



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 10 • nº3 • Jul-Set 2020
ISSN 2236-918X
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-10-3>

DEBATES em psiquiatria in psychiatry

Publicação destinada exclusivamente aos médicos www.revistardp.org.br

Mala Direta

9912341582/2014-DR/RJ
ABP

 Correios



AFETO PSEUDOBULBAR E IDEAÇÃO SUICIDA: HÁ RELAÇÃO?

AMBULATÓRIO MÉDICO DE PSIQUIATRIA: 30.151 CASOS

CRIMES SEXUAIS E IMPUTABILIDADE PENAL

**FATORES ASSOCIADOS À DEPENDÊNCIA DE
SMARTPHONE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**HOSPITALIZAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE USUÁRIOS DE
DROGAS: UM ESTUDO COMPARATIVO SOBRE LEIS E
ABORDAGENS ENTRE O BRASIL E OUTROS PAÍSES**

**PERÍCIA PSIQUIÁTRICA ADMINISTRATIVA
E TEPT: UM RELATO DE CASO**

APRESENTAÇÃO

Prezado(a) leitor(a),

Apresentamos a revista *Debates em Psiquiatria*, volume 10, número 3, referente ao terceiro trimestre de 2020.

Nesta edição contamos com 3 artigos originais. No primeiro, Filipe Augusto Cursino de Freitas et al. estudam a possível relação existente entre ideação suicida e afeto pseudobulbar, uma condição na qual pacientes com transtorno neurológico apresentam explosões de riso e choro incongruentes ao humor. Os autores avaliaram uma amostra de 107 pacientes com esclerose múltipla. Apesar da relação identificada entre afeto pseudobulbar e isolamento social/ transtornos de humor, não houve relação com ideação suicida na amostra de pacientes com esclerose múltipla após ajuste para depressão como fator de confusão.

Em seguida, Ariella Hasegawa Galvão dos Santos et al. descrevem características de um ambulatório de psiquiatria que é referência na cidade de São Paulo, bem como de seus usuários. Com uma amostra de conveniência de mais de 30.000 casos, este é o maior estudo ambulatorial já realizado no Brasil. Os autores descrevem os diagnósticos mais prevalentes, o número de vagas abertas ao longo do período, entre outros dados.

O terceiro e último artigo original, de autoria de Alexandre Martins Valença et al., avalia imputabilidade penal em uma amostra de 44 agressores sexuais encaminhados para avaliação pericial em unidade forense na cidade do Rio de Janeiro. Os autores apresentam dados detalhados sobre os laudos analisados e salientam a importância da avaliação psiquiátrica sistemática de agressores sexuais para estratégias de intervenção, prevenção e avaliação de risco de recorrência criminal desses indivíduos.

Na sequência, temos um artigo de revisão assinado por Julia Machado Khoury et al. sobre fatores associados à dependência de *smartphone* – uma condição que surgiu e se consolidou nos últimos 10 anos. Os autores analisam fatores sociodemográficos, hábitos de vida, transtornos psiquiátricos e traços de personalidade associados à dependência de *smartphone* em uma amostra de 42 artigos. Os autores destacam a semelhança dos achados epidemiológicos encontrados para esta e outras formas de dependência e sugerem que mais estudos sejam conduzidos sobre este tema tão central nos dias de hoje.

O segundo artigo de revisão se dedica ao tema da hospitalização involuntária de usuários de drogas. Eduardo Henrique Teixeira et al. comparam leis e abordagens adotadas no Brasil e em vários países, dos cinco continentes. Os autores relatam uma tendência mundial de aprovar leis que resguardem direitos dos pacientes, de que a decisão seja tomada por profissional médico, e que estejam sempre presentes dois médicos. O Brasil demonstra estar em consonância com essas tendências, estabelecendo três modalidades de hospitalização e priorizando o tratamento voluntário.

Para fechar a edição, temos novamente Alexandre Martins Valença et al., desta vez relatando o caso de um paciente com transtorno de estresse pós-traumático submetido a perícia psiquiátrica administrativa que concluiu pela existência de incapacidade laborativa. Trata-se de um caso que ilustra a importância da perícia psiquiátrica de natureza administrativa para a garantia dos direitos dos indivíduos.

Boa leitura!

Antônio Geraldo da Silva

Editor Sênior, Debates em Psiquiatria



DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva – DF
Vice-Presidente: Claudio Martins – RS
Diretor secretário: Sergio Tamai – SP
Diretor secretário adjunto: Miriam Gorender – BA
Diretor tesoureiro: Fátima Vasconcellos – RJ
Diretor tesoureiro adjunto: Kleber Oliveira – PA

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Ruy Palhano Silva – MA
Diretor Regional Nordeste: Leonardo Francisco de Albuquerque Barbosa – RN
Diretor Regional Centro-Oeste: Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO
Diretor Regional Sudeste: Humberto Corrêa da Silva Filho – MG
Diretor Regional Sul: Marcelo Feijó de Mello – SP

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Sérgio Cutin – RS
Ronaldo Ramos Laranjeira – SP
Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias – SP

Suplentes:

Eduardo Myllius Pimentel – SC
Suzzana Bernardes de Vasconcellos – AL
Euclides Gomes – RS

ABP - Rio de Janeiro
Rua Buenos Aires, 48 – 3º Andar – Centro
CEP: 20070-022 – Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abppbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abppbrasil.org.br

////// EXPEDIENTE

EDITOR SÊNIOR

Antônio Geraldo da Silva – DF

EDITOR EXECUTIVO

Alexandre Paim Diaz – SC

EDITORES-CHEFES

Leandro Malloy-Diniz – MG
Jose Carlos Appolinario – RJ
Marcelo Feijó de Mello – SP

EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Moreira Amaury Cantilino – PE
Antônio Peregrino – PE
Carmita Helena Najjar Abdo – SP
Clarissa Gama – RS
Érico de Castro e Costa – MG
Fabio Sousa – CE
Itiro Shirakawa – SP
Joel Rennó – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Liborio Schwarzbald – SC
Raphael Augusto Teixeira – SP
Rochelle Affonso Marquette – RS
Tânia Ferraz – SP

EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan – SC
Antonio Leandro Nascimento – RJ
Camila Tanabe Matsuzaka – SP
Emerson Arcoverde Numes – RN
Izabela Guimarães Barbosa – MG
João Chaves Hiluy – CE
Larissa Junkes – RJ
Lorena Del Sant – SP
Rafael Garcia – RJ

CONSELHO EDITORIAL

Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro – SP
Alfredo Minervino – PB
Almir Ribeiro Tavares Júnior – MG
Amaury Cantilino – PE
Ana Cecília Petta Roselli Marques – SP
Analice de Paula Gigliotti – RJ
Carla Hervê Moram Bicca – RS
Carla Moita – PB
César de Moraes – SP
Elias Abdalla Filho – DF
Emerson Arcoverde Numes – RN
Evelyn Kuczynski – SP
Fabio Gomes de Matos e Souza – CE
Francisco Baptista Assumpção Junior – SP
Graciele Cunha Asevedo – SP
Helena Maria Calil – SP
Humberto Corrêa da Silva Filho – MG
Irismar Reis de Oliveira – BA
João Luciano de Quevedo – SC
Joel Rennó – SP
José Cássio do Nascimento Pitta – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO
Lucas Alves Pereira – BA
Lucas Quarantini – BA
Maila de Castro Lourenço das Neves – MG
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Ribeiro de Araujo – SP
Marcos A. Gebara Muraro – RJ
Marcos Scanavino – SP
Maria Alice de Vilhena Toledo – DF
Paulo Belmonte de Abreu – RS
Paulo Cesar Geraldês – RJ
Renan Boeiro – SC
Ricardo Barcelos – MG
Rochelle Affonso Marquette – RS
Sergio Tamai – SP
Tânia Ferraz – SP
Tatiana Valverde – DF
Teng Chei Tung – SP
Valentim Gentil Filho – SP
William Azevedo Dunningham – BA

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal
Revisão de Textos e Editoração Eletrônica: Scientific Linguagem
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Gerente Geral: Simone Paes
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO
JUL-SET 2020



As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

6/original

Afeto pseudobulbar e ideação suicida: há relação?

FILIPE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS, ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO, REMCO FRANK PETER DE WINTER, RENATA BRANT DE SOUZA MELO, ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO, PAULO PEREIRA CHRISTO

16/original

Ambulatório médico de psiquiatria: 30.151 casos

ARIELLA HASEGAWA GALVÃO DOS SANTOS, CASSANDRA BORGES BORTOLON, DENISE AMINO, RONALDO LARANJEIRA

24/original

Crimes sexuais e imputabilidade penal

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, ALCINA JULIANA SOARES BARROS, LISIEUX E. DE BORBA TELLES

34/revisão

Fatores associados à dependência de *smartphone*: uma revisão da literatura

JULIA MACHADO KHOURY, JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND, LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA, MARIANE DA SILVA MELO, ANANDA ARAUJO TEIXEIRA, MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES, FREDERICO DUARTE GARCIA

59/revisão

Hospitalização involuntária de usuários de drogas: um estudo comparativo sobre leis e abordagens entre o Brasil e outros países

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA, THÁIS CRISTINA FARIA PACHECO, ARTHUR MANZANI FERNANDES, MARCOS VINICIUS VOLPATO, MARIANA HARUMI HASHIGUCHI, MARIA LUIZA SCAVASSA MAGRO, MARIA ISABEL BARÊA FÁVERO REIS, GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

68/relato

Perícia psiquiátrica administrativa e TEPT: um relato de caso

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, TALVANE MARINS DE MORAES, LISIEUX E. DE BORBA TELLES, ANTONIO GERALDO DA SILVA, ALCINA BARROS

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

AFETO PSEUDOBULBAR E IDEACÃO SUICIDA: HÁ RELAÇÃO?

PSEUDOBULBAR AFFECT AND SUICIDAL IDEATION: IS THERE A RELATIONSHIP?

Resumo

Objetivo: Afeto pseudobulbar é uma forma de expressão emocional patológica, na qual o paciente com transtorno neurológico apresenta explosões de riso e choro incongruentes ao humor. Está relacionado ao isolamento social. A esclerose múltipla é uma doença relacionada a risco aumentado de suicídio. O objetivo desse estudo é verificar se há alguma relação entre afeto pseudobulbar e ideação suicida em pacientes com esclerose múltipla.

Métodos: Foram selecionados 107 pacientes com diagnóstico de esclerose múltipla, estáveis clinicamente, do Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Eles foram submetidos a coleta de dados padronizada, incluindo coleta de informações clínicas e sociodemográficas. Também foram preenchidas as escalas: Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Desesperança de Beck.

Resultados: Foram encontrados 41,17% dos pacientes com esclerose múltipla e afeto pseudobulbar, os quais mostraram ideação suicida, enquanto 24,65% dos pacientes com esclerose múltipla e sem afeto pseudobulbar apresentaram tal ideação. Quando o quadro depressivo foi isolado como fator de confusão, não foram encontrados pacientes com afeto pseudobulbar e ideação suicida.

Conclusão: Apesar de o afeto pseudobulbar estar relacionado ao isolamento social e aos transtornos de humor, não houve relação entre afeto pseudobulbar e ideação suicida na amostra de pacientes com esclerose múltipla.

Palavras-chave: Isolamento social, fatores de risco, ideação suicida.

Abstract

Objective: Pseudobulbar affect is a pathological form of emotional expression in which patients with neurological disorders have outbursts of laughing or crying that are incongruent with mood. Pseudobulbar affect is related to social isolation. Multiple sclerosis, in turn, is related to increased suicidality. The aim of this paper was to investigate the existence of any relationship between pseudobulbar affect and suicidal ideation in patients with multiple sclerosis.

Methods: A total of 107 eligible, clinically stable patients with multiple sclerosis from the outpatient neurology clinic of Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Brazil, underwent a standard sequence of data collection, covering clinical and demographic information. They also completed the following instruments: Center for Neurologic Study-Lability Scale (CNS-LS), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Hopelessness Scale (BHS).

Results: Among the patients with both multiple sclerosis and pseudobulbar affect, 41.17% showed suicidal ideation, compared to 24.65% among those with multiple sclerosis without pseudobulbar affect. When depression was isolated as a confounding factor, no patients were found with pseudobulbar affect and suicidal ideation at the same time.

Conclusion: Even though pseudobulbar affect is related to social isolation and mood disorders, this study did not find a relationship between pseudobulbar affect and suicidal ideation in the sample of patients with multiple sclerosis.

Keywords: Social isolation, risk factors, suicidal ideation.

INTRODUÇÃO

O afeto pseudobulbar (APB) é considerado uma questão clínica relevante em pacientes com esclerose múltipla (EM), em virtude de poder causar inadequação social¹⁻⁴. O APB pode ser definido como uma alteração patológica da expressão emocional, caracterizada por explosões de risos e choro patológicas, incongruentes ao afeto basal e sempre relacionadas a um quadro neurológico¹⁻⁴. O APB pode ocorrer em uma vasta gama de transtornos neurológicos, tais como esclerose lateral amiotrófica, traumatismo cranioencefálico, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral e esclerose múltipla^{1,2,4-6}. Em pacientes com EM, o APB ocorre em 6 a 46% dos casos, usualmente associado a dano neurológico severo^{1,2,4,7}. As explosões de risos e choro imotivados do APB estão relacionadas a um aumento das taxas de divórcio, desemprego, incapacidade, isolamento social, maiores custos com assistência e piora da qualidade de vida^{2,5,6,8}. Estima-se que existam cerca de 500.000 a 2 milhões de pessoas com APB nos Estados Unidos^{4,5,8}.

A fisiopatologia do APB não é completamente compreendida^{1,2,4,6}. Por razão de o APB ocorrer em um vasto espectro de transtornos neurológicos, similaridades na localização das lesões cerebrais parecem ser mais importantes para a sua fisiopatologia do que os mecanismos fisiopatológicos dos quadros neurológicos subjacentes^{1,4-6,8}. Acredita-se que as lesões cerebrais causadoras do APB levam a uma perda do controle inibitório voluntário da expressão emocional. Entre as estruturas provavelmente envolvidas na gênese do APB, encontram-se os tratos corticopontinos, corticobulbares e corticoespinhais originados no opérculo frontal e no ponto mais baixo do giro pré-central^{1,2,4,5}. Outras estruturas provavelmente envolvidas na gênese do APB são os circuitos que passam por ponte, tálamo, cápsula interna, núcleo caudado e os circuitos corticopontocerebelares^{1,2,4,5}.

A EM é a doença desmielinizante crônica mais comum e é duas vezes mais frequente no gênero feminino⁹⁻¹². Acredita-se que exista cerca de 2,5 milhões de pessoas com a doença no mundo¹³. Costuma surgir na segunda e terceira décadas de vida⁹⁻¹³. Está comumente associada a doenças mentais^{7,11,12,14-16}. A literatura mostra prevalência

de quadros depressivos em 50% dos pacientes com EM ao longo da vida^{7,15-18}. O risco de transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e transtornos ansiosos é maior em pessoas com EM em relação à população em geral^{11,12,14-17}. Ademais, o risco de suicídio em pacientes com EM é até 7,5 vezes maior do que na população em geral¹⁹⁻²¹. Entre as doenças neurológicas, a EM parece ser a mais relacionada com o comportamento suicida (CS)^{16,19}. Há uma clara relação entre transtornos depressivos, isolamento social (ISO) e suicídio em pacientes com EM, e o APB pode ser um importante fator subjacente para esses fenômenos, devido à sua conhecida relação com o ISO^{16-19,21,22}. O APB também está relacionado a transtornos depressivos e ISO em pacientes com EM^{2,3,8,19}. Devido a essas associações, pode-se cogitar a existência de uma relação positiva entre APB e ideação suicida (IS). O objetivo do presente trabalho foi investigar entre APB e IS em pacientes com EM, estáveis clinicamente, atendidos no Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (SCMBH), Brasil, entre 2012 e 2013.

MATERIAL E MÉTODOS

As características clínicas e demográficas da amostra de pacientes com EM são mostradas na Tabela 1.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico de EM de acordo com os critérios de McDonald²³;
- EM clinicamente estável;
- Idade mínima de 18 anos;
- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização da pesquisa (paciente e/ou familiares);
- Ser intelectual e emocionalmente capaz;
- Ser capaz de expressar a sua vontade (paciente e/ou familiares).

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- Ter diagnóstico de outro distúrbio neurológico que possa cursar com APB;
- Não apresentar sintomas psicóticos ou diagnóstico prévio de demência ou atraso intelectual, firmados por avaliação neuropsicológica.

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

Tabela 1 - Características dos participantes (n = 107)

Características	n (%)
Gênero	
Masculino	25 (23,4)
Feminino	82 (76,6)
Estado civil	
Casado/morando junto	60 (56,1)
Divorciado/viúvo	8 (7,5)
Solteiro	39 (36,4)
Religião	
Católica	60 (56,1)
Evangélica	29 (27,1)
Espírita	7 (6,5)
Cristã não especificada	2 (1,9)
Sem religião	5 (4,9)
Outras	4 (3,5)
Anos de estudo	
Desconhecido	17 (13,9)
0 a 3 anos de estudo	2 (1,0)
4 a 8 anos de estudo	15 (13,9)
> 8 anos de estudo	73 (71,3)
Procedência	
Cidades > 200.000 habitantes	67 (65,3)
Cidades > 100.000 e < 200.000 habitantes	7 (5,9)
Cidades > 50.000 e < 100.000 habitantes	13 (11,9)
Cidades > 20.000 e < 50.000 habitantes	9 (7,9)
Cidades > 10.000 e < 20.000 habitantes	7 (5,9)
Cidades < 10.000 habitantes	4 (3,0)
Idade (anos), mediana (intervalo)	34 (18-66)
APB	34 (31,8)
Outras morbidades	35 (32,7)
Presença de sintomas motores	49 (45,8)
EDSS, mediana (intervalo)	1,5 (0,0-8,0)
História psiquiátrica prévia	24 (22,4)
Tentativa de suicídio	8 (7,5)
Em uso de medicação psicotrópica	94 (87,9)
Em uso de interferon beta	81 (75,7)

APB = afeto pseudobulbar; EDSS = Escala do Estado de Incapacidade Expandida.

Instrumentos de avaliação neuropsiquiátrica

Escala do Estado de Incapacidade Expandida (Expanded Disability Status Scale – EDSS)

O EDSS é uma forma de quantificar a incapacidade que ocorre na EM ao longo do tempo. Essa escala qualifica os indivíduos em 10 níveis funcionais, desde totalmente assintomático até indivíduo falecido por causa da EM. São avaliadas, por meio da escala EDSS, funções piramidais, funções cerebelares, funções do tronco cerebral, funções sensitivas, funções vesicais, funções intestinais, funções visuais, funções mentais, em um total de oito sistemas funcionais. Escores de até 1,5 denotam ausência de incapacidade, enquanto escores de 2,0 a 2,5 denotam incapacidade leve. Escores de 3,0 até 4,0 equivalem a incapacidade moderada. A incapacidade se torna mais visível e importante com escores maiores do que 4,0, sendo que um escore de 7,0 demonstra incapacidade para realizar o mínimo de deambulação. O escore máximo é 10,0, o qual significa morte por EM. É uma escala que valoriza sobretudo os aspectos motores da EM, com ênfase menor em outros aspectos sintomatológicos da doença²⁴.

Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade (Center for Neurologic Study-Lability Scale – CNS-LS)

Trata-se de uma escala autoaplicável com sete itens, a qual pode ser preenchida para mensurar a intensidade e frequência do APB²⁵. Está validada para estudos em pacientes com EM e esclerose lateral amiotrófica. Escores maiores do que 13 pontos sugerem a existência de APB^{25,26}.

Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI)

O BDI é uma escala de autoavaliação bastante utilizada para avaliação de sintomas depressivos na EM^{27,28}. Possui 21 itens, e a pontuação varia de 0 a 63 pontos. Sua aplicação costuma ser rápida, levando cerca de 10 minutos. De acordo com o critério de pontos do Center for Cognitive Therapy, os escores são classificados como: menor que 10 pontos – depressão mínima ou ausente; 10 a 18 pontos – depressão leve a moderada; 19 a 29 pontos – depressão moderada a grave; 30 a 63 pontos – depressão grave^{27,29}.

Escala de Desesperança de Beck (Beck Hopelessness Scale – BHS)

A BHS é a escala de autoavaliação usada para detectar o sentimento de desesperança, considerado o sentimento mais prevalente em indivíduos com CS^{30,31}. Sua aplicação como medida indireta da IS costuma ser aceita mundialmente³¹. Possui 20 itens, e a pontuação varia de 0 a 20 pontos. Seu tempo de aplicação é de cerca de 10 minutos, e os escores são classificados como: 0 a 4 pontos – desesperança mínima; 5 a 8 pontos – desesperança leve; 9 a 13 pontos – desesperança moderada; 14 a 20 pontos – desesperança grave^{30,32}.

Após avaliações clínica e neurológica, 107 pacientes do Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte foram considerados aptos para participar da pesquisa. Os pacientes e/ou seus representantes legais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, foi feita a coleta padronizada de dados clínicos e epidemiológicos. Logo após, esses pacientes foram submetidos a uma avaliação padronizada, incluindo as escalas CNS-LS, BDI e BHS, aplicadas nessa ordem^{25-27,29,30,32}. Assume-se que essa ordem de aplicação das escalas evita respostas sugestionadas. Quatro pesquisadores (A.G.N., R.B.S., A.R.B., P.P.C.) realizaram as avaliações neurológica e clínica dos pacientes. Foi seguido o protocolo padrão do serviço e, por essa razão, não foram realizados testes de confiabilidade estatística interavaliadores. Um pesquisador (F.C.F.) realizou a coleta de dados clínicos e epidemiológicos e aplicou as escalas na ordem padronizada. Quando necessário, os pacientes com EM foram enviados a serviços de saúde mental. A coleta de dados ocorreu entre março de 2012 e outubro de 2013. O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil (CAAE nº 02393812.0.0000.5138). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SCMBH.

Medidas descritivas foram usadas para realizar variáveis quantitativas, e distribuições de frequência, para realizar a análise dos dados. As variáveis foram classificadas em absolutas e relativas. Para todos os testes estatísticos, foram considerados intervalos de confiança de 95% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados de acordo com a sua distribuição na amostra. O teste *t* de Student foi aplicado

para analisar a idade em pareamento com as variáveis-desfecho mensuradas por CNS-LS, BDI e BHS. A EDSS avalia numericamente sinais da EM²⁴, e sua relação estatística com as variáveis-desfecho dicotômicas mensuradas por CNS-LS, BDI e BHS foi feita usando o teste de Mann-Whitney. Os testes estatísticos não paramétricos foram utilizados para avaliar variáveis cuja distribuição não seguiu um modelo normal.

A correlação entre as variáveis-desfecho mensurada pelas escalas CNS-LS, BDI e BHS e outras variáveis clínicas e demográficas foram efetuadas pelo teste do qui-quadrado e, quando necessário, pelo teste exato de Fisher. A presença de sintomas depressivos, mensurada pelo BDI, foi considerada um fator de confusão para o desfecho, e o estudo estatístico foi conduzido considerando esse efeito de confusão na comparação entre BDI e CNS-LS.

Foram criados dois modelos de regressão logística para avaliar as variáveis expressivas juntas. As medidas de CNS-LS e BHS foram consideradas variáveis-desfecho, e as variáveis com $p < 0,20$ foram consideradas covariáveis. A análise estatística foi executada usando-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA, 2012).

Havia 250 pacientes com EM registrados no Ambulatório de Neurologia da SCMBH por ocasião da realização desse estudo.

RESULTADOS

Os aspectos clínicos e demográficos da amostra de 107 pacientes com EM são mostrados na Tabela 1. Dos 107 pacientes com EM, 34 (31,8%) apresentaram APB; desses, 31 (91,2%) eram do gênero feminino. A maioria dos pacientes com EM do estudo tinha a forma surto-remissão (95,3%; 89 indivíduos). Seis pacientes (5,6%) não estavam em uso de quaisquer medicamentos. Pouco menos de 90% dos pacientes estava tomando ao menos uma medicação que pode interferir em funções emocionais. O Quadro 1 mostra as medicações potencialmente causadoras de alterações no psiquismo prescritas aos pacientes da amostra. Ser do gênero feminino ($p = 0,015$) e jovem ($p = 0,021$) foi associado à presença de APB. Em ambos os gêneros, houve relevância entre APB e idade mais jovem ($p = 0,048$). Nenhuma outra característica demográfica foi associada

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

ao APB. A mediana do tempo de doença foi de 60 meses. A mediana do número de medicamentos consumidos por ocasião das entrevistas é de 2.

Não houve associação relevante entre APB, características clínicas e a escala EDSS. A presença de um quadro depressivo foi considerada fator de confusão devido à sua relevante associação com IS ($p = 0,000$) e com APB ($p = 0,026$) e foi isolada na análise multivariada da escala CNS-LS. Portanto, todos os pacientes com escore > 10 na escala BDI foram desconsiderados nessa parte da análise estatística. Apenas as características técnicas com $p < 0,20$ na análise univariada foram consideradas na análise multivariada da escala CNS-LS. Os resultados são mostrados na Tabela 2. Apenas o gênero feminino está relacionado ao APB.

Na presente amostra de 107 pacientes com EM, 49 (45,8%) apresentaram transtorno depressivo de acordo com a escala BDI. A mediana da escala BDI foi de 9 pontos, com escore médio de 12,5 pontos. Desses 49 pacientes com EM e transtorno depressivo, 22 (44,89%) apresentaram IS, de acordo com a escala BHS. A mediana da escala BHS foi de 3 pontos, e o escore médio foi de 4,1 pontos.

Quadro 1 - Medicamentos modificadoras do psiquismo usadas pela amostra de pacientes com EM

Medicações para EM	Ansiolíticos
Interferon beta	Alprazolam
Prednisona	Bromazepam
	Clonazepam
Antidepressivos	Clordiazepóxido
Amitriptilina	Diazepam
Nortriptilina	Flurazepam
Fluoxetina	
Paroxetina	Antipsicóticos e EH
Setralina	Carbamazepina
Citalopram	Quetiapina
Trazodona	Risperidona
Duloxetina	
Bupropiona	Outros
Venlafaxina	Amantadina
Mirtazapina	Naltrexone
	Fenitoína
	Propranolol

EM = esclerose múltipla; EH = estabilizadores de humor.

Tabela 2 - Modelo de regressão para a escala CNS-LS

CNS-LS	B (IC95%)	Erro padrão	Estatística Wald	Graus de liberdade	p	Razão de chances	IC95% (B)
Gênero	-1,639	0,706	5,389	1	0,020	0,194	0,049 0,775
BHS	0,852	0,503	2,865	1	0,091	2,345	0,874 6,289
Estado civil (geral)			0,008	2	0,996		
Casados/coabitantes	0,046	0,526	0,008	1	0,931	1,047	0,373 2,936
Divorciados/viúvos/solteiros	-19,890	13,961,554	0,000	1	0,999	0,000	0,000
Histórico psiquiátrico prévio	1,107	0,606	3,343	1	0,067	3,026	0,923 9,917
Presença de sintomas motores	-0,698	0,593	1,389	1	0,239	0,497	0,156 1,589
Idade	-0,043	0,027	2,544	1	0,111	0,958	0,909 1,010
EDSS	0,026	0,186	0,020	1	0,889	1,026	0,713 1,477
Constante	-0,135	1,839	0,005	1	0,941	0,873	

CNS-LS = Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade; B = beta; IC95% = intervalo de confiança de 95%; BHS = Escala de Desesperança de Beck; EDSS = Escala do Estado de Incapacidade Expandida.

**FILIPPE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS^{1,2}, ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO³,
REMCO FRANK PETER DE WINTER⁴, RENATA BRANT DE SOUZA MELO³,
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO³, PAULO PEREIRA CRISTO^{3,5}**

¹ Pesquisador voluntário, Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ² Preceptor, Programa de Residência Médica, Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG. ³ Docente e pesquisador(a), Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ⁴ Pesquisador e psiquiatra assistente, Parnassia Psychiatric Institute, The Hague/Amsterdam VU University, Haia, Holanda. ⁵ Professor, Departamento de Neurologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

Neste estudo, não foram encontradas associações relevantes entre os fatores demográficos da amostra e IS. A mesma análise foi realizada nos pareamentos entre IS e características clínicas, exceto pela escala EDSS, para a qual foram usados o teste *t* de Student e o teste de Mann-Whitney. A mediana da escala EDSS foi de 1,5 pontos. Não foram encontradas associações relevantes entre as características clínicas da amostra e IS no presente estudo. Todavia, quando a análise foi realizada por gênero, percebeu-se associação positiva entre sintomas motores e IS em pacientes do gênero masculino ($p = 0,031$) e entre uso de interferon beta e IS em pacientes do gênero feminino ($p = 0,038$). A análise multivariada da escala BHS, efetuada com características clínicas e sociodemográficas cujo $p < 0,20$, na análise univariada não mostrou resultados relevantes.

Não houve relação entre APB e IS, com ($p = 0,054$) ou sem ($p = 0,082$) o isolamento do quadro depressivo como fator de confusão na análise (ver, respectivamente, Tabela 3 e Figura 1).

Tabela 3 - APB versus IS após isolamento de quadros depressivos como fator de confusão

CNS-LS/BHS	Sem IS	Com IS
Sem APB: 31 (100%)	28 (90,3)	3 (9,7)
Com APB: 11 (100%)	11 (100,0)	0 (0)
Total: 42 (100%)	39 (92,9)	3 (7,1)

Dados apresentados como n (%).
CNS-LS = Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade; BHS = Escala de Desesperança de Beck; IS = ideação suicida; APB = afeto pseudobulbar.
 $p = 0,554$.

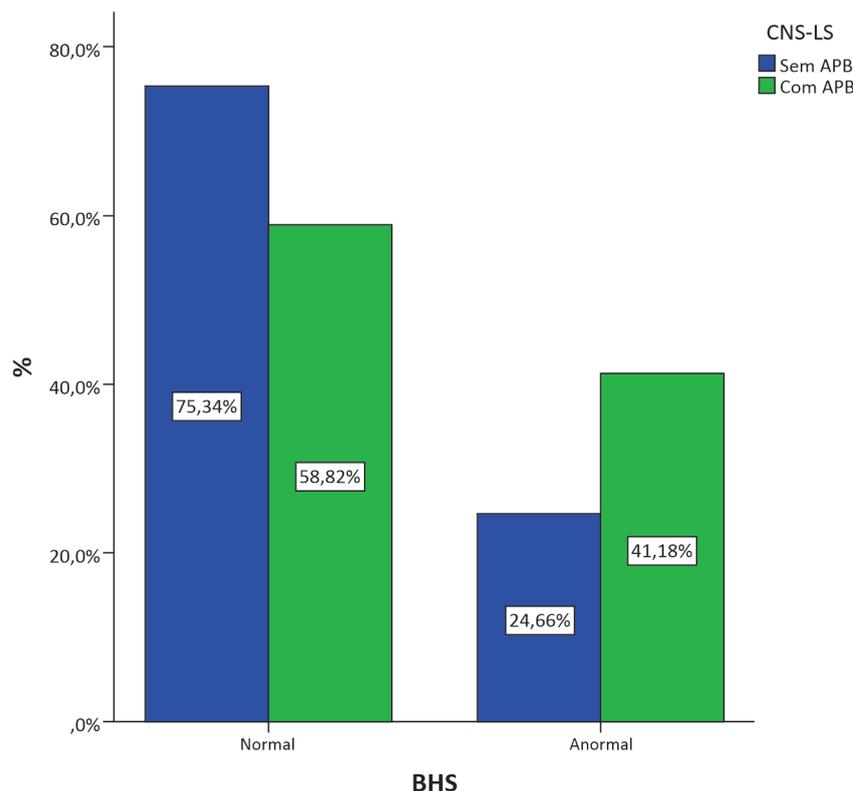


Figura 1 - Afeto pseudobulbar versus ideação suicida. CNS-LS = Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade; BHS = Escala de Desesperança de Beck; APB = afeto pseudobulbar.

FILIPÉ AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

Discussão

No presente estudo, o APB esteve relacionado com apenas duas características demográficas: gênero feminino e idade mais jovem. Houve apenas um trabalho correlacionando o APB com gênero feminino⁵. Em contraste com a literatura científica disponível, no presente trabalho, o APB se apresentou em pacientes mais jovens, e não houve relação entre a duração da doença e o APB^{4,5,8,16,17}. Embora o APB esteja relacionado a estágios avançados da EM, há relatos de sua presença em fases precoces da doença^{4,5,8,16,17,33}. Adicionalmente, as mulheres parecem mais inclinadas ao choro do que os homens³⁴.

Esse trabalho não encontrou diferenças de gênero no tocante à IS. Estudos prévios não mostraram um consenso sobre qual dos gêneros morre mais por suicídio em pacientes com EM^{16,17,20}. Os pacientes com EM deste estudo efetuaram um total de 22 tentativas de suicídio, sendo apenas uma no gênero masculino. A IS se mostrou significativa em pacientes masculinos com comprometimento motor. Em oposição a estudos prévios, não ocorreu associação de IS com duração de doença, estado civil ou religião^{16,17,19,21,35,36}.

A presença de um quadro depressivo é considerado o fator de risco mais importante para o suicídio em pacientes com EM. Pacientes com EM são considerados uma população especial no concernente ao comportamento suicida^{11,18-21,36,37}. No nosso estudo, foram considerados os dois principais fatores de risco ao suicídio em pacientes com EM: presença de transtorno depressivo e histórico de tentativas de suicídio^{11,16,19,20,38}. Apesar da associação positiva entre APB e quadros depressivos em pacientes com EM, não foi possível correlacionar APB e IS neste estudo^{2,8,36,38}. Mesmo quando os transtornos depressivos foram isolados como fator de confusão, não ocorreu associação entre APB e IS. Depreende-se que, mesmo com a inadequação social do APB e sua associação a quadros depressivos e isolamento social, isso não é o suficiente para correlacionar sua presença com IS. Vale lembrar, todavia, o fato de a expressão emocional do APB ser diferente do riso e choro comuns e que a superposição de fenômenos não pode ser negada^{1,4,8,19,34}.

Até onde sabemos, não há outros estudos que tentem correlacionar o APB e o ISo relacionado a ele com a IS.

O ISo é um fenômeno heterogêneo com implicações no CS. Todas as doenças incapacitantes podem levar ao ISo devido ao inerente impedimento no estilo de vida do paciente e à diminuição das habilidades dos pacientes para lidar com o meio^{13,18,21,37,38}. Assim como ocorre com a EM, os transtornos depressivos acometem com maior frequência mulheres em idade jovem. Os transtornos depressivos podem acometer mulheres jovens com ou sem distúrbios neurológicos, e a relação destes com o CS é algo esperado^{16,19-21,38}. Apesar de o APB ser incapacitante exclusivamente por meio social, o ISo relacionado a ele deve ser considerado^{1-4,8}. Nosso estudo analisou pacientes clinicamente estáveis, com o objetivo de tentar afastar o ISo causado pela EM. De forma complementar, mais de 95% dos pacientes com EM deste estudo foram acometidos pela forma mais branda da doença – surto-remissão⁹⁻¹¹. A população deste estudo também apresentou um baixo nível de incapacidade, de acordo com a escala EDSS.

As limitações do nosso estudo são: a escala CNS-LS nunca foi validada em português. O Ambulatório de Neurologia da SCMBH usa uma tradução literal da versão original. A amostragem pequena também é um problema do trabalho. Por questões éticas, a IS foi o aspecto escolhido do CS para realizar o presente estudo transversal. Pelas mesmas razões, pacientes que apresentaram alto risco de suicídio foram encaminhados a atendimento específico pelos seus médicos assistentes. Muitos pacientes desta pesquisa solicitaram ao examinador que ele lesse as perguntas das escalas, por diversos motivos. Tal procedimento reduz a precisão dos resultados das escalas BDI e BHS^{27,29,30}. A escala EDSS é usada de forma corrente em serviços de neurologia em todo o país, mas há muitas críticas concernentes ao predomínio de sintomas medulares^{15,24}. A maioria das informações fornecidas a respeito de comorbidades e uso simultâneo de medicamentos foi fornecida pelos pacientes e/ou responsáveis ou constava nos prontuários da SCMBH. Não tivemos permissão de acesso a prontuários de outros serviços. Por conseguinte, há uma chance considerável de imprecisão das informações não referentes a distúrbios neurológicos.

Houve apenas 11 pacientes com APB e sem depressão. Isso reduziu a precisão das análises estatísticas realizadas. Entretanto, esses números estão de acordo

com a frequência das condições na população. Estudos transversais não são os mais adequados para examinar relações de causa e consequência, como este estudo tentou fazer com APB e IS.

Todas as medicações potencialmente modificadoras das funções psíquicas foram prescritas em doses usuais. Muitos fatores podem estar relacionados à forma como os medicamentos reagem nos indivíduos, e essa parte do estudo não foi realizada. Ocorreu vício de seleção dos pacientes de acordo com o tamanho da população na cidade em que residiam por ocasião das entrevistas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria dos pacientes procedia de cidades consideradas muito grandes³⁹. Cidades com menos de 50.000 habitantes foram sub-representadas nesta pesquisa (16,8% dos pacientes com EM do estudo). No Brasil, cidades com menor número de habitantes são importantes para as estatísticas nacionais devido à sua maior proporção de suicídios³⁹. Devido à complexidade do CS, não foi possível analisar todos os fatores de risco envolvidos na sua gênese. Entretanto, este trabalho abordou os dois fatores de risco mais importantes, como a presença de um transtorno mental e histórico de tentativas de suicídio. Entre os transtornos mentais envolvidos com o CS em pacientes com EM, a depressão parece ser o que tem maior relevância^{14,16,17,19,20,38,40}. Portanto, nesta pesquisa, foram abordados apenas pacientes com quadros depressivos.

Estudos futuros serão necessários para elucidar se o ISo associado ao APB possui características diferentes de outras formas de ISo, já que não se comprovou associação do APB com IS. A tradução e validação da escala CNS-LS em nosso meio seria útil para ratificar a predominância do APB em pacientes do gênero feminino e com idade mais jovem (menor tempo de doença). Em relação à estratificação por gênero, estudos futuros poderiam averiguar os motivos de a IS estar relacionada a sintomas motores apenas no gênero masculino e o uso de interferon beta estar associado a IS apenas no gênero feminino. Sugere-se cautela na interpretação dos resultados aqui apresentados.

CONCLUSÕES

É interessante observar que, neste estudo, não se conseguiu chegar a uma conclusão sobre a correlação

entre a presença do ISo relacionado ao APB e a presença de IS na amostra de pacientes com EM. Todavia, as relações entre a presença simultânea de APB/depressão e depressão/IS foram ratificadas neste estudo. O CS é bastante complexo, e todas as abordagens reducionistas podem resultar em conclusões equivocadas. Hoje, existem pouco mais de 100 fatores de risco conhecidos para o suicídio. O ISo, por outro lado, também é considerado um fenômeno heterogêneo e, por si só, não é definidor de um desfecho. Mais estudos serão necessários para se chegar a conclusões definitivas sobre uma relação entre APB e IS.

Agradecimentos

Agradecemos a 107 pacientes portadores de uma doença crônica e incapacitante, assim como a seus familiares e amigos, pelo auxílio indispensável na realização deste trabalho.

Artigo submetido em 29/06/2019, aceito em 07/07/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Filipe Augusto Cursino de Freitas, Setor de Urgência, Centro Psíquico da Adolescência e Infância, FHEMIG, Rua Padre Marinho, 150, Santa Efigênia, CEP 30140-040, Belo Horizonte, MG. E-mail: freitasfac@yahoo.com.br

Referências

1. Parvizi J, Coburn KL, Shillcutt SD, Coffey CE, Lauterbach EC, Mendez MF. Neuroanatomy of pathological laughing and crying: a report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009;21:75-87.
2. Miller A, Pratt H, Schiffer RB. Pseudobulbar affect: the spectrum of clinical presentations, etiologies and treatments. *Expert Rev Neurother*. 2011;11:1077-88.
3. Robinson-Smith G, Grill JD. Recognizing involuntary emotional expression disorder. *J Neurosci Nurs*. 2007;39:202-7.
4. Wortzel HS, Oster TJ, Anderson CA, Arciniegas DB. Pathological laughing and crying: epidemiology,

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

- pathophysiology and treatment. *CNS Drugs*. 2008;22:531-45.
5. Brooks BR, Crumacker D, Fellus J, Kantor D, Kaye RE. PRISM: a novel research tool to assess the prevalence of pseudobulbar affect symptoms across neurological conditions. *PLoS One*. 2013;8:e72232.
 6. Hammond FM, Sauve W, Ledon F, Davis C, Formella AE. Safety, tolerability, and effectiveness of dextromethorphan/quinidine for pseudobulbar affect among study participants with traumatic brain injury: results from the PRISM-II open label study. *PM R*. 2018;10:993-1003.
 7. Minden SL, Feinstein A, Kalb RC, Miller D, Mohr DC, Patten SB, et al. Evidence-based guideline: assessment and management of psychiatric disorders in individuals with MS: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2014;82:174-81.
 8. Colamonico J, Formella A, Bradley W. Pseudobulbar affect: burden of illness in the USA. *Adv Ther*. 2012;29:775-98.
 9. Milo R, Kahana E. Multiple sclerosis: geoepidemiology, genetics and the environment. *Autoimmun Rev*. 2010;9:A387-94.
 10. DeLuca J, Nocentini U. Neuropsychological, medical and rehabilitative management of persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*. 2011;29:197-219.
 11. Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RP, Carneiro NM, Aguilar AC, et al. Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;76:296-301.
 12. Alamri Y, Al-Busaidi IS. Multiple sclerosis in Saudi Arabia: anxiety, depression and suicidality. *Psychiatry Res*. 2016;238:24.
 13. Cadden MH, Arnett PA, Tyry TM, Cook JE. Judgment hurts: the psychological consequences of experiencing stigma in multiple sclerosis. *Soc Sci Med*. 2018;208:158-64.
 14. Dahl OP, Stordal E, Lydersen S, Midgard R. Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population-based study in Nord-Trøndelag County, Norway. *Mult Scler*. 2009;15:1495-501.
 15. Patten SB, Berzins S, Metz LM. Challenges in screening for depression in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2010;16:1406-11.
 16. Haussleiter IS, Brune M, Juckel G. Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Ther Adv Neurol Disord*. 2009;2:13-29.
 17. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:803-17.
 18. Feinstein A, Pavisian B. Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler*. 2017;23:923-7.
 19. Vattakatchery JJ, Rickards H, Cavanna AE. Pathogenic mechanisms of depression in multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011;23:261-76.
 20. Torkildsen NG, Lie SA, Aarseth JH, Nyland H, Myhr KM. Survival and cause of death in multiple sclerosis: results from a 50-year follow-up in Western Norway. *Mult Scler*. 2008;14:1191-8.
 21. Strupp J, Ehmann C, Galushko M, Bücken R, Perrar KM, Hamacher S, et al. Risk factors for suicidal ideation in patients feeling severely affected by multiple sclerosis. *J Palliat Med*. 2016;19:523-8.
 22. Marrie RA, Walld R, Bolton JM, Sareen J, Patten SB, Singer A, et al. Psychiatric comorbidity increases mortality in immune-mediated inflammatory diseases. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;53:65-72.
 23. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol*. 2011;69:292-302.
 24. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983;33:1444-52.
 25. Moore SR, Gresham LS, Bromberg MB, Kasarkis EJ and Smith RA. A self report measure of affective lability. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;63:89-93.
 26. Smith RA, Berg JE, Pope LE, Callahan JD, Wynn D, Thisted RA. Validation of the CNS emotional lability scale for pseudobulbar affect (pathological laughing and crying) in multiple sclerosis patients. *Mult Scler*. 2004;10:679-85.

**FILIPE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS^{1,2} , ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO³,
REMCO FRANK PETER DE WINTER⁴, RENATA BRANT DE SOUZA MELO³,
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO³, PAULO PEREIRA CRISTO^{3,5}**

¹ Pesquisador voluntário, Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ² Preceptor, Programa de Residência Médica, Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG. ³ Docente e pesquisador(a), Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ⁴ Pesquisador e psiquiatra assistente, Parnassia Psychiatric Institute, The Hague/Amsterdam VU University, Haia, Holanda. ⁵ Professor, Departamento de Neurologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
28. Moran PJ, Mohr DC. The validity of Beck depression inventory and Hamilton rating scale for depression items in the assessment of depression among patients with multiple sclerosis. *J Behav Med*. 2005;28:35-41.
29. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29:453-7.
30. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-5.
31. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990;147:190-5.
32. Cunha JA, Werlang BC. Um estudo com a Escala de Desesperança de Beck em grupos clínicos e não-clínicos. *Psico*. 1996;27:189-97.
33. de Seze J, Zephir H, Hautecoeur P, Mackowiak A, Cabaret M, Vermersch P. Pathologic laughing and intractable hiccups can occur early in multiple sclerosis. *Neurology*. 2006;67:1684-6.
34. Grinblat N, Grinblat E, Grinblat J. Uncontrolled crying: characteristics and differences from normative crying. *Gerontology*. 2004;50:322-9.
35. Bussing A, Ostermann T, Koenig HG. Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. *Int J Psychiatry Med*. 2007;37:39-57.
36. Brenner P, Burkill S, Jokinen J, Hillert J, Bahmanyar S, Montgomery S. Multiple sclerosis and risk of attempted and completed suicide - a cohort study. *Eur J Neurol*. 2016;23:1329-36.
37. Eliassen A, Dalhoff KP, Horwitz H. Neurological diseases and risk of suicide attempt: a case-control study. *J Neurol*. 2018;265:1303-9.
38. Lewis VM, Williams K, KoKo C, Woolmore J, Jones C, Powell T. Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis. *J Affect Disord*. 2017;208:662-9.
39. Marin-Leon L, de Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:351-9.
40. Goldman Consensus Group. The Goldman consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2005;11:328-37.

AMBULATÓRIO MÉDICO DE PSIQUIATRIA: 30.151 CASOS

PSYCHIATRIC OUTPATIENT CLINIC: 30,151 CASES

Resumo

Objetivo: Descrever as características do serviço e o perfil dos usuários atendidos no Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur (AME Psiquiatria), na cidade de São Paulo.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal com amostra de conveniência de todos os pacientes atendidos desde o início do funcionamento do ambulatório, em agosto de 2010, até dezembro de 2019.

Resultados: Trata-se do maior estudo ambulatorial já realizado no Brasil, constituído por 30.151 pacientes, em sua maioria mulheres (62%). Os diagnósticos mais prevalentes foram transtornos do humor e de ansiedade (36,5%), seguidos por transtornos neuróticos, relacionados com o estresse e somatoformes (29%). Também identificou-se que o número de novos pacientes foi crescente ao longo do tempo e que o ambulatório disponibilizou em torno de 74 mil aberturas de vagas durante o período do estudo.

Conclusão: Este serviço demonstrou ser referência como modelo de gestão no campo da saúde mental no Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo.

Palavras chaves: Serviço de ambulatório em saúde, psiquiatria biológica, saúde mental.

Abstract

Objective: To describe the characteristics of the service and the profile of users of the Dr. Jandira Masur psychiatric outpatient clinic, in São Paulo.

Methods: A cross-sectional study was carried out with a convenience sample including all patients seen at the service from the beginning of operations, in August 2010, to December 2019.

Results: This study is the largest outpatient study so far conducted in Brazil, consisting of 30,151 patients, mostly women (62%). The most prevalent diagnoses

were mood and anxiety disorders (36.5%), followed by neurotic disorders, stress-related and somatoform disorders (29%). Also, we observed that the number of new patients increased over time and that the outpatient clinic enabled the opening of around 74 thousand vacancies during the study period.

Conclusion: The psychiatric outpatient clinic assessed proved to be a reference as care management model in the field of mental health in the Brazilian Unified Health System in the city of São Paulo.

Keywords: Outpatient care, biological psychiatry, mental health.

INTRODUÇÃO

Impacto da saúde mental no nosso país e no mundo

A saúde mental é fator condicionante para o bem-estar e saúde geral das pessoas. Dessa forma, o seu papel tem sido legitimado como fundamental nos cuidados à população, sendo incluída como um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), plano de ação criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015¹.

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais é aproximadamente de 20% para a população em geral. Já para as pessoas que são atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), a taxa pode superar os 50%². A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 720 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais em todo o mundo, sendo que uma em cada quatro pessoas sofrerá desse problema durante a vida³. Projeções indicam que a depressão será a terceira maior causa de doença mental em países de baixa renda até 2030, e a proporção global de ansiedade é de 3,6%⁴. Além disso, há outras comorbidades comuns além do transtorno psiquiátrico, como problemas cardíacos, diabetes, diminuição de produtividade e incapacidade laboral².

¹ Diretora técnica, Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur, São Paulo, SP. ² Pós-doc em curso, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Pesquisadora. Psicóloga, Acurarte – Psicologia, Ensino e Saúde, Porto Alegre, RS. ³ Gerente médica, Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur, São Paulo, SP. ⁴ Professor titular, UNIFESP, São Paulo, SP. Presidente, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), São Paulo, SP.

A parcela de brasileiros portadores de transtornos mentais enfrenta também o estigma social, a despeito do Decreto-Lei nº 2.848, que desde 1940⁵ estabelece como crime qualquer ato abusivo que produza prejuízo contra os portadores de transtornos mentais, e de ações como a da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que conduz a campanha nacional “Psicofobia: seu preconceito gera sofrimento” desde 2011.

Histórico do cuidado em saúde mental

Ocorreram mudanças significativas ao longo da história do Brasil na proposta de atendimento no campo da saúde mental, no sentido de oportunizar uma rede de atendimento substitutiva ao modelo asilar, com uma modalidade de cuidados em rede às pessoas com transtornos mentais. Com isso, foram desenvolvidos tratamentos terapêuticos e intervenções menos invasivos em serviços comunitários de saúde^{2,6}. Esse movimento iniciou-se nas décadas de 1970 e 1980, culminando na proposição da Lei nº 10.216⁷, regulamentadora de mudança assistencial dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Esse cenário influenciou a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)⁸, com a posterior organização da assistência através da Portaria nº 3.088 em 2011, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁹.

Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur – AME Psiquiatria

O AME Psiquiatria realiza o acompanhamento de pacientes em crise, com quadro moderado a grave, que necessitem de diagnóstico e/ou já o tenham, mas cujo tratamento é de difícil manejo. Os encaminhamentos para o AME Psiquiatria advêm de Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, ambulatórios e prontos-socorros. Dessa forma, a equipe de profissionais do AME Psiquiatria avalia e propõe projeto terapêutico multidisciplinar, visando à estabilização psicopatológica dos pacientes e o encaminhamento implicado.

No AME Psiquiatria, foi implantado, desde o início de seu funcionamento, o gerenciamento de caso, no qual o profissional enfermeiro gerente de caso realiza estratégias como acolhimento, busca ativa (contato direto do profissional com o paciente faltoso, via telefone,

para breve avaliação das condições clínicas e convite de retorno ao tratamento), psicoeducação, elaboração e implementação do processo de enfermagem e do plano terapêutico multiprofissional¹⁰⁻¹². Assim, todos os pacientes admitidos no serviço são acompanhados por um gerente de caso, com frequência e intensidade consonantes com o seu quadro clínico, psíquico e social.

História da criação do AME Psiquiatria

A partir de agosto de 2010, amplia-se a RAPS na cidade de São Paulo, e o AME Psiquiatria se estabelece ao longo dos anos como referência de ambulatório público nessa região, através de um contrato entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Apresenta como área de abrangência principal os bairros da zona norte de São Paulo, com uma população estimada de 2,4 milhões de habitantes¹³. Além disso, recebe encaminhamentos de todas as coordenadorias de saúde de São Paulo, assim como de municípios vizinhos¹⁴.

As especialidades atualmente contratadas são: psiquiatria, neurologia, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, farmácia e serviço social. Ainda, oferece a coleta de exames laboratoriais clínicos. No AME Psiquiatria, há cinco equipes multidisciplinares: a) transtornos afetivos e de ansiedade; b) psiquiatria geriátrica; c) transtornos psicóticos e esquizofrenia; d) psiquiatria da infância e adolescência; e) transtornos ligados ao uso de álcool e outras drogas.

O modelo de assistência do AME Psiquiatria é único no Brasil e tem como objetivo assistir pacientes com transtornos mentais de moderado a grave, através de intervenções resolutivas de equipe multidisciplinar, fornecendo diagnóstico e tratamento adequado. O reconhecimento do esforço contínuo da equipe para assistir a todos os pacientes com qualidade pode ser evidenciado pela certificação externa de qualidade, tornando o AME Psiquiatria o primeiro serviço de saúde mental a obter o nível III de excelência em gestão da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Este foi um marco importante na saúde pública, como uma referência no caminho a ser trilhado para que a população portadora de transtornos mentais também tenha acesso a serviços de qualidade. No entanto, ainda são escassos estudos robustos nesse campo¹⁴.

Dessa forma, objetivou-se descrever as características do serviço e o perfil dos usuários atendidos no AME Psiquiatria no período de agosto de 2010 a dezembro de 2019.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, em uma amostra de conveniência com base em dados referentes aos pacientes atendidos no período de agosto de 2010 a dezembro de 2019. Foram estudadas variáveis como: pirâmide etária de acordo com o sexo; prevalência do diagnóstico dos pacientes; número de atendimentos no período e de abertura de prontuários; média do tempo de permanência dos pacientes em tratamento; número de pacientes atendidos por equipe; quadro de colaboradores; satisfação dos usuários pelo índice de aceitabilidade; e taxa de abandono.

RESULTADOS

Trata-se do maior estudo ambulatorial de psiquiatria do Brasil, composto por uma amostra de 30.151 pacientes atendidos no ambulatório. Destaca-se a evolução crescente da abertura de prontuários ao longo de 9 anos e 5 meses. O AME Psiquiatria assistiu aproximadamente 3 mil novos pacientes por ano (Figura 1). Nesse mesmo período, disponibilizou 74.504 aberturas de novas vagas, realizou um total de 641.934 atendimentos, sendo que

57% (363.987) foram atendimentos médicos, culminando em 33.744 admissões ao ambulatório e 25.354 altas, com um tempo médio de tratamento de 403 dias. Esses pacientes, após o tempo médio no AME Psiquiatria, foram avaliados para qual seria o melhor encaminhamento na rede para cada caso, se ocorresse esta necessidade como para UBS, CAPS e ambulatórios. Além disso, a taxa de abandono do ambulatório foi de 23%, o que implica taxa de adesão de 77%.

Em relação ao perfil de pacientes atendidos, há predominância de mulheres (62%) nas diferentes faixas etárias dos pacientes em geral atendidos no AME¹³. Observou-se que a predominância do sexo feminino também esteve presente nas equipes de transtornos afetivos e de ansiedade (75%) e geriatria (72%); e de forma similar entre homens e mulheres nas equipes psicose (45%) e infantil (39%). No entanto, na equipe álcool e outras drogas, a prevalência de pacientes homens foi expressivamente maior (79%).

Composição da equipe

As estratégias de cuidados dos pacientes do AME Psiquiatria contam com 32 psiquiatras, 1 neurologista, 4 assistentes sociais, 13 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, oito psicólogos e cinco terapeutas ocupacionais. Na Figura 2, consta a distribuição por equipe dos pacientes.

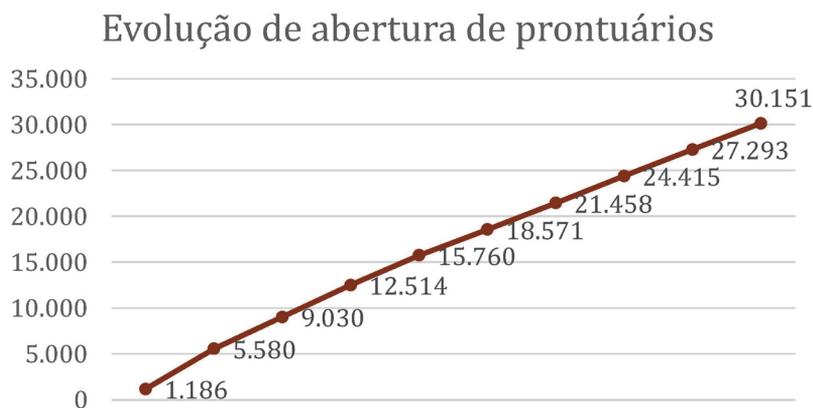


Figura 1 - Evolução de abertura de prontuários no Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur (AME Psiquiatria).

¹ Diretora técnica, Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur, São Paulo, SP. ² Pós-doc em curso, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Pesquisadora. Psicóloga, Acurarte – Psicologia, Ensino e Saúde, Porto Alegre, RS. ³ Gerente médica, Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur, São Paulo, SP. ⁴ Professor titular, UNIFESP, São Paulo, SP. Presidente, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), São Paulo, SP.

As prevalências de diagnóstico psiquiátrico no AME Psiquiatria são identificadas de duas formas:

- a) Pelo diagnóstico principal que o paciente apresenta. Assim, o paciente é conduzido à equipe que ficará responsável pelo seu atendimento e foco do tratamento. Os diagnósticos principais dos pacientes ativos foram de 36,5% de transtornos do humor; 29% de transtornos neuróticos, relacionados

com o estresse e somatoformes; seguidos de 11% de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa; 9% de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; 5% de transtornos mentais orgânicos e sintomáticos; 3% de transtornos da personalidade e do comportamento adulto; e 2% de retardo mental¹⁵ (Figura 3).

Distribuição de pacientes por equipes

Total = 30.151

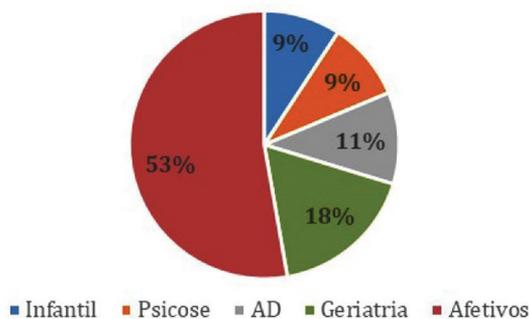


Figura 2 - Distribuição de pacientes por equipes no Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur (AME Psiquiatria). AD = álcool e outras drogas.

Prevalência do diagnóstico principal por paciente

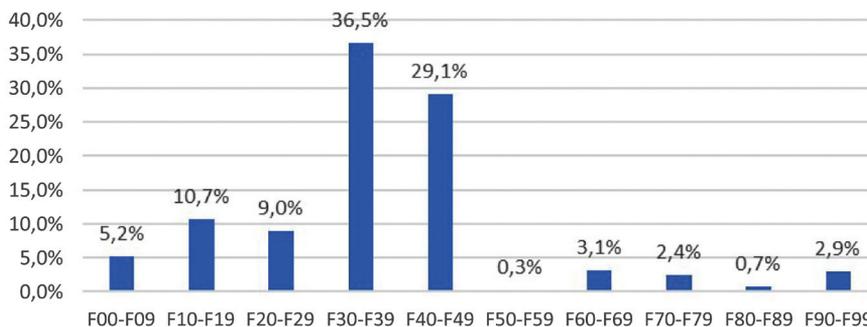


Figura 3 - Prevalência do diagnóstico principal por paciente.

b) Pela interpretação dos dados de prevalência do diagnóstico, considerando os pacientes que apresentam diagnóstico único: episódio depressivo (7%); seguidos por transtornos ansiosos (4%); psicose não orgânica especificada (3%); transtorno afetivo bipolar e episódio atual hipomaniaco, ambos com 2% (Figura 4).

Outras variáveis de gestão do AME Psiquiatria foram:
a) Comissão de Revisão de Prontuários: também implementada desde a inauguração, avaliou a qualidade do registro das informações no prontuário, utilizando critérios obrigatórios dos conselhos de classe. Foram avaliados 4.097 prontuários, obtendo-se 99,3% de conformidade.

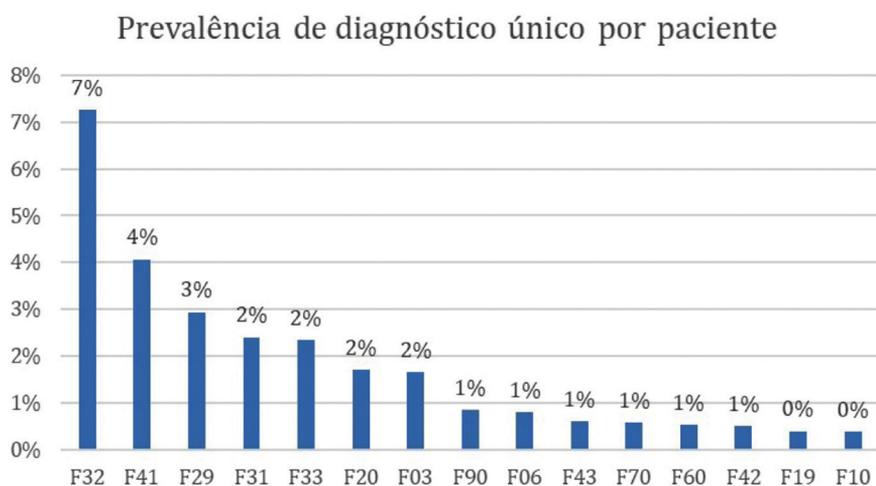


Figura 4 - Prevalência de diagnóstico único por paciente.

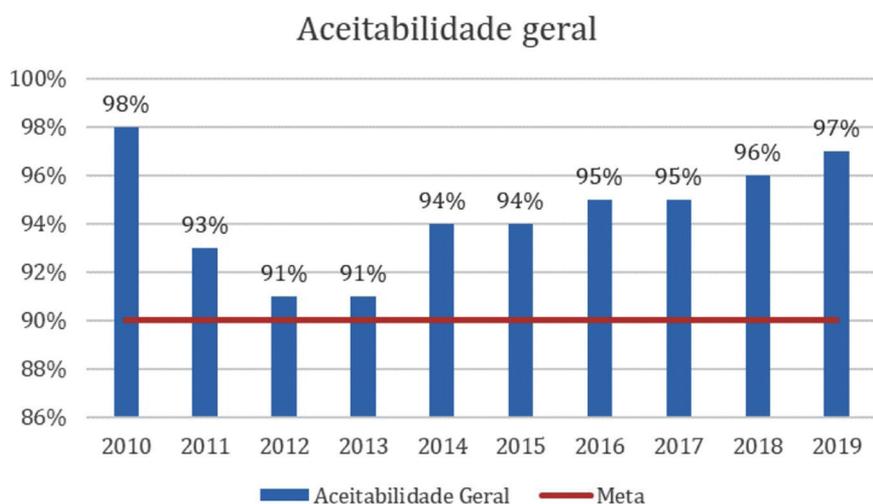


Figura 5 - Aceitabilidade geral.

¹ Diretora técnica, Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur, São Paulo, SP. ² Pós-doc em curso, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Pesquisadora. Psicóloga, Acurarte – Psicologia, Ensino e Saúde, Porto Alegre, RS. ³ Gerente médica, Ambulatório Médico de Especialidades de Psiquiatria Dra. Jandira Masur, São Paulo, SP. ⁴ Professor titular, UNIFESP, São Paulo, SP. Presidente, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), São Paulo, SP.

- b) Serviço de Atendimento ao Usuário, que se refere à importância da percepção do paciente e acompanhante em relação ao cuidado prestado, disponibilizando canais de comunicação para avaliação da unidade. Um dos indicadores utilizados foi a aceitabilidade geral, que indica a satisfação dos usuários através de pesquisas consolidadas mensalmente, nas quais avaliaram-se assistência prestada, atenção e gentileza, clareza das informações, espera do atendimento e ambientes em todos os setores. O histórico da aceitabilidade está identificado na Figura 5.

Vale ressaltar que esse indicador é reflexo da implementação de um novo modelo de assistência, com a melhora gradual decorrente de ações contínuas, como o acompanhamento do Plano Institucional de Humanização e projetos de qualidade que auxiliaram no desafio perene do AME Psiquiatria ao longo desses 9 anos e 5 meses.

Discussão

Este estudo identificou a maior amostra de pacientes de um ambulatório de psiquiatria brasileiro. O AME Psiquiatria possibilitou oferecer assistência especializada multidisciplinar para mais de 30 mil pessoas no período de 9 anos e 5 meses, ampliando a rede de assistência para a população de São Paulo. O ambulatório obteve taxa de abandono inferior à observada em outro estudo de ambulatório de transtornos mentais brasileiro¹⁶, o que implica uma taxa de adesão altamente importante. Nesse cenário, estima-se que pelo menos metade da população mundial não tenha cobertura total dos serviços essenciais de saúde³. É importante ressaltar que os serviços de saúde têm sido negligenciados em países de baixa e média renda. Além disso, sabe-se da resistência de alguns setores aos serviços de ambulatório médico de psiquiatria^{17,18}.

Além do acesso ao tratamento, o AME Psiquiatria vem se consolidando como referência em assistência e gestão em serviços de transtornos mentais, por realizar um trabalho com a RAPS. Esse ambulatório compreende que a assistência de qualidade aos portadores de sofrimento mental depende de uma rede assistencial apta a resolver as demandas de acordo com a necessidade do usuário, familiares e comunidade.

CONCLUSÃO

A articulação entre toda a rede de cuidados continuados de saúde e o AME Psiquiatria oferece maior integralidade do atendimento na área de psiquiatria. O AME, como estratégia de atenção secundária, vem colaborando para melhores práticas de gestão para serviços de ambulatório de psiquiatria de casos mais complexos¹⁹.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Gerardo Maria de Araújo Filho, Nacime Salomão Mansur e Sérgio Tamai por diferentes tipos de apoio recebidos em várias fases do projeto.

Artigo submetido em 20/07/2020, aceito em 20/07/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Cassandra Borges Bortolon, Av. Guilherme Cotching, 1600, Vila Maria, CEP 02113-014, São Paulo, SP. E-mail: cassandra.bortolon@gmail.com

Referências

1. United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. 2015 [Internet]. [cited 2020 Mar 05]. sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 6]. iris.paho.org/handle/10665.2/49663
3. World Health Organization (WHO). People with mental disabilities cannot be forgotten [Internet]. 2010 [cited 2020 Fer 10]. www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/
4. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
5. Brasil, Projeto de Lei nº 74/2014. Altera o Decreto-Lei nº 2.848/1940 – Código Penal – para tipificar o crime contra as pessoas com deficiência ou transtorno mental. legis.senado.leg.br/sdleg-

- getter/documento?dm=4470721&ts=1567529344036&disposition=inline
6. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde mental em dados 12 [Internet]. 2015 [cited 2020 Fev 05]. www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
 7. Brasil, Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf
 8. Geraldini A, Liberal M De, Novais M, Zucchi P. Ambulatório médico de especialidades-psiquiatria Vila Maria: balanço dos dois anos iniciais. *Psic Saude Doenças*. 2017;18:503-11.
 9. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 30 de dezembro de 2011. bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
 10. Casarin SNA, Villa TCS, Cardozo-Gonzales RI, Caliri MHL, Freitas MC de. Gerenciamento de caso: análise de conceito. *Invest Educ Enferm*. 2003;21:26-36.
 11. Silveira AS, Siqueira AC, Oliveira FM, Nishio EA, Nóbrega MPSS. Gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria, competências e prática da enfermeira. *Enferm Foco*. 2013;4:29-32.
 12. Silveira ASA, de Oliveira CBF, Lessa F. Prontuário eletrônico e gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria. *J Health Inform*. 2016;8:83-6.
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades da federação [Internet]. [cited 2020 Apr 01]. www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock
 14. Araújo Filho GM, Amino D, Yamaguch LM, Silveira ASA, Laranjeira R, Tamai S. AME Psiquiatria: um ano de funcionamento. *Debates Psiquiatr*. 2012;2:44-9.
 15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde. 10ª revisão código internacional de doenças – CID [Internet]. [cited 2020 Aug 6]. pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-11931
 16. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Braz J Psychiatry*. 2005;27:113-8.
 17. Belkin GS, Unitzer J, Kessler RC, Verdeli H, Raviota GV, Sachs K, et al. Scaling up for the “bottom billion”: “5x5” implementation of community mental health care in low-income regions. *Psychiatr Serv*. 2011;62:1494-502.
 18. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Economic surveys: Brazil: overview [Internet]. 2018 Feb [cited 2020 abr 5]. www.oecd.org/economy/surveys/Brazil-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf
 19. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21:131-9.

CRIMES SEXUAIS E IMPUTABILIDADE PENAL

SEXUAL OFFENSES AND CRIMINAL LIABILITY

Resumo

Este estudo tem como objetivo investigar as características sociodemográficas, aspectos clínicos, características de comportamento criminal e avaliação de imputabilidade penal de agressores sexuais que foram encaminhados para avaliação pericial em unidade forense, na cidade de Rio de Janeiro, no ano de 2008. Foram revisados todos os laudos psiquiátricos cuja acusação foi crime de natureza sexual. Foram identificados 44 laudos periciais. Todos os infratores eram homens. Um total de 19 (43,2%) não recebeu nenhum diagnóstico psiquiátrico. Nove (20,4%) foram diagnosticados com retardo mental. Em 16 casos (36,4%), foi diagnosticado algum transtorno mental ou neurológico. Do total de infratores, 31 (70,4%) infratores foram considerados totalmente imputáveis, oito (18,2%) semi-imputáveis, e cinco (11,4%) inimputáveis por razão de doença mental. Os crimes sexuais praticados pelos agressores foram estupro (n = 14; 32%), tentativa de estupro (n = 4; 9%), atentado violento ao pudor (n = 26; 59%) e ultraje público ao pudor (n = 5; 11,4%). Em 10 casos (22,7%), o infrator estava sob a influência de álcool no momento do crime. A avaliação psiquiátrica sistemática de indivíduos que perpetram crimes sexuais pode contribuir para estratégias de intervenção, prevenção e avaliação de risco de recorrência criminal desses indivíduos na comunidade, em presídios ou em serviços forenses ou centros de atendimento de saúde mental.

Palavras-chave: Crime sexual, transtorno mental, imputabilidade penal.

Abstract

This study aims to investigate the sociodemographic features, clinical correlates, criminal behavior characteristics, and the level of criminal liability of sexual offenders who were referred for forensic psychiatric assessment at a forensic unit in the city of Rio de Janeiro in 2008. All written reports made by court-appointed

psychiatric experts involving sexual offenses were reviewed. A total of 44 expert reports were identified. All alleged offenders were male. Nineteen (43.2%) offenders did not receive any psychiatric diagnosis. Nine offenders (20.4%) were diagnosed with mental retardation. In 16 cases (36.4%), some form of mental or neurological disorder was diagnosed. Of the total sample, 31 (70.4%) offenders were considered fully liable, eight (18.2%) partially liable, and five (11.4%) not liable by reason of insanity. The sexual crimes allegedly perpetrated by the offenders were rape (n = 14; 32%), attempted rape (n = 4; 9%), indecent assault (n = 26; 59%), and indecent exposure (n = 5, 11.4%). In 10 cases (22.7%), the offender was under the influence of alcohol at the moment of the offense. The systematic psychiatric evaluation of individuals who perpetrate sexual crimes may contribute to improve strategies for intervention, prevention and risk assessment of criminal recurrence of these individuals, in the community, in prisons or in forensic services or psychiatric care communities.

Keywords: Sexual offense, mental disorder, criminal liability.

Introdução

O crime sexual é considerado um tipo de comportamento violento, sendo definido pela OMS¹ como: "Qualquer ato sexual, tentativa de conseguir um ato sexual, comentários ou insinuações indesejáveis relativos a sexo, atos visando ao tráfico ou dirigidos diretamente à sexualidade de uma pessoa, praticados por meio de coação, por qualquer indivíduo, independentemente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer situação, inclusive em casa e no trabalho".

A violência sexual é um conceito multidimensional, que tem várias definições, dependendo do grupo profissional ou do contexto no qual ele é utilizado. Para Bradford et al.², a violência sexual pode ser definida como qualquer comportamento sexual contra uma pessoa que não

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

deu consentimento, incluindo também violência física associada a uma parafilia. Em geral, inclui extrema violência física, associada à atividade sexual imposta à vítima. Devido aos atos de violência serem contra parceiros que não os autorizaram, os perpetradores desses atos são classificados como ofensores ou criminosos sexuais.

A violência sexual é um fenômeno mundial, que tem efeitos duradouros na saúde física e mental dos indivíduos. Há também complicação para a vida sexual e reprodutiva das vítimas, que se seguem em curto e longo prazo, tais como infecção pelo vírus HIV³. Essa forma de violência é dirigida a homens e mulheres de todas as idades e pode ter diversas formas de apresentação. Não é limitada apenas a atos de intercurso sexual não consentido (estupro ou tentativa de estupro), mas pode envolver penetração de outras partes corporais, utilizando o pênis, dedos ou outros objetos. Outros crimes sexuais incluem carinhos inapropriados, beijos, assédio, coerção, etc.

A violência sexual é um grave problema de saúde pública, a ser enfrentado por nossa sociedade. No estado de São Paulo, 5% dos presos homens estão cumprindo sentença em virtude de crime sexual. A maioria deles vai retornar para casa sem ter recebido nenhuma intervenção psicossocial, de forma a haver prevenção do reincidência⁴.

Existem estimativas de que 6 a 45% das mulheres e 3 a 30% dos homens já foram sexualmente agredidos⁵. A Pesquisa de Criminalidade da Inglaterra (The British Crime Survey), por exemplo, fez uma estimativa de que uma em 10 mulheres já tenha sido sexualmente vitimizada até a idade de 16 anos, e menos de um em cada cinco incidentes de vitimização sexual de mulheres resulta em atenção policial (Siegel, 2000, *apud* Baltieri & Andrade⁴). Estupro e tentativa de estupro são os dois crimes sexuais violentos mais comuns.

Essa violência também é evidente em *settings* institucionais com crianças ou adultos vulneráveis, como prisões, instituições para menores e hospitais forenses. O crime sexual também pode acontecer quando a vítima é incapaz de dar o consentimento, quando sob influência de álcool ou substâncias psicoativas³.

É sabido que o número de denúncias relacionadas a esses crimes é bem menor do que o número real de casos. Isso se deve ao pacto de silêncio partilhado pela

vítima, família e sociedade. A vítima, constrangida, teme o impacto de sua revelação, de não ser acreditada e de ser acusada ou expulsa de seu meio. A prevalência, magnitude e seqüelas dessas situações têm merecido atenção crescente por parte de estudiosos e pesquisadores da saúde e dos direitos humanos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5⁶) define a parafilia como qualquer interesse sexual intenso e persistente, que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física. O transtorno parafilico é uma parafilia que está causando sofrimento ou prejuízo ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano pessoal a outros. As principais categorias de parafilias são: exibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, voyeurismo e transvestismo (também denominado de *cross-dressing*).

O objetivo da psiquiatria forense é a análise dos relacionamentos sexuais considerados como criminosos. As parafilias serão objeto de análise da psiquiatria forense somente quando exigirem a participação de pessoas, sem o seu consentimento. Muitas delas, classificadas dentro do quadro de parafilias, podem não praticar crimes sexuais, desde que o fim de suas pulsões não seja a imposição de seus desejos ao outro, sem que este(a) entenda o que está acontecendo e possa não consentir com o ato parafilico⁷.

No Brasil, houve mudanças no Código de Processo Penal⁸, no que diz respeito aos delitos sexuais, trazidas pela Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009⁹, a começar pela denominação dada ao Título VI, que a partir de agora passa a se chamar Crimes contra a dignidade sexual, em substituição à denominação Crime contra os costumes, utilizada pelo código de 1940. Outra alteração foi a fusão, em um único artigo (art. 213), dos crimes de estupro e atentado violento ao pudor. O artigo 213, agora rotulado como hediondo, em face da nova lei, passa a ter a seguinte redação: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Portanto, a partir dessa nova redação, qualquer pessoa (homem ou mulher) pode ser sujeito ativo ou passivo do crime de estupro.

Entretanto, a preocupação maior da nova lei foi com a tentativa de se coibir a exploração sexual, sobretudo do menor, estabelecendo penas e tratamentos mais rigorosos quando a vítima for menor de 18 anos. Criou-se a figura da vítima vulnerável (menor de 14 anos), inclusive com o tipo penal do estupro de vulnerável (Art. 217-B), com rotulação de crime hediondo. Nessa linha, procurou-se punir com mais rigidez o agenciador, o intermediário, o traficante interno de pessoa para fim de exploração sexual.

Nas clínicas especializadas, os problemas mais frequentes dizem respeito à pedofilia, voyeurismo e exibicionismo. O masoquismo e o sadismo sexual são vistos com menor frequência. As ofensas sexuais contra crianças constituem uma parcela dos atos sexuais criminosos. Os indivíduos que apresentam práticas de pedofilia, voyeurismo e exibicionismo perfazem a maioria dos agressores sexuais presos¹⁰.

De acordo com Prentky & Knight¹¹, a maioria dos criminosos sexuais não são agudamente doentes do ponto de vista psiquiátrico, e assim se deparam com a justiça criminal. Entretanto, estudo de revisão sistemática¹² encontrou que uma proporção substancial de agressores sexuais pode apresentar problemas psiquiátricos, tais como esquizofrenia, transtornos do humor, retardo mental e transtornos relacionados a uso de substâncias.

MÉTODOS

No Brasil, o critério adotado pelo nosso Código de Processo Penal¹³ para avaliação da responsabilidade penal é o biopsicológico: a responsabilidade só é excluída se o agente, em razão de doença mental ou retardamento mental, era, ao momento da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e/ou determinação. Para a aplicação desse critério, o perito deve analisar os seguintes itens^{13,14}: verificação da existência ou não de doença mental, perturbação da saúde mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, pelo exame de sanidade mental; avaliação do nexos de causalidade entre estes e o crime; avaliação da capacidade de entendimento (cognição) e de autogoverno (deliberação), e nexos temporal entre o prejuízo do entendimento e determinação com o delito. O exame de imputabilidade penal é substanciado pela perícia psiquiátrico-forense, realizada por perito oficial

do Estado. É importante salientar que a avaliação pericial será de natureza retrospectiva, procurando identificar o funcionamento mental do autor do crime no momento em que esse crime ocorreu.

Nessa pesquisa, foram estudados todos os documentos periciais de indivíduos que cometeram crimes sexuais e que foram avaliados por médicos psiquiatras peritos em Instituto de Perícias do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2008, após estabelecimento de processo criminal, em uma corte judicial. Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal. Nele, pretende-se avaliar o grau de imputabilidade penal e as variáveis sociodemográficas e clínicas registradas nos documentos periciais de indivíduos que cometeram delitos sexuais no ano de 2008, bem como os tipos de delitos sexuais e vítimas atingidas.

Foram definidos como crimes sexuais aqueles crimes que se enquadram nos crimes contra os costumes do Código Penal Brasileiro, incluindo estupro ou tentativa de estupro, atentado violento ao pudor (constranger alguém a praticar ato libidinoso mediante violência ou ameaça) e ultraje público ao pudor (prática de atos obscenos, como exposição genital ou masturbação em via pública, por exemplo). O diagnóstico psiquiátrico utilizado pelos peritos durante a entrevista psiquiátrica dos agressores sexuais foi a CID-10¹⁵. Salientamos que este estudo foi realizado antes da mudança do código penal sobre crimes sexuais, acontecida no ano de 2009⁹, conforme explicado anteriormente. No código penal atual, os crimes antes descritos como atentado violento ao pudor, em sua maioria, são considerados como estupro.

RESULTADOS

Foram encontrados 44 documentos periciais de todos os indivíduos que cometeram delitos sexuais no ano de 2008, e que foram avaliados por um médico perito, sendo todos do sexo masculino. Destes, 21 eram caucasianos e 18 não caucasianos. Em cinco casos, não houve especificação de cor dos indivíduos. Em relação ao estado civil, foram encontrados solteiros (n = 25), casados (n = 9), separados ou divorciados (n = 8), viúvo (n = 1) e não especificado (n = 1). No que diz respeito à situação laborativa, foi encontrado vínculo de trabalho formal com carteira de trabalho (n = 4), trabalho

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

informal (n = 26), desempregados (n = 7), afastado do trabalho por motivo de doença ou aposentado (n = 6) e aposentado por tempo de serviço (n = 1). A idade média da amostra à época do delito foi de 44,3±12,5 anos. Para 37 indivíduos, a escolaridade média foi de 3,9±3,8 anos. Em sete documentos periciais, não houve menção à escolaridade dos indivíduos.

Da amostra avaliada nos documentos periciais, 19 (43,2%) indivíduos não receberam diagnóstico psiquiátrico, nove (20,4%) tiveram diagnóstico de retardo mental e 16 (36,4%) receberam diagnóstico de algum transtorno mental ou neurológico: epilepsia (n = 2), síndrome de dependência de álcool (n = 3), uso nocivo de álcool (n = 2), uso nocivo de cocaína (n = 2), esquizofrenia (n = 2), transtorno psicótico não especificado (n = 1), episódio hipomaniaco (n = 1), transtorno de personalidade antissocial (n = 1) e transtornos de preferência sexual (n = 2) (Tabela 1). Em relação à avaliação de imputabilidade penal relacionada à perpetração do delito sexual, foram encontrados indivíduos imputáveis (n = 31; 70,4%), semi-imputáveis (n = 8; 18,2%) e inimputáveis (n = 5; 11,4%). Os indivíduos inimputáveis tiveram diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia (n = 2), retardo mental (n = 2) e transtorno psicótico não especificado (n = 1). Os semi-imputáveis tiveram diagnóstico de retardo mental (n = 5), episódio hipomaniaco (n = 1), síndrome de dependência de álcool (n = 1) e transtorno de preferência sexual (n = 1).

Os delitos sexuais perpetrados pelos indivíduos descritos nos documentos periciais foram estupro (n = 14) ou tentativa de estupro (n = 4), 41% dos casos desse tipo de delito; atentado violento ao pudor (n = 26), 59% dos casos; e ultraje público ao pudor (n = 5), 11,4%. Em alguns casos, os indivíduos foram acusados de mais de um crime sexual. No que diz respeito à relação entre perpetrador e vítima, foram encontradas vítimas familiares (n = 13), conhecidas do perpetrador (n = 12) e desconhecidas (n = 15). Entre as vítimas familiares, houve filhas (n = 8), sobrinhas (n = 3), cunhada (n = 1) e ex-companheira (n = 1). Em dois casos, não houve especificação da relação entre vítima e perpetrador. Em outros quatro casos, não houve vítimas diretas, tratando-se de crimes relacionados à exposição de órgãos genitais ou masturbação em via pública (ultraje público ao pudor). Já em relação às características das vítimas descritas,

estas eram mulheres adultas (n = 10), meninas (n = 24) e meninos (n = 5). Não houve especificação das vítimas em dois documentos periciais. Não foi descrita nenhuma vítima adulta do sexo masculino (Tabela 1).

Na imensa maioria dos casos (n = 43; 97,7%), o crime sexual contou com a participação de um único perpetrador. Os locais onde os delitos sexuais foram perpetrados foram: casa do perpetrador (n = 14; 31,8%), casa da vítima (n = 3; 6,8%) e na rua (n = 24; 54,5%). Em três casos, o local do crime não foi descrito. Os 24 casos de crimes praticados na rua incluíram masturbação ou exposição em público (ultraje público ao pudor). Em 37 crimes, 84% dos casos, não houve uso de nenhum instrumento para a prática do crime sexual. Em outros casos, houve simulação de uso de instrumento (n = 3), uso de arma de fogo (n = 3) e corda (n = 1). Em 10 casos (22,7%), houve relato pericial de uso de álcool no momento do crime (Tabela 1). Os diagnósticos psiquiátricos apresentados por esses indivíduos que usaram álcool no momento do crime foram: síndrome de dependência de álcool (n = 3), uso nocivo de álcool (n = 1), uso nocivo de cocaína (n = 1), esquizofrenia (n = 1), retardo mental (n = 1) e transtorno de preferência sexual (n = 1). Dois indivíduos que utilizaram álcool no momento do crime sexual não receberam diagnóstico psiquiátrico. Ao compararmos os grupos sem transtornos mentais e com retardo mental com o grupo com transtornos mentais ou neurológicos, este último usou álcool no momento do crime mais significativamente que os demais (qui-quadrado = 6,329; p = 0,042) (Tabela 1).

Em 13 casos, houve descrição de histórico (antecedentes) importante de uso de álcool, por parte desses indivíduos, previamente ao delito. Em outros casos, houve descrição de histórico de uso de substâncias psicoativas, como *cannabis* (n = 5) e cocaína (n = 7). Alguns indivíduos tinham histórico de uso de mais de uma substância. Não houve descrição pericial de intoxicação por essas substâncias no momento do delito. Dos 44 indivíduos descritos nos documentos periciais, 20 (45,5%) relataram passado de tratamento psiquiátrico. Em três casos em que aconteceu diagnóstico de psicose, houve descrição de sintomatologia psicótica durante a avaliação pericial, representada por delírio (n = 1) e alucinação (n = 2). Três indivíduos que receberam diagnóstico psiquiátrico (retardo mental, n = 2; esquizofrenia, n = 1)

Tabela 1 - Comparação entre os grupos sem transtorno mental, com retardo mental e com outros diagnósticos

	Sem transtorno mental (n = 19)		Retardo mental (n = 9)		Transtorno mental ou neurológico (n = 16)	
	Média (n)	DP (%)	Média (n)	DP (%)	Média (n)	DP (%)
Idade ^a	41	12	47	16	47	11
Idade na época do delito ^b	40	13	49	15	44	11
Escolaridade ^c						
Até 5 anos	9	56,3	9	100,0	9	75,0
Mais de 5 anos	7	43,8	0	0,0	3	25,0
Estado civil ^d						
Não solteiro	9	47,4	1	11,1	9	56,3
Solteiro	10	52,6	8	88,9	7	43,8
Antecedentes psiquiátricos ^e	5	26,3	5	55,6	10	62,5
História de uso importante de álcool ^f	3	15,8	2	22,2	8	50,0
História de uso de <i>cannabis</i> ^g	4	21,1	0,0	0,0	1	6,3
História de uso de cocaína ^h	3	15,8	0,0	0,0	4	25,0
Estupro ou tentativa de estupro ⁱ	8	42,1	3	33,3	7	43,8
Atentado violento ao pudor ^j	12	63,2	4	44,4	10	62,5
Ultraje público ao pudor ^k	1	5,3	2	22,2	2	12,5
Vítima ^l						
Adulto feminino	3	16,7	1	11,1	6	37,5
Menor feminino	11	61,1	5	55,6	8	50,0
Menor masculino	3	16,7	1	11,1	1	6,3
Sem vítima	1	5,6	2	22,2	1	6,3
Relação do perpetrador com a vítima ^m						
Conhecido	12	63,2	4	44,4	9	56,3
Desconhecido	6	31,6	3	33,3	6	37,5
Sem vítima	1	5,3	2	22,2	1	6,3
Local ⁿ						
Casa do perpetrador	8	42,1	3	33,3	3	18,8
Rua	9	47,4	5	55,6	10	62,5
Outros	2	10,5	1	11,1	3	18,8
Uso de álcool no momento do crime ^o	2	10,5	1	11,1	7	43,8
Imputabilidade ^p						
Imputável	19	100,0	2	22,2	10	62,5
Semi-imputável ou inimputável	0	0,0	7	77,8	6	37,5

DP = desvio padrão.

^a ANOVA, p = 0,311.^b ANOVA, p = 0,212.^c Qui-quadrado = 5,627, 2 graus de liberdade, p = 0,060.^d Qui-quadrado = 5,022, 2 graus de liberdade, p = 0,081.^e Qui-quadrado = 5,052, 2 graus de liberdade, p = 0,080.^f Qui-quadrado = 5,175, 2 graus de liberdade, p = 0,075.^g Qui-quadrado = 3,340, 2 graus de liberdade, p = 0,188.^h Qui-quadrado = 2,691, 2 graus de liberdade, p = 0,260.ⁱ Qui-quadrado = 0,278, 2 graus de liberdade, p = 0,870.^j Qui-quadrado = 1,006, 2 graus de liberdade, p = 0,605.^k Qui-quadrado = 1,776, 2 graus de liberdade, p = 0,411.^l Qui-quadrado = 5,330, 6 graus de liberdade, p = 0,502.^m Qui-quadrado = 2,624, 4 graus de liberdade, p = 0,623.ⁿ Qui-quadrado = 2,348, 4 graus de liberdade, p = 0,672.^o Qui-quadrado = 6,329, 2 graus de liberdade, p = 0,042.^p Qui-quadrado = 18,512, 2 graus de liberdade, p < 0,001.

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

tinham histórico de uso de álcool. Em 11 (25%) de 44 casos, houve descrição no documento pericial de prática criminal prévia, incluindo qualquer crime.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a responsabilidade penal e características clínicas e sociodemográficas de indivíduos que perpetraram crimes sexuais no estado do Rio de Janeiro, Brasil, descritos em documentos periciais, no ano de 2008. Os principais delitos sexuais perpetrados foram estupro ou tentativa de estupro, representando 41% dos casos de crimes sexuais, e atentado violento ao pudor, representando 59% desses crimes. Dos indivíduos descritos nos documentos periciais, 31 (70,4%) foram considerados imputáveis, e 19 (43,2%) não receberam nenhum diagnóstico psiquiátrico. Esses dados ilustram o fato de que grande parte dos agressores sexuais não apresenta transtornos mentais, e mesmo entre os que apresentam algum diagnóstico psiquiátrico, o crime sexual foi realizado com pleno entendimento e determinação, daí a imputabilidade penal plena.

Em cinco casos, foi encontrada uma relação plena entre o delito perpetrado e a doença mental ($n = 3$) ou retardo mental ($n = 2$), o que tornou esses indivíduos inteiramente incapazes de entendimento e determinação à época dos fatos, daí a inimputabilidade. Os semi-imputáveis tiveram diagnóstico de retardo mental ($n = 5$), episódio hipomaníaco ($n = 1$), síndrome de dependência de álcool ($n = 1$) e transtorno de preferência sexual ($n = 1$). Nesses oito casos, foi encontrado que esses transtornos diminuíram (mas não aboliram) a capacidade de entendimento e determinação à época dos fatos, daí a semi-imputabilidade.

Embora diversos estudos descrevam uma alta taxa de criminalidade entre indivíduos mais jovens (entre 16 e 25 anos)¹⁶, a idade de cometimento do crime sexual dos indivíduos estudados nos documentos periciais foi relativamente alta (44,3±12,5). Não se pode excluir, entretanto, a possibilidade de os mesmos indivíduos terem perpetrados crimes sexuais em idade mais jovem, sem que tenha havido registro policial ou pericial dessas ocorrências. Outro achado sociodemográfico foi a baixa escolaridade dos mesmos.

Um achado importante foi que, em 10 casos (22,7%), houve relato pericial de uso de álcool no momento

do crime. Destes, quatro receberam diagnóstico de síndrome de dependência de álcool ou uso nocivo de álcool durante a avaliação pericial. Diversos estudos têm mostrado a importância do álcool¹⁷ na perpetração de crimes sexuais. Evidências de pesquisas demonstram um aumento do risco de violência física quando o perpetrador está intoxicado pelo álcool. As influências mais óbvias do álcool são de natureza farmacológica (psicomotoras, cognitivas e perceptuais). Outras são as crenças sociais ou expectativas em torno do efeito do álcool no comportamento violento, o simbolismo cultural envolvendo o álcool e o local onde ocorre o seu consumo. Connor et al.¹⁸ descreveram a prevalência de agressão física e sexual na população adulta da Nova Zelândia em um período de 12 meses. Esse foi um estudo de base populacional de 16.480 adultos, onde foram realizadas entrevistas computadorizadas por telefone. Foi encontrado que 1% das mulheres e 0,4% dos homens relataram terem sofrido alguma agressão sexual, com 45% relatando ter sofrido mais de uma agressão sexual. As vítimas de agressão sexual descreveram uso de álcool pelos perpetradores em 57% dos incidentes.

Esses indivíduos, acusados de crimes sexuais, foram avaliados por peritos psiquiatras por haver suspeita de transtorno mental, o que não aconteceu na maioria dos casos, como já foi descrito. Um dado significativo foi que houve descrição nos documentos periciais de que o grupo de indivíduos que apresentava transtornos mentais usou mais álcool no momento do crime sexual (43,8%), comparado aos grupos sem transtorno mental (10,5%) e retardo mental (11,1%) ($p = 0,042$) (Tabela 1). Em virtude do pequeno tamanho da amostra total ($n = 44$), não foi possível caracterizar um número significativo de indivíduos com um mesmo transtorno mental. Esse grupo de indivíduos com transtornos mentais recebeu vários diagnósticos psiquiátricos, e em dois casos houve diagnóstico de epilepsia.

O uso do álcool em algumas sociedades é usado como desculpa para o estupro e assédio sexual. É utilizado para explicar a falta de responsabilidade tanto para as ações dos transgressores como para a alegada aquiescência da vítima. De fato, Grubin¹⁹ observou alta prevalência de uso de álcool entre estupradores ingleses: 58% dos homens condenados por estupro estiveram bebendo anteriormente à ofensa, e 37% foram considerados

alcoólatras. Revisões de literatura sobre uso de álcool entre ofensores sexuais têm descrito uma grande variabilidade, sendo de 13 a 63% entre estupradores e 3 a 72% entre ofensores sexuais juvenis. A grande variabilidade entre os estudos provavelmente reflete diferenças entre as amostras, incluindo o método para avaliação de uso de álcool (relato policial ou exame de urina, por exemplo), atenção dada ao uso de álcool antes dos delitos, em diferentes cidades, e variação na disponibilidade de consumo de álcool em diferentes localidades²⁰.

Os indivíduos descritos nos documentos periciais também tinham histórico de uso de substâncias psicoativas como *cannabis* (n = 5) e cocaína (n = 7). Recentemente, as pesquisas têm aumentado o foco no estudo da relação entre criminalidade e abuso de substâncias. Um estudo encontrou que a prevalência de uso de substâncias entre prisioneiros homens foi de 10 a 48%, e entre prisioneiras mulheres, de 30 a 60%²¹. Embora essas estimativas variem amplamente, são bem maiores do que na população geral. Há poucos estudos sobre o tipo de substância psicoativa de abuso relacionada à agressão sexual, entretanto um estudo de Tzeng et al.²² encontrou que 5,3% dos molestadores de crianças tinham história de uso indevido de cocaína e 14% tinham história de uso de qualquer droga.

Além do impacto dessas agressões sexuais e o sofrimento causado às vítimas e familiares, as agressões sexuais relacionadas ao uso de álcool e drogas têm importantes implicações para as autoridades policiais, sistemas judiciais e de assistência à saúde. Langevin & Lang²³ apontam a importância de incluir o abuso de substâncias na avaliação e tratamento dos ofensores sexuais, observando que os achados da literatura têm encontrado mais alcoólatras entre ofensores sexuais que na população geral. O abuso de álcool e substâncias é uma preocupação importante para profissionais que trabalham com ofensores sexuais. Esses profissionais deveriam receber treinamento na área de abuso de álcool e drogas.

Outro achado encontrado foi que nove indivíduos da amostra que perpetraram crimes sexuais (20,4%) tiveram diagnóstico de retardo mental. Várias pesquisas têm estudado a relação entre retardo mental e crimes sexuais. Barron et al.²⁴, em um estudo prospectivo,

realizaram um seguimento de 2 anos de 61 indivíduos com deficiência mental (QI abaixo de 80) em Londres, na Inglaterra. Os tipos mais comuns de ofensas iniciais foram violência (37,7%), ofensas sexuais (21%) e relacionadas à propriedade (15%). Day²⁵ realizou um estudo retrospectivo sobre o comportamento de indivíduos com deficiência mental, referenciados a um hospital para tratamento de comportamento sexual antissocial na Inglaterra. Foi encontrado que 47 pacientes cometeram um total de 191 incidentes sexuais, envolvendo 202 vítimas. Mais da metade (55,5%) foram incidentes heterossexuais. Outros foram atentado ao pudor (24,6%), ofensas homossexuais (12%), sendo que apenas 3,6% envolveram agressão física. Nesse estudo, foi encontrado que a maioria dos incidentes foi relativamente trivial, 60% envolvendo atentados menores ao pudor.

Em nosso estudo, os indivíduos descritos nos documentos periciais com diagnóstico de retardo mental perpetraram crimes de estupro (n = 3), atentado violento ao pudor (n = 4) e ultraje público ao pudor (n = 2). Essas vítimas foram constituídas por mulheres adultas, filhas de um mesmo agressor (n = 2), menores do sexo feminino (n = 5) e menor do sexo masculino (n = 1). Nos dois casos de ultraje público ao pudor, não houve vítimas diretas. Chama a atenção, o fato de a maior parte das vítimas desses indivíduos com retardo mental serem menores (n = 6). Alguns autores têm tentado explicar a associação entre deficiência mental e ofensas sexuais. Hayes²⁶ apontou que esses indivíduos apresentam um autoconceito confuso, relações sociais pobres, falta de conhecimento social e sexual e experiências precoces negativas (incluindo abuso físico e sexual). Nos documentos periciais avaliados em nosso estudo, não havia informação relacionada a esse último aspecto, uma limitação desse estudo.

No que diz respeito à relação entre vítima e perpetrador, encontramos um grande número de casos de vítimas familiares e conhecidas do perpetrador. Outros estudos têm encontrado uma elevada frequência de agressores sexuais intrafamiliares²⁷. Apesar de predominar junto à população a ideia de que os crimes sexuais são perpetrados por pessoas desconhecidas, na verdade esse tipo de crime é praticado, em sua maioria, por pessoas conhecidas pela vítima. No Brasil, um estudo sobre o tema indicou que a maior parte dessa violência é praticada por

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

parentes, pessoas próximas ou conhecidas, o que torna o crime mais difícil de ser denunciado²⁸. Fatores como a não notificação dessas ocorrências às autoridades policiais, por medo de represálias ou do estigma social, dificultam o conhecimento dos desfechos desses casos, tanto para a vítima como para o perpetrador²⁹. Outro dado que reforça a proximidade entre vítima e perpetrador foi o fato de que encontramos que 31,8% dos crimes sexuais foram cometidos na casa do perpetrador.

Outro achado foi um grande número de vítimas menores, especialmente do sexo feminino, o que aconteceu em 24 casos. Esse é um aspecto preocupante, pois o abuso sexual na infância é visto como fator de risco para a vitimização sexual na idade adulta³⁰ e para o desenvolvimento de psicopatologias futuras³¹. De acordo com Steel et al.³², as sequelas poderão variar de acordo com: tipo de abuso sexual sofrido, número de agressores, duração, relação com o agressor, resistência, emprego de força, idade em que se iniciou e frequência do abuso.

Embora existam evidências robustas de diferentes países indicando que os transtornos psicóticos aumentam o risco de comportamento violento³³, a visão de especialistas é de que os transtornos mentais graves têm pequeno papel na ofensa sexual. A doença mental não está incluída entre os fatores de risco para o cometimento de estupro³⁴ ou abuso sexual em estudos de revisão³⁵. Dos indivíduos que perpetraram crimes sexuais relatados nos documentos periciais desse estudo, apenas três (1,3%) apresentavam transtornos psicóticos, o que ilustra essa fraca associação. Um indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia tinha histórico de uso importante de álcool. Smith³⁶ sugere que os fatores que levam ao comportamento sexual criminoso nas psicoses são características de personalidade e uso de álcool e substâncias psicoativas. Entretanto, não há uma conclusão inequívoca sobre quais os parâmetros clínicos que levam a um comportamento sexual desviante: se a própria doença, características de personalidade, ou preocupações sexuais que levam o paciente a cometer o delito sexual.

É importante salientar que o nosso estudo tem algumas limitações metodológicas: tamanho pequeno de documentos periciais avaliados, avaliação apenas de dados retrospectivos e ausência de entrevistas com os

agressores sexuais ou suas vítimas. Outra questão é que esse estudo envolveu somente avaliação de documentos periciais resultantes de processos criminais. Em muitos casos de crimes sexuais, pode não ter havido registros policiais e, conseqüentemente, não realização de avaliações periciais. Dessa forma, a população estudada provavelmente não é representativa de todos os casos de agressores sexuais da população geral, problema presente na maioria dos estudos dessa natureza²⁷. Entretanto, foram avaliados todos os documentos periciais resultantes de processos criminais relacionados a crimes sexuais no estado do Rio de Janeiro no ano de 2008. Acreditamos que o nosso estudo pode contribuir para uma melhor caracterização de agressores e vítimas de crimes sexuais e definição da responsabilidade penal nesses casos, de forma a estabelecer sanções penais e correccionais adequadas para esses crimes.

A pesquisa sobre etiologia dos crimes sexuais e avaliação de agressores sexuais é a única forma de reduzir as conseqüências e custos desses problemas para a sociedade, bem como o imenso sofrimento trazido às vítimas. Certamente, a avaliação psiquiátrica sistemática de indivíduos que perpetraram crimes sexuais pode contribuir para estratégias de intervenção, prevenção e avaliação de risco de recidiva criminal desses indivíduos, na comunidade, em prisões ou em serviços forenses ou comunitários de atendimento psiquiátrico.

Artigo submetido em 12/03/2020, aceito em 27/04/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Alexandre Valença, Rua Conde de Bonfim, 232, sala 511, Tijuca, CEP 22221-011, Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) 22644394. E-mail: avalen@uol.com.br

Referências

1. World Health Organization (WHO). Violence and injury prevention: global status report on violence prevention 2014 [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 13]. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
2. Bradford JMW, Federoff P, Firestone P. Sexual violence and the clinician. In: Simon RI, Tardiff K.

- Violence assessment and management. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008. p. 441-59.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health: summary. Geneva: WHO; 2002.
 4. Baltieri DA, de Andrade AG. Comparando agressores sexuais seriais e não seriais: consumo de álcool e outras drogas, impulsividade e história de abuso sexual. *Braz J Psychiatry*. 2008;30:25-31.
 5. Shaw JA. Sexual aggression. Washington: American Psychiatric; 1996.
 6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
 7. Telles LEB. Pedofilia. In: de Souza CA, Cardoso RG, eds. *Psiquiatria forense - 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina; 2008. p. 275-86.
 8. Código de Processo Penal. 3a ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1998.
 9. Brasil. Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
 10. Abdalla-Filho E, Moreira LL. Parafilias, transtornos parafilicos e sexuais. In: Abdalla-Filho E, Chalub M, Borba Telles LE. *Psiquiatria forense do Taborda*. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 445-61.
 11. Prentky RA, Knight RA. Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59:643-61.
 12. Valença AM, Nascimento I, Nardi AE. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. *Rev Psiquiatr Clín*. 2013;40:97-104.
 13. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz M, Mecler K, Nardi AE. Conceito de responsabilidade penal em psiquiatria forense. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54:248-52.
 14. Valença AM, Chalub M, Mendlowicz MV, Mecler K, Nardi AE. Responsabilidade penal nos transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54:328-33.
 15. World Health Organization (WHO). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 16. Mobbs D, Lau HC, Jones OW, Frith CD. Law, responsibility, and the brain. *PLoS Biol*. 2007;5:e103.
 17. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *J Subst Abuse*. 2001;6:218-28.
 18. Connor J, You R, Casswell S. Alcohol-related harm to others: a survey of physical and sexual assault in New Zealand. *N Z Med J*. 2009;122:10-20.
 19. Grubin D. Actuarial and clinical assessment of risk in sex offenders. *J Interpers Violence*. 1999;14:331-43.
 20. Testa M. The impact of men's alcohol consumption on perpetration of sexual aggression. *Clin Psychol Rev*. 2002;22:1239-63.
 21. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006;101:181-91.
 22. Tzeng OCS, Robinson RL, Karlson HC. Demographic correlates and judicial determinations of child sexual abuse offenses. *J Soc Distress Homeless*. 1999;8:55-77.
 23. Langevin R, Lang RA. Substance abuse among sex offenders. *Ann Sex Res*. 1990;3:397-424.
 24. Barron P, Hassiotis A, Banes J. Offenders with intellectual disability: a prospective comparative study. *J Intellect Disabil Res*. 2004;48:69-76.
 25. Day K. Male mentally handicapped sex offenders. *Br J Psychiatry*. 1994;165:630-9.
 26. Hayes S. Sex offenders. *J Intellect Dev Disabil*. 1991;17:220-7.
 27. Saint-Martin P, Bouyssy M, O'Byrne P. Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law*. 2007;47:315-24.
 28. Campos MAMR, Schor N. Violência sexual como questão de ordem pública: importância da busca ao agressor. *Saude Soc*. 2008;17:190-200.
 29. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammermam PW. [Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2003;37:8-14.

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina.

30. Messman-Moore T, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child sexual abuse the most salient experience? *Child Abuse Negl.* 2004;28:1010-34.
31. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health.* 2001;91:753-60.
32. Steel J, Sanna L, Hammond B, Whipple J, Cross H. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse Negl.* 2004;28:785-801.
33. Hachtel H, Harries C, Luebbers S, Ogloff JR. Violent offending in schizophrenia spectrum disorders preceding and following diagnosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018;52:782-92.
34. Spitzberg BH. An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence Vict.* 1999;14:241-60.
35. Hilton MR, Mezey GC. Victims and perpetrators of child sex abuse. *Br J Psychiatry.* 1996;169:408-15.
36. Smith AD. Offence characteristics of psychotic men who sexually assault women. *Med Sci Law.* 2000;40:223-8.

JULIA MACHADO KHOURY
JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND
LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA
MARIANE DA SILVA MELO
ANANDA ARAUJO TEIXEIRA
MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES
FREDERICO DUARTE GARCIA

FATORES ASSOCIADOS À DEPENDÊNCIA DE SMARTPHONE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

FACTORS ASSOCIATED TO SMARTPHONE ADDICTION: A LITERATURE REVIEW

Resumo

Conhecer melhor o que se chama de dependência de *smartphone* (DS) é importante para a prática clínica. Nos últimos 10 anos, um corpo de evidências clínicas e epidemiológicas foi produzido em vários países. Esses estudos apontam fatores sociodemográficos, hábitos de vida, transtornos psiquiátricos e traços de personalidade associados à DS. Contudo, não há estudos de revisão que sintetizem os resultados. Objetivamos revisar a literatura sobre os fatores associados à DS. Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática nas bases de dados PubMed e SciELO. Restringimos a busca aos artigos publicados nos últimos 10 anos. Excluímos revisões de literatura, estudos pré-clínicos e opiniões de especialistas. Na fase final, selecionamos 42 artigos. Os fatores sociodemográficos associados à DS foram sexo feminino, idade entre 18 e 25 anos e alta renda familiar. Os hábitos de vida foram cronótipo noturno, baixa atividade física e sedentarismo. Os conteúdos mais associados à DS foram as redes sociais. As síndromes de dependência mais associadas à DS foram as relacionadas ao álcool e tecnológicas. Os transtornos e/ou sintomas psiquiátricos associados foram os transtornos depressivos e ansiosos, o estresse e a insônia. Por fim, os traços de personalidade associados foram alta impulsividade, alta agressividade, baixa autoestima, personalidade do tipo A e personalidade multitarefa. Existe um corpo de evidências que mostra semelhanças entre os achados epidemiológicos encontrados para a DS e para outras formas de dependência. Mais estudos são necessários para aprofundar o nosso conhecimento sobre esse tema.

Palavras-chave: Dependência de *smartphone*, dependências tecnológicas, dependências comportamentais.

Abstract

Improving our knowledge of what has been referred to as smartphone addiction (SA) is extremely important for clinical practice. In the past 10 years, an increasing body of clinical and epidemiological evidence has been produced in several countries. These studies point to sociodemographic factors, life habits, psychiatric disorders, and personality traits in association with SA. However, no review studies have been conducted to synthesize the findings. The objective of this study was to review the literature currently available on factors associated with SA. A systematic literature review was carried out by searching the PubMed and SciELO databases. We focused on papers published in the last 10 years; literature reviews, pre-clinical studies and expert opinions were excluded. In the final phase, 42 articles were selected. The sociodemographic factors associated with SA were female sex, age between 18 and 25 years and high household income. The associated lifestyle habits were nocturnal chronotype, reduced physical activity and sedentary lifestyle. The contents most strongly associated with SA were social networks. The dependency syndromes most strongly associated with SA were alcohol and technological addictions. The psychiatric disorders/symptoms associated were depressive and anxiety disorders, stress and insomnia. Finally, the associated personality traits were high impulsiveness, high aggressiveness, low self-esteem, type A personality and multitasking. There is evidence pointing to similarities in the epidemiological data found for SA and for other dependencies. More studies are needed to deepen our knowledge of this topic.

Keywords: Smartphone addiction, technological addictions, behavioral addictions.

INTRODUÇÃO

Os *smartphones* invadiram a nossa sociedade de forma intensa e quase onipresente, modificando o comportamento social, afetivo e interpessoal dos indivíduos¹⁻³. Apesar dos inquestionáveis benefícios providos pelas tecnologias móveis, como o acesso portátil e fácil à informação, o uso disfuncional dos *smartphones* tem sido associado a prejuízos como a redução do desempenho acadêmico e laboral^{4,5}, o aumento dos transtornos e de sintomas do sono⁶ e o aumento da prevalência de acidentes automobilísticos⁷. Além desses danos já comprovados, alguns autores evocam potenciais prejuízos de longo prazo em indivíduos que fazem um uso disfuncional dos *smartphones* ou que apresentam sintomas semelhantes aos das dependências quando fazem uso do aparelho.

A dependência de *smartphone* (DS) ainda não foi oficialmente incluída nas classificações nosológicas internacionais como um transtorno psiquiátrico. Contudo, nos últimos 10 anos, diversos estudos sugerem que certos padrões de comportamento resultantes do uso de *smartphones* assemelham-se àqueles observados em pacientes com dependências químicas e comportamentais⁸⁻¹³. Algumas dessas características em comum são:

- 1) uso do *smartphone* por um período maior do que o inicialmente previsto;
- 2) uso compulsivo e a dificuldade de controle de uso;
- 3) estreitamento do repertório;
- 4) continuidade de uso apesar dos prejuízos causados por ele;
- 5) necessidade de aumento progressivo da frequência e/ou intensidade do uso⁸⁻¹⁵.

Outros estudos encontraram uma associação entre a DS e fatores de risco sociodemográficos^{10,16-23}, hábitos de vida^{13,24}, transtornos psiquiátricos^{10,18,19,23,25-27} e traços de personalidade^{10,28-32} semelhantes aos observados em outras formas de dependências.

O estudo dos fatores associados à DS pode facilitar o estabelecimento de um paralelo entre esse constructo e outras formas de dependências, auxiliando no reconhecimento da DS como um transtorno psiquiátrico. Ademais, o estudo dos fatores associados pode orientar

futuros estudos longitudinais para a identificação de fatores de risco e consequências da DS. A identificação de fatores de risco e consequências pode facilitar o desenvolvimento de estratégias específicas e mais eficazes para o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e a reabilitação de pessoas apresentando esse padrão comportamental.

Neste artigo, realizamos uma revisão da literatura sobre os fatores associados à DS.

MÉTODOS

Estratégia de busca

Realizamos uma revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed e SciELO. A busca foi restrita ao idioma inglês e aos artigos publicados nos últimos 10 anos. Utilizamos os seguintes termos do Medical Subject Headings (MeSH): *smartphone addiction*; *smartphone dependence*; *problematic smartphone use*; *mobile phone addiction*; *mobile phone dependence*; *problematic mobile phone use*. Dois revisores pesquisaram de forma independente os títulos e resumos, lendo cuidadosamente artigos completos, quando relevantes.

Critério de inclusão

Foram incluídos estudos que avaliaram os fatores associados à DS por meio de análise univariada e/ou multivariada, e apenas estudos realizados em humanos e estudos clínicos. Foram excluídos estudos de revisão da literatura, estudos pré-clínicos, opiniões de especialistas e estudos não relacionados a fatores associados à DS.

Extração e análise de dados

Quando disponíveis, os seguintes dados foram recuperados dos estudos incluídos:

- 1) referência;
- 2) desenho do estudo;
- 3) transtorno principal abordado;
- 4) tamanho da amostra;
- 5) perfil dos participantes;
- 6) instrumentos utilizados;
- 7) objetivos;
- 8) resultados;
- 9) conclusões;
- 10) principais limitações.

RESULTADOS

O diagrama de fluxo (Figura 1) mostra os resultados quantitativos da revisão bibliográfica. Foram identificados 68 artigos na fase inicial, sendo que 13 foram excluídos porque avaliaram apenas o transtorno dependência de internet (DI), que é considerado um constructo diferente da DS. Oito artigos foram excluídos por analisarem exclusivamente os métodos de rastreamento da DS, a maioria deles relacionada à criação ou validação de instrumentos. Foram excluídos 22 artigos que analisaram apenas a eficácia de aplicativos desenvolvidos para o tratamento de outras doenças. Por fim, quatro artigos foram excluídos porque propunham apenas estratégias de prevenção e/ou tratamento para dependentes de *smartphone*. Na última etapa de seleção, incluímos 21 artigos das referências bibliográficas dos artigos elegíveis na etapa anterior. Todos os artigos incluídos na revisão bibliográfica apresentaram delineamento transversal.

Os principais resultados foram resumidos na Tabela 1. Nas seções seguintes, descrevemos os estudos de acordo com o grupo de fatores associados à DS.

Fatores sociodemográficos

Onze estudos encontraram associação positiva significativa entre o sexo feminino e a DS^{10,16-23,28,52}. Os

coeficientes betas variaram entre 0,10 e 1,46. Por outro lado, apenas um artigo encontrou associação positiva entre o sexo masculino e a DS³⁹.

Cinco estudos encontraram uma associação positiva significativa entre as idades de 18 a 25 anos e a DS^{10,20,29,52,56}. Os coeficientes betas variaram entre 0,17 e 0,24. Apenas um estudo encontrou uma associação positiva e significativa entre as idades de 15 a 16 anos e a DS, com um coeficiente beta de 0,59³⁸.

Dois estudos realizados com estudantes universitários encontraram uma associação positiva e significativa entre a alta renda familiar mensal e a DS^{24,25}. Por outro lado, apenas um estudo encontrou uma associação entre a baixa renda familiar mensal e a DS⁵⁰. Finalmente, um estudo encontrou uma associação positiva e significativa entre o fato de ser matriculado em cursos das áreas humanas e a DS, com uma razão de chance de 2,14²⁵.

Portanto, os principais fatores sociodemográficos associados à DS foram o sexo feminino, a idade jovem (18 a 25 anos) e a alta renda familiar mensal.

Hábitos de vida

Dois estudos encontraram uma associação positiva e significativa entre o cronótipo vespertino e a DS^{16,57}, com coeficientes beta de 0,349 e 0,231, respectivamente.

Um estudo concluiu que as pessoas identificadas como dependentes de *smartphone* apresentam piores hábitos alimentares que os grupos controle (coeficiente beta = 0,564; $p < 0,001$)³⁶. Além disso, três estudos encontraram uma associação positiva e significativa entre baixa atividade física/sedentarismo e DS^{17,36,38}. Os coeficientes betas variaram entre 0,782 e 0,950. Um estudo sugere que os adolescentes que moram com os pais têm menos chances de serem dependentes de *smartphone* do que aqueles que moram sozinhos (beta = -0,247; $p < 0,01$), o que pode estar relacionado ao monitoramento do uso do aparelho pelos pais⁵⁷. Um estudo encontrou uma associação entre sexo desprotegido e DS em todas as faixas etárias, exceto em homens menores de 15 anos de idade (OR na mulher = 2,933, $p < 0,001$; OR no homem = 3,149, $p < 0,001$)⁵³. Além disso, um estudo encontrou uma associação entre abuso de *smartphone* e baixo desempenho acadêmico (beta = 0,821; $p < 0,001$)³⁶.

Podemos inferir que os principais hábitos de vida associados à DS são cronótipo vespertino, baixa atividade física e sedentarismo.

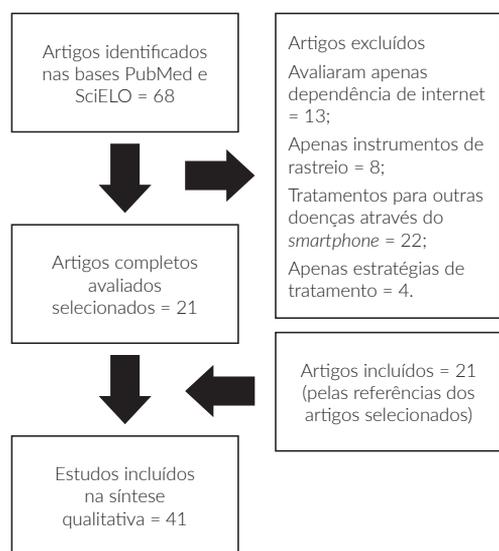


Figura 1 - Fluxo de seleção e inclusão de artigos para análise

Tabela 1 - Tabela de extração de dados dos artigos usados para análise

Autor, ano	Desenho do estudo	Transnomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Matar Boumosleh & Jaalouk, 2017 ³³	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SFAI (DSI); PHQ-2 (depressão); GAD-2 (TAG)	688	Estudantes universitários; idade média de 20,64±1,88 anos; 53% de homens.	Acessar a prevalência da dependência de <i>smartphone</i> entre estudantes libaneses e investigar se a depressão e a ansiedade estão associadas à dependência de <i>smartphone</i> .	Maiores escores na escala de dependência de <i>smartphone</i> estão associados à depressão (bet a = 2,412, p < 0,001), ansiedade (beta = 1,320, p = 0,034), personalidade do tipo A (beta = 4,109, p = 0,019), horas de uso do <i>smartphone</i> durante os dias de semana (beta = 7,901, p < 0,001), uso do <i>smartphone</i> para entretenimento (beta = 4,105, p = 0,035)	As variáveis associadas à dependência de <i>smartphone</i> podem compartilhar um perfil de alto nível de estresse. Os autores concluíram que os jovens com personalidade do tipo A, que experimentam alto nível de estresse e rebaixamento do humor, podem apresentar mecanismos de coping ruim e por isso maior susceptibilidade à dependência de <i>smartphone</i> .	O estudo foi transversal, portanto, não pode estabelecer relação de causa e efeito. Muitas variáveis independentes foram autorrelatadas, portanto pode haver viés de informação e de memória.
Choi et al., 2017 ⁷	Transversal, com um grupo de casos e um grupo controle	Dependência de <i>smartphone</i>	S- Scale (DS)	48	Indivíduos da população geral, de 20 a 39 anos, 52% de mulheres.	Identificar o padrão de uso que está associado à dependência de <i>smartphone</i> .	Os principais fatores associados com a dependência de <i>smartphone</i> foram: maior tempo de uso de redes sociais pelo <i>smartphone</i> (t = 8,136, p < 0,001), uso do <i>smartphone</i> para entretenimento (t = 5,421, p < 0,001) e uso do <i>smartphone</i> para jogos (t = 5,087, p < 0,001).	O padrão de uso de <i>smartphone</i> pode prever a chance de dependência de <i>smartphone</i> . O uso de <i>smartphone</i> para acessar redes sociais pode ser o principal preditor do desenvolvimento da dependência de <i>smartphone</i> .	Estudo realizado em somente duas cidades, idade dos participantes limitada somente entre jovens.
Beison & Rademacher, 2017 ²⁴	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	MPPV (DS), ACPAT (DS), FTQ (HF de dependência de álcool)	100	Estudantes universitários, com média de idade de 20 anos e 75% de mulheres.	Investigar se a história familiar de dependência de álcool está associada ao uso problemático de <i>smartphone</i> . Investigar também a associação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e os seguintes fatores: idade, gênero, étnia, ano escolar, grau de escolaridade dos pais e renda familiar.	O uso problemático de <i>smartphone</i> foi associado à história familiar de dependência de álcool (beta = 0,353, p < 0,001) e alto nível educacional dos pais (beta = 0,253, p < 0,05).	A história familiar de alcoolismo e o nível educacional dos pais são bons preditores do uso problemático de <i>smartphone</i> . A associação com a história familiar de dependência de álcool pode sugerir um componente genético para o comportamento compulsivo que favorece o desenvolvimento de muitas dependências, inclusive a dependência de <i>smartphone</i> .	A amostra de conveniência impede a generalização dos resultados. As variáveis associadas explicaram somente 25% da variação do uso problemático de <i>smartphone</i> .
Oberst et al., 2017 ⁴	Transversal observacional	Uso problemático de redes sociais pelo <i>smartphone</i>	HADS (ansiedade e depressão), SNI (redes sociais), FOMOS (FOMO), CERMS (consequências negativas de redes sociais por <i>smartphone</i>)	1.468	Usuários de redes sociais pelo <i>smartphone</i> , entre 16 e 48 anos de idade, média de idade de 16,59 anos, 74% de mulheres	Identificar os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do uso problemático de redes sociais pelo <i>smartphone</i> . Identificar se variáveis mediadoras, como FOMO, podem explicar a relação entre transtornos mentais e o uso problemático de redes sociais pelo <i>smartphone</i> .	A relação entre a depressão e o uso problemático de redes sociais pelo <i>smartphone</i> é parcialmente mediada pelo FOMO (beta = -0,071, p = 0,014). A relação entre a ansiedade e o uso problemático de redes sociais pelo <i>smartphone</i> é totalmente mediada pelo FOMO (beta = 0,283, p < 0,001). A relação entre o FOMO e o uso problemático de redes sociais pelo <i>smartphone</i> é mediada pela intensidade de uso das redes sociais (beta = 0,131, p < 0,001).	A depressão e a ansiedade podem levar ao FOMO, o qual favorece o uso problemático de redes sociais pelo <i>smartphone</i> . Esses indivíduos podem fazer uso das redes sociais para compensar seus sintomas e déficits sociais se conectando com outros indivíduos através do meio virtual. O aumento da autoestima e a promoção de habilidades sociais pode prevenir a dependência de <i>smartphone</i> nesses indivíduos.	A amostra de conveniência pode não ser representativa da população geral. As escalas de autoquestionário podem favorecer o viés de desejabilidade social. Grande proporção de mulheres na amostra. A faixa restrita de idade da amostra dificulta a generalização dos resultados.

Continua na próxima página

JULIA MACHADO KHOURY^{1,2,3}, JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND², LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA², MARIANE DA SILVA MELO¹, ANANDA ARAUJO TEIXEIRA^{1,3,4}, MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES^{1,3,4}, FREDERICO DUARTE GARCIA^{1,3,4,5}

¹ Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. ² Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. ³ Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁴ INCT de Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Unité Inserm U1073, Rouen, França.

**JULIA MACHADO KHOURY
JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND
LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA
MARIANE DA SILVA MELO
ANANDA ARAUJO TEIXEIRA
MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES
FREDERICO DUARTE GARCIA**

ARTIGO

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Billeux et al., 2015 ¹³	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	PCPUQ (DS), CFVPS (perfeccionismo), SDS (depressão), SAS (ansiedade), PSS (estresse percebido)	1.062	Estudantes universitários, com idade entre 17 e 26 anos, média de idade de 20,65±1,54 anos, 54% de mulheres.	Avaliar cinco possíveis fatores de risco para o uso problemático de <i>smartphone</i> , controlando por características demográficas e características específicas do uso do <i>smartphone</i> .	A prevalência do uso problemático de <i>smartphone</i> foi de 21,3%. Os fatores associados foram: cursos na área de humanas (OR = 2,14; p < 0,001), renda familiar mensal alta (OR = 2,45; p = 0,001), ansiedade + depressão (OR = 1,01; p = 0,039), alto estresse percebido (OR = 1,06; p = 0,003) e perfeccionismo (OR = 1,15; p < 0,001).	O uso problemático de <i>smartphone</i> é muito prevalente e constitui um problema de saúde pública. Os autores sugeriram que mecanismos de coping ruim aumenta a chance do uso problemático de <i>smartphone</i> , o qual é utilizado para escapar dos problemas da vida real ou reduzir afetos negativos.	O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito. O estudo foi conduzido em somente um centro educacional da China, o que limita a generalização dos resultados. Os dados foram coletados por instrumentos de autopreenchimento, o que aumenta a chance de vieses. A autoestima não foi mensurada, e o perfeccionismo pode estar associado ao uso problemático de <i>smartphone</i> por mediação da baixa autoestima.
Choi et al., 2015 ¹⁰	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	K-SAPS (DS), BIS/BAS (inibição e ativação comportamental), DDII (impulsividade), BSCS (autocontrole)	4.854	Indivíduos com idade entre 20 e 49 anos, com média de idade de 33,47±7,52 anos, 53% de mulheres.	Identificar traços de personalidade associados à dependência de <i>smartphone</i> .	A prevalência de dependência de <i>smartphone</i> foi de 13,4%. Os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> foram: gênero feminino (OR = 1,462; p < 0,001), alto número de horas semanais de uso do <i>smartphone</i> (OR = 1,079; p < 0,001), alta ativação comportamental para antecipação de recompensa (OR = 1,021; p = 0,009), alta impulsividade (OR = 1,088; p < 0,001) e baixo autocontrole (OR = 1,134; p < 0,001).	Há a possibilidade de que alguns traços de personalidade contribuam para o desenvolvimento da dependência de <i>smartphone</i> .	Os instrumentos de autopreenchimento utilizados no estudo favorecem vieses de informação. Os participantes foram recrutados de uma região específica e uma faixa de idade restrita, além disso eles não foram randomizados, o que limita a generalização dos resultados. Poucos traços de personalidade foram mensurados, e é possível que muitos outros contribuam para a dependência de <i>smartphone</i> , principalmente a baixa autoestima.
Randler et al., 2016 ³⁵	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	Estudo 1: SAPS (DS). Estudo 2: SAS (DS). Ambos: CSM (cronótipo)	Estudo 1: 342. Estudo 2: 208	Estudo 1: adolescentes com média de idade de 13,39±1,77 anos, 51% de homens. Estudo 2: adolescentes com média de idade de 17,07±4,28 anos, 70% de mulheres.	Identificar a associação entre a dependência de <i>smartphone</i> e a faixa etária, gênero e cronótipo.	Os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> foram: gênero feminino (estudo 1: beta = 0,118; p = 0,029 / estudo 2: beta = 0,237; p < 0,001) e cronótipo noturno (estudo 1: beta = 0,349; p < 0,001 / estudo 2: beta = 0,217; p = 0,015).	O gênero feminino e o cronótipo noturno podem ser fatores de risco para a dependência de <i>smartphone</i> .	A faixa etária restrita limita a generalização dos resultados. A coleta de dados por meio de instrumentos de autopreenchimento pode contribuir para vieses de informação. O estudo transversal não permite estabelecimento de relação de causa e efeito.
Alsaimi et al., 2016 ⁶	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	PUMP (DS)	2.367	Estudantes universitários, 59% tinham idade entre 20 e 24 anos, 56,4% de mulheres.	Investigar a prevalência e os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> entre estudantes universitários na Arábia Saudita.	Os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> foram: perturbações do sono (beta = 1,650; p < 0,001), redução do nível de energia (beta = 1,556; p < 0,001), hábitos alimentares ruins (1,557; p < 0,001), ganho de peso (beta = 0,564; p < 0,001), redução do exercício físico (beta = 0,782; p < 0,001) e redução da performance acadêmica (beta = 0,821; p < 0,001).	Os estudantes universitários na Arábia Saudita têm alta prevalência de dependência de <i>smartphone</i> . A dependência de <i>smartphone</i> está associada com efeitos negativos no sono, redução do nível de energia, hábitos alimentares ruins, ganho de peso, redução do exercício físico e redução da performance acadêmica.	O desenho transversal do estudo não permite o estabelecimento de relação de causa e efeito. Os dados colhidos por meio de instrumentos de autopreenchimento favorecem vieses. O estudo foi realizado com uma população muito restrita, o que restringe a generalização dos resultados.

Continua na próxima página

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Lee et al., 2016 ²⁶	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	YIAT (DS), ZSAS (ansiedade)	1.236	Estudantes universitários, 59% de homens.	Investigar a associação entre a dependência de <i>smartphone</i> e a ansiedade.	A dependência de <i>smartphone</i> foi associada a níveis mais altos de ansiedade (OR = 1,07; p < 0,001).	A dependência de <i>smartphone</i> está associada ao aumento da ansiedade em estudantes universitários.	Não é possível estabelecer relação de causa e efeito entre a dependência de <i>smartphone</i> e a ansiedade devido ao desenho transversal do estudo. A limitação da amostra impede a generalização dos resultados.
Darcin et al., 2016 ²⁷	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAS (DS), UCLA-LS (solidão), BSPPS (fobia social)	367	Estudantes universitários, com média de idade de 19,5±1,15 anos, 61,6% de mulheres.	Determinar a relação entre a dependência de <i>smartphone</i> e a fobia social e a solidão.	A dependência de <i>smartphone</i> foi associada com a fobia social (beta = 0,313; p < 0,0001) e com a solidão (beta = 0,130; p < 0,05).	A fobia social e a solidão podem constituir fatores de risco para a dependência de <i>smartphone</i> em jovens.	Os resultados não podem ser generalizados para a população geral devido ao pequeno número de indivíduos da amostra e ao fato de todos serem estudantes de uma universidade particular. O desenho transversal do estudo não permite estabelecer relação de causa e efeito.
Haug et al., 2015 ²⁸	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAS (DS), DDQ (álcool)	1.519	Estudantes universitários, a maioria com idade entre 1,7 e 18 anos, 51,8% de mulheres.	Investigar uma possível associação entre a dependência de <i>smartphone</i> e fatores demográficos e de saúde.	A dependência de <i>smartphone</i> ocorreu em 16,9% dos indivíduos da amostra. Os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> foram: longo tempo de uso do <i>smartphone</i> ao longo do dia (OR = 10,98; p < 0,001), período curto de tempo para o início do primeiro uso do <i>smartphone</i> pela manhã (OR = 0,49; p < 0,01), uso de redes sociais pelo <i>smartphone</i> (OR = 0,49; p = 0,01), idade entre 15 e 16 anos (OR = 0,59; p = 0,03), pais nascidos fora da Suíça (OR = 2,21; p < 0,001), pouca atividade física (OR = 0,95; p = 0,02) e alto estresse (OR = 2,14; p < 0,001).	O uso de redes sociais é o principal conteúdo acessado pelos indivíduos dependentes de <i>smartphone</i> . O uso excessivo de <i>smartphones</i> pode estar associado a consequências adversas para a saúde física e mental.	Os questionários de autoquestionário são mais susceptíveis a vieses. A amostra de conveniência restrita aos estudantes universitários limita a generalização dos resultados. Foram acessados um número limitado de possíveis fatores associados.
Kim et al., 2015 ²⁷	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAPS (propensão para a DS), 3-D sensor <i>pedometer</i> (atividade física)	110	Estudantes universitários chineses que moram na Coreia do Sul, com idade entre 1,9 e 25 anos, com média de idade de 21,03±1,61 anos, 61% de homens.	Investigar a relação entre o uso excessivo de <i>smartphone</i> e a realização de atividade física.	Um total de 40% dos indivíduos apresentou propensão para a dependência de <i>smartphone</i> . Os indivíduos com alta propensão para a dependência de <i>smartphone</i> realizaram menos atividade física (beta = -0,883; p < 0,001). O maior número de horas de uso do <i>smartphone</i> também foi associado à uma maior propensão para a dependência de <i>smartphone</i> (beta = 0,209; p = 0,026).	Os indivíduos com maior propensão para a dependência de <i>smartphone</i> são menos propensos a caminhar ao longo dos dias. A dependência de <i>smartphone</i> pode influenciar negativamente a redução da quantidade de atividade física.	A amostra restrita e pequena prejudica a generalização dos resultados. Os questionários de autoquestionário favorecem vieses de informação. Ausência de investigação de outros possíveis fatores associados, os quais poderiam indicar uma relação indireta entre a dependência de <i>smartphone</i> e a redução da realização de atividade física.

Continua na próxima página

JULIA MACHADO KHOURY^{1,2,3}, JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND², LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA², MARIANE DA SILVA MELO¹, ANANDA ARAUJO TEIXEIRA^{1,3,4}, MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES^{1,3,4}, FREDERICO DUARTE GARCIA^{1,3,4,5}

¹ Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. ² Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. ³ Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁴ INCT de Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Unité Inserm U1073, Rouen, França.

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Kim et al., 2012 ²⁸	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAS (DS), Depression Scale (depressão), Agresion Questionnaire (agressividade), Impulsion Questionnaire (impulsividade)	353	Estudantes universitários, com idade média de 20,27±3,94 anos, 69,1% de mulheres.	Examinar a relação entre a dependência de <i>smartphone</i> e a depressão, agressividade e impulsividade.	Os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> foram: gênero feminino (beta = 0,160; p < 0,01), idades mais jovens (beta = 0,167; p < 0,01), depressão (beta = 0,225; p < 0,001), maior impulsividade (beta = 0,344; p < 0,001) e maior agressividade (beta = 0,020; p < 0,001).	Esse estudo evidenciou que a dependência de <i>smartphone</i> é influenciada por fatores psicossociais, como a depressão, a agressividade e a impulsividade. A identificação desse perfil facilita o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento.	Desenho transversal não permite estabelecimento de relação de causa e efeito. Amostra de conveniência não permite a generalização dos resultados para a população geral.
Demirci et al., 2015 ¹⁸	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAS (DS), PSQI (qualidade do sono), BDI (depressão), BAI (ansiedade)	319	Estudantes universitários, com idade média de 20,5±2,45 anos, 64% de mulheres.	Investigar a relação entre a dependência de <i>smartphone</i> e a qualidade do sono, depressão e ansiedade.	A dependência de <i>smartphone</i> foi associada aos seguintes fatores: gênero feminino (beta = 0,427; p < 0,001), depressão (beta = 0,067; p = 0,04), ansiedade (beta = 0,094; p = 0,002) e baixa qualidade do sono (beta = 0,424; p < 0,001).	A depressão, a ansiedade e a baixa qualidade de sono estão associadas à dependência de <i>smartphone</i> . A dependência de <i>smartphone</i> pode causar depressão e/ou ansiedade, as quais, por sua vez, podem resultar em baixa qualidade do sono.	Amostra com pequeno número de indivíduos e somente estudantes universitários dificulta a generalização dos resultados. O desenho transversal do estudo não permite o estabelecimento de relação de causa e efeito. As escalas de autoavaliação favorecem vieses de informação.
Toda et al., 2015 ²⁹	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	WSDS (DS), MEQ (cronótipo), BDI (depressão)	196	Estudantes universitários de medicina, com idade média de 21,2±1,8 anos, 61,1% de homens.	Investigar os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> .	A dependência de <i>smartphone</i> foi associada ao gênero masculino (beta = -0,239; p < 0,01), viver com uma família (beta = -0,247; p < 0,01), cronótipo noturno (beta = -0,231; p < 0,01) e depressão (beta = 0,259; p < 0,01).	A dependência de <i>smartphone</i> pode ser prevista por fatores como o gênero, a forma de residir, o cronótipo e o estado de espírito. Esses fatores são importantes para guiar estratégias preventivas.	Todos os estudantes são de medicina, o que limita a generalização dos resultados. O tamanho da amostra é muito pequeno para representar a população geral. Os coeficientes de determinação na regressão múltipla foram pequenos, portanto, outros fatores devem ser investigados.
Wang et al., 2015 ⁴⁰	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAS (dependência de <i>smartphone</i>), PSS (estresse percebido), SMUMS (motivação para o uso de <i>smartphone</i>)	549	Estudantes universitários, com idade média de 18,39±1,92 anos, 65,2% de mulheres.	Analisar o papel moderador do estresse na relação entre a motivação de uso do <i>smartphone</i> e a dependência de <i>smartphone</i> .	O estresse moderou a relação entre o uso de <i>smartphone</i> para entretenimento e a dependência de <i>smartphone</i> (beta = 0,58; p < 0,001) e a relação entre o uso de <i>smartphone</i> para "escapar da vida real" e a dependência de <i>smartphone</i> (beta = 0,42; p < 0,001).	Esse estudo evidenciou a importância dos problemas de vida real não resolvidos na facilitação da dependência de <i>smartphone</i> , sugerindo que a resolução desses problemas pode ser um importante ponto inicial para intervenções de prevenção do uso problemático e da dependência de <i>smartphone</i> .	Os questionários de autoavaliação são mais suscetíveis a vieses. A amostra de conveniência restrita aos estudantes universitários limita a generalização dos resultados. Foi acessado um número limitado de possíveis fatores associados.
Lin et al., 2015 ⁴¹	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	Aplicativo e critérios diagnósticos próprios	79	Estudantes universitários, com idade média de 22,4±2,3 anos, 72,2% de homens.	Propor critérios diagnósticos para a dependência de <i>smartphone</i> através de um aplicativo que mensura o uso do aparelho. Avaliar os fatores de uso do <i>smartphone</i> que estão associados à dependência de <i>smartphone</i> .	A frequência de uso diário do <i>smartphone</i> ($r = 0,456$; p < 0,001) e a subestimação do tempo de uso do aparelho ($r = 0,352$; p = 0,004) foram associadas à dependência de <i>smartphone</i> .	A amostra contém somente estudantes universitários, o que limita a generalização dos resultados. O tamanho da amostra também limita a generalização dos resultados.	A frequência de uso do <i>smartphone</i> prediz mais fortemente a dependência de <i>smartphone</i> do que o tempo total de uso diário do aparelho. Os indivíduos dependentes de <i>smartphone</i> têm maior tendência de subestimar o tempo de uso do aparelho, o que pode contribuir para um subdiagnóstico quando utilizadas escalas de autoavaliação.

Continua na próxima página

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Bian & Leung, 2014 ²	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAS (DS), UCLA Loneliness Scale (solidão), Cheek and Buss's Shyness Scale (timidez)	414	Estudantes universitários, 60,1% com idade entre 23 e 26 anos, 61,7% de mulheres.	Investigar a associação entre atributos psicológicos e a dependência de <i>smartphone</i> .	A dependência de <i>smartphone</i> foi associada com timidez (beta = 0,21; p < 0,001) e solidão (beta = 0,22; p < 0,001).	A associação entre a dependência de <i>smartphone</i> e a solidão e a timidez tem implicação no tratamento e intervenção com pais, educadores e políticas públicas.	Os questionários de autoapreciamento favorecem vieses de informação. As especificidades dos indivíduos da amostra dificultam a generalização dos resultados. As variáveis independentes não foram controladas pelo transstomo depressivo e transstomo ansioso, os quais são frequentemente associados às dependências.
Mok et al., 2014 ³	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	IAT (DI), SAS (DS), BDI (depressão), STAI (ansiedade), EPQ (psicoticismo, extroversão-introversão, neuroticismo/ansiedade, desejabilidade social)	448	Estudantes universitários, com idade média de 21,80±3,39 anos, 60,3% de mulheres.	Identificar as características psicológicas dos indivíduos dependentes de <i>smartphone</i> e dos indivíduos dependentes de internet.	A dependência de <i>smartphone</i> foi associada com o gênero feminino (p = 0,001), ansiedade (p < 0,001) e traços de personalidade neurotóxicos (p < 0,001). A dependência de internet foi associada com o gênero masculino (p < 0,001), ansiedade (p < 0,001) e traços de personalidade neurotóxicos (p < 0,001).	A dependência de <i>smartphone</i> e a dependência de internet podem constituir construtos diferentes. Traços ansiosos e neurotóxicos podem predispor às duas condições. As mulheres têm maior chance de serem dependentes de <i>smartphone</i> , já os homens têm maior chance de serem dependentes de internet.	A amostra composta somente por estudantes universitários e de alta funcionalidade limita a generalização dos resultados. Não foram realizados testes neurocognitivos e neurológicos para caracterizar as dependências de internet e de <i>smartphone</i> .
Lee, 2015 ⁴	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	SAS (DS), BFAS (Facebook), IPIP (traços de personalidade), SIAS (ansiedade social)	304	Estudantes universitários afro-americanos, com média de idade de 22,45±6,1 anos, 56% de mulheres.	Avaliar os principais preditores da dependência de <i>smartphone</i> e de Facebook, incluindo traços de personalidade e fatores demográficos.	Os fatores associados à dependência de <i>smartphone</i> foram: dependência de Facebook (beta = 0,114; p = 0,043), ansiedade social (beta = 0,308; p < 0,001) e comportamento multitarefas (beta = 0,297; p < 0,001). Os fatores associados à dependência de Facebook foram: idade jovem (beta = 0,186; p = 0,002), ansiedade social (beta = 0,155; p = 0,031) e comportamento multitarefas (beta = 0,324; p < 0,001).	O maior entendimento de quem faz uso excessivo de <i>smartphone</i> e de redes sociais pode ajudar no desenvolvimento de estratégias que aumentam os aspectos positivos dessas tecnologias e reduzem os prejuízos. O uso de escalas breves para mensurar traços de personalidade limita as conclusões. Os dependentes de <i>smartphone</i> não foram diferenciados quanto ao principal propósito de uso do aparelho.	A amostra de conveniência utilizada no estudo não permite a generalização dos resultados para a população geral. Somente instrumentos de autoapreciamento foram utilizados para coletar os dados, o que favorece vieses de informação. O uso de escalas breves para mensurar traços de personalidade limita as conclusões. Os dependentes de <i>smartphone</i> não foram diferenciados quanto ao principal propósito de uso do aparelho.
Chiu, 2014 ⁴	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	MPAS (DS), USLES (estresse em estudantes universitários), LSES (autoeficácia de aprendizagem), SSES (autoeficácia social)	387	Estudantes universitários, 53,8% de homens.	Estabelecer um modelo para analisar o efeito mediador da autoeficácia de aprendizagem e da autoeficácia social sobre a relação entre a auto-percepção de estresse e a dependência de <i>smartphone</i> .	O estresse familiar (r = 0,194; p < 0,001) e o estresse emocional (r = 0,232; p < 0,001) predisseram a dependência de <i>smartphone</i> . O estresse acadêmico e o estresse interpessoal tiveram uma influência significativa na dependência de <i>smartphone</i> através de um efeito de mediação total da autoeficácia social (z = -2,76; p < 0,01).	Os resultados desse estudo podem ser utilizados para prever os fatores estressores que influenciam a dependência de <i>smartphone</i> em estudantes universitários. Além disso, a autoeficácia social pode ser considerada um mecanismo cognitivo que medeia a relação entre o estresse acadêmico e a dependência de <i>smartphone</i> e entre o estresse interpessoal e a dependência de <i>smartphone</i> .	O desenho transversal do estudo não permite o estabelecimento de relação de causa e efeito. A amostra pequena e composta somente por estudantes universitários não permite a generalização dos resultados.

Continua na próxima página

JULIA MACHADO KHOURY^{1,2,3}, JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND², LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA², MARIANE DA SILVA MELO¹, ANANDA ARAUJO TEIXEIRA^{1,3,4}, MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES^{1,3,4}, FREDERICO DUARTE GARCIA^{1,3,4,5}

¹ Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. ² Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. ³ Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁴ INCT de Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Unité Inserm U1073, Rouen, França.

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Harwood et al., 2014 ⁴⁵	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	MPIQ (uso problemático de <i>smartphone</i>), DAAS-21 (depressão, ansiedade e estresse)	274	Indivíduos da população geral, com idade entre 16 e 59 anos, média de idade de 27,24±12,09 anos e 74,8% de mulheres.	Investigar a associação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e a saúde mental.	O uso problemático de <i>smartphones</i> foi significativamente associado com altos níveis de depressão (beta = 0,15; p < 0,05) e estresse (beta = 0,18; p < 0,01), mas não com sintomas de ansiedade (beta = 0,12; p > 0,05).	O uso problemático de <i>smartphone</i> é preditivo de depressão e estresse, e não o tempo de uso do aparelho.	A depressão, a ansiedade e o estresse podem representar colinearidade, já que são frequentemente comórbidos. As escalas de autoavaliação são susceptíveis a vieses de informação.
Lee et al., 2014 ⁴⁶	Transversal observacional	Uso compulsivo de <i>smartphone</i>	Levenson Scale (perda de controle), SAS (ansiedade social), ANTS (necessidade de toque), MVS (materialismo)	325	Indivíduos da população geral de 17 a 67 anos, com média de idade de 28,98±9,34 anos, 55,7% de mulheres.	Examinar a relação entre traços psicológicos e estresse tecnológico e o uso compulsivo de <i>smartphone</i> .	O uso compulsivo de <i>smartphone</i> está associado a traços psicológicos de perda de controle (beta = 0,27; p < 0,001), ansiedade social (beta = 0,12; p < 0,05), materialismo (beta = 0,38; p < 0,01), necessidade de toque (beta = 0,14; p < 0,01) e estresse tecnológico (beta = 0,74; p < 0,001).	Alguns traços psicológicos podem facilitar o desenvolvimento do uso compulsivo de <i>smartphone</i> e causar estresse psicológico.	Os dados foram coletados exclusivamente por questionários de autoavaliação, o que facilita vieses de informação. O desenho transversal do estudo não permite estabelecer relação de causa e efeito.
Smetaniuk, 2014 ⁴⁹	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	MPPUS (uso problemático de <i>smartphone</i>), AMPUH (hábitos de uso do <i>smartphone</i>), ACPAT (DS), ZSDS (depressão), Extroversion Scale (extroversão), ES Scale (estabilidade emocional), RSES (autoestima), ICS (controle de impulso)	362	Indivíduos da população geral com idade entre 18 e 74 anos, média de idade de 32 anos, 53,6% de homens.	Explorar o comportamento de uso excessivo de <i>smartphone</i> como um comportamento patológico.	Os principais preditores de uso problemático de <i>smartphone</i> foram idade jovem (beta = -0,24; p < 0,05), depressão (beta = 0,37; p < 0,05), extroversão (beta = 0,26; p < 0,05) e baixo controle de impulsos (beta = -0,04; p < 0,05).	O uso problemático de <i>smartphone</i> pode ser considerado um comportamento patológico e provavelmente ocorre em uma população de risco que deve ser abordada para prevenir o desenvolvimento da dependência de <i>smartphone</i> .	O estudo não perguntou se os participantes tinham ou não <i>smartphone</i> ou acesso à internet. O estudo não perguntou o principal conteúdo acessado através dos <i>smartphones</i> , o que torna difícil diferenciar entre uso essencial e uso não essencial do <i>smartphone</i> . A amostra foi pequena e não permite generalização. O desenho transversal do estudo não permite estabelecer relação de causa e consequência.
Cagan et al., 2014 ⁴⁷	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	PCPU-Q (uso problemático de <i>smartphone</i>), BDI (depressão)	700	Estudantes universitários, de 17 a 26 anos de idade, com média de idade de 20,14±1,76 anos, 82,7% de mulheres.	Analisar a associação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e os seguintes fatores: <i>performance</i> acadêmica e depressão.	O uso problemático de <i>smartphone</i> foi associado a baixas <i>performances</i> acadêmicas (r = -0,117, p = 0,010) e à presença de depressão (r = -0,256, p = 0,000).	O uso problemático de <i>smartphone</i> deve ser reconhecido, pois provavelmente resulta em baixas <i>performances</i> acadêmicas e prejuízos para a saúde mental dos jovens.	Foram realizadas somente análises univariadas, portanto os resultados devem ser interpretados com cautela. O desenho transversal do estudo não permite o estabelecimento de relação de causa e efeito. Os questionários de autoavaliação favorecem vieses de informação. A amostra restrita dificulta a generalização dos resultados.

Continua na próxima página

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Zheng et al., 2014 ⁴⁸	Transversal observacional	Uso excessivo de smartphone	Entrevista estruturada do DSM-IV para TDAH	7.102	Estudantes do ensino médio, com média de idade de 15,26±1,77 anos, 50,87% de homens.	Investigar a associação entre o uso excessivo de smartphone e a desatenção em adolescentes.	A desatenção em adolescentes foi associada aos seguintes fatores: ter smartphone (OR = 2,92; p < 0,001), mais de 60 minutos gastos por dia em entretenimento através do smartphone (OR = 1,82; p < 0,001), carregar o smartphone em frente ao peito durante o dia (OR = 0,44; p < 0,05), carregar o smartphone no bolso da calça durante o dia (OR = 1,34; p < 0,05), desligar o smartphone durante a noite (OR = 0,75; p < 0,05).	A redução do uso de smartphone para menos de 60 minutos por dia pode ajudar os adolescentes a manterem focados e centrados.	Os questionários de auto-preenchimento favorecem vieses de informação. O desenho transversal do estudo não permite o estabelecimento de relação de causa e efeito.
Robert's et al., 2014 ⁴⁹	Transversal observacional	Dependência de smartphone	MRCPAS (DS)	164	Estudantes universitários com idade entre 19 e 22 anos, média de idade de 21 anos e 51% de homens.	Investigar quais atividades online estão associadas com a dependência de smartphone.	As atividades online associadas à dependência de smartphone foram: Pinterest (beta = 0,21; p < 0,001), Instagram (beta = 0,19; p < 0,001), iPod (beta = 0,09; p < 0,01), número de chamadas realizadas (beta = 0,19; p < 0,001) e número de mensagens de texto enviadas (beta = 0,17; p < 0,001).	A dependência de smartphone decorre principalmente de um desejo de conectividade social.	A amostra não randomizada limita a generalização dos resultados. A escala utilizada para o rastreamento da dependência de smartphone necessita de maiores avaliações quanto às propriedades psicométricas. As informações autofornecidas e os questionários de auto-preenchimento facilitam vieses de informação.
Sahin et al., 2013 ⁵⁰	Transversal observacional	Uso problemático de smartphone	PMPUQ (uso problemático de smartphone), PSQI (qualidade do sono)	576	Estudantes universitários, de 17 a 28 anos de idade, com média de 20,83±1,90 anos. 51,4% de mulheres.	Determinar a prevalência de uso problemático de smartphone em estudantes universitários. Avaliar os fatores associados ao uso problemático de smartphone e a sua relação com a qualidade do sono.	O uso problemático de smartphone foi associado ao fato de ser estudante do segundo ano de faculdade (t = 9,538; p = 0,023), baixa renda familiar mensal (t = 10,106; p = 0,006), personalidade do tipo A (t = 4,975; p < 0,001), início do uso do smartphone com 13 anos de idade ou menos (t = 8,515; p = 0,036) e uso diário de smartphone por mais de 5 horas (t = 34,153; p < 0,001). A qualidade de sono piora com o aumento da pontuação na escala de uso problemático de smartphone (r = -0,247; p < 0,001).	A identificação de uma população de risco para a dependência de smartphone facilita o diagnóstico precoce, o encaminhamento dos estudantes para tratamentos especializados e o fornecimento de informações aos estudantes sobre como controlar o uso excessivo.	O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito. Só foram realizadas análises univariadas, o que dificulta a acurácia dos resultados. A amostra de conveniência não permite a generalização dos resultados. A escala de rastreamento de uso problemático de smartphone não permite o diagnóstico de dependência de smartphone.

Continua na próxima página

JULIA MACHADO KHOURY^{1,2,3}, JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND², LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA², MARIANE DA SILVA MELO¹, ANANDA ARAUJO TEIXEIRA^{1,3,4}, MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES^{1,3,4}, FREDERICO DUARTE GARCIA^{1,3,4,5}

¹ Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. ² Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. ³ Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁴ INCT de Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Unité Inserm U1073, Rouen, França.

**JULIA MACHADO KHOURY
JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND
LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA
MARIANE DA SILVA MELO
ANANDA ARAUJO TEIXEIRA
MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES
FREDERICO DUARTE GARCIA**

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Wu et al., 2013 ³⁰	Transversal observacional	Dependência de redes sociais pelo <i>smartphone</i>	IAT modificada (dependência de redes sociais pelo <i>smartphone</i>), DEIUQ (expectativas positivas quanto ao uso de internet), ISES (autoeficácia na internet)	277	Adultos jovens de 18 a 40 anos de idade, usuários de <i>smartphone</i> , com média de idade de 26,62±4,42 anos, 58,1% de mulheres.	Avaliar os impactos das expectativas positivas quanto ao uso da internet, autoeficácia na internet e impulsividade em jovens dependentes de redes sociais pelo <i>smartphone</i> .	A dependência de redes sociais pelo <i>smartphone</i> foi associada a altas expectativas positivas quanto ao uso de internet (beta = 0,17; p < 0,01), alta impulsividade (beta = 0,25; p < 0,01) e baixa autoeficácia na internet (beta = -0,39; p < 0,01).	Os resultados desse estudo sugerem que, comparado aos fatores demográficos, os fatores psicológicos predizem mais fortemente a tendência às dependências tecnológicas. Campanhas educativas focando os grupos de alto risco são recomendadas para a prevenção e para o tratamento.	Os questionários de autopreenchimento são mais suscetíveis a vieses de informação. A escala utilizada para mensurar a dependência de redes sociais foi modificada de uma escala original para rastrear a dependência de internet, portanto ela pode não ser específica, válida ou acurada para mensurar a dependência de redes sociais. O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito. As especificidades e restrições da amostra tornam difícil a generalização dos resultados.
Hong et al., 2012 ⁹	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	MPAS (DS), RSES (autoestima), LPS (personalidade)	269	Estudantes universitários do gênero feminino.	Investigar a relação entre características psicológicas e a dependência de <i>smartphone</i> .	A dependência de <i>smartphone</i> foi associada a extroversão (beta = 0,155; p < 0,05), ansiedade (beta = 0,272; p < 0,0001) e baixa autoestima (beta = -0,239; p < 0,0001).	Os resultados do estudo identificam características psicológicas individuais que prezizam maior chance de dependência de <i>smartphone</i> . Esses indivíduos podem constituir uma população de risco para a dependência de <i>smartphone</i> , portanto, alvo de estratégias de prevenção.	A amostra limitada e de conveniência não permite a generalização dos resultados. Os instrumentos de autopreenchimento são mais suscetíveis a vieses. O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito.
Augner & Hacker, 2012 ²⁰	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	PU scale (uso problemático de <i>smartphone</i>), WHO-5 (comportamentos depressivos e aborrecimentos diários), SCOFF (comportamentos alimentares), CSI (coping), TIPI (personalidade), STAI (ansiedade), TICS (estresse crônico).	196	Estudantes universitários com idade entre 17 e 35 anos, média de idade de 20,05±3,21 anos, 76,53% de mulheres.	Investigar a associação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e variáveis psicológicas.	O estresse crônico (beta = 0,27; p < 0,0001), baixa estabilidade emocional (beta = -0,21; p = 0,002), gênero feminino (beta = -0,20; p = 0,004), idade jovem (beta = -0,17; p = 0,013), depressão (beta = 0,15; p = 0,033) e extroversão (beta = 0,13; p = 0,037) estão associados ao uso problemático de <i>smartphone</i> .	Estudos futuros são necessários para esclarecer a causalidade dos resultados encontrados e para desenvolver estratégias de uso adaptativo dos <i>smartphones</i> .	A amostra de conveniência, limitada aos estudantes universitários e com grande prevalência do sexo feminino, dificulta a generalização dos resultados. O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito.

Continua na próxima página

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Lu et al., 2011 ³¹	Transversal observacional	Dependência de mensagens de texto pelo <i>smartphone</i>	STDS (dependência de mensagem de texto pelo <i>smartphone</i>), IAC (DI), HADS (depressão e ansiedade)	146	Empregados de um escritório, com idade entre 22 e 59 anos, média de idade de 42,4±10,4 anos, 63% de homens.	Investigar a associação entre a dependência de internet e a dependência de mensagens de texto pelo celular e transtornos psiquiátricos.	A prevalência de dependência de internet foi de 6,1% em homens e 1,8% em mulheres. A prevalência de dependência de mensagens de texto pelo <i>smartphone</i> foi de 3,1% em homens e 5,4% em mulheres. A depressão foi associada com a dependência de internet (beta = 0,27; p < 0,01) e com a dependência de mensagens de texto pelo celular (beta = 0,31; p < 0,001). Enquanto a ansiedade foi negativamente associada à dependência de mensagens de texto pelo celular (beta = -0,38; p < 0,001).	Esses resultados sugerem que a dependência de internet e a dependência de mensagens de texto pelo <i>smartphone</i> são constructos distintos.	O desenho transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito. Os resultados podem ser diferentes em populações clínicas. Não foram avaliados os prejuízos funcionais dos indivíduos, o que poderia contribuir para estabelecer a gravidade dos transtornos aditivos. Não foi determinado o principal propósito de uso dos aparelhos tecnológicos.
Walsh et al., 2011 ³²	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	MPIQ (uso problemático de <i>smartphone</i>), SIS (auto-identidade), IGNS (normas do grupo), NBS (necessidade de pertencimento), RSES (autoestima)	292	Jovens de 16 a 24 anos, com média de idade de 20,22±2,50 anos, 70% de mulheres.	Analisar os fatores cognitivos e comportamentais associados ao uso problemático de <i>smartphone</i> .	Os fatores associados ao uso problemático de <i>smartphone</i> foram: idades mais jovens (beta = -0,21; p < 0,01), gênero feminino (beta = 0,12; p < 0,05), auto-identidade (beta = 0,59; p < 0,001) e normas dentro do grupo (beta = 0,28; p < 0,0001). Não houve associação do uso problemático de <i>smartphone</i> com a autoestima (beta = -0,05; p > 0,05) ou com a necessidade de pertencimento (beta = 0,09; p > 0,05).	Esse estudo contribuiu para identificar as características dos jovens que possuem maior risco para o desenvolvimento de <i>smartphone</i> .	Como os questionários foram realizados de forma online, os participantes que concluíram os questionários podem ser os mais interessados em dispositivos tecnológicos e portanto mais propensos à dependência de <i>smartphone</i> . Por isso, é difícil a generalização dos resultados. A metodologia transversal não permite o estabelecimento de causa e efeito. A escala de rastreamento de uso problemático de <i>smartphone</i> não permite o diagnóstico do constructo.

Continua na próxima página

JULIA MACHADO KHOURY^{1,2,3}, JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND², LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA², MARIANE DA SILVA MELO¹, ANANDA ARAUJO TEIXEIRA^{1,3,4}, MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES^{1,3,4}, FREDERICO DUARTE GARCIA^{1,3,4,5}

¹ Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. ² Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. ³ Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁴ INCT de Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Unité Inserm U1073, Rouen, França.

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Yang et al., 2010 ³³	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	PCPU-Q (uso problemático de <i>smartphone</i>), Q-ESU (uso de substâncias psicoativas), AABQ (agressividade), Kiddie-SADS-E (tendência ao suicídio), AIS-8 (insônia), RSES (autoestima)	11.111	Estudantes adolescentes, 48,9% com idade maior que 15 anos, 50,3% de mulheres.	Examinar as associações entre o uso problemático de <i>smartphone</i> , alguns comportamentos de risco e baixa autoestima.	Foram encontradas associações positivas entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e agressividade (mulheres: OR = 1,870; p < 0,001 / homens: OR = 1,788; p < 0,001), insônia (mulheres: OR = 1,870; p < 0,001 / homens: OR = 2,509; p < 0,001), sexo desprotegido (mulheres: OR = 2,933; p < 0,001 / homens: OR = 3,149; p < 0,001), tabagismo (mulheres: OR = 2,151; p < 0,05 / homens: OR = 2,467; p < 0,001), tendência ao suicídio (mulheres: OR = 1,835; p < 0,001 / homens: OR = 2,208; p < 0,001), e baixa autoestima (mulheres: OR = 1,745; p < 0,001 / homens: OR = 1,984; p < 0,001) independentemente do gênero. Foram encontradas associações positivas entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e os seguintes fatores somente em homens: ter tatuagem (OR = 5,349; p < 0,001), mastigar nozes de betel (OR = 3,414; p < 0,001), consumo de álcool (OR = 2,904; p < 0,001), uso de drogas ilícitas (OR = 3,593; p < 0,001), suspensão da escola (OR = 2,118; p < 0,05) e passado criminal (OR = 2,586; p < 0,001).	O uso problemático de <i>smartphone</i> está associado a vários comportamentos de risco e à baixa autoestima em pais e os profissionais de saúde mental devem ficar atentos ao uso problemático de <i>smartphone</i> em jovens.	O desenho transversal do estudo não permite estabelecer relação de causa e efeito. Os questionários de autoquestionário em adolescentes são muito susceptíveis a vieses de memória. Adolescentes que abandonaram a escola ou que estudam à noite não foram recrutados para participar do estudo. O número pequeno de mulheres que declararam alguns comportamentos de risco dificultaram conclusões nesse grupo.
Zulkerly & Baharudin, 2009 ³⁴	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	RSES (autoestima), MPS (uso problemático de <i>smartphone</i>), GHQ (saúde geral)	386	Estudantes universitários, com idade de 18 a 32 anos, média de idade de 20,87±1,61 anos, 54,1% de homens.	Determinar a relação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e a saúde psicológica dos estudantes.	O uso problemático de <i>smartphone</i> foi associado a baixa autoestima (beta = 0,15; p < 0,05) e principal motivação de uso para propósitos sociais (beta = 0,17; p < 0,01).	O uso problemático de <i>smartphone</i> está associado à baixa autoestima e à busca do aparelho para chamadas sociais. Esse perfil pode constituir uma população de risco devido à necessidade de reassurimento através do <i>smartphone</i> .	A amostra é muito específica, portanto os resultados não podem ser generalizados para a população geral. Todos os questionários usados para coletar os dados foram de autoquestionário, portanto a confiabilidade e a validade das informações obtidas dependeram exclusivamente da honestidade dos participantes. O desenho transversal impede estabelecimento de relação de causa e efeito.

Continua na próxima página

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Takao et al., 2009 ²¹	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	MPPUS (uso problemático de <i>smartphone</i>), SMS (auto-monitoramento), MLAMS (necessidade de aprovação social), UCLA (solidão)	444	Estudantes universitários de 18 a 39 anos de idade, com média de idade de 20,77±1,66 anos, 73% de homens.	Examinar a correlação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e traços de personalidade associados a outras síndromes ativas na literatura.	O uso problemático de <i>smartphone</i> foi associado ao gênero feminino (beta = 0,10; p = 0,022), alto auto-monitoramento (beta = 0,22; p = 0,0001) e necessidade de aprovação social (beta = -0,17; p = 0,0001). O uso problemático de <i>smartphone</i> não foi associado à solidão (beta = -0,02; p = 0,724).	Os resultados sugerem que a mensuração de "traços de personalidade adicionais" pode ser útil para o rastreamento e intervenção do uso problemático de <i>smartphone</i> .	A amostra limitada e de conveniência não permite a generalização dos resultados. Os instrumentos de autoquestionário são mais suscetíveis a vieses. O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito.
Yen et al., 2009 ⁵⁵	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	PCPU-Q (uso problemático de <i>smartphone</i>), CES-D (depressão)	10.191	Estudantes do ensino médio, com idade entre 12 e 19 anos, média de idade de 14,6 ± 1,8 anos, 51,2% de mulheres.	Investigar a associação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e o declínio funcional e depressão.	Os adolescentes que relataram pelo menos dois sintomas de uso problemático de <i>smartphone</i> tiveram mais chance de reportar pelo menos uma dimensão de declínio funcional causado pelo uso de <i>smartphone</i> ($z = -1,38, 1,07; p < 0,001$). Os adolescentes com diagnóstico de depressão tiveram mais chance de ter quatro ou mais sintomas de uso problemático de <i>smartphone</i> (OR = 2,572; p < 0,001).	Os resultados desse estudo podem contribuir para a detecção de sintomas do uso problemático de <i>smartphone</i> em adolescentes.	Os dados foram coletados somente por questionários de autoquestionário, e não houve participação dos pais, o que pode ter favorecido vieses de informação. O desenho transversal do estudo não permite estabelecer relação de causa e efeito.
Billieux et al., 2008 ³²	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	PMPUQ (uso problemático de <i>smartphone</i>), UPPS (impulsividade)	339	Indivíduos da população geral, de 20 a 35 anos de idade, com média de 25,80±3,99 anos, 50,1% de homens.	Investigar a relação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e os vários subdomínios do construto de impulsividade.	O uso problemático de <i>smartphone</i> foi associado aos subdomínios urgência (OR = 1,05; p = 0,04) e falta de perseverança (OR = 1,07; p = 0,04) do construto impulsividade. Não houve associação entre o uso problemático de <i>smartphone</i> e os seguintes subdomínios de impulsividade: falta de premeditação (OR = 0,98; p = 0,59) e busca de sensações (OR = 1,02; p = 0,31).	Há um aumento da impulsividade entre os indivíduos que fazem uso problemático de <i>smartphone</i> , o que é compatível com as características impulsivas encontradas em indivíduos com outras síndromes de dependência. Portanto, as dependências químicas e não-químicas compartilham características em comum.	O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito. A escala utilizada não permite o diagnóstico de dependência de <i>smartphone</i> . O número de fatores associados pesquisados foi muito pequeno.

Continua na próxima página

JULIA MACHADO KHOURY^{1,2,3}, JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND², LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA², MARIANE DA SILVA MELO¹, ANANDA ARAUJO TEIXEIRA^{1,3,4}, MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES^{1,3,4}, FREDERICO DUARTE GARCIA^{1,3,4,5}

¹ Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. ² Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. ³ Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁴ INCT de Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Unité Inserm U1073, Rouen, França.

Tabela 1 - Continuação

Autor, ano	Desenho do estudo	Transstomo	Instrumentos	n	Perfil dos participantes	Objetivo	Resultados	Conclusão	Limitações
Leung, 2008 ²²	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	MPPUS (DS), LBS (tendência ao tédio), SSS (busca de sensações), RSES (autoestima)	402	Adolescentes e adultos jovens de 14 a 20 anos da cidade de Hong Kong, com média de idade de 16,9 anos, 54% de mulheres.	Examinar como os fatores demográficos e psicológicos podem estar relacionados aos sintomas de dependência de <i>smartphone</i> .	Os resultados demonstraram que quanto maior a tendência ao tédio, maior é a pontuação na escala de dependência de <i>smartphone</i> (beta = 0,14; p < 0,01); quanto maior o traço de personalidade de busca de sensações, maior a pontuação na escala de dependência de <i>smartphone</i> (beta = 0,21; p < 0,001); quanto maior a autoestima, menor a pontuação na escala de dependência de <i>smartphone</i> (beta = -0,15; p < 0,01). O gênero feminino também foi associado à dependência de <i>smartphone</i> (beta = -0,10; p < 0,05).	O estudo da população de risco para a dependência de <i>smartphone</i> contribui para a criação de estratégias de intervenções direcionadas.	O uso pesado de <i>smartphone</i> pode ser um comportamento natural do desenvolvimento durante a adolescência. Portanto, os resultados do estudo devem ser interpretados com cuidado. Não foram identificados os principais propósitos de uso dos <i>smartphones</i> . A amostra restringiu a generalização dos resultados. Os questionários de autoaplicação podem causar constrangimentos nos jovens e, portanto, favorecem vieses de informação. O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito.
Jenaro et al., 2007 ²³	Transversal observacional	Uso problemático de <i>smartphone</i>	COS (uso problemático de <i>smartphone</i>), IOS (uso problemático de internet), BDI (depressão), BAI (ansiedade), GHQ-28 (saúde geral)	337	Estudantes universitários, com idade entre 18 e 32 anos, média de idade de 21,6±2,45 anos, 74,8% de mulheres.	Investigar fatores psicológicos, de saúde e comportamentais associados com o uso problemático de internet e com o uso problemático de <i>smartphone</i> .	O uso problemático de internet está associado com altos níveis de ansiedade (beta = 2,956; p = 0,017). O uso problemático de <i>smartphone</i> está associado com o gênero feminino (beta = 0,293; p = 0,005), altos níveis de ansiedade (beta = 0,291; p = 0,016) e insônia (beta = 0,329; p = 0,025).	O conhecimento dos fatores associados às dependências comportamentais podem facilitar o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de tratamento.	A amostra limitada não permite a generalização dos resultados. Outras comorbidades devem ser investigadas. O estudo transversal não permite estabelecer relação de causa e efeito.
Billieux et al., 2007 ²¹	Transversal observacional	Dependência de <i>smartphone</i>	UPPS (impulsividade)	108	Estudantes universitários do curso de psicologia do sexo feminino, com idade entre 19 e 48 anos, média de idade de 24,17±6,83 anos.	Investigar se a impulsividade está associada à dependência de <i>smartphone</i> .	Dependência de <i>smartphone</i> foi associada a dois subdomínios de impulsividade: urgência (beta = 0,38; p < 0,01) e falta de perseverança (beta = 0,21; p < 0,05).	O aumento de impulsividade é um fator associado à dependência de <i>smartphone</i> assim como a outras dependências químicas e comportamentais.	Amostra restrita e limitada ao sexo feminino não permite a generalização dos resultados. O estudo transversal não permite relação de causa e efeito. A dependência de <i>smartphone</i> não foi mensurada por instrumento específico e validado. Os questionários de autoaplicação são mais suscetíveis a vieses de informação.

ABQ = The Addictive Behavior Questionnaire; ACPAT = Adapted Cell Phone Addiction Test; AIS-8 = Athens Insomnia Scale; Eight-Item Scale; ANTS = aplicativo e critérios diagnósticos próprios; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; BFAS = Facebook Addiction Scale; BIS/BAS = sistema de inibição comportamental/sistema de ativação comportamental de avaliação do temperamento; BSCS = Brief Self-Control Scale; BSRS = Brief Social Phobia Scale; CD-RISC = Connor-Davidson Resilience Scale; CES-D = Epidemiological Scale - Depression; CFMPS = Chinese Frost Multidimensional Perfectionism Scale; COS = Connection of Soul Scale; CSI = Central Sensitization Inventory; CSM = Composite Scale of Morningness; DASS-21 = Depression Anxiety and Stress Scale; DDII = Dimensions of Discipline Inventory; DDO = Desire for Drug Questionnaire; DS = Dependência de Smartphone; DSM-IV = Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição; EPQ = Eysenck Personality Questionnaire; FOMOS = Fear of Missing Out Scale; FTQ = Fagerstrom Tolerance Questionnaire; GAD-2 = Generalized Anxiety Disorder 2-item; GHQ-28 = General Health Questionnaire-28; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; IAQ = Internet Addiction Questionnaire; IAT = Internet Addiction Test; IGNS = Game Review Scoring Scale; IOS = Inclusion of Other in the Self scale; IPIP = International Personality Item Pool; ISES = Internet Self-Efficacy Scale; K-SAS = Kleptomania Symptom Assessment Scale; Kiddie-SADS-E = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; LSES = Lifespan Self-Esteem scale; MEQ = Morningness-Eveningness Questionnaire; MLAM'S = Marlowe-Crowne Social Desirability Scale; MPIQ = Mobile Phone Involvement Questionnaire; MPPUS = Mobile Phone Problem Use Scale; MRCPAS = Cell Phone Addiction Scale; MVS = Material Values Scale; PMPUQ = Problematic Mobile Phone Use Questionnaire; PSQI = Qualidade do Sono de Pittsburgh; PSS = Perceived Stress Scale; PUMP = Problematic Mobile Phone Use; RSES = Rosenberg's Self-Esteem Scale; S-Scale = Scale for Smartphone-Addiction; SAPS = Scale for the Assessment of Positive Symptoms; SAS = Smartphone Addiction Scale; SCOFF = Questionnaire to Screen for Eating Disorders; SDS = Sheehan Disability Scale; S-IAS = Social Interaction Anxiety Scale; SIS = Stroke Impact Scale; SMS = Escala de Motivação no Esporte; SNI = Social Network Index; SPAI = Smartphone Addiction Inventory; SSES-3 = State Self-Esteem Scale; SSS = Sensation Seeking Scale; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; TAG = transtorno de ansiedade generalizada; UCLA-LS = UCLA Life Sciences; UPPS = Impulsive Behavior Scale; WHO-5 = Well-being Index; YIA = Young's Internet Addiction Test.

Hábitos relacionados ao uso de smartphone

Seis estudos encontraram uma associação positiva e significativa entre o uso de *smartphone* por um longo período de tempo ao longo do dia (mais de 4 horas por dia) e a DS^{17,28,33,38,41,50}. Em 2014, Zheng et al.⁴⁸ desenvolveram um estudo com adolescentes na China, no qual a desatenção estava associada àqueles que gastam mais de 60 minutos por dia utilizando *smartphones* (OR = 1,82; $p < 0,001$). Além disso, Lin et al. reportaram que as pessoas que subestimam o seu tempo de uso de *smartphone* têm um risco aumentado de apresentar DS ($r = 0,352$; $p = 0,004$)⁴¹.

Em 2015, Haug et al.³⁸ desenvolveram um estudo com adolescentes e adultos jovens na Suíça, a fim de avaliar os indicadores de uso de *smartphone* associados à DS. Os autores encontraram uma correlação negativa entre o tempo até o primeiro uso do *smartphone* pela manhã e o risco de ser identificado com portador de DS. O maior risco foi encontrado em indivíduos que apresentam um intervalo inferior a 10 minutos (OR = 0,49; $p < 0,01$).

Zheng et al.⁴⁸ associaram algumas posições de transporte do *smartphone* à DS. Os autores concluíram que carregar o *smartphone* em frente ao tórax ou no bolso da calça era um hábito significativamente associado à DS (OR = 0,44; $p < 0,05$ e OR = 1,34; $p < 0,05$, respectivamente). Um estudo associou a idade do primeiro uso de *smartphone* à DS. Sahin et al.⁵⁰ conduziram um estudo com estudantes da Universidade Sakarya e aferiram que indivíduos que ganharam o primeiro *smartphone* antes dos 13 anos de idade têm maior chance de serem dependentes de *smartphone* do que aqueles cuja idade de uso pela primeira vez foi de 16 anos ou mais ($t = 8,515$; $p = 0,03$).

Assim, alguns hábitos relacionados ao uso de *smartphone* podem estar associados a uma maior chance de DS. O uso diário do *smartphone* por mais de 4 horas é um dos principais fatores associados à DS. Outros hábitos, como carregar o *smartphone* na frente do peito ou nos bolsos das calças, o primeiro contato com o *smartphone* antes de 13 anos de idade e o período de tempo até o primeiro uso pela manhã inferior a 10 minutos também foram associados à DS.

Conteúdo acessado pelo smartphone

Diferente da internet, que depende de uma busca ativa, os aplicativos permitem uma interação direta entre

os algoritmos e provêm acesso aos diversos acessíveis pelo *smartphone*. Alguns desses conteúdos podem ser manipulados ou podem se associar mais facilmente à DS. Cinco estudos sugeriram que os principais conteúdos utilizados pelos dependentes de *smartphone* são as redes sociais^{10,35,49,54}. Um estudo encontrou uma correlação entre o número de mensagens de texto enviadas por dia e o risco de DS (beta = 0,17; $p < 0,001$). Em 2014, Roberts et al.⁴⁹ associaram o uso abusivo das seguintes redes sociais e utilizações do *smartphone* com a DS: Pinterest (beta = 0,21; $p < 0,001$), Instagram (beta = 0,19; $p < 0,001$), iPod (beta = 0,29; $p < 0,01$), número de chamadas (beta = 0,1; $p < 0,001$) e número de mensagens de texto (beta = 0,1; $p < 0,001$). Um estudo encontrou uma associação positiva entre a utilização de jogos eletrônicos por meio de *smartphones* e a DS ($t = 5,087$; $p < 0,001$)⁹.

Portanto, podemos concluir que os principais conteúdos associados à DS são as redes sociais.

Propósito de uso

O uso do *smartphone* para fins de conexão social foi associado à DS em cinco estudos^{9,35,38,49,54}. Em 2009, Zukefly & Baharudin⁵⁴ sugeriram que os estudantes cuja principal motivação para o uso do *smartphone* é para fins sociais têm maiores chances de serem dependentes de *smartphone* (beta = 0,17; $p < 0,01$).

Cinco estudos sugeriram que a DS está associada ao uso de *smartphone* para fins de entretenimento^{9,10,33,40,48}. O estudo realizado por Wang et al.⁴⁰ sugeriram que o nível de estresse modera a relação entre o uso de *smartphone* para fins de entretenimento e a DS (beta = 0,58; $p < 0,001$). Além disso, o estudo de Zheng et al.⁴⁸ evidenciou que o uso de *smartphones* por mais de 60 minutos por dia com o propósito de entretenimento está associado à DS (OR = 1,82; $p < 0,001$). Em 2017, Matar Boumosleh & Jaalouk³³ sugeriram que a finalidade de entretenimento estava associada à DS em estudantes universitários (beta = 4,105, $p = 0,035$). Além disso, Choi et al.⁹ encontraram dois propósitos de uso de *smartphones* associados à DS: entretenimento ($t = 5,421$, $p < 0,001$) e jogos ($t = 5,087$, $p < 0,001$). Em 2015, Wang et al.⁴⁰ concluíram que indivíduos estressados, cujo entretenimento era o propósito do uso de *smartphones*, eram mais propensos a desenvolver DS (beta = 0,58; $p < 0,001$). Finalmente, Zheng et al.⁴⁸ associaram o déficit

JULIA MACHADO KHOURY
JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND
LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA
MARIANE DA SILVA MELO
ANANDA ARAUJO TEIXEIRA
MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES
FREDERICO DUARTE GARCIA

de atenção ao tempo gasto em jogos e entretenimento através dos *smartphones* (mais de 60 minutos por dia) (OR = 1,82; $p < 0,001$).

O uso de *smartphones* com o objetivo de escapar da vida real foi outro fator associado positivamente à DS em estudantes universitários chineses (beta = 0,42; $p < 0,001$)⁴⁰.

Portanto, o uso do *smartphone* para conexão social e entretenimento são os principais propósitos de uso do *smartphone* associados à DS.

Outras dependências

A DS também foi associada a outras formas de dependência. Dois estudos encontraram uma associação positiva e significativa entre a dependência de álcool e a DS^{10,24}. Beison & Rademacher²⁴ evidenciaram que a história familiar de alcoolismo estava associada à DS. Os autores sugeriram que esse fato pode ocorrer devido a um componente genético para o comportamento compulsivo que favorece o desenvolvimento de muitas dependências, incluindo a DS (beta = 0,353, $p < 0,001$). Um estudo encontrou uma associação positiva entre a DS e a dependência de nicotina (mulheres: OR = 2,151, $p < 0,05$; homens: OR = 2,467, $p < 0,001$)⁵³. Choi et al.¹⁰ encontraram uma associação entre a DS e a DI (beta = 0,184; $p < 0,001$), e Lee⁴³ encontraram uma associação entre a DS e a dependência de Facebook (beta = 0,114; $p = 0,043$). Portanto, a DS está associada a outras formas de dependência, principalmente alcoolismo e dependências tecnológicas.

Transtornos e sintomas psiquiátricos

Alguns transtornos psiquiátricos foram associados à DS. A associação entre a DS e os transtornos de ansiedade foi encontrada em 11 estudos^{9,18,23,25,27,31,33,37,42}. Os coeficientes betas variaram de 0,130 a 1,320.

A depressão também foi associada à DS em 10 estudos^{17,18,20,25,29,33,39,45,51,55,58}. Os coeficientes betas variaram de 0,067 a 2,572. Além disso, um estudo desenvolvido por Yang et al., em 2010⁵³, no sul do Taiwan, encontraram uma associação entre ideação suicida e DS (mulheres: OR = 1,835, $p < 0,001$; homens: OR = 2,208, $p < 0,001$).

Sete estudos encontraram uma associação entre a DS e altos níveis de estresse^{20,25,38,40,42,45,59}. Os coeficientes

betas variaram de 0,18 a 0,74. Lee encontrou uma associação entre estresse tecnológico e DS (beta = 0,74; $p < 0,001$), enquanto Augner & Hacker²⁰ encontrou uma associação entre a DS e o estresse crônico (beta = 0,27; $p < 0,001$). Além disso, Hong et al.²⁷ encontrou uma associação entre a DS e o estresse familiar ($r = 0,194$; $p < 0,001$), o estresse emocional ($r = 0,232$; $p < 0,001$) e o estresse acadêmico ($z = -2,76$; $p < 0,01$).

Quatro estudos encontraram uma associação entre transtornos do sono e DS^{18,36,53}. Todos foram realizados com estudantes universitários, e os coeficientes beta variaram de 0,329 a 1,870.

Dessa forma, os transtornos de ansiedade e a depressão foram os principais transtornos psiquiátricos associados à DS; enquanto estresse e insônia foram os principais sintomas psiquiátricos associados ao constructo.

Traços de personalidade

A DS também foi associada a traços de personalidade. Seis estudos encontraram uma associação com alta impulsividade^{9,17,29-32}. Os coeficientes beta variaram de 0,04 a 0,38. No estudo de Billieux et al.³¹, a DS associou-se aos seguintes subdomínios da impulsividade: urgência (OR = 1,05, $p = 0,04$) e falta de perseverança (OR = 1,07, $p = 0,04$), enquanto não houve associação com os subdomínios: falta de premeditação (OR = 0,98, $p = 0,59$) e busca de sensação (OR = 1,02, $p = 0,31$).

A baixa autoestima também foi associada à DS em quatro estudos^{22,27,53,54}. Os coeficientes betas variaram de 0,15 a 0,239.

Três estudos encontraram que a extroversão estava associada à DS^{20,27,29}. Os coeficientes betas variaram de 0,13 a 0,26.

Dois estudos encontraram uma associação entre a DS e personalidade do tipo A^{33,53}. De acordo com Matar Boumosleh & Jaalouk³³, jovens com personalidade do tipo A que experimentam altos níveis de estresse e hipotímia podem ter mecanismos de enfrentamento deficientes e, portanto, maior suscetibilidade à DS (beta = 4,109, $p = 0,019$). Dois estudos encontraram uma associação entre a DS e traço de personalidade agressiva^{17,53}. No estudo de Yang et al.⁵³, a razão de chances para mulheres foi de 1,870 ($p < 0,001$) e para homens foi de 1,788 ($p < 0,001$); no estudo de Kim et al., o coeficiente beta foi de 0,020 ($p < 0,001$)¹⁷.

Uma relação entre a DS e traço de personalidade materialista foi encontrada em apenas um estudo (beta = 0,38; $p < 0,01$)⁴⁶. Uma associação entre a DS e perfeccionismo foi encontrada em um estudo²⁵. Os autores relataram que indivíduos perfeccionistas usam *smartphones* de forma abusiva para verificar se tudo está sob controle e para evitar riscos ou falhas, o que aumenta a chance de desenvolver a DS (OR = 1,15; $p < 0,001$).

Um estudo sugeriu que indivíduos com traço de personalidade de neuroticismo têm mais chance de serem dependentes de *smartphones*¹⁹. Outro estudo sugeriu que a alta sensibilidade às recompensas está associada à DS (OR = 1,021; $p = 0,009$), o que pode estar relacionado ao fato de que o *smartphone* pode ser uma fonte de recompensas imediatas¹⁰.

O estudo de Lee et al.⁶⁰ encontrou uma associação positiva entre a DS e o comportamento multitarefa (beta = 0,297; $p < 0,001$).

O estudo de Augner & Hacker²⁰ sugeriu que a baixa estabilidade emocional é um traço psicológico associado à DS (beta = -0,21; $p = 0,002$). Além disso, o estudo de Takao et al.²¹ concluiu que indivíduos com alto automonitoramento (beta = 0,22; $p = 0,001$) e indivíduos com necessidade de aprovação social (beta = -0,17; $p = 0,001$) têm mais chance de serem dependentes de *smartphone*.

Leung²² conduziram, no Japão, um estudo com a intenção de investigar como alguns fatores demográficos e psicológicos estão relacionados à DS. Os resultados sugeriram que a alta tendência ao tédio (beta = 0,14; $p < 0,01$) e o traço de personalidade de busca de sensações (beta = 0,21; $p < 0,001$) possuem uma forte associação com a DS.

Portanto, os principais traços de personalidade associados à DS foram a alta impulsividade, a alta agressividade, a baixa autoestima, a extroversão, a personalidade do tipo A e a personalidade multitarefa (Tabela 1).

Discussão

Nesta revisão bibliográfica, analisamos 42 estudos que avaliaram os principais fatores associados à DS. A maioria dos estudos foi realizada nos países orientais, e as principais populações analisadas foram as dos estudantes universitários.

Os principais fatores sociodemográficos associados à DS foram sexo feminino, idade entre 18 e 25 anos e alta renda familiar mensal. Os principais hábitos de vida associados foram cronótipo noturno, baixa atividade física e sedentarismo. Os principais hábitos de vida associados à DS foram o uso do aparelho por mais de 4 horas por dia, a posição de carregar o *smartphone* em frente ao peito ou nos bolsos da calça, a idade do primeiro uso antes dos 13 anos e o tempo até o primeiro uso pela manhã até 10 minutos. Os principais conteúdos associados à DS foram as redes sociais. Os principais propósitos de uso associados à DS foram para conexão social, diversão e entretenimento. As principais síndromes de dependência associadas foram a dependência de álcool e as dependências tecnológicas. Os principais transtornos e/ou sintomas psiquiátricos associados foram os transtornos depressivos e ansiosos, o estresse e a insônia. Por fim, os principais traços de personalidade associados à DS foram alta impulsividade, alta agressividade, baixa autoestima, personalidade do tipo A e personalidade multitarefas.

A associação entre o sexo feminino e a DS pode acontecer por diversos motivos. Mulheres são mais propensas a utilizar e se tornar dependentes de redes sociais^{10,23,27,60,61-68}, e as redes sociais são o principal conteúdo associado à DS^{10,60,69-74}. Portanto, essa associação pode ser mediada pelo uso abusivo de redes sociais. Já os homens são mais propensos a serem dependentes de jogos eletrônicos⁷⁵⁻⁷⁷, os quais são menos adaptados aos *smartphones* do que a computadores de mesa, representando, assim, menor risco para a DS⁷⁵⁻⁷⁷. Outra hipótese para explicar a associação entre o sexo feminino e a DS é que as mulheres apresentam maior prevalência de transtornos ansiosos e depressivos^{78,79} e, portanto, podem ter maior chance de utilizar o *smartphone* como reforço negativo, o que aumenta a chance do desenvolvimento da dependência ao aparelho.

A idade jovem pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da DS devido à imaturidade do córtex pré-frontal (PFC), típica de outras dependências químicas e comportamentais^{69,70,80}. Essa imaturidade reduz o controle de impulsos e dificulta estratégias para controlar o uso de substâncias e a realização de comportamentos específicos⁸⁰⁻⁸². É importante ressaltar que a DS pode contribuir para o baixo desempenho acadêmico dos

JULIA MACHADO KHOURY
JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND
LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA
MARIANE DA SILVA MELO
ANANDA ARAUJO TEIXEIRA
MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES
FREDERICO DUARTE GARCIA

estudantes^{1,19,46,83}, o que indica a necessidade de mecanismos para prevenir o uso abusivo de *smartphones* por essa população.

A associação entre a DS e a alta renda familiar mensal pode estar relacionada ao maior acesso aos dispositivos por pessoas com renda mais alta. Sendo assim, ser de uma classe socioeconômica mais alta aumenta a probabilidade de ter e usar *smartphones* por um período de tempo maior, uma vez que esses indivíduos podem arcar com gastos maiores com acesso à internet^{54,62,84,85}. Como foi demonstrado para as dependências químicas e comportamentais, os tempos mais longos gastos com uma substância ou a execução de um comportamento específico são fatores de risco para o desenvolvimento das síndromes de dependência^{15,86,87}.

A associação entre a DS e o cronótipo noturno pode ocorrer devido ao fato de pessoas com hábitos noturnos poderem fazer uso abusivo do *smartphone* como forma de combater o tédio, que é mais frequente à noite. O hábito de usar o *smartphone* à noite também pode prejudicar o sono e causar insônia^{18,23,36,53}, o que pode ajudar os indivíduos a ficarem acordados por mais tempo à noite fazendo uso do aparelho. Portanto, o cronótipo noturno pode ser causa e/ou consequência da DS.

O nível reduzido de atividade física e o sedentarismo também podem ser causa e/ou consequência da DS. Indivíduos que não gostam de se exercitar tendem a se concentrar mais em atividades intelectuais e estão mais familiarizados com a tecnologia⁸⁸, o que pode favorecer o desenvolvimento da DS. Por outro lado, o uso abusivo do *smartphone* pode favorecer o estilo de vida sedentário, uma vez que indivíduos dependentes tendem a restringir o repertório e abandonar atividades incompatíveis com o seu uso^{12,89}.

Os hábitos de uso do *smartphone* que estão associados à DS são similares aos hábitos de uso de drogas e de realização de comportamentos que já foram associados às dependências químicas e comportamentais^{90,91}. O uso por um período maior de tempo, o início precoce do uso e o uso em um curto período de tempo após o despertar são comportamentos relacionados à dependência de substâncias psicoativas, à dependência de jogos e a outras síndromes de dependência^{90,91}. Portanto, essa pode ser mais uma evidência empírica para a caracterização da DS como uma síndrome de dependência.

A associação entre a DS e a dependência de redes sociais pode acontecer por alguns motivos. A portabilidade

e a acessibilidade do *smartphone* favorecem o acesso frequente e rápido às redes sociais^{11,60,72,92}. Nesse sentido, quando comparado ao acesso às redes sociais por meio de computadores de mesa, os *smartphones* estariam associados a um maior risco de dependência^{93,94}. Tais como drogas com meias-vidas mais curtas e pico plasmático mais rápido, as curtidas e os comentários nas redes sociais poderiam liberar pulsos fásicos de dopamina no núcleo *accumbens*, o que geraria intenso reforço positivo, possivelmente favorecendo o uso e dependência aos *smartphones*⁹⁵. Essa é a principal teoria que explica a maior dependência do crack em comparação à cocaína inalada^{96,97}, bem como a maior dependência dos benzodiazepínicos de meia-vida curta quando comparados àqueles com meia-vida mais longa^{98,99}. As redes sociais são mais adaptadas aos *smartphones*, uma vez que os aparelhos permitem o acesso em qualquer lugar e a qualquer momento, o que facilita a interação virtual em tempo real e incentiva os rituais de checagem regular^{87,100}. As redes sociais também podem ser usadas como reforço negativo, reduzindo sentimentos ansiosos e depressivos como uma espécie de fuga da vida real e como uma forma de procrastinação em indivíduos com dificuldade de concentração. A associação entre o uso de redes sociais e a DS também pode explicar a associação entre o propósito de usar o *smartphone* e a DS, já que a principal motivação de usar *smartphone* pelos dependentes do aparelho é para conexão social e entretenimento³⁴.

A associação entre a dependência de álcool, as dependências tecnológicas e a DS pode ocorrer principalmente devido à dificuldade de controle dos impulsos e à maior suscetibilidade a comportamentos compulsivos que esses indivíduos apresentam^{3,10,74,101}. Portanto, é possível que exista um perfil de vulnerabilidade que predisponha os indivíduos ao desenvolvimento das síndromes de dependência.

A associação entre sintomas/transtornos psiquiátricos e a DS pode ocorrer porque os indivíduos abusam do *smartphone* para aliviar sentimentos negativos ou para fugir da vida real. Essa forma de reforço negativo pode contribuir para o uso compulsivo e o desenvolvimento da dependência. Por outro lado, a DS pode contribuir para o desenvolvimento ou para o aumento dos sintomas e transtornos psiquiátricos, uma vez que aumenta o isolamento social e prejudica o sono^{18,23,36,53}. Portanto, sintomas e transtornos psiquiátricos podem ser causa e/ou consequência da DS.

A DS pode estar associada a alguns traços de personalidade como fator predisponente ou como consequência. Indivíduos com alta impulsividade podem ter maior dificuldade em controlar o desejo de checar regularmente o *smartphone*, o que pode favorecer o desenvolvimento da dependência. A baixa autoestima pode favorecer o abuso de *smartphones*, já que os indivíduos são mais sensíveis a curtidas e comentários nas redes sociais¹⁰⁰, o que pode estimular o ritual de checagem regular e, conseqüentemente, a DS. As personalidades do tipo A e multitarefa podem estar associadas à DS devido ao medo de perder informações transmitidas através do aparelho (*fear of missing out* – FOMO), o que contribui para o ritual de checagem regular e, conseqüentemente, para a DS³⁴.

CONCLUSÃO

Mulheres jovens, com alta renda familiar mensal, cronótipo noturno e estilo de vida sedentário, que abusam de redes sociais e fazem uso dos *smartphones* por mais de 4 horas por dia são mais propensas a se tornarem dependentes de *smartphone*. Além disso, indivíduos com comorbidades psiquiátricas e outras síndromes de dependência também têm maior chance de desenvolver a DS. O estudo dos fatores associados facilita a identificação dos indivíduos com maior probabilidade de desenvolver a DS e, conseqüentemente, o posterior desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas específicas e direcionadas. Além disso, o estudo desses indivíduos aumenta a probabilidade de que a DS seja reconhecida como um transtorno psiquiátrico.

Agradecimentos

Este trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG; processos APQ-02572-16 e APQ-04347-17) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; 313944/2018-0).

Artigo submetido em 25/05/2019, aceito em 27/05/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Frederico Duarte Garcia, Departamento de Saúde Mental, Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Professor Alfredo Balena, 190, sala

240, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG. Tel.: +55 31 3409.9786. E-mail: frederico.garciad@gmail.com

Referências

1. Head M, Ziolkowski N. Understanding student attitudes of mobile phone features: rethinking adoption through conjoint, cluster and SEM analyses. *Comput Human Behav.* 2012;28:2331-9.
2. Shambare R, Rugimbana R, Zhou T. Are mobile phones the 21st century addiction? *Afri J Bus Manage.* 2012;6:573-7.
3. Al-Barashdi HS, Bouazza A, Jabur NH. Smartphone addiction among university undergraduates: a literature review. *J Sci Res Rep.* 2015;4:210-25.
4. Kubey RW, Lavin MJ, Barrows JR. Internet use and collegiate academic performance decrements: early findings. *J Commun.* 2001;51:366-82.
5. Palen L, Salzman M, Youngs E. Discovery and integration of mobile communications in everyday life. *Pers Ubiquitous Comput.* 2001;5:109-22.
6. Lee KC, Perry SD. Student instant message use in a ubiquitous computing environment: effects of deficient self-regulation. *J Broadcast Electron Media.* 2004;48:399-420.
7. Klauer S, Guo F, Simons-Morton B, Ouimet MC. Distracted driving and risk of road crashes among novice and experienced drivers. *N Engl J Med.* 2014;370:54-9.
8. Ahmed I, Qazi TF, Perji KA. Mobile phone to youngsters: necessity or addiction. *Afri J Bus Manage.* 2011;5:12512-9.
9. Choi J, Rho MJ, Kim Y, Yook IH, Yu H, Kim DJ, et al. Smartphone dependence classification using tensor factorization. *PLoS One.* 2017;12:e0177629.
10. Choi SW, Kim DJ, Choi JS, Ahn H, Choi EJ, Song WY, et al. Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and Internet addiction. *J Behav Addict.* 2015;4:308-14.
11. Chóliz M. Mobile phone addiction: a point of issue. *Addiction.* 2010;105:373-4.
12. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS One.* 2013;8:e56936.

JULIA MACHADO KHOURY
JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND
LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA
MARIANE DA SILVA MELO
ANANDA ARAUJO TEIXEIRA
MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES
FREDERICO DUARTE GARCIA

13. Billieux J, Maurage P, Lopez-Fernandez O, Kuss DJ, Griffiths MD. Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. *Curr Addict Rep*. 2015;2:156-62.
14. de Oliveira AFP. *Neurobiologia dos comportamentos aditivos* [thesis]. Porto: Universidade do Porto; 2012.
15. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict*. 1990;85:1403-8.
16. Randler C, Wolfgang L, Matt K, Demirhan E, Horzum MB, Beşoluk S. Smartphone addiction proneness in relation to sleep and morningness-eveningness in German adolescents. *J Behav Addict*. 2016;5:465-73.
17. Kim SE, Kim JW, Jee YS. Relationship between smartphone addiction and physical activity in Chinese international students in Korea. *J Behav Addict*. 2015;4:200-5.
18. Demirci K, Akgonul M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict*. 2015;4:85-92.
19. Mok JY, Choi SW, Kim DJ, Choi JS, Lee J, Ahn H, et al. Latent class analysis on internet and smartphone addiction in college students. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:817-28.
20. Augner C, Hacker GW. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *Int J Public Health*. 2012;57:437-41.
21. Takao M, Takahashi S, Kitamura M. Addictive personality and problematic mobile phone use. *Cyberpsychol Behav*. 2009;12:501-7.
22. Leung L. Linking psychological attributes to addiction and improper use of the mobile phone among adolescents in Hong Kong. *J Child Media*. 2008;2:93-113.
23. Jenaro C, Flores N, Gómez-Vela M, González-Gil F, Caballo C. Problematic internet and cell-phone use: psychological, behavioral, and health correlates. *Addict Res Theory*. 2007;15:309-20.
24. Beison A, Rademacher DJ. Relationship between family history of alcohol addiction, parents' education level, and smartphone problem use scale scores. *J Behav Addict*. 2017;6:84-91.
25. Long J, Liu TQ, Liao YH, Qi C, He HY, Chen SB, et al. Prevalence and correlates of problematic smartphone use in a large random sample of Chinese undergraduates. *BMC Psychiatry*. 2016;16:408.
26. Lee KE, Kim SH, Ha TY, Yoo YM, Han JJ, Jung JH, et al. Dependency on smartphone use and its association with anxiety in Korea. *Public Health Rep*. 2016;131:411-9.
27. Hong FY, Chiu SI, Huang DH. A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese university female students. *Comput Human Behav*. 2012;28:2152-9.
28. Kim Y, Jeong JE, Cho H, Jung DJ, Kwak M, Rho MJ, et al. Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: behavioral inhibition and activation systems, impulsivity, and self-control. *PLoS One*. 2016;11:e0159788.
29. Smetaniuk P. A preliminary investigation into the prevalence and prediction of problematic cell phone use. *J Behav Addict*. 2014;3:41-53.
30. Wu AM, Cheung VI, Ku L, Hung EP. Psychological risk factors of addiction to social networking sites among Chinese smartphone users. *J Behav Addict*. 2013;2:160-6.
31. Billieux J, Van der Linden M, d'Acremont M, Ceschi G, Zermatten A. Does impulsivity relate to perceived dependence on and actual use of the mobile phone? *Appl Cogn Psychol*. 2007;21:527-37.
32. Billieux J, Van der Linden M, Rochat L. The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Appl Cogn Psychol*. 2008;22:1195-210.
33. Matar Boumosleh J, Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students- a cross sectional study. *PLoS One*. 2017;12:e0182239.
34. Oberst U, Wegmann E, Stodt B, Brand M, Chamarro A. Negative consequences from heavy social networking in adolescents: the mediating role of fear of missing out. *J Adolesc*. 2017;55:51-60.

35. Randler C, Wolfgang L, Matt K, Demirhan E, Horzum MB, Beşoluk S. Smartphone addiction proneness in relation to sleep and morningness-eveningness in German adolescents. *J Behav Addict*. 2016;5:465-73.
36. Alosaimi FD, Alyahya H, Alshahwan H, Al Mahyijari N, Shaik SA. Smartphone addiction among university students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2016;37:675-83.
37. Darcin AE, Kose S, Noyan CO, Nurmedov S, Yilmaz O, Dilbaz N. Smartphone addiction and its relationship with social anxiety and loneliness. *Behav Inf Technol*. 2016;35:520-5.
38. Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *J Behav Addict*. 2015;4:299-307.
39. Toda M, Nishio N, Takeshita T. Predictive factors for smartphone dependence: relationship to demographic characteristics, chronotype, and depressive state of university students. *Open J Prev Med*. 2015;5:456-62.
40. Wang JL, Wang HZ, Gaskin J, Wang LH. The role of stress and motivation in problematic smartphone use among college students. *Comput Human Behav*. 2015;53:181-8.
41. Lin YH, Lin YC, Lee YH, Lin PH, Lin SH, Chang LR, et al. Time distortion associated with smartphone addiction: identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *J Psychiatr Res*. 2015;65:139-45.
42. Bian M, Leung L. Smartphone addiction: linking loneliness, shyness, symptoms and patterns of use to social capital. *Media Asia*. 2014;41:159-76.
43. Lee EB. Too much information: heavy smartphone and Facebook utilization by African American young adults. *J Black Stud*. 2015;46:44-61.
44. Chiu SI. The relationship between life stress and smartphone addiction on Taiwanese university student: a mediation model of learning self-efficacy and social self-efficacy. *Comput Human Behav*. 2014;34:49-57.
45. Harwood J, Dooley JJ, Scott AJ, Joiner R. Constantly connected—the effects of smart-devices on mental health. *Comput Human Behav*. 2014;34:267-72.
46. Lee YK, Chang CT, Lin Y, Cheng ZH. The dark side of smartphone usage: psychological traits, compulsive behavior and technostress. *Comput Human Behav*. 2014;31:373-83.
47. Cagan O, Unsal A, Celik N. Evaluation of college students' level of addiction to cellular phone and investigation on the relationship between the addiction and the level of depression. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;114:831-9.
48. Zheng F, Gao P, He M, Li M, Wang C, Zeng Q, et al. Association between mobile phone use and inattention in 7102 Chinese adolescents: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1022.
49. Roberts JA, Yaya LH, Manolis C. The invisible addiction: cell-phone activities and addiction among male and female college students. *J Behav Addict*. 2014;3:254-65.
50. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A, Temiz N. Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pak J Med Sci*. 2013;29:913-8.
51. Lu X, Watanabe J, Liu Q, Uji M, Shono M, Kitamura T. Internet and mobile phone text-messaging dependency: factor structure and correlation with dysphoric mood among Japanese adults. *Comput Human Behav*. 2011;27:1702-9.
52. Walsh SP, White KM, Cox S, McD Young R. Keeping in constant touch: the predictors of young Australians' mobile phone involvement. *Comput Human Behav*. 2011;27:333-42.
53. Yang YS, Yen JY, Ko CH, Cheng CP, Yen CF. The association between problematic cellular phone use and risky behaviors and low self-esteem among Taiwanese adolescents. *BMC Public Health*. 2010;10:217.
54. Zulkefley SN, Baharudin R. Mobile phone use amongst students in a university in Malaysia: its correlates and relationship to psychological health. *Eur J Sci Res*. 2009;37:206-18.
55. Yen CF, Tang TC, Yen JY, Lin HC, Huang CF, Liu SC, et al. Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *J Adolesc*. 2009;32:863-73.

JULIA MACHADO KHOURY
JOÃO PEDRO SOUSA DRUMOND
LETÍCIA LOPES DE CARVALHO E SILVA
MARIANE DA SILVA MELO
ANANDA ARAUJO TEIXEIRA
MAILA DE CASTRO LOURENÇO DAS NEVES
FREDERICO DUARTE GARCIA

56. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychol Behav.* 2005;8:39-51.
57. Toda M, Monden K, Kubo K, Morimoto K. Mobile phone dependence and health-related lifestyle of university students. *Soc Behav Pers.* 2006;34:1277-84.
58. da Luz FQ, Sainsbury A, Mannan H, Touyz S, Mitchison D, Girosi F, et al. An investigation of relationships between disordered eating behaviors, weight/shape overvaluation and mood in the general population. *Appetite.* 2018;129:19-24.
59. Hong FY, Huang DH, Lin DY, Chiu SL. Analysis of the psychological traits, Facebook usage, and Facebook addiction model of Taiwanese university students. *Telematics Inform.* 2014;31:597-606.
60. Lee H, Kim JW, Choi TY. Risk factors for smartphone addiction in Korean adolescents: smartphone use patterns. *J Korean Med Sci.* 2017;32:1674-9.
61. Martinotti G, Vilella C, Di Thiene D, Di Nicola M, Bria P, Conte G, et al. Problematic mobile phone use in adolescence: a cross sectional study. *J Public Health.* 2011;19:545-51.
62. Abojedy A. Mobile phone addiction and its relationship with self-disclosure among sample of students from University of Jordan and Amman Al-Ahliyya University. *Jordan J Educ Sci.* 2008;4:137-50.
63. Devis-Devis J, Peiró-Velert C, Beltrán-Carrillo VJ, Tomás JM. Screen media time usage of 12-16 year-old Spanish school adolescents: effects of personal and socioeconomic factors, season and type of day. *J Adolesc.* 2009;32:213-31.
64. Chóliz M. Mobile-phone addiction in adolescence: the test of mobile phone dependence (TMD). *Prog Health Sci.* 2012;2:33-44.
65. Sánchez-Martínez M, Otero A. Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychol Behav.* 2009;12:131-7.
66. Kawasaki N, Tanei S, Ogata F, Burapadaja S, Loetkham C, Nakamura T, et al. Survey on cellular phone usage on students in Thailand. *J Physiol Anthropol.* 2006;25:377-82.
67. Chung N. Korean adolescent girls' addictive use of mobile phones to maintain interpersonal solidarity. *Soc Behav Pers.* 2011;39:1349-58.
68. Hakoama M, Hakoyama S. The impact of cell phone use on social networking and development among college students. *AABSS J.* 2011;15:1-20.
69. Igarashi T, Motoyoshi T, Takai J, Yoshida T. No mobile, no life: self-perception and text-message dependency among Japanese high school students. *Comput Human Behav.* 2008;24:2311-24.
70. Weiser EB. Gender differences in Internet use patterns and Internet application preferences: a two-sample comparison. *Cyberpsychol Behav.* 2000;3:167-77.
71. Heo J, Oh J, Subramanian SV, Kim Y, Kawachi I. Addictive internet use among Korean adolescents: a national survey. *PLoS One.* 2014;9:e87819.
72. Jeong SH, Kim H, Yum JY, Hwang Y. What type of content are smartphone users addicted to? SNS vs. games. *Comput Human Behav.* 2016;54:10-7.
73. Kneer J, Glock S. Escaping in digital games: the relationship between playing motives and addictive tendencies in males. *Comput Human Behav.* 2013;29:1415-20.
74. Milosevic J, Žeželj I. Psychological predictors of addictive social networking sites use: the case of Serbia. *Comput Human Behav.* 2014;32:229-34.
75. Fattore L, Melis M, Fadda P, Fratta W. Sex differences in addictive disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35:272-84.
76. Cooper A, Morahan-Martin J, Mathy RM, Maheu M. Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities. *J Sex Marital Ther.* 2002;28:105-29.
77. Johansson A, Götestam KG. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scand J Psychol.* 2004;45:223-9.
78. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. *Curr Dir Psychol Sci.* 2001;10:173-6.
79. Taylor M, Jinabhai CC, Naidoo K, Kleinschmidt I, Dlamini SB. An epidemiological perspective of substance use among high school pupils in rural KwaZulu-Natal S Afr Med J. 2003;93:136-40.

80. Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hindes A, Anderson SW, Nathan PE. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*. 2001;39:376-89.
81. Bowden-Jones H, McPhillips M, Rogers R, Hutton S, Joyce E. Risk-taking on tests sensitive to ventromedial prefrontal cortex dysfunction predicts early relapse in alcohol dependency: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17:417-20.
82. Damasio AR. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1996;351:1413-20.
83. Kim HJ, Min JY, Kim HJ, Min KB. Association between psychological and self-assessed health status and smartphone overuse among Korean college students. *J Ment Health*. 2019;28:11-6.
84. Prezza M, Pacilli MG, Dinelli S. Loneliness and new technologies in a group of Roman students. *Comput Human Behav*. 2004;20:691-709.
85. Castells M, Fernandez-Ardevol M, Qiu JL, Sey A. The mobile communication society: a cross-cultural analysis of available evidence on the social uses of wireless communication technology [Internet]. 2004 Oct [cited 2020 Aug 28]. citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.109.3872&rep=rep1&type=pdf
86. Holden C. 'Behavioral' addictions: do they exist? *Science*. 2001;294:980-2.
87. Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol*. 2008;75:63-75.
88. Wadsworth D, Gleason M, Stoner L. Can sedentary behaviour be considered a cultural maladaptation? *Perspect Public Health*. 2014;134:20-1.
89. Lin YH, Chang LR, Lee YH, Tseng HW, Kuo TB, Chen SH. Development and validation of the smartphone addiction inventory (SPAI). *PLoS One*. 2014;9:e98312.
90. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*. 2011;106:866-7.
91. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
92. Granda P, Jimena L. ¿Se constituye el uso del Smartphone en una adicción? [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 28]. pt.scribd.com/document/328955593/Se-Constituye-El-Uso-Del-Smartphone-en-Una-Adiccion
93. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, 2016. 3(8): p. 760-73.
94. Holly EN, Boyson CO, Montagud-Romero S, Stein DJ, Gobrogge KL, DeBold JF, et al. Episodic social stress-escalated cocaine self-administration: role of phasic and tonic corticotropin releasing factor in the anterior and posterior ventral tegmental area. *J Neurosci*. 2016;36:4093-105.
95. Pascoli V, Terrier J, Hiver A, Lüscher C. Sufficiency of mesolimbic dopamine neuron stimulation for the progression to addiction. *Neuron*. 2015;88:1054-66.
96. Gawin FH. Cocaine addiction: psychology and neurophysiology. *Science*. 1991;251:1580-6.
97. Gold MS, Miller NS, Jonas JM. Cocaine (and crack): neurobiology. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992. p. 222-35.
98. Greenblatt DJ, Shader RI. Dependence, tolerance, and addiction to benzodiazepines: clinical and pharmacokinetic considerations. *Drug Metab Rev*. 1978;8:13-28
99. Smith DE, Wesson DR, Landry MJ. The pharmacology of benzodiazepine addiction. *Fam Pract Recert*. 1989;11(9 Suppl):94-107.
100. Ryan T, Chester A, Reece J, Xenos S. The uses and abuses of Facebook: a review of Facebook addiction. *J Behav Addict*. 2014;3:133-48.
101. Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: a systematic review of clinical research. *World J Psychiatry*. 2016;6:143-76.

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
THAÍS CRISTINA FARIA PACHECO
ARTHUR MANZANI FERNANDES
MARCOS VINICIUS VOLPATO
MARIANA HARUMI HASHIGUCHI
MARIA LUIZA SCAVASSA MAGRO
MARIA ISABEL BARÊA FÁVERO REIS
GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

HOSPITALIZAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE USUÁRIOS DE DROGAS: ÚM ESTUDO COMPARATIVO SOBRE LEIS E ABORDAGENS ENTRE O BRASIL E OUTROS PAÍSES

INVOLUNTARY HOSPITALIZATION OF DRUG USERS: A COMPARATIVE STUDY ON LAWS AND APPROACHES BETWEEN BRAZIL AND OTHER COUNTRIES

Resumo

A dependência química é uma questão complexa, que motiva várias discussões, entre as quais destacam-se as alternativas terapêuticas, notadamente as modalidades contra a vontade do paciente – hospitalização involuntária e compulsória. O objetivo deste estudo foi estudar e comparar abordagens e leis sobre hospitalização involuntária como tratamento para dependentes de drogas em diferentes países do mundo. Foi realizada pesquisa bibliográfica eletrônica nas bases de dados MEDLINE, PubMed, SciELO e LILACS entre os anos de 2008 e 2018. Foram considerados artigos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa que abordavam hospitalização psiquiátrica involuntária ou compulsória, além de terem sido colhidos dados sobre a legislação do país em questão, quando disponíveis. Foram encontrados 76 artigos, dos quais 53 foram selecionados. As regiões abrangidas pela pesquisa incluíram Europa (Itália, Noruega, Inglaterra, Portugal e Grécia), América (Canadá, Estados Unidos da América, Jamaica, Barbados, Chile e Brasil), Ásia (Rússia, China, Índia e Paquistão), Oceania (Austrália e Nova Zelândia) e África (África do Sul). Foi encontrada uma tendência mundial de aprovar leis que resguardem direitos dos pacientes. A decisão sobre a internação involuntária ou compulsória é de um profissional médico na maioria dos países estudados, além de serem necessários dois profissionais dessa categoria na tomada de decisão. O

tratamento psiquiátrico involuntário ainda gera muitas discussões, apesar dos avanços nas legislações mais modernas nos diversos países estudados. Há uma tendência jurídica de reforçar a necessidade de avaliar o risco que o indivíduo oferece aos outros ou a si próprio para justificar a hospitalização. O Brasil seguiu essa tendência estabelecendo três modalidades de hospitalização e priorizando o tratamento voluntário em uma interlocução entre os campos da saúde e do direito.

Palavras-chave: Dependência de drogas, internação involuntária, lei de saúde mental.

Abstract

Chemical dependency is a complex issue that motivates several discussions, especially in terms of therapeutic options, notably those that go against the patient's will, i.e., involuntary and compulsory hospitalization. The objective of this study was to evaluate and compare therapeutic approaches and laws regulating involuntary hospitalization as a treatment for drug dependence in different countries across the world. An electronic bibliographic search was conducted in the MEDLINE, PubMed, SciELO and LILACS databases covering years 2008 to 2018. Articles published in English, Spanish or Portuguese and addressing involuntary or compulsory psychiatric hospitalization were retrieved, and information about the country's legislation was

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
THAÍS CRISTINA FARIA PACHECO
ARTHUR MANZANI FERNANDES
MARCOS VINICIUS VOLPATO
MARIANA HARUMI HASHIGUCHI
MARIA LUIZA SCAVASSA MAGRO
MARIA ISABEL BARÊA FÁVERO REIS
GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

collected whenever available. A total of 76 articles were found, of which 53 were selected for analysis. The regions covered by the research included Europe (Italy, Norway, England, Portugal and Greece), the Americas (Canada, United States of America, Jamaica, Barbados, Chile and Brazil), Asia (Russia, China, India and Pakistan), Oceania (Australia and New Zealand) and Africa (South Africa). A worldwide trend was found to pass laws that respect patient rights. The decision upon involuntary hospitalization is made by medical doctors in most countries, usually requiring two doctors to make this decision. Involuntary psychiatric treatment still generates many discussions, despite advances towards more modern legislations in several of the countries studied. There is a legal tendency to reinforce the need to assess the risk that the patient offers to others or to him/herself as a justification for hospitalization. Brazil has followed such tendency by establishing three modalities of hospitalization and prioritizing voluntary treatment as a joint decision involving the fields of both health and law.

Keywords: Drug addiction, involuntary hospitalization, mental health law.

INTRODUÇÃO

A internação involuntária do dependente químico, apesar de envolver debates éticos e legais complexos, costuma ser uma forma necessária de proteger a integridade do paciente, de terceiros e da sociedade. O desafio, nessa modalidade de tratamento, concentra-se no equilíbrio entre os direitos do paciente e o direito público¹⁻⁴.

A decisão pela internação involuntária ocorre em situações específicas, como na evidência de risco ou de comportamento violento⁵; contudo, em muitos casos, a indicação pode ser decorrente do fracasso nas várias tentativas de abordagens em regime ambulatorial⁶⁻⁹.

A legislação vigente no Brasil sobre internação – Lei Federal nº 10.216/2001 – preconiza três modalidades de internação: voluntária, na qual há consentimento do paciente; involuntária, sem o consentimento do paciente; e compulsória, realizada por determinação judicial¹⁰.

A internação involuntária tem regras específicas, como a comunicação ao Ministério Público em 72 horas. Além disso, familiares e responsáveis legais têm o direito de

solicitar a interrupção da internação involuntária¹¹. A internação compulsória é determinada pelo juiz, que geralmente avalia o risco para o indivíduo, familiares ou terceiros, além de comprovado o fracasso de outras medidas terapêuticas^{10,12}.

Como o assunto ainda gera muita discussão sobre a sua real necessidade, indicações e aspectos éticos, e a internação involuntária ou compulsória ainda pode ser um recurso necessário em muitos casos, o presente estudo tem o objetivo de comparar os modelos de internação involuntária e compulsória, além das leis no âmbito civil dos diferentes países estudados.

MÉTODO

Realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, Bireme, MEDLINE e SciELO, de 2008 a 2018, utilizando as palavras-chave: *drug addiction, drug abuse, involuntary admission, involuntary treatment, involuntary hospitalization, voluntary hospitalization, compulsory hospitalization* e *mental health legislation*. Foram considerados artigos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa que abordavam hospitalização psiquiátrica involuntária ou compulsória.

A pesquisa obteve 76 artigos científicos, sendo selecionados 42 que atendiam aos critérios de inclusão. Foram incluídos artigos sobre internação psiquiátrica involuntária ou compulsória, independentemente do tipo de transtorno psiquiátrico, e excluídos aqueles que não faziam alusão à legislação ou a esse procedimento. As leis sobre saúde mental de diversos países foram pesquisadas, contudo, como a língua é um obstáculo, só foram descritas no estudo quando possível¹³.

RESULTADOS

Europa

Na Europa, o modelo de tratamento psiquiátrico involuntário varia muito entre os países e não há padronização⁴. Tal condição é meta da União Europeia: padronizar os cuidados em saúde para os cidadãos¹⁴.

Em 1978, a Itália passou do tratamento manicomial para um modelo comunitário em saúde mental. Com essa mudança, as internações compulsórias diminuíram progressivamente: 20.000 em 1978 para menos de 9.000 em 2015, representando uma queda de 25% para quase 5% do total das internações psiquiátricas no país¹⁵.

Neste país, deve-se priorizar o tratamento voluntário, porém admissões coercivas são permitidas nas emergências, recusa de tratamento e impossibilidade de tratamento comunitário. Essas admissões, que devem ser recomendadas por dois médicos e autorizadas formalmente pela administração pública local, só podem ser realizadas em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais e por um período máximo de 7 dias, estendido quando necessário¹⁶.

Na Noruega, a internação involuntária é uma opção quando o médico ou o psicólogo identificam que o indivíduo é incapaz ou oferece riscos. Para os dependentes químicos, existe a internação por até 3 meses quando os esforços voluntários fracassam. O procedimento envolve ainda a aprovação de um juiz. Em 2010, cerca de 1/3 das 8.300 internações involuntárias ocorridas no país envolvia transtornos relacionados às drogas^{3,17,18}.

A lei de saúde mental da França, aprovada em 2013, prevê três tipos de internação psiquiátrica nos casos de ameaça à própria segurança ou à ordem pública. A primeira envolve a aprovação de um diretor hospitalar, recomendação de um psiquiatra e aprovação judicial. Uma segunda modalidade é concebida a pedido do Estado e exige a avaliação de psiquiatra não vinculado ao hospital que receberá o paciente. Na terceira modalidade, existe a possibilidade de tratamento ambulatorial coercitivo, que deve ser planejado pelo psiquiatra responsável pela primeira internação do paciente^{19,20}.

A legislação no Reino Unido, por sua vez, não é uniforme: a forma como se lida com o paciente psiquiátrico na Inglaterra e no País de Gales é diferente da Escócia e da Irlanda do Norte. No caso da Inglaterra, cuja lei de saúde mental vigente data de 1983, a abordagem voluntária do paciente psiquiátrico é sempre priorizada.

As condições para se instituir a internação involuntária envolvem doença mental grave, visando aliviar ou prevenir a deterioração dessa condição. Poderá ser requisitada pelo familiar ou por profissionais de saúde autorizados pela lei. A duração da internação involuntária não deve exceder 6 meses. Ao final do segundo mês de internação, o paciente deve ser reavaliado pela equipe^{21,22}.

A internação involuntária em Portugal segue uma legislação de 1999, que preconiza três passos antes da sua implementação: requerimento, realizado pela família,

médico ou Ministério Público; avaliação psiquiátrica, realizada por dois psiquiatras do serviço público; decisão final, feita por um juiz em uma sessão conjunta com todos os envolvidos. Em situações de urgência, o médico psiquiatra do serviço de saúde faz o requerimento diretamente ao tribunal, o qual é responsável por emitir uma decisão em 48 horas. A lei portuguesa não define uma duração máxima ou mínima dessa internação, porém exige reavaliações a cada 2 meses^{23,24}.

Em relação à Grécia, a frequência de internações compulsórias é alarmante: alguns estudos sugerem que perfazem 60% do total de internações psiquiátricas. Esse dado pode ser explicado pelo fato de o país apresentar um sistema de saúde mental fragmentado e instável^{25,26}.

A decisão de internar um indivíduo contra a sua vontade neste país é regulada por uma lei datada de 1992 que preconiza duas vias, a regular e a de emergência, que se distinguem apenas pela sequência de eventos, não pelo seu conteúdo. Um promotor público, após uma avaliação psiquiátrica, emite um mandado segundo o qual a polícia deve escoltar o indivíduo para internação^{26,27}.

Dentro de 48 horas ele será avaliado por dois psiquiatras quanto à presença de doença mental, incapacidade ou risco. As avaliações dos psiquiatras são então devolvidas ao promotor público, que dará a decisão final em relação à internação, a qual não deve ultrapassar os 6 meses^{26,28}.

América

Nos Estados Unidos, os critérios para a hospitalização psiquiátrica variam entre os estados, e há divergências inclusive sobre a definição de transtornos relacionados a substâncias psicoativas. De uma forma geral, os critérios norte-americanos levam em consideração o perigo iminente para o próprio paciente ou para outras pessoas e a completa incapacidade de exercer o autocuidado²⁹⁻³¹.

Apesar dos esforços em oferecer o tratamento adequado, muitas vezes são encontradas barreiras na intersecção com o sistema judicial. Estima-se que metade da população carcerária do país preencha critérios diagnósticos para a dependência de drogas, porém a maioria (80-85%) daqueles que se beneficiariam do tratamento não o recebe³².

As leis de saúde mental no Canadá variam de acordo com a província, porém a admissão involuntária no país

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
THAÍS CRISTINA FARIA PACHECO
ARTHUR MANZANI FERNANDES
MARCOS VINICIUS VOLPATO
MARIANA HARUMI HASHIGUCHI
MARIA LUIZA SCAVASSA MAGRO
MARIA ISABEL BARÊA FÁVERO REIS
GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

exige, em linhas gerais, que o paciente não esteja apto a receber tratamento de maneira voluntária, tenha um transtorno mental que requer tratamento psiquiátrico, apresente risco para si ou outros e seja incapaz de tomar decisões. As divergências entre as províncias são muitas: algumas delas não consideram a necessidade de tratamento e a incapacidade de tomar decisões como critérios, enquanto outras descrevem o transtorno mental como qualquer doença ou deficiência relativos à mente, sem citar diagnósticos específicos. A interlocução com o sistema judicial ocorre quando a legislação prevê que todas as hospitalizações involuntárias sejam revistas por uma corte local³³.

Na Jamaica, a internação sem concordância do paciente é denominada internação compulsória. Acontece quando há transtorno mental, necessidade de internação e risco para si ou terceiros.

O pedido de internação pode ser feito por familiar ou profissional de saúde mental, como enfermeiro ou assistente social, devidamente credenciado para isso; ter, ainda, indicação de dois médicos certificados, sendo um deles psiquiatra, que não teve contato com o paciente nos dias anteriores à internação. Em casos emergenciais, é permitida a internação compulsória com regras menos rígidas^{34,35}.

Em Barbados, país insular localizado na América Central, tanto o risco para si próprio como para terceiros constituem a base legal para dois tipos de internação involuntária: recomendação médica e ordem hospitalar.

A recomendação médica envolve a avaliação de dois médicos, não necessariamente psiquiatras, que avaliarão a necessidade e o benefício da medida. Por ordem hospitalar, um juiz ordena que alguém seja internado em um hospital psiquiátrico. A duração dessa internação não pode ultrapassar 8 semanas³⁶.

No Chile, existem três modalidades: de urgência, nos casos de crise e risco³⁷; administrativa, na qual requer aprovação de uma autoridade sanitária; e judicial, na qual um juiz determina a internação para avaliação e tratamento necessários³⁸.

Ásia e Oceania

Na Rússia, a escolha sobre o tratamento e a reabilitação do depende químico se baseia na falsa premissa de que a dependência química não é uma doença, e sim

um desvio de comportamento. Violações dos direitos humanos já foram documentadas por organizações russas e internacionais^{39,40}.

A legislação russa data de 1993 e preconiza que a decisão pela internação involuntária deve ser feita por um psiquiatra, visto que é o único profissional autorizado a diagnosticar transtornos mentais no país. Nas 48 horas seguintes da admissão, o indivíduo é avaliado por uma comissão de psiquiatras. Se aprovada, a decisão é transferida ao poder judicial local, que deve julgar o caso⁴¹.

A nova lei de saúde mental na China entrou em vigor em 2013 e trouxe como mudança a exigência de que o tratamento psiquiátrico seja voluntário na maioria das circunstâncias. Anteriormente, as internações psiquiátricas ocorriam à revelia da vontade dos pacientes, por vezes utilizadas como punição, apenas baseadas no consentimento familiar⁴².

O artigo 30 da lei enfatiza que a internação deve ser decidida exclusivamente pelo paciente, a menos que ele apresente um transtorno mental grave e tenha risco para si ou terceiros, avaliado por dois médicos psiquiatras⁴³.

Em 2010, no Paquistão, foi aprovada uma emenda constitucional que transfere a responsabilidade do setor de saúde mental do âmbito federal ao provincial, em detrimento da lei de 2001 que valorizava os direitos dos pacientes. Até 2016, apenas dois estados haviam consolidado uma legislação de saúde mental, Sindh e Punjab.

Em Punjab, estado mais populoso do Paquistão, as condições para se instituir medidas coercivas incluem a presença de transtorno mental, perigo para si ou fracasso ambulatorial. A admissão pode ser de urgência, para avaliação ou para tratamento, com períodos máximos permitidos variando de 24 horas em urgências até 6 meses⁴⁴.

A internação compulsória na Índia não costuma envolver o poder judicial, exceto quando familiares são ausentes ou negligentes. A admissão é por um responsável legal com duas recomendações, de um psiquiatra e um profissional da saúde mental. As indicações são o risco para si ou terceiros e quando o autocuidado está prejudicado. Qualquer internação involuntária deve ser comunicada ao juiz local em 7 dias, ou em 3 dias para menores de idade e mulheres. Se ultrapassar 30 dias,

¹ Psiquiatra forense. Professor pesquisador, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP. ² Graduanda e aluna bolsista de Iniciação Científica (modalidade FAPIC-Reitoria), Faculdade de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP. ³ Alunos de graduação, Faculdade de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP. ⁴ Aluna de graduação, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ.

deve ser embasada em recomendações de dois médicos psiquiatras. As admissões em situações de emergência têm regras mais flexíveis, mas não podem ultrapassar 72 horas⁴⁵.

As semelhanças entre Canadá e Austrália vão além dos aspectos sociodemográficos: na Austrália, as leis também variam em cada estado do país⁴⁶. A internação involuntária exige alguns critérios em comum: presença de transtorno mental; risco para si ou terceiros; deterioração

clínica; e incapacidade de decidir pelo tratamento. Uma vez internado, as leis permitem que o tratamento do paciente se inicie sem o seu consentimento⁴⁷.

Nenhum paciente pode ser submetido à internação involuntária na Nova Zelândia com base apenas em seu transtorno mental. Precisa apresentar riscos para si ou terceiros ou incapacidade de exercer o autocuidado. A legislação prevê a avaliação de dois psiquiatras e a aprovação de um juiz para internações de até 6 meses⁴⁸.

Tabela 1 - Características da legislação sobre internação involuntária de acordo com o país

País	Ano da última legislação	Número de médicos que recomendam	Autoridade responsável pela decisão	Duração máxima inicial
Europa				
Itália	1978	2	Não médica	7 dias
Noruega	2001	1	Não médica	3 meses
França	2013	2	Não médica	Não definida
Inglaterra	1983	2	Médica	6 meses
Portugal	1999	2	Não médica	Não definida
Grécia	1992	2	Não médica	6 meses
América				
EUA*	Variável	2	Médica	3 meses
Canadá*	Variável	2	Médica	30 dias
Jamaica	1997	2	Médica	30 dias
Barbados	1985	2	Médica	12 meses
Brasil	2001	1	Médica	Não definida
Chile	1998	1	Não médica	30 dias
Ásia				
Rússia	1993	1	Não médica	6 meses
China	2013	2	Médica	Não definida
Paquistão*	2001	1	Médica	6 meses
Índia	1987	2	Médica	30 dias
Oceania				
Austrália*	Variável	2	Médica	3 meses
Nova Zelândia	1992	2	Não médica	6 meses
África				
África do Sul	2002	1	Médica	6 meses

* Países em que as leis de saúde mental variam de acordo com o estado, região ou território.

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
THAÍS CRISTINA FARIA PACHECO
ARTHUR MANZANI FERNANDES
MARCOS VINICIUS VOLPATO
MARIANA HARUMI HASHIGUCHI
MARIA LUIZA SCAVASSA MAGRO
MARIA ISABEL BARÊA FÁVERO REIS
GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

África

Nos últimos anos, foi possível implementar importantes avanços no sistema de saúde mental da África do Sul, principalmente com a aprovação em 2002 de uma nova legislação. Decisões clínicas passaram do judiciário para os médicos, e é necessária uma avaliação 72 horas antes do início do tratamento involuntário⁴⁹.

Para a admissão involuntária ocorrer no país, o paciente deve ter um transtorno mental, apresentar risco para si ou terceiros, ser incapaz de tomar decisão, ter seus interesses financeiros e sua reputação afetados, ou apresentar recusa ao tratamento. O procedimento exige, ainda, o requerimento da família e a avaliação de dois profissionais de saúde mental⁵⁰.

Discussão

Considerando os resultados encontrados, apesar dos esforços da OMS para padronização dos cuidados na saúde mental, as legislações para admissão involuntária ainda diferem acentuadamente entre os países. A diversidade cultural, econômica, de recursos e legislações parece ser a possível justificativa para o fato⁵¹.

Foi possível avaliar que são diversos os modos de se abordar o tratamento involuntário ou compulsório, mas, no geral, uma desordem mental diagnosticada, riscos para si ou terceiros e a recusa ao tratamento são os determinantes que mais constam nos requisitos legais.

Foi observada uma interdependência entre saúde mental, poder judicial e poder administrativo, com grau variado entre os países. Na Europa, a saúde mental parece ser mais dependente do poder judicial ou pode até depender da aprovação do poder administrativo, como é o caso da Itália, a qual depende da administração pública local.

Já na América, essa dependência de setores diferentes aparece em menor grau. No Brasil, por exemplo, a modalidade de internação compulsória pode ser pedida pelo poder judicial sem indicação médica. Quando a internação involuntária é feita por um médico, precisa ser comunicada ao Ministério Público Estadual, contudo não depende da aprovação prévia do mesmo para ser realizada¹⁰⁻¹².

Com exceção da Grécia e da Noruega, as taxas de internação involuntária na Europa têm apresentado um declínio, sobretudo em países desenvolvidos^{17,18,25,26}. Uma possível explicação para o fato seria a presença

de critérios, regras e justificativas mais rígidas para a instituição da internação à revelia da vontade dos pacientes. A Inglaterra é um exemplo, cuja lei de saúde mental vigente apresenta regras bem definidas e rígidas para o tratamento involuntário^{21,22}.

Nota-se uma tendência, na maioria dos países, de substituir critérios mais subjetivos, como necessidade de tratamento, por outros mais objetivos, como o risco para si próprio ou terceiros. Essa tendência reflete o esforço desses países para minimizar os potenciais efeitos colaterais de tratamentos involuntários.

A França ilustra bem essa questão em sua lei vigente de saúde mental, a qual traz uma opção ambulatorial entre as alternativas de tratamento involuntário^{19,20}.

O Brasil acompanha essa tendência, com uma lei baseada no respeito aos direitos individuais e preocupação com a reabilitação dos pacientes após a internação, por meio de uma maior fiscalização das indicações de internações realizadas contra a vontade. Devem obedecer a regras específicas, como avaliação por profissional especialista e comunicação ao Ministério Público Estadual.

CONCLUSÃO

As leis de saúde mental são marcadamente influenciadas pela história e cultura de cada país. Nota-se uma tendência mundial de modernização das leis, priorizando os direitos e a autonomia dos pacientes⁵²; contudo, ainda são necessários avanços, se considerarmos que ambiguidades e falta de padronização podem criar dificuldades práticas, fazendo com que muitas nações ainda tenham um longo caminho a percorrer.

O Brasil também segue a mesma tendência ao estabelecer três modalidades de internação, priorizando a abordagem voluntária e estabelecendo uma interlocução com o sistema judicial nos casos coercivos.

Artigo submetido em 29/01/2020, aceito em 21/05/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Eduardo Henrique Teixeira, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, PUC-Campinas, Av. John Boyd Dunlop, s/nº, Jardim Londres, CEP 13034-685, Campinas, SP. Tel.: +55 19 9976.2879. E-mail: eduardoteixeira@puc-campinas.edu.br

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. World Health Organization (WHO). ICD-11 Classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 11]. <https://icd.who.int/en>
3. Opsal A, Kristensen Ø, Larsen TK, Syversen G, Rudshaug BE, Gerdner A, et al. Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. *BMC Health Services Res.* 2013;13:57.
4. Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull.* 2015;31:99-112.
5. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). II Lenad - Levantamento nacional de álcool e drogas [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 11]. <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relatório.pdf>
6. Teixeira EH, Dagalarrondo P. Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37:225-31.
7. Ally EZ, Laranjeira R, Viana MC, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro S, et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian national alcohol and drugs survey. *Braz J Psychiatry.* 2016;38:98-105.
8. Mullen PE. Forensic mental health. *Br J Psychiatry.* 2000;176:307-11.
9. Nestor PG, Woodhull A, Newell D, O'Donovan K, Forte M, Harding S, et al. Clinical, social and neuropsychological dimensions of the intersection of addiction and criminality. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2018;46:179-86.
10. Brasil, Código Civil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm
11. de Barros DM, Serafim AP. Legal criteria for involuntary hospitalization in Brazil. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009;36:175-7.
12. Novaes PS. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2014;17:342-56.
13. McKenzie K, Patel V, Araya R. Learning from low income countries: mental health. *BMJ.* 2004;329:1138-40.
14. Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv.* 2010;61:1012-7.
15. Barbu C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst.* 2018;12:43.
16. Balducci PM, Bernardini F, Pauselli L, Tortorella A, Compton MT. Correlates of involuntary admission: findings from an Italian inpatient psychiatric unit. *Psychiatr Danub.* 2017;29:490-6.
17. Diseth RR, Høglend PA. Compulsory mental health care in Norway: the treatment criterion. *Int J Law Psychiatry.* 2014;37:168-73.
18. Wynn R. Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *Int J Ment Health Syst.* 2018;12:10.
19. Senon JL, Jonas C, Botbol M. The new French mental health law regarding psychiatric involuntary treatment. *BJPsych Int.* 2016;13:13-5.
20. Gourevitch R, Brichant-Petitjean C, Crocq MA, Petitjean F. Law & psychiatry: the evolution of laws regulating psychiatric commitment in France. *Psychiatr Serv.* 2013;64:609-12.
21. Kelly BD. Mental health legislation and human rights in England, Wales and the Republic of Ireland. *Int J Law Psychiatry.* 2011;34:439-54.
22. Shah A. The relationship between the use of mental health act and general population suicide rates in England and Wales. *J Inj Violence Res.* 2012;4:26-9.
23. Ação de Saúde Sobre Gênero, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV). Violência interpessoal - abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
THAÍS CRISTINA FARIA PACHECO
ARTHUR MANZANI FERNANDES
MARCOS VINICIUS VOLPATO
MARIANA HARUMI HASHIGUCHI
MARIA LUIZA SCAVASSA MAGRO
MARIA ISABEL BARÊA FÁVERO REIS
GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

- de saúde [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Aug 11]. www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx
24. Azenha SSD. O internamento compulsivo e a representação da doença mental- percurso histórico. *Arq Med.* 2014;28:54-60.
 25. Douzenis A, Michopoulos I, Economou M, Rizos E, Christodoulou C, Lykouras L. Involuntary admission in Greece: a prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *Int J Soc Psychiatry.* 2012;58:172-7.
 26. Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Douzenis A, Panagou A, Tsikou K, et al. Mental health care in Athens: are compulsory admissions in Greece a one-way road? *Int J Law Psychiatry.* 2017;52:28-34.
 27. Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Iatropoulou G, Nikolaidi S, Tsikou K, et al. Patients' views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: a focus group study. *Int J Cult Ment Health.* 2017;11:425-36.
 28. Douzenis A, Tsopeles C, Lykouras L. Mental health law in Greece. *Int Psychiatry.* 2014;11:11-2.
 29. Williams AR, Cohen S, Ford EB. Statutory definitions of mental illness for involuntary hospitalization as related to substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2014;65:634-40.
 30. Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:981-8.
 31. Westmoreland P, Johnson C, Stafford M, Martinez R, Mehler PS. Involuntary treatment of patients with life-threatening anorexia nervosa. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2017;45:419-25.
 32. Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA.* 2009;301:183-90.
 33. Gray JE, Hastings TJ, Love S, O'Reilly RL. Clinically significant differences among Canadian mental health acts: 2016. *Can J Psychiatry.* 2016;61:222-6.
 34. de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv.* 2010;61:218-21.
 35. World Health Organization, Assessment Instruments for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Mental Health System in Jamaica [Internet]. 2009 [cited 2020 Aug 12]. www.who.int/mental_health/Jamaica_who_aims_report.pdf?ua=1
 36. Emmanuel M, Campbell M. Commentary: a comparative review of involuntary admission of people with mental illness in China and Barbados. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2015;43:45-7.
 37. Bustamante-Donoso JA, Cavieres-Fernández A. [Involuntary psychiatric hospital admissions]. *Rev Med Chil.* 2018;146:511-7.
 38. Santander JT, Huerta FD, Aceituno FD, Fuentes MX. Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2011;49:157-64.
 39. Mendelevich VD. Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation. *Harm Reduct J.* 2011;8:15.
 40. Golichenko M, Chu SK. Human rights in patient care: drug treatment and punishment in Russia. *Public Health Rev.* 2018;39:12.
 41. Neznanov NG, Vasileva V. Legal regulation of mental healthcare provision in Russia. *BJPsych Int.* 2015;12:17-8.
 42. Phillips MR, Chen H, Diesfeld K, Xie B, Cheng HG, Mellso G, et al. China's new mental health law: reframing involuntary treatment. *Am J Psychiatry.* 2013;170:588-91.
 43. Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, Liang W, Li H, Yi J, et al. Voluntary and Involuntary psychiatric admissions in China. *Psychiatr Serv.* 2015;66:1341-6.
 44. Tareen A, Tareen KI. Mental health law in Pakistan. *BJPsych Int.* 2016;13:67-9.
 45. Kala A, Kala K. Involuntary admission and treatment. *Indian J Soc Psychiatry* 2015;31:130-3.

¹ Psiquiatra forense. Professor pesquisador, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP. ² Graduanda e aluna bolsista de Iniciação Científica (modalidade FAPIC-Reitoria), Faculdade de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP. ³ Alunos de graduação, Faculdade de Medicina, PUC-Campinas, Campinas, SP. ⁴ Aluna de graduação, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ.

46. Wyder M, Bland R, Blythe A, Matarasso B, Crompton D. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24:181-9.
47. Gray JE, McSherry BM, O'Reilly RL, Weller PJ. Australian and Canadian mental health acts compared. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44:1126-31.
48. Soosay I, Kydd R. Mental health law in New Zealand. *BJPsych Int*. 2016;13:43-5.
49. Lund C, Kleintjes S, Cooper S, Petersen I, Bhana A, Flisher AJ, et al. Challenges facing South Africa's mental health care system: stakeholders' perceptions of causes and potential solutions. *Int J Cult Ment Health*. 2011;4:23-38.
50. Moosa MY, Jeenah FY. Involuntary treatment of psychiatric patients in South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2008;11:109-12.
51. Fistein EC, Holland AJ, Clare IC, Gunn MJ. A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32:147-55.
52. World Health Organization (WHO). Regional Office for the Americas/Pan-American Health Organization Emergency Programmes [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 12]. https://www.who.int/hac/network/who/ro_paho/en/

PERÍCIA PSIQUIÁTRICA ADMINISTRATIVA E TEPT: UM RELATO DE CASO

ADMINISTRATIVE PSYCHIATRIC EVALUATION AND PTSD: A CASE REPORT

Resumo

O presente artigo relata um caso de transtorno de estresse pós-traumático que foi submetido a uma perícia psiquiátrica administrativa. Foi concluído que, pela gravidade do caso, havia incapacidade laborativa. A perícia psiquiátrica de natureza administrativa é de extrema importância para a garantia dos direitos dos indivíduos. O estudo detalhado do caso, a coleta de anamnese completa e o exame psicopatológico são fundamentais para a sua adequada realização.

Palavras-chave: Avaliação, incapacidade, transtornos psiquiátricos.

Abstract

This article describes a case of posttraumatic stress disorder that underwent an administrative psychiatric evaluation. It was concluded that, due to the severity of the case, there was work disability. Administrative psychiatric evaluations are extremely important for guaranteeing the rights of individuals. Detailed study of the case, comprehensive anamnesis, and psychopathological examination are all fundamental to ensure that these evaluations are carried out correctly.

Keywords: Evaluation, disability, psychiatric disorders.

INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é marcado por aumento de estresse e ansiedade após exposição a um evento traumático ou estressante. Esses eventos podem incluir: ser testemunha ou estar envolvido em um acidente ou crime violento, agressão, ser sequestrado, estar envolvido em um

desastre natural, vivenciar abuso físico ou sexual. A pessoa reage à experiência com medo e impotência, revive persistentemente o acontecido e tenta evitar lembrar dele. O evento pode ser revivido em sonhos e em pensamentos quando acordado, isto é, em *flashbacks*¹.

O TEPT é o único quadro psiquiátrico com um evento externo definido como parte de seu diagnóstico. Uma situação que coloca em risco a integridade física ou a vida da pessoa desencadeará uma reação do organismo para que consiga sobreviver a essa ameaça. A maior parte das pessoas supera essa ameaça, mas algumas não, e esse evento se torna uma memória traumática revivida com grande sofrimento².

Pesquisas demonstram que entre 40 e 60% das pessoas já foram expostas a eventos traumáticos, mas apenas 8% têm TEPT. As mulheres têm duas vezes mais chances de ter o TEPT em comparação aos homens (10% contra 5%), apesar de os homens serem mais propensos a se exporem ao trauma (60% de homens contra 51% de mulheres passam por eventos traumáticos em algum momento de suas vidas)³.

Os estressores relacionados ao TEPT são suficientemente devastadores para afetar quase todas as pessoas. Estas revivem o evento traumático em seus sonhos e em seus pensamentos diários; são persistentes em evitar qualquer coisa que o traga à mente e experimentam um entorpecimento da responsividade, junto com um estado de hipervigilância. Outros sintomas são depressão, ansiedade e dificuldades cognitivas, como falta de concentração⁴.

Entende-se que as situações que teriam o maior potencial para o desenvolvimento de transtornos mentais

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Livre-docente e doutor em Psiquiatria. Membro honorário, Academia Nacional de Medicina. Professor de Psiquiatria Forense, Escola da Magistratura do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro [EMERJ], Rio de Janeiro, RJ. Membro titular, Academia de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata [UNLP], La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria em Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina. ⁴ Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Presidente, ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Asociación Psiquiátrica de América Latina; (APAL), Brasília, DF. ⁵ Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS], Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre [UFCS/PA], Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA.

são aquelas que provocam ruptura na estrutura social, na forma de catástrofes, ou, ainda, aquelas provocadas por outros indivíduos de maneira intencional, através de atos não condizentes ou disformes em relação à própria cultura, os chamados “atos bárbaros”, como ações de bandidos em assaltos, sequestros, estupros e tentativas de homicídio⁵.

Diversos estudos têm sido realizados mundialmente e no Brasil para detectar a taxa de vitimização da população⁶. Estudo de Andreoli et al.⁷ evidenciou que, no Brasil, mais da metade dos habitantes das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo relataram ter vivenciado um evento traumático ao longo de suas vidas. Outra pesquisa com amostra brasileira verificou que 36% das mortes ocasionadas por eventos externos são decorrentes de homicídio⁸.

O objetivo do presente artigo é descrever o caso de uma paciente com diagnóstico de TEPT, que foi submetida a uma perícia administrativa para avaliação de capacidade laborativa.

RELATO DE CASO

Identificação

Ana, 54 anos, natural do Nordeste, com 3º grau completo de escolaridade, casada, funcionária pública.

Queixa principal

“Eu tenho muito medo de sair de casa”.

História da doença atual

Refere a pericianda que, no ano de 2015, foi atingida por dois disparos de projéteis de arma de fogo, em uma tentativa de homicídio, que atingiram sua face e pescoço (*sic*). Esses fatos aconteceram nas proximidades da sua casa, ao parar para comprar pães em uma padaria. Afirma que, na ocasião, atuava como fiscal de serviço público. Em virtude de lesões que sofreu no rosto, foi submetida a procedimentos cirúrgicos. Nessa ocasião, permaneceu uma semana internada em hospital clínico (*sic*). Acredita que a motivação pela qual sofreu a agressão foi o fato de ter fiscalizado “empresas fantasmas” no exercício do seu trabalho e que foi vítima de uma possível retaliação, em virtude de suas atividades profissionais. Há 3 anos, não frequenta o local de trabalho, em virtude de

intensos sintomas de ansiedade relacionados ao evento traumático.

Após o ocorrido, a pericianda afirma que esteve poucas vezes no município em que trabalhava, apenas com a finalidade de ser submetida a perícias médicas, escoltada por policiais, em virtude de apresentar “terror e medo horrível”, decorrentes da situação pela qual passou. Verbaliza que, após o evento traumático, ficou “escondida” na casa de um parente, por um período de 2 meses.

A partir do ano de 2015, a pericianda refere que passou a fazer acompanhamento psiquiátrico, com uso de diversos psicofármacos antidepressivos e ansiolíticos. Esse acompanhamento persiste até os dias atuais, apresentando diversos atestados médicos e receitas de medicamentos durante o presente exame.

Relata ainda a pericianda que, após o ocorrido (tentativa de homicídio), passou a apresentar constantes pesadelos, sempre relacionados à situação de agressão: “sentia e sinto muito medo que eles voltem”. Diz que é frequente, desde o ocorrido, ter pensamentos e ideias que lhe “invadem a mente”, relacionados às cenas do trauma. Sempre sentiu-se muito assustada ao ter que andar pelas ruas, acreditando que estava sendo olhada por todos, com medo de que alguém se aproximasse e lhe fizesse algum mal. Diz também não gostar de falar sobre esse tema, afirmando: “quando falava sobre isso, começava a chorar”.

O temor de sair de casa persiste até os dias atuais, relatando que o faz apenas se estiver acompanhada de familiares: “tenho medo de que eles possam voltar”. Nunca sai de casa à noite. Afirma ainda que tem pesadelos recorrentes, várias vezes por semana, relacionados com o evento traumático, em que está “tomando outro tiro”.

Antecedentes pessoais

Nascida de parto normal, a termo, normal desenvolvimento neuropsicomotor. Nega viroses comuns da infância. Traumatismo facial relacionado à agressão de que foi vítima. Nega tabagismo, nega uso atual ou prévio de álcool ou substâncias psicoativas. Afirma que antes do evento traumático era uma pessoa saudável e produtiva. Faz tratamento psiquiátrico desde o ano de 2015. É hipertensa, em tratamento clínico.

RELATO DE CASO

**ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
TALVANE MARINS DE MORAES
LISIEUX E. DE BORBA TELLES
ANTONIO GERALDO DA SILVA
ALCINA BARROS**

RELATO

Antecedentes familiares e psicossociais

Pai falecido de infarto. Mãe falecida de câncer de mama. Tem duas irmãs saudáveis. Nega história de transtornos mentais na família.

A pericianda refere que sempre teve um ótimo aproveitamento escolar. Entrou para a faculdade de direito aos 18 anos de idade, concluindo esse curso aos 23 anos.

Fez diversos estágios com bom aproveitamento, na graduação. É casada, tem três filhas. Refere bom relacionamento conjugal. Trabalhou em escritórios de advocacia por alguns anos. Aos 35 anos, foi aprovada em concurso de serviço público, para cargo de fiscal.

De acordo com a pericianda, antes do evento traumático (tentativa de homicídio), era uma pessoa “normal e tranquila”. Afirmar que todas as modificações em seu comportamento (medo, insegurança, hipersensibilidade e incapacidade) se iniciaram após o evento traumático.

Relata que fica a maior parte do tempo em casa. Quase não sai de casa em virtude de medo de ser “morta por eles, que já tentaram me matar uma vez”. Nunca sai de casa à noite, em virtude desse medo. Relata ter se afastado de amigos desde a ocasião do evento traumático.

Exame psiquiátrico

Apresenta atitude colaborativa, respondendo prontamente aos dados que lhe são formulados. Trajada adequadamente para a ocasião, com higiene pessoal mantida. Desperta, lúcida, globalmente orientada. Permanece atenta à entrevista, fala clara e bem articulada. Convidada a falar de si, afirma: “Continuo com muito medo de sair de casa... E se eles voltarem para me pegar, como já fizeram uma vez? (...) Quando saio na rua, fico cismada que pode ter alguém me seguindo”. A pericianda verbaliza ideias recorrentes e pesadelos envolvendo o evento traumático. Refere ter “crise de nervos” quando pensa na possibilidade de retomar atividades laborativas no município em que exerceu essas atividades. Apresenta memórias preservadas para fatos recentes e remotos; inteligência dentro dos limites de normalidade; pensamento com características de constância, organização e continuidade; ideias sobrevalorizadas de conteúdo persecutório e de autorreferência; não há presença de delírios ou alucinações; humor muito ansioso; vontade e pragmatismo prejudicados, em

virtude do estado crônico de ansiedade; consciência de morbidade presente.

DISCUSSÃO

A pericianda apresenta transtorno mental na forma de TEPT [código F43.1 da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)]. A CID-10 considera as seguintes características clínicas para o diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático:

- A) Exposição a evento ou situação estressante, de curta ou longa duração, de natureza ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causaria angústia invasiva em quase todas as pessoas.
- B) Rememoração ou revivência persistente do fator estressor em *flashbacks* intrusivos. Memórias vividas, sonhos recorrentes e angústia em circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor/agressor.
- C) Tentativas de evitar situações semelhantes ou associadas ao estressor/agressor.
- D) Um dos seguintes aspectos ou sintomas deve estar presente:
 1. Incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos do período de exposição ao agressor/estressor;
 2. Sintomas persistentes de sensibilidade e excitação psicológica aumentada, demonstrada por dois dos seguintes sintomas:
 - (a) Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo/insônia
 - (b) Irritabilidade ou explosões de raiva
 - (c) Dificuldade de concentração
 - (d) Hipervigilância
 - (e) Resposta ao susto exagerada
- E) Os critérios B, C, D devem ter a duração de 30 dias e ter todos ocorrido dentro de 6 meses do evento estressante.

No caso da pericianda, a mesma apresenta todos os critérios para esse diagnóstico. Vejamos:

- Critério A: a pericianda sofreu forte evento traumático. Foi abordada por indivíduos com arma de fogo que vieram a disparar contra a sua face e pescoço, produzindo ferimentos graves ameaçadores à sua vida.

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Livre-docente e doutor em Psiquiatria. Membro honorário, Academia Nacional de Medicina. Professor de Psiquiatria Forense, Escola da Magistratura do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro [EMERJ], Rio de Janeiro, RJ. Membro titular, Academia de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata [UNLP], La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina. ⁴ Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Presidente, ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Asociación Psiquiátrica de América Latina; (APAL), Brasília, DF. ⁵ Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS], Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre [UFCS/PA], Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA.

- Critério B: a pericianda apresenta pensamentos recorrentes, aversivos e intrusivos (*flashbacks*), e pesadelos relacionados ao evento, já descritos.
- Critério C: a pericianda apresenta comportamentos desencadeados por essas memórias, com diversos componentes de evitação de lugares (tem muito medo de retornar ao trabalho/local onde ocorreu o evento) e pessoas (afastou-se de amigos, isolamento social marcante).
- Critério D: apresenta a maior parte dos sintomas descritos nesse item, como insônia, dificuldade de concentração, hipervigilância, exagero de resposta ao susto ou barulhos.
- Critério E: os sintomas ocorreram após o evento e persistem até os dias atuais.

De fato, pode-se afirmar que a pericianda apresenta forma crônica do TEPT, inclusive com prognóstico desfavorável, pela quase ausência de resposta ao tratamento.

Diversos estudos da literatura têm apontado a importância do estressor desencadeador e consequências físicas, psicológicas e incapacitação funcional, laborativa e social associadas ao TEPT. Um estudo epidemiológico americano, de Pietrzak et al.¹⁰, realizado com população de 34.653 indivíduos, verificou que estressores relacionados à ameaça de vida eram os mais frequentes em indivíduos que desenvolveram TEPT.

Outros estudos¹¹ têm encontrado que o trauma interpessoal, como no caso em questão, está associado a mais sintomas, na apresentação do TEPT, e maior duração dos sintomas, quando comparados a eventos não interpessoais (exemplo, acidente com veículo). Esse tipo de pesquisa¹² tem apontado não só uma maior intensidade do TEPT, após eventos traumáticos intencionais, como também maior gravidade de curso (crônico) e prognóstico, como no caso em tela.

Há ampla evidência de que vítimas de crimes graves¹³ e intencionais¹⁴, como no caso em questão, apresentam mais consequências emocionais e físicas, que podem levar a sentimentos de depressão e ansiedade e temor de ser novamente vítima de crimes, como acontece com a pericianda. Ora, o estressor no caso em questão foi muito grave e quase letal. A pericianda foi atacada por indivíduos e atingida por projéteis de arma de fogo

em sua face, permanecendo 1 semana internada em hospital clínico. Pesquisas¹⁵ têm mostrado que mesmo um “trauma indireto” (por exemplo, ver ou saber que alguém foi atacado) pode desencadear um quadro de TEPT. Não é difícil imaginar que um trauma grave, como aquele sofrido pela pericianda, seja um desencadeador muito mais intenso para o surgimento desse transtorno mental.

Um tema importante de pesquisa na atualidade é o estudo do impacto de eventos traumáticos na qualidade de vida de indivíduos que passaram por esses eventos. Um estudo europeu¹⁶ verificou que, após passados 2 anos do evento traumático, esses indivíduos continuavam a apresentar mau funcionamento emocional, déficit funcional, déficits socioeconômicos e grande prejuízo da qualidade de vida. Não podemos deixar de reconhecer que, no caso da pericianda, todos esses aspectos estão presentes. A pericianda, antes uma pessoa produtiva e saudável, tendo ocupado várias funções importantes em sua trajetória profissional, quase não sai de casa após o evento traumático, em virtude do medo de repetição de outra agressão. Afastou-se dos amigos (isolamento social), sente-se ansiosa a maior parte do tempo, tem muita dificuldade de concentração e prejuízo cognitivo, além do grande sofrimento psíquico desde o evento traumático. Certamente, todos esses aspectos levaram a um grande prejuízo em sua qualidade de vida.

Embora a simulação seja um diagnóstico diferencial de casos de TEPT¹⁷, não há nenhuma possibilidade de que esse comportamento esteja acontecendo no caso em tela. A pericianda apresentou farta documentação médica em geral, bem como psiquiátrica. Os sintomas relatados e aferidos foram avaliados minuciosamente. A evolução do transtorno mental (TEPT) tem uma linearidade e uma coerência que traduzem a clínica real do mesmo.

Concluimos que os sintomas do transtorno mental apresentados pela pericianda (TEPT) são intensos e permanentes, levando a um grande nível de sofrimento subjetivo, prejuízo da qualidade de vida em seus diversos domínios (saúde física e emocional, sensação de bem-estar, autonomia, funcionamento psicológico, papel social) e importante sofrimento psíquico. O prognóstico do caso é extremamente desfavorável e o curso do seu transtorno mental é crônico. A pericianda se enquadra

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
TALVANE MARINS DE MORAES
LISIEUX E. DE BORBA TELLES
ANTONIO GERALDO DA SILVA
ALCINA BARROS

totalmente no conceito médico-legal de incapacidade laborativa¹⁸: “impossibilidade do desempenho das funções em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente”. O transtorno mental que apresenta (TEPT) lhe acarreta incapacidade para o exercício de atividades laborativas. A incapacidade é oniprofissional e permanente.

A perícia psiquiátrica de natureza administrativa é de extrema importância para a garantia de direitos do indivíduo. O estudo detalhado do caso, a coleta de anamnese completa e o exame psicopatológico são fundamentais para a sua adequada realização.

Artigo submetido em 28/05/2020, aceito em 28/05/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Alexandre Valença, Rua Conde de Bonfim, 232, sala 511, Tijuca, CEP 22221-011, Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) 22644394. E-mail: avalen@uol.com.br

Referências

1. de Mello AF, Valente NLM, Fiks JP, Meleiro A. Transtorno de estresse pós-traumático. In: Meleiro A. *Psiquiatria. Estudos fundamentais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 276-88.
2. Yeh MSL, de Mello AF, de Mello MF. Transtorno de estresse pós-traumático resistente ao tratamento. In: Carvalho AF, Nardi AE, Quevedo J, org. *Porto Alegre: Artmed*; 2015. p. 72-84.
3. Leahy RL. “Está acontecendo de novo”: transtorno de estresse pós-traumático. Capítulo 9. In: Leahy RL. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 162-82.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Transtornos relacionados a trauma e estressores. Capítulo 11. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. São Paulo: Artmed; 2017. p. 437-50.
5. Braga LL, Fiks JP, Mari JJ, Mello MF. The importance of the concepts of disaster, catastrophe, violence, trauma and barbarism in defining posttraumatic stress disorder in clinical practice. *BMC Psychiatry*. 2008;8:68.
6. Ribeiro WS, Andreoli SB, Mari JJ. Epidemiologia da violência e sua relação com os problemas de saúde mental no Brasil. In: Fiks JP, Mello MF, editores. *Transtorno de estresse pós-traumático: violência, trauma e medo no Brasil*. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 129-38.
7. Andreoli SB, Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL, et al. Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*. 2009;9:34.
8. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377:1962-75.
9. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed; 1992.
10. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Anxiety Disord*. 2011;25:456-65.
11. Chapman C, Mills K, McFarlane AC, Bryant RA, Creamer M, Silove D, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in general population. *Psychol Med*. 2012;42:1605-703.
12. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A systematic review of PTSD prevalence trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *Plos One*. 2013;8:e59236.
13. Green DL, Pomeroy E. Crime victimization: assessing differences between violent and nonviolent experiences. *Vict Offender*. 2007;63-76.
14. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *Plos One*. 2013;8:e59236.

¹ Doutor em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro [IPUB-UFRJ], Rio de Janeiro, RJ. Psiquiatra forense pela ABP. Vice-coordenador, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. Professor, Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Programa de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria Forense, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ² Livre-docente e doutor em Psiquiatria. Membro honorário, Academia Nacional de Medicina. Professor de Psiquiatria Forense, Escola da Magistratura do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro [EMERJ], Rio de Janeiro, RJ. Membro titular, Academia de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ. ³ Doutora em Medicina pela Universidad Nacional de La Plata [UNLP], La Plata, Argentina. Psiquiatra forense pela ABP. Coordenadora, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria en Salud Mental Forense, UNLP, La Plata, Argentina. ⁴ Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Presidente, ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Asociación Psiquiátrica de América Latina; (APAL), Brasília, DF. ⁵ Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS], Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra forense pela ABP, Rio de Janeiro, RJ, e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre [UFCSIPA], Porto Alegre, RS. Secretária, Departamento de Psiquiatria Forense, ABP, Rio de Janeiro, RJ. Psicoterapeuta de orientação analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Diretora científica, Associação de Psiquiatria Cyro Martins, Porto Alegre, RS. Membro, American Academy of Psychiatry and the Law, Bloomfield, CT, USA.

15. Gil S, Caspi Y. Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: a prospective study. *Psychosom Med* 2006;68:904-9.
16. Kaske S, Lefering R, Trentzsch H, Driesse A, Bouillon B, Maegele M, et al. Quality of life two years after severe trauma: a single-centre evaluation. *Injury*. 2014;45 Suppl 3:S100-5.
17. Knoll J, Resnick PJ. The detection of malingered post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:629-47.
18. Villani Marques CT. Perícia administrativa. In: Epipanio EB, Xavier Vilela JRP. *Perícias médicas. Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 203-17.