóxicas, como drogas, intoxicação ou álcool e alucinose peduncular (5).

Etiologia	Classificação e Características	Duração	Frequência	Sintomas Associados
Síndrome de Charles Bonnet	Complexas e variadas, incluindo a percepção de padrões, formas, cores, objetos, essas ou cenas. Podem ser realistas e de talhadas envolvendo múltiplos elementos que interagem entre si.	Variável, pode durar de segundos a semanas.	Podem ocorrer esporadicamente, de forma intermitente ou persistir ao longo do tempo.	Ansiedade, medo ou confusão. Mantêm a consciência de que as alucinações são irreais.
Enxaqueca com aura	Simple ou complexa, com visualização de objetos, pessoas e formas geométricas. Áreas de visão cintilantes, com cores.	Vários minutos a horas.	Variável, porém com menos frequência do que semanalmente	Cefaleia intensa, náuseas, vômitos e fotofobia
Convulsões	Simple ou complexo com visões de objetos, pessoas, animais, padrões geométricos, luzes, entre outros.	Segundos a minutos ou persistir por períodos mais longos.	Depende da gravidade e do controle da condição subjacente. Em alguns casos pode ocorrer em todas convulsões, enquanto em outros pode ser menos frequente.	Convulsões motoras, automatismos, alteração na consciência, perda de consciência, alteração na percepção sensorial, déjà-vu, cefaleia pós-ictal
Demência	Simple como pontos e linhas, e repetitivas. Ou podem incluir complexas, como pessoas, animais, objetos	Persistentes e recorrentes. Duram de minutos a dias.	Variável, pode ser diário.	Perda de memória, dificuldade de raciocínio e julgamento, alterações de humor e comportamento, entre outros.
Encefalopatia	Variada de formas e conteúdos, incluindo percepção de objetos, pesos padrões ou cenas. Podem ser simples ou complexas, estáticas ou dinâmicas, coloridas ou em preto e branco.	Variável, pode durar segundos a dias.	Variável, podem ocorrer esporadicamente, intermitente ou persistirem.	Confusão mental, alterações no estado de consciência, déficit de memória, alterações de humor, distúrbios de sono, fraqueza muscular, tremor, convulsões, entre outros.
Doença de Parkinson	Complexas e vívidas. Incluindo visões de pessoas, animais, objetos, cenas ou eventos muito reais.	Persistentes e recorrentes. Duram de minutos a dias.	Variável, pode ser diário.	Delírios, rigidez muscular, tremores, lentidão de movimento e problemas de equilíbrio. Elas também podem ocorrer em conjunto com alucinações auditivas, olfativas ou táteis
Doença Psiquiátrica (esquizofrenia, TEPT, transtorno bipolar, entre outros)	Complexo ou simples. Elas podem incluir a percepção de formas, cores, padrões ou objetos que não estão presentes no ambiente real. As alucinações podem variar de intensidade e realismo, podendo ser estáticas ou dinâmicas.	Variável. Em alguns casos, as alucinações podem durar apenas alguns segundos ou minutos, enquanto em outros casos podem persistir por horas, dias ou até mesmo semanas.	Frequente. A frequência das alucinações pode aumentar em situações de estresse, ansiedade ou outros gatilhos emocionais.	Pensamentos desordenados e delírios, alucinações auditivas, táteis ou olfativas, delírios, paranoia, ansiedade, depressão, alterações de humor, alterações de sono, dificuldade de concentração e outros sintomas psicóticos ou afetivos.

Causas Tóxicas	Podem incluir a percepção de padrões, formas, cores, objetos, pessoas ou cenas que não estão realmente presentes no ambiente. As alucinações podem ser intensas, vívidas e alteradas, muitas vezes refletindo os efeitos da substância específica consumida.	Variam dependendo da substância, da dose consumida e da sensibilidade individual. Elas podem ocorrer como episódios únicos e breves, durando apenas alguns minutos, ou podem persistir por períodos mais longos, variando de horas a dias.	Podem ocorrer como um efeito agudo da substância consumida, durante o uso da droga, ou podem surgir como sintomas de abstinência durante a fase de desintoxicação.	Ansiedade, paranoia, agitação, confusão mental, alterações no estado de consciência, taquicardia, sudorese, náuseas, vômitos, dilatação das pupilas, entre outros.
Alucinose Peduncular	Complexo, vívidas, complexas e detalhadas. Elas podem envolver a percepção de pessoas, animais, objetos, cenas ou ambientes que parecem muito reais para o paciente. As alucinações podem ser coloridas, dinâmicas e podem envolver múltiplos elementos interagindo entre si.	Variável. Podem durar minutos, horas ou até mesmo persistir por dias em alguns casos.	Variável. Em alguns casos, elas podem ocorrer diariamente, enquanto em outros casos podem ser menos frequentes. As alucinações tendem a ocorrer de forma episódica, com períodos de remissão e recaída.	Distúrbios do sono, alterações do humor, ansiedade, depressão, confusão mental e desorientação

Terapias farmacológicas e não farmacológicas a serem aplicadas

Parte essencial do tratamento é tranquilizar o paciente e convencê-lo certamente de que ele não tem psicose (1). Além disso, recomendações como ter boa iluminação, evitar isolamento, aprender manobras (pisar, direcionar o olhar para outra direção) tem auxiliado no prognóstico dos pacientes. É observado que há uma variação do prognóstico de acordo com a natureza da disfunção visual. Alguns pacientes respondem parcial ou completamente ao tratamento da enfermidade ocular, como na cirurgia de catarata, enquanto que outros somente têm alívio da sintomatologia após a evolução da doença ocular para cegueira completa (1, 4).

Além de maximizar a função visual, psicoterapia e o tratamento de entidades associadas, como depressão, formam a base do tratamento. Antiepilépticos têm sido utilizados como medicamentos e podem reduzir ou extinguir as alucinações visuais em alguns casos, enquanto o uso de antipsicóticos nem sempre apresenta uma resposta eficaz, de forma que resultados favoráveis só foram relatados em casos isolados. O uso de farmacoterapia é indicado de acordo com as características e a gravidade de cada caso (6,8).

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa permitiu a compreensão de que a Síndrome de Charles Bonnet se enquadra no quadro de uma alucinação por estar associada à presença de consciência pelo paciente. Vale ressaltar a importância do diagnóstico correto da condição, de forma a fazer o diagnóstico diferencial com demais doenças mentais, sendo essencial uma abordagem multidisciplinar entre oftalmologistas, neurologistas e psiquiatras para fornecer tratamento adequado (2). Desse modo, é necessário aumentar a conscientização e o conhecimento sobre a SCB efetivando possíveis impactos da sintomatologia e no prognóstico evitando o sofrimento dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. MUÑOZ, C., H.; VARGAS, R., A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión de tema. **Revista colombiana de psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 292-306, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200009>.
2. SANTOS-BUESO, E.; SERRADOR-GARCÍA, M.; PORTA-ETESSAM, J. et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos [Charles Bonnet syndrome. A 45-case series]. **Revista Neurologia**, v. 60, n. 8, pag. 337-340, abr. 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25857856/>>.
3. ROJAS, H., E.; MANRIQUE, F., P. Síndrome de Charles Bonnet. **Revista Saúde Florestal**, v. 1, n. 2, pag. 63-70, ago. 2015. Disponível em: <<https://masd.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/96>>.
4. HERTER, M. Relato de caso: síndrome de Charles Bonnet. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2024. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/273174>>.
5. SUBHI Y, SCHMIDT DC, BACH-HOLM D, et al. Prevalence of Charles Bonnet syndrome in patients with glaucoma: a systematic review with meta-analyses. *Acta Ophthalmol* 2021; 99:128. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32749787/>>.
6. DONOSO, A.; SILVA, C.; FUENTES, P.; GAETE, G. Síndrome de Charles Bonnet: presentación de tres casos y revisión de la literatura. **Revista médica de Chile**, v. 135, n. 8, p. 1034-1039, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000800011&script=sci_arttext&tlng=pt>.
7. CORTIZO, V.; ROSA, AA.; SORIANO, DS.; TAKADA, LT.; NITRINI, R; Síndrome de Charles Bonnet: alucinações visuais em pacientes com doenças oculares-Relato de caso. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. 2005;68:129-32. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abo/a/rJzH38WbJMR3SvKG4T9BcCL/>>.
8. RUSSELL G, BURNS A. Charles Bonnet syndrome and cognitive impairment: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014; :1. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24848082/>>.