



**ABP**  
Associação  
Brasileira de  
Psiquiatria

Ano 8 • n°5 • Set/Out 2018  
ISSN 2236-918X  
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-8-5>

REVISTA

DEBATES EM

# psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

[www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)

Mala Direta

5012341562/2014-0000  
ABP

Correios



**SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA: MORTALIDADE POR  
SUICÍDIO E COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARÁ DE 2006 A 2015**

**LONGEVIDADE E TRAUMA POR QUEDAS**

**CONSULTORIA PSIQUIÁTRICA FORENSE EM  
UM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO**

**VIRADA MANÍACA INDUZIDA POR AYAHUASCA EM  
UM HOMEM COM TRANSTORNO BIPOLAR: RELATO  
DE CASO COM REVISÃO DE LITERATURA**





# //////////// APRESENTAÇÃO

# APRESENTAÇÃO

Prezado leitor,

Nesta quinta edição de 2018, apresentamos dois artigos originais, uma comunicação breve e um relato de caso.

Abrindo a edição, Bruno Souza Brabo et al. discutem a mortalidade por suicídio e a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Amazônia, mais especificamente no estado do Pará, de 2006 a 2015. Os dados revelam um aumento de 44% nas taxas de suicídio no período avaliado, e ao mesmo tempo melhora da cobertura de CAPS. Embora não permita estabelecer uma relação causal entre os dados, devido à sua metodologia, o estudo dá detalhes sobre o perfil das vítimas, método de suicídio mais utilizado, entre outros dados.

A seguir, Sandra Márcia Carvalho de Oliveira et al. abordam o tema da longevidade e trauma por quedas. Os autores reforçam a importância do tema, já que o trauma é a quinta causa de morte na população idosa e a segunda causa de mortes por lesões acidentais ou intencionais em todo o mundo. O estudo investigou a frequência de quedas e as principais razões desse evento em uma amostra com idade acima de 60 anos. Os dados do estudo revelam eventos relacionados às quedas e chama a atenção para a necessidade de atividades que estimulem a atividade motora e cognitiva dos idosos, com a finalidade de minimizar o risco de quedas.

A comunicação breve de autoria de Matheus Xavier Provin e Lisieux E. de Borba Telles versa sobre consultoria psiquiátrica forense em um hospital geral universitário. Os autores traçam um breve histórico da especialidade e descrevem a experiência de um hospital do sul do Brasil ao propor, em 2015, um novo modelo de consultoria psiquiátrica forense. São relatados dados sobre os 3 anos e 7 meses de operação do modelo, como número de solicitações ao longo do tempo, especialidades médicas que utilizaram o serviço e por qual motivo. Segundo os autores, espera-se que esses dados preliminares sirvam de base para a planificação da assistência dessa população e como fonte de pesquisas futuras.

O último artigo relata um caso de virada maníaca induzida por ayahuasca em um homem com transtorno bipolar, e é assinado por André Botelho Oliveira et al. A ayahuasca é um chá obtido de plantas brasileiras que tem sido associado com ação antidepressiva e virada maníaca. Este artigo descreve o caso de um homem de 30 anos de idade com diagnóstico de transtorno bipolar tipo 1, que apresentou virada maníaca em um episódio misto após o consumo do chá, com remissão após abstinência e terapêutica estabilizadora de humor. O caso corrobora a hipótese antidepressiva da ayahuasca, a partir da virada maníaca descrita, e também destaca o aumento de ideação e comportamento suicidas.

Boa leitura!

Antônio Geraldo da Silva e João Romildo Bueno  
Editores Seniores, Revista Debates em Psiquiatria



## DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Carmita Helena Najjar Abdo - SP  
Vice-Presidente: Alfredo José Minervino - PB  
Diretor secretário: Claudio Meneghello Martins - RS  
Diretor secretário adjunto: Maria de Fátima Viana de Vasconcellos - RJ  
Diretor tesoureiro: Antônio Geraldo da Silva - DF  
Diretor tesoureiro adjunto: Maurício Leão de Rezende - MG

## DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Cleber Naief Moreira - AM  
Diretor Regional Adjunto Norte: Kleber Roberto da Silva Gonçalves de Oliveira - PA  
Diretor Regional Nordeste: André Luis Simões Brasil Ribeiro - BA  
Diretor Regional Adjunto Nordeste: Everton Botelho Sougey - PE  
Diretor Regional Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire - MT  
Diretor Regional Sudeste: Érico de Castro e Costa - MG  
Diretor Regional Adjunto Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ  
Diretor Regional Sul: Eduardo Mylius Pimentel - SC  
Diretor Regional Adjunto Sul: Carla Hervê Moran Bicca - RS

## CONSELHO FISCAL

Titulares:  
Itiro Shirakawa - SP  
Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro - SP  
Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

Suplentes:  
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP  
Marcelo Feijó de Mello - SP  
Sérgio Tamai - SP

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@abpbrasil.org.br](mailto:abpsp@abpbrasil.org.br)  
Publicidade: [comercial@abpbrasil.org.br](mailto:comercial@abpbrasil.org.br)

# EXPEDIENTE

## EDITORES SENIORES

Antônio Geraldo da Silva - DF  
João Romildo Bueno - RJ

## EDITORES-CHEFES

Marcelo Feijó de Mello - SP  
José Carlos Appolinário - RJ  
Valeria Barreto Novais - CE

## EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Paim Diaz - SC  
Antonio Peregrino - PE  
Carmita Helena Najjar Abdo - SP  
Érico de Castro e Costa - MG  
Itiro Shirakawa - SP  
Marcelo Liborio Schwarzbald - SC

## EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan - SC  
Antonio Leandro Nascimento - RJ  
Camila Tanabe Matsuzaka - SP  
Emerson Arcoverde Nunes - RN  
Izabela Guimarães Barbosa - MG  
Larissa Junkes - RJ

## CONSELHO EDITORIAL

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG  
Ana Gabriela Hounie - SP  
Analice de Paula Gigliotti - RJ  
César de Moraes - SP  
Elias Abdalla Filho - DF  
Eugenio Horácio Grevet - RS  
Fausto Amarante - ES  
Flávio Roithmann - RS  
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP  
Helena Maria Calil - SP  
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG  
Irismar Reis de Oliveira - BA  
Jair Segal - RS  
João Luciano de Quevedo - SC  
José Cássio do Nascimento Pitta - SP  
Marco Antonio Marcolin - SP  
Marco Aurélio Romano Silva - MG  
Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ  
Maria Alice de Vilhena Toledo - DF  
Maria Dilma Alves Teodoro - DF  
Maria Tavares Cavalcanti - RJ  
Mário Francisco Pereira Juruena - SP  
Paulo Belmonte de Abreu - RJ  
Paulo Cesar Geraldês - RJ  
Ricardo Barcelos - MG  
Sergio Tamai - SP  
Valentim Gentil Filho - SP  
William Azevedo Dunningham - BA

## CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

Antonio Pacheco Palha (Portugal), Marcos Teixeira (Portugal), José Manuel Jara (Portugal), Pedro Varandas (Portugal), Pio de Abreu (Portugal), Maria Luiza Figueira (Portugal), Julio Bobes Garcia (Espanha), Jerónimo Sáiz Ruiz (Espanha), Celso Arango López (Espanha), Manuel Martins (Espanha), Giorgio Racagni (Italia), Dinesh Bhugra (Londres), Edgard Belfort (Venezuela)

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

SET/OUT 2018

## 6/original

Saúde mental na Amazônia: mortalidade por suicídio e cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Pará de 2006 a 2015

BRUNO SOUZA BRABO,  
LUCAS FERNANDEZ PEREIRA,  
PEDRO PAULO FREIRE PIANI

## 18/original

Longevidade e trauma por quedas

SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA,  
GLAUBER ALVES LUCENA,  
MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA,  
SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES

## 30/comunicação breve

Consultoria psiquiátrica forense em um hospital geral universitário

MATHEUS XAVIER PROVIN,  
LISIEUX E. DE BORBA TELLES

## 34/relato

Virada maníaca induzida por ayahuasca em um homem com transtorno bipolar: relato de caso com revisão de literatura

ANDRÉ BOTELHO OLIVEIRA,  
BABINGTON RODRIGO SILVA,  
EDUARDO TRACHTENBERG,  
ADONAY GENOVESE FILHO,  
JOSÉ RICARDO DE PINTO ABREU

As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

# SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA: MORTALIDADE POR SUICÍDIO E COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PARÁ DE 2006 A 2015

## MENTAL HEALTH IN THE AMAZON: MORTALITY FROM SUICIDE AND COVERAGE OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN THE STATE OF PARÁ, 2006 TO 2015

### Resumo

**Objetivos:** Apresentar as taxas de suicídio no estado do Pará e os fatores sociodemográficos associados, assim como descrever as taxas de cobertura pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) entre 2006 e 2015.

**Métodos:** Foram utilizados dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

**Resultados:** As taxas de suicídio do estado do Pará tiveram aumento de 44% entre 2006 e 2015, mais que o dobro do aumento nacional no mesmo período. Observou-se que o suicídio ocorre em uma relação 4:1 entre os sexos masculino e feminino; 1/3 das mortes se concentra na faixa etária de adultos jovens; a maioria é de raça/cor parda e de estado civil solteiro. O enforcamento foi o método de suicídio mais utilizado. No mesmo período, segundo o Ministério da Saúde, houve melhora da cobertura de CAPS no estado, que era de 0,48 CAPS/100 mil habitantes em 2006, considerado de nível regular/baixo, e passou a ser de 1,06 CAPS/100 mil habitantes em 2015.

**Conclusão:** A metodologia empregada não permite estabelecer uma relação causal entre cobertura por CAPS e taxas de suicídio.

**Palavras-chave:** Suicídio, prevenção, saúde pública.

### Abstract

**Objectives:** To present suicide rates in the state of Pará and associated sociodemographic factors, as well as to describe coverage rates of the Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial [CAPS]) between 2006 and 2015.

**Methods:** Data were retrieved from the National Mortality Information System (Sistema de Informação sobre Mortalidade [SIM]), the National Registry of Health Establishments (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES]), and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE).

**Results:** State suicide rates rose 44% between 2006 and 2015, more than double the national increase in the same period. It was observed that suicide occurs at a 4:1 ratio between males and females; a third of the deaths affects young adults; most victims have brown skin color and are single. Hanging was the suicide method most commonly used. In the same period, according to the Brazilian Ministry of Health, there was an improvement in the coverage of CAPS in the state, from 0.48 CAPS/100,000 inhabitants in 2006, considered regular/low, to 1.06 CAPS/100,000 inhabitants in 2015.

**Conclusion:** The methodology employed does not allow to establish a causal relationship between CAPS coverage and suicide rates.

**Keywords:** Suicide, prevention, public health.



## INTRODUÇÃO

Em 2012, o suicídio tornou-se a 15<sup>a</sup> principal causa de óbito na população geral e a segunda entre pessoas de 15 a 29 anos. Apesar disso, o problema não vem sendo tratado como uma prioridade em saúde pública na maioria dos países<sup>1</sup>.

Diante desse quadro, em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil é país membro, definiu como meta para todos os países a redução em 10% das taxas de suicídio até 2020<sup>2</sup>. Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) firmou a redução em 1/3 da mortalidade por suicídio até 2030 como uma das metas para se alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável<sup>3</sup>.

Apesar de ser um fenômeno global, 78% das mortes por essa causa concentram-se nos países de baixa e média renda. O Brasil ocupa a oitava posição mundial em números absolutos de casos<sup>4</sup>, e dados recentemente publicados confirmam a tendência de crescimento progressivo e constante das taxas<sup>5</sup>, tal como já evidenciado por outros estudos de série temporal disponíveis nacionalmente<sup>6</sup>. Entre os anos de 1980 e 2012, a taxa de suicídio cresceu em 86,4%<sup>7</sup>.

Atualmente, a OMS qualifica o Brasil no grupo de países com boa qualidade dos dados sobre mortalidade. Isso possibilita estudos mais fidedignos à realidade e, conseqüentemente, maior impacto sobre a tomada de decisões a respeito das políticas públicas<sup>8</sup>.

Levantamentos sobre suicídio no Brasil apontam altas taxas nos estados sulistas, destacando-se o Rio Grande do Sul por seus números alarmantes. Entretanto, estudos que utilizaram os municípios como unidade de análise evidenciaram taxas extremamente elevadas em Taipas do Tocantins, no Tocantins (79,7 óbitos/100 mil habitantes), em Itaporã, no Mato Grosso do Sul (75,1 óbitos/100 mil habitantes), em Mampituba, no Rio Grande do Sul (52,9 óbitos/100 mil habitantes), e em Monjolos, em Minas Gerais (52,8 óbitos/100 mil habitantes)<sup>9</sup>.

O cenário epidemiológico é preocupante, porém há evidência consistente de que o suicídio pode ser prevenido por diversas estratégias, seja pela abordagem adequada nos meios de comunicação, seja por políticas de controle de acesso aos meios utilizados<sup>8,10</sup>. As estratégias preventivas devem ser multissetoriais; entretanto, sabe-se que os serviços de assistência à saúde mental exercem um papel importante<sup>1</sup>.

Atualmente, de acordo com a OMS, a prevenção do suicídio pode ser classificada em três níveis: universal, seletiva e indicada. Como universal, entendem-se as estratégias que potencializem o máximo de saúde e permitam o acesso aos serviços de assistência à população em geral. São intervenções seletivas as que se dirigem a grupos notadamente mais vulneráveis ao suicídio. As intervenções indicadas são direcionadas aos indivíduos com tentativas prévias e/ou diagnosticados com transtornos mentais<sup>1</sup>.

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ganham especial importância, pois são os serviços que dispõem de profissionais especializados e/ou capacitados para o atendimento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Dados divulgados pelo Ministério da Saúde, no primeiro boletim epidemiológico nacional sobre o suicídio, apontam que a presença de CAPS em um município é um fator de proteção ao risco de suicídio, reduzindo as mortes em até 14%<sup>5</sup>.

Assim, o objetivo desse estudo é apresentar as taxas de suicídio no estado do Pará e os fatores sociodemográficos associados, bem como descrever as taxas de cobertura pelos CAPS entre 2006 e 2015.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, realizado a partir de dados secundários, obtidos através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio dos endereços eletrônicos <http://www2.datasus.gov.br> e <https://www.ibge.gov.br>, respectivamente.

Foram analisados todos os óbitos codificados entre X-60 e X-84, os quais representam a categoria de lesões auto provocadas dentro do capítulo “Causas Externas” da 10<sup>a</sup> edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>11</sup>. Os códigos X-60 a X-69 (intoxicação exógena), X-70 (enforcamento), X-72 a X-74 (armas de fogo), X-71 e X-76 a X-84 (outros) especificam os métodos empregados.

Para as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil e métodos de suicídio, optou-se por uma análise descritiva das frequências, seguida pela aplicação do teste qui-quadrado, com objetivo de avaliar se as diferenças

entre as proporções observadas eram estatisticamente significativas (valor de  $p < 0,05$ ).

As taxas de mortalidade por suicídio e de cobertura de CAPS foram calculadas, ano a ano, em nível do Brasil, da região Norte e do estado do Pará, sendo apresentadas em figuras, com o intuito de possibilitar análise de tendência. As taxas de suicídio para cada um dos 144 municípios paraenses foram calculadas em quinquênios, 2006 a 2010 e 2011 a 2015, de forma a reduzir o viés de análise por conta das variações anuais e, juntamente com as taxas de cobertura de CAPS, foram apresentadas em bases cartográficas de limites municipais com o intuito de identificar padrões de correlação espacial.

## RESULTADOS

Foram notificados 2.101 óbitos por suicídio entre os residentes do estado do Pará de 2006 a 2015. Observa-se que 80,49% ( $n = 1.691$ ) eram do sexo masculino; a raça/cor parda foi verificada em 82,52% ( $n = 1.704$ ) dos óbitos; houve maior concentração de mortes (29,87%;  $n = 629$ ) na faixa etária de 20 a 29 anos; e a maioria das vítimas, (74,34%;  $n = 1.324$ ), no que se refere ao estado civil, era solteira (Tabela 1).

Quanto aos métodos utilizados, o enforcamento foi o mais comum, representando 64,92% ( $n = 1.364$ ) do total de óbitos, seguido pelo uso de arma de fogo (14,66%;  $n = 308$ ) e intoxicação exógena (11,99%;  $n = 252$ ).

Ao analisarmos os dados estratificando por sexo, observamos que o enforcamento permanece o método mais comum em ambos, representando 65,98% ( $n = 1.115$ ) entre os homens e 60,58% ( $n = 249$ ) entre as mulheres (Tabela 2).

Há, entretanto, divergência quanto aos métodos mais utilizados de acordo com o sexo: no sexo masculino, o uso de arma de fogo foi observado em 16,69% ( $n = 282$ ) dos óbitos, correspondendo ao segundo método mais comum; já no sexo feminino, o uso de arma de fogo foi o método menos frequentemente utilizado, com apenas 6,33% ( $n = 26$ ) do total, enquanto as intoxicações exógenas representaram 24,33% ( $n = 100$ ) dos óbitos, apresentando-se como o segundo método mais frequente entre as mulheres (Tabela 2).

Outros métodos representaram 8,42% ( $n = 177$ ) do total de óbitos. Nesse grupo, estão presentes métodos altamente letais e/ou violentos, como lesões

autoprovocadas por objetos perfurocortantes (3,76%;  $n = 79$ ), precipitação de grandes alturas (1,33%;  $n = 28$ ) e afogamento (1,09%;  $n = 23$ ), por exemplo.

Dentro do grupo da intoxicação exógena, que representou 11,99% ( $n = 252$ ) do total de óbitos, destaca-se que o envenenamento por pesticidas foi o método responsável pela maioria dos óbitos (55,95%;  $n$

**Tabela 1** - Características sociodemográficas das vítimas de suicídio ( $n = 2.101$ ), residentes no estado do Pará, entre os anos de 2006 e 2015, apresentadas em números absolutos, percentual e valor de  $p$

Variável/categoria	n	%	p*
Sexo			
Masculino†	1.691	80,49	< 0,0001
Feminino	410	19,51	
Raça/cor			
Parda†	1.704	82,52	< 0,0001
Branca	230	11,14	
Preta	114	5,52	
Indígena	12	0,58	
Amarela	5	0,24	
Faixa etária (anos)			
10 a 19	321	15,37	< 0,0001
20 a 29†	624	29,87	
30 a 39	454	21,73	
40 a 49	303	14,50	
50 a 59	190	9,10	
60+	197	9,43	
Estado civil			
Solteiro†	1.324	74,34	< 0,0001
Casado	374	21,00	
Víuvo/separado	83	4,66	

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS.

Os dados apresentaram ausência de resposta na declaração de óbito de 1,71% ( $n = 36$ ) em relação à variável raça/cor; 0,57% ( $n = 12$ ) em relação à faixa etária; e 15,23% (320) em relação ao estado civil.

\* Teste qui-quadrado, nível de significância  $p < 0,05$ .

† Categorias que apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação às demais.

= 141), seguido pelas intoxicações medicamentosas, que somaram 18,65% (n = 47) dos casos, e pelas intoxicações por hidrocarbonetos e outros produtos químicos não especificados, também responsáveis por 18,65% (n = 47) dos casos. A intoxicação provocada por álcool representou 6,74% (n = 17) dos casos provocados por intoxicação exógena.

Dentro do grupo das intoxicações medicamentosas, que correspondem a 2,23% (n = 47) do total de óbitos, ressalta-se que a maioria dos óbitos (57,44%; n = 27) foi provocada pela ingestão intencional de medicações dispensadas e/ou comercializadas sem controle especial (analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não hormonais, antitérmicos e antipiréticos, entre outros),

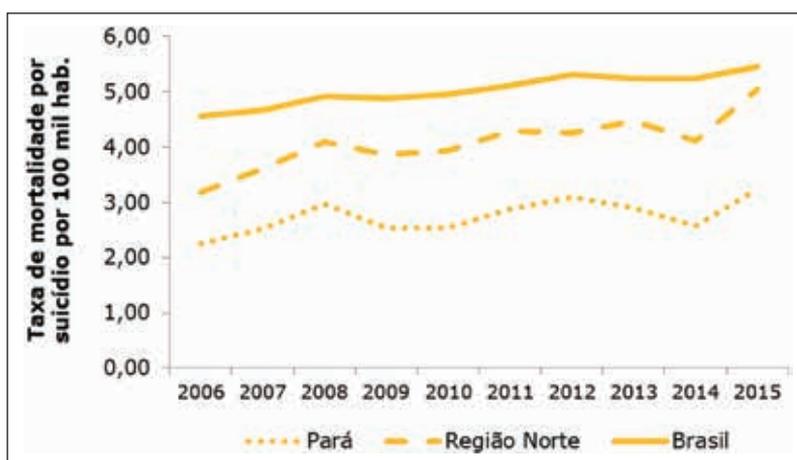
enquanto 42,55% (20) dessas mortes foram provocadas por medicações que requerem controle especial para sua dispensação/comercialização (anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, narcóticos, neurolépticos).

A série histórica da taxa de suicídio no cenário nacional, regional e estadual, no período de 2006 a 2015, evidencia um aumento nas taxas de suicídio nas três dimensões geográficas, sendo esse crescimento de 44% no estado do Pará, 58,49% na Região Norte e 19,95% no Brasil. Percebe-se, ainda, a ocorrência de “picos” na taxa nacional nos anos de 2008, 2012 e 2015 e oscilação para mais nas taxas de suicídio da Região Norte (à exceção do ano de 2012) e do estado do Pará (Figura 1).

**Tabela 2** - Distribuição dos casos de suicídio conforme os métodos utilizados, segundo sexo e total, no período de 2006 a 2015, entre residentes do estado do Pará

Método utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enforcamento	1.115	65,98	249	60,58	1.364	64,92
Arma de fogo	282	16,69	26	6,33	308	14,65
Intoxicação exógena	152	8,99	100	24,33	252	11,99
Outros	141	8,34	36	8,76	177	8,42
Total	1.690	100,00	411	100,00	2.101	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS.



**Figura 1** - Taxas de suicídio no Brasil, na Região Norte e no estado do Pará de 2006 a 2015. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS e estimativas populacionais do IBGE.

A Tabela 3 mostra a evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes no estado do Pará, na Região Norte e no Brasil ao longo do período estudado. Observa-se que a cobertura dos serviços atingiu, nacionalmente, nível considerado muito bom (acima de 0,70 CAPS/100 mil habitantes) no ano de 2008. Em relação ao estado do Pará e à Região Norte, o alcance desse melhor patamar de cobertura se deu nos anos de 2010 e 2011, respectivamente.

A Figura 2 mostra, através de representação cartográfica, os municípios de maior e menor taxas de suicídio e de cobertura de CAPS no estado do Pará. Os mapas permitem observar o crescimento da cobertura de CAPS entre os anos de 2006 e 2015, bem como o aumento do número de municípios que melhoraram o seu nível de cobertura, identificados pela cor azul marinho, que representa o melhor nível de cobertura assistencial. Os mapas permitem a visualização da expansão dos serviços ao longo dos anos.

Em 2006, o estado do Pará contava com apenas 35 CAPS, o que se traduzia em uma cobertura geral de 0,48 CAPS por 100 mil habitantes. Em 2015, o estado passou a ter 87 CAPS, o que elevou o nível de cobertura para 1,06 CAPS por 100 mil habitantes. Essa ampliação de 52 CAPS durante a década representou um crescimento de 120,83% na cobertura.

**Tabela 3** - Evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes no estado do Pará, na Região Norte e no Brasil, de 2006 a 2015

Ano	Pará	Região Norte	Brasil
2006	0,32	0,25	0,43
2007	0,34	0,29	0,50
2008	0,48	0,46	0,78
2009	0,58	0,52	0,85
2010	0,75	0,63	0,94
2011	0,86	0,73	1,01
2012	0,89	0,84	1,11
2013	1,00	0,89	1,16
2014	1,05	0,95	1,27
2015	1,06	1,00	1,33

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS e estimativas populacionais do IBGE.

A taxa de óbito por suicídio no estado do Pará, de maneira geral, apresentou um crescimento expressivo durante a década estudada (Figura 1). Observa-se, na distribuição cartográfica (Figura 2), que os municípios com maiores taxas de suicídio permaneceram sendo os mesmos e são predominantemente das regiões do Tapajós (Novo Progresso, Itaituba), Araguaia (Cumaru do Norte, Santa Maria da Barreira e Conceição do Araguaia), Xingu (Altamira, Uruará e Medicilândia) e Baixo Amazonas (Almeirim, Prainha e Uruará).

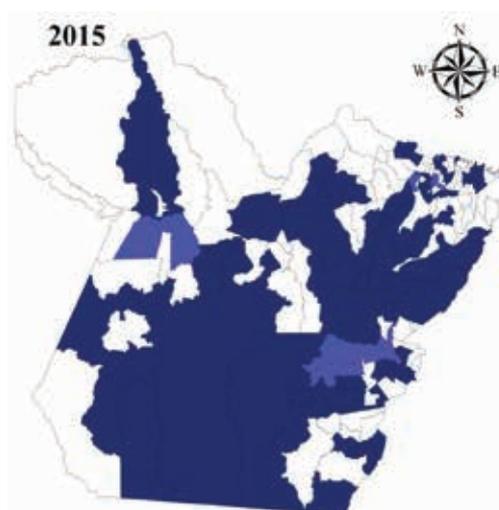
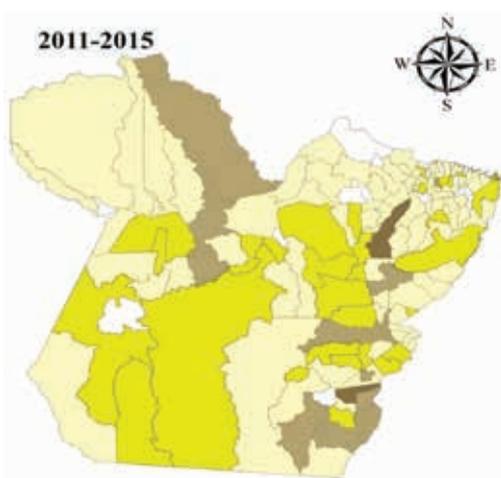
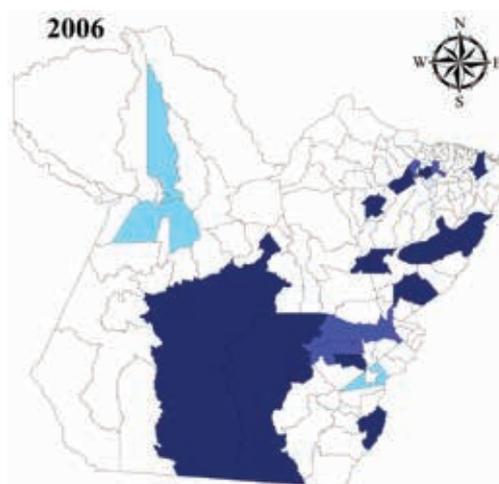
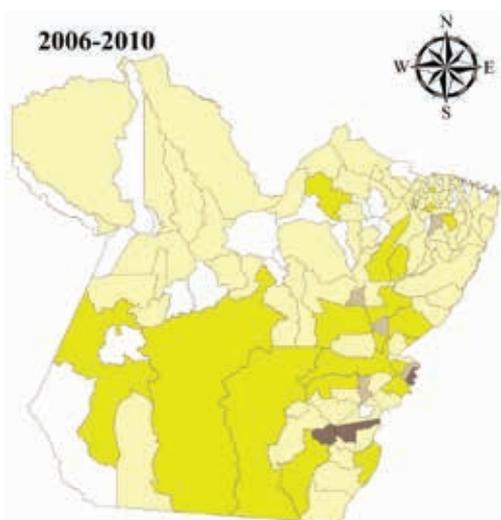
### DISCUSSÃO

Os óbitos por suicídio são notificados dentro do capítulo das causas externas da CID-10, e estas representaram a segunda principal causa de morte no estado do Pará. O suicídio foi a terceira causa mais frequente (3,68%) de mortalidade por causas externas, atrás das mortes por homicídio (53,28%) e acidentes de trânsito (37,89%).

Essa representatividade do suicídio entre as mortes violentas é considerada baixa mesmo se comparada, por exemplo, a outros países da América Latina, onde o suicídio corresponde a cerca de 20% do total de mortes violentas, 15% entre homens e 34% entre mulheres. Mundialmente, essas proporções são de 50% entre homens e 76% entre mulheres e, nos países desenvolvidos, cerca de 80% para ambos os sexos<sup>1</sup>.

Esse fato se deve ao alto peso dos homicídios observados (53,28%) na população paraense. Entretanto, é válido assinalar que, por mais que os números do suicídio, proporcionalmente, não chamem tanto a atenção ao serem visualizados em conjunto com os casos de homicídio, estudos nacionais evidenciam que, apesar de as taxas de mortalidade por homicídio serem sempre mais elevadas, são as taxas de suicídio que mais crescem no país: entre 1980 e 2012, a taxa de suicídio cresceu 86,4% no Brasil<sup>7</sup>.

De 2002 a 2012, os óbitos por suicídio saltaram de 7.726 para 10.321 por ano, o que representou um aumento (33,6%) maior que o crescimento da população brasileira (11,1%) e muito superior ao crescimento da mortalidade por outras causas violentas, como os homicídios (2,1%) e os acidentes de trânsito (24,5%). Destaca-se que houve um aumento de 77,7% dos casos de suicídio na Região Norte, mais que o dobro do crescimento nacional, para o mesmo período<sup>7</sup>.



Processamento: Nov 2017  
Projeção: Cilíndrica Equidistante  
Datum: SIRGAS 2000  
Sistema de Coordenadas Geográficas

Dados:  
Base Cartográfica CODEM (2014).  
Sistema de Informação de mortalidade: SIM/DATASUS  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Pará  
MS: Ministério da Saúde

**LEGENDA**  
Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes

0,3 a 3,6
3,7 a 5,8
5,9 a 9,5
9,5 a 20,00
0,00

Processamento: Nov 2017  
Projeção: Cilíndrica Equidistante  
Datum: SIRGAS 2000  
Sistema de Coordenadas Geográficas

Dados:  
Base Cartográfica CODEM (2014).  
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: CNES/DATASUS  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará  
MS: Ministério da Saúde

**LEGENDA**  
Indicador CAPS/100 mil habitantes

Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)
Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
Cobertura regular/baixo (entre 0,35 a 0,49)
Cobertura boa (entre 0,50 a 0,69)
Cobertura muito boa (acima de 0,70)

**Figura 2** - Cartografia das taxas de mortalidade por suicídio (por 100 mil habitantes) de 2006-2010 e 2011-2015 e de cobertura de CAPS (por 100 mil habitantes) em 2006 e 2015, no estado do Pará. Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS e IBGE.

Vale lembrar que a subnotificação dos casos de suicídio ainda é um problema enfrentado inclusive em países desenvolvidos, nos quais muito já se avançou no enfrentamento do estigma associado ao tema. Isso nos faz supor que, em países onde o tema não foi amplamente discutido, como o Brasil, a subnotificação possa ser ainda mais significativa e reforçada pelos aspectos socioculturais das comunidades<sup>8,12</sup>.

Além disso, a existência de cemitérios e/ou covas clandestinas, que não exigem documentação legal para sepultamento dos mortos, pode contribuir ainda mais para a subnotificação dos casos<sup>13</sup>.

Em relação às características sociodemográficas do suicídio no estado do Pará, encontrou-se que 1/3 dessas mortes ocorre entre 20 e 29 anos e que a maioria (67%) dos casos se concentra entre 10 e 39 anos. Essa alta mortalidade entre os jovens se assemelha à observada nos países desenvolvidos e nos traz uma nova maneira de visualizar a dimensão do problema, ao imaginarmos os anos potenciais de vida perdidos em decorrência do suicídio<sup>14</sup>.

O alto impacto do suicídio entre os jovens é um fenômeno global. Em 2012, por exemplo, se analisadas as causas de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, mundialmente, o suicídio representou a segunda principal, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito<sup>1</sup>.

Diferentemente do que se observa em termos globais e nacionais, a prevalência do suicídio no estado do Pará não aumentou nas idades mais avançadas<sup>1,5</sup>, o que pode ocorrer pelo fato de que se optou, neste estudo, por uma análise proporcional da mortalidade por suicídio nas diferentes faixas etárias. Esse fato, associado à estrutura demográfica em padrão de pirâmide observada no estado do Pará, pode mascarar os números do fenômeno entre os idosos, sendo mais apropriado o cálculo de taxas padronizadas para melhor investigação do fenômeno nessa faixa etária<sup>15,16</sup>.

Em relação ao sexo mais prevalente, encontrou-se a relação masculino/feminino de 4:1 óbitos, semelhante ao observado nacionalmente e na maioria dos países desenvolvidos. A proporção de suicídios entre homens é, via de regra, maior que entre mulheres, porém guardam-se algumas diferenças regionais. Nos países em desenvolvimento, essa relação não é tão alta, girando em torno de 1,6:1. A proporção encontrada

neste estudo se aproxima da observada nos países europeus e norte-americanos<sup>4</sup>.

Uma exceção mundial é a zona rural da China, onde o número de suicídios é maior entre mulheres que homens, o que provavelmente se deve a questões de desigualdade de gênero ligadas ao trabalho e maior acesso a meios como pesticidas<sup>17</sup>.

Em relação à raça/cor, não se observou, como encontrado nos recentes trabalhos nacionais, maiores números entre pessoas indígenas<sup>5</sup>. Esses achados, novamente, podem ser atribuídos ao fato de as características demográficas serem analisadas proporcionalmente e não por coeficientes padronizados para cada uma das categorias raça/cor. Nesta análise proporcional, encontrou-se o predomínio da raça/cor parda, também predominante entre os habitantes do estado do Pará, segundo informações censitárias<sup>16</sup>.

O estado civil solteiro, predominante (74,34%) entre os óbitos por suicídio observados neste estudo, é reconhecidamente uma das características demográficas mais associadas ao suicídio e especula-se que se deve ao maior sentimento de isolamento, menos laços afetivos e, por vezes, falta de rede de apoio familiar nesse grupo<sup>6</sup>.

Há, na literatura, uma divisão teórica dos métodos de suicídio entre violentos e não violentos, a qual frequentemente é utilizada para descrever que os primeiros estão mais associados ao sexo masculino, o que explica o maior número de casos de suicídio entre homens, ao passo que os últimos, não violentos, são mais observados no sexo feminino, explicando por que, entre as mulheres, as tentativas são mais prevalentes que os suicídios em si.

Outros autores, entretanto, questionam o uso do termo “não violento” para se referir ao suicídio e sugerem a utilização dos termos “métodos de alta letalidade” para se referir, por exemplo, ao disparo de arma de fogo, salto de grandes alturas, entre outros métodos via de regra mais associados a um desfecho fatal; e “métodos de baixa letalidade” para descrever o envenenamento, cortes superficiais, entre outros<sup>13</sup>.

A importância de se conhecerem os métodos de suicídio mais utilizados se justifica diante das evidências de intervenções eficazes, por exemplo, restrição de acesso a pesticidas<sup>14</sup>, a armas de fogo<sup>15</sup> e a trilhos de trens e metrô. Entretanto, os métodos não são identificados



em cerca de 72% dos casos. Isso gera a necessidade de investigações regionais, para que se possam formular políticas de intervenção mais específicas.

O presente estudo evidenciou que a maioria dos suicídios no estado do Pará se dá através de enforcamento (65%). Entretanto, o disparo de arma de fogo teve importante peso entre homens (16,7%), e a intoxicação exógena, entre mulheres (24,3%). Nesses grupos, sim, há evidência suficiente de que políticas de restrição dos meios têm eficácia na prevenção. É válido destacar que a restrição de acesso a um dado meio não está associada ao aumento da morte por suicídio por outros métodos<sup>18</sup>.

No que diz respeito às taxas de suicídio encontradas neste estudo, é notável que as taxas nacionais, durante todo o período estudado, foram mais elevadas que as da Região Norte, e estas, por sua vez, maiores que as do estado do Pará. Entretanto, deve-se observar que o crescimento da taxa paraense (44%) foi maior que o dobro do crescimento da taxa nacional (20%), porém não superou o aumento da Região Norte (58,5%).

Vale ressaltar que as taxas nacionais, apesar de terem apresentado o menor crescimento no período deste estudo, vêm aumentando de forma progressiva e constante: na década de 1980, o crescimento foi de 9,4%; na década de 1990, o aumento foi de 23,9%; e nos anos 2000 a 2012, foi de 37,6%<sup>8</sup>, valor próximo ao observado atualmente para a taxa no estado do Pará (44%).

Esses dados corroboram estimativas da OMS feitas na virada do século XXI, as quais apontam o crescimento constante das taxas. Chama a atenção que essas estimativas mostram o grande aumento do suicídio, podendo chegar a mais de 1,5 milhão de mortes no ano de 2020, caso medidas preventivas não sejam adotadas regionalmente<sup>19</sup>.

As pequenas oscilações nas taxas de suicídio para mais ou para menos, via de regra, foram correspondentes na Região Norte e no estado do Pará, sugerindo que as mesmas influenciaram o aumento das taxas nacionais, tal como evidenciado por estudo de série histórica nacional<sup>7</sup>.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde calcula que cada CAPS está associado a uma redução média de 14% das mortes por suicídio nacionalmente, sugerindo como fator protetor a presença desses serviços nos municípios<sup>5</sup>.

No entanto, apesar da significativa melhora da cobertura de CAPS no estado do Pará, que era de 0,48 CAPS/100 mil habitantes em 2006, considerada de nível regular/baixo, e passou a ser de 1,06 CAPS/100 mil habitantes em 2015 (Tabela 3), melhor nível de cobertura segundo critérios do Ministério da Saúde<sup>5</sup>, as taxas de suicídio no estado tiveram aumento de 44%, saindo de 2,25 óbitos/100 mil habitantes em 2006 para 3,24 óbitos/100 mil habitantes em 2015 (Figura 1).

A análise cartográfica com recorte municipal identificou que alguns municípios apresentaram crescimento ou mantiveram altas taxas de suicídio apesar da melhoria na cobertura de CAPS; outros obtiveram pequenas, porém significativas reduções em suas taxas de mortalidade, em concomitância com melhoria do nível de cobertura de CAPS municipal; e um terceiro grupo de municípios, mesmo com altas taxas de morte por suicídio, não recebeu nenhum investimento no que diz respeito à cobertura de CAPS durante o período estudado (Figura 2).

Pesquisadores afirmam que a geografia tem muito a contribuir nos estudos epidemiológicos e na saúde coletiva e denominam essa área epidemiologia geográfica. Nesse sentido, é importante que estudos sejam feitos para apontar em quais territórios o suicídio revela-se um problema de maior dimensão, para que, assim, possa-se ampliar ou fortalecer os CAPS e outras estratégias preventivas nesses locais<sup>20</sup>.

Apesar dos CAPS serem considerados estratégicos na reformulação das políticas de saúde mental no Brasil, ainda faltam mecanismos de avaliação sistemáticos. Sabe-se, entretanto, que um único indicador, ainda que este seja a taxa de suicídio, não é capaz de inferir a efetividade de um serviço, dada a complexidade do tema<sup>21</sup>.

Segundo estudiosos, o campo de avaliação das políticas e estratégias em saúde tem crescido bastante nos últimos anos no Brasil. No que diz respeito à saúde mental, importantes avanços ocorreram, sustentados por avaliações qualitativas, com construção de indicadores, através de grupos focais com pacientes, profissionais, gestores e familiares, a exemplo dos estudos realizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Campinas<sup>22</sup>, e mais recentemente, ampliados para um número maior de CAPS no estado de São Paulo, por meio da mesma metodologia<sup>23</sup>.

**BRUNO SOUZA BRABO**  
**LUCAS FERNANDEZ PEREIRA**  
**PEDRO PAULO FREIRE PIANI**

## CONCLUSÃO

As taxas de suicídio cresceram mais na Região Norte e no estado do Pará no período estudado, em comparação com as taxas nacionais. No estado do Pará, a maior proporção das mortes ocorre entre adultos jovens, do sexo masculino, de estado civil solteiro e raça/cor parda. No mesmo período, houve um aumento da taxa de cobertura pelos CAPS.

Artigo submetido em 09/01/2019, aceito em 19/02/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Bruno Souza Brabo, Av. Senador Lemos, 435, Ed. Village Boulevard, sala 405, CEP 66050-000, Umarizal, Belém, PA.

E-mail: brunosbrabo@yahoo.com.br

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Genebra: WHO; 2014.
2. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Genebra: WHO; 2013.
3. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. General Assembly, Seventieth session. 2015;15-16301:1-35.
4. World Health Organization (WHO). Suicide data [Internet]. [cited 2018 May 25]. [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent)
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico. 2017;48(30).
6. Mello-Santos dC, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. Braz J Psychiatry. 2005;27:131-4.
7. Brasil, Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Mapa da violência: os jovens no Brasil. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria Nacional de Promoção da Igualdade Racial; 2014.
8. World Health Organization (WHO). World health statistics 2017: monitoring health for The SDGs. Genebra: WHO; 2017.
9. Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. Braz J Psychiatry. 2018;40:12-8.
10. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017. Genebra: WHO; 2017.
11. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10. Vol. 2. São Paulo: EDUSP; 2007.
12. Pritchard C, Hansen L. Examining undetermined and accidental deaths as source of "under-reported-suicide" by age and sex in twenty Western countries. Community Ment Health J. 2015;51:365-76.
13. Ishitani LH, Teixeira RA, Abreu DM, Paixão LM, França EB. Quality of mortality statistics' information: garbage codes as causes of death in Belo Horizonte, 2011-2013. Rev Bras de Epidemiol. 2017;20:S34-45.
14. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. J Affect Disord. 2001;63:159-70.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População [Internet]. [cited 2018 Jan 21]. [cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama](http://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama), acessado em 21/01/2018.
16. Gordis L. Epidemiologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
17. Chen YY, Chen M, Lui CSM, Yip PSF. Female labour force participation and suicide rates in the world. Soc Sci Med. 2017;195:61-7.
18. Anestis MD, Selby EA, Butterworth SE. Rising longitudinal trajectories in suicide rates: the role of firearm suicide rates and firearm legislation. Prev Med. 2017;100:159-66.
19. World Health Organization, Mental and Behavioural Disorders Team. Figures and facts about suicide. Genebra: WHO; 1999.



**BRUNO SOUZA BRABO<sup>1</sup>, LUCAS FERNANDEZ PEREIRA<sup>2</sup>, PEDRO PAULO FREIRE PIANI<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Médico psiquiatra. Mestre em Saúde Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS), Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA. <sup>2</sup> Médico psiquiatra. <sup>3</sup> UFPA, Belém, PA.

20. Mota AAd. Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental [dissertation]. São Paulo: UNESP; 2014.
21. Mendes MFM, Rocha CMF. Artigo original avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. Saude Rede. 2016;2:352-9.
22. Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Mirandal L, Pegolo da Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saude Publica. 2009;43:16-22.
23. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saude Debate. 2017;41:71-83.



# Alcance o público certo!

## **INVISTA** ↑ NA SUA ASSOCIAÇÃO NO SEU NEGÓCIO

Se você tem uma clínica ou deseja divulgar seu negócio, aproveite, você também pode utilizar nossas mídias e publicações para isso!

PREÇO ESPECIAL PARA DATAS COMEMORATIVAS



Entre em contato: [comercial@abp.org.br](mailto:comercial@abp.org.br)

## LONGEVIDADE E TRAUMA POR QUEDAS

### LONGEVITY AND TRAUMA FROM FALLS

#### Resumo

**Objetivo:** O trauma se apresenta, atualmente, como a quinta causa de morte na população idosa. As quedas são consideradas a segunda causa de mortes por lesões acidentais ou intencionais em todo o mundo, atrás apenas dos acidentes de trânsito. Esta pesquisa objetivou determinar a frequência de quedas e analisar as principais razões desse evento em pessoas na faixa etária acima dos 60 anos de idade cadastradas no módulo de saúde do bairro Mocinha Magalhães.

**Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo, do tipo inquérito, em que a amostra foi composta por 100 idosos. A análise estatística foi feita pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e pelo teste qui-quadrado.

**Resultados:** A frequência de quedas foi de 21% no último ano; oito indivíduos relataram internação por queda, e três sofreram fraturas. Dos entrevistados, 54% era do sexo feminino. Em relação aos fatores associados com quedas, como a doença de Parkinson e o uso de medicamentos no dia da queda, todos apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** Por meio deste estudo, foi possível delinear os eventos de quedas dessa população e chamar a atenção para o desenvolvimento de atividades que venham estimular a atividade motora e cognitiva dos idosos, com a finalidade de minimizar o risco de quedas.

**Palavras-chave:** Longevidade, envelhecimento, trauma por quedas.

#### Abstract

**Objective:** Trauma is currently the fifth cause of death in the elderly population. Falls are considered the second most common cause of death by accidental or intentional injuries worldwide, exceeded only by traffic accidents. This study aimed to determine the frequency of falls and to analyze the main reasons for this event

among people aged above 60 years and enrolled in the health module of the Mocinha Magalhães district.

**Methods:** This was a quantitative, descriptive, cross-sectional survey involving a sample of 100 elderly people. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 20.0, and the chi-square test.

**Results:** The frequency of falls in the past year was 21%; eight individuals reported hospitalization due to falls, and three suffered fractures. Also, 54% of the respondents were female. All factors associated with falls, e.g., Parkinson's disease and the use of medications on the day of the fall, showed statistical significance ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** This study allowed to identify the occurrence of falls in this population and to draw attention to the development of activities that may stimulate motor and cognitive activity in the elderly, in order to minimize the risk of falls.

**Keywords:** Longevity, aging, trauma from falls.

#### INTRODUÇÃO

O envelhecimento influencia diretamente o aumento das taxas de morbidade e mortalidade referentes ao trauma<sup>1</sup>. Estudos demonstram que as características fisiológicas próprias do idoso, bem como a presença frequente de doenças associadas, fazem com que esse grupo de pessoas, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como indivíduos com 60 anos ou mais, comporte-se diferentemente e de forma mais complexa do que os demais grupos etários. Somado a esses relatos, existem pesquisas que revelam que o crescimento populacional de idosos, associado a uma forma de vida mais saudável e mais ativa, favorece de forma crítica a exposição ao trauma<sup>2,3</sup>, atualmente a quinta causa de morte na população idosa<sup>4</sup> e aqui definido como o conjunto das perturbações causadas subitamente por



**SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, GLAUBER ALVES LUCENA<sup>2</sup>, MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Médica especialista, Secretária de Saúde do Estado do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora adjunta, Cursos de Medicina e Direito, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>2</sup> Médico egresso, Ufac, Rio Branco, AC. Médico, SESACRE, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>3</sup> Escritora e pesquisadora colaboradora, Ufac, Rio Branco, AC. <sup>4</sup> Médico especialista, SESACRE, Rio Branco, AC. Doutor, professor adjunto, Curso de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

um agente físico, de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas nos diferentes segmentos corpóreos.

O trauma por quedas é considerado, mundialmente, um problema de saúde pública<sup>5</sup>, sendo ranqueado como a segunda causa de mortes por lesões acidentais ou intencionais em todo o mundo, atrás apenas dos acidentes de trânsito<sup>5,6</sup>. A maioria das definições de trauma por queda estabelece o caráter súbito, inesperado e não intencional de um evento, que resulta na ida do paciente ao chão<sup>7,8</sup> ou a um nível mais baixo com relação à posição inicial ou a qualquer altura<sup>9</sup>. Para Cunha & Guimarães, a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura<sup>10</sup>.

Entre os idosos, a queda é o mecanismo de lesão mais frequente (40%), seguida pelo acidente automobilístico (28%), atropelamento (10%), ferimento por arma de fogo e arma branca (8%), entre outros<sup>3</sup>. O trauma decorrente de quedas em idosos tem como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização, gerando não apenas prejuízo físico e psicológico, mas também aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados<sup>11</sup>.

Estima-se que, no mundo, a cada ano, 424.000 pessoas morram por quedas<sup>3</sup>. No Brasil, estima-se que ocorreram 12.724 óbitos por quedas no ano de 2014<sup>12</sup>. A ampliação do conhecimento sobre os preditores de trauma por quedas vem sendo incentivada pela OMS, constituindo-se um dos pilares do modelo de prevenção de quedas<sup>13</sup>.

Nessa perspectiva, este estudo objetivou determinar a frequência de quedas e de quedas recorrentes, seus fatores associados e suas consequências em idosos, estimando-se os riscos individuais.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, sob a forma de inquérito domiciliar, derivado de subprojeto de pesquisa desenvolvido com pacientes idosos em hospital terciário e módulos de saúde, por pesquisadores do curso de medicina da Universidade

Federal do Acre (UFAC), que integram o Núcleo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Saúde (NUEEPS) da UFAC desde o ano de 2005.

A amostra foi composta por idosos (n = 100), residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família do bairro Mocinha Magalhães, em Rio Branco (AC). Cada idoso recebeu visita domiciliar (VD) no ano de 2014, sendo os dados coletados no período de maio a agosto deste ano, por meio de entrevista direta.

Os critérios de inclusão considerados foram: todos os pacientes idosos (> 60 anos de idade), independentemente de cor, sexo, raça, patologias prévias, condição social ou cultural, cadastrados no módulo de saúde da família do bairro Mocinha Magalhães. Foram excluídas as pessoas com idade inferior a 60 anos de idade e as que não estavam cadastradas no módulo.

Após a aceitação dos pacientes em participar da pesquisa voluntariamente (com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido), cada um deles foi entrevistado, aplicando-se um questionário baseado no método desenvolvido por Lachs et al.<sup>14</sup>, composto por oito seções: I - Identificação; II - Efeito da queda [(a) Já sofreu queda este ano? (b) Qual a data da última queda? (c) Em 6 meses, caiu quantas vezes? (d) Já ficou internado por quedas? (e) O principal motivo da internação foi o evento queda?]; III - Variáveis sociais e demográficas; IV - Saúde [(a) hipertensão arterial sistêmica, (b) diabetes melito, (c) cardiopatias, (d) hepatopatias, (e) doença renal, (f) epilepsia, (g) doença de Parkinson, (h) doenças osteoarticulares, (i) tontura]; V - Escala de Lawton e Brody para atividades instrumentais da vida diária (AIVD); VI - Circunstâncias da queda; VII - Uso de álcool, café e tabaco; VIII - Uso de medicamentos.

Para mensuração da capacidade funcional, utilizaram-se: Escala de Katz [escala de independência em atividades da vida diária (AVD)], elaborada e adaptada à realidade brasileira<sup>15</sup>; Escala de Lawton e Brody para AIVD, adaptada no Brasil<sup>16</sup>; e questionário estruturado, contendo 13 questões para avaliação das atividades avançadas da vida diária (AAVD)<sup>17</sup>.

Os dados sociodemográficos, os indicadores clínicos e de saúde, as morbidades e queixas autorreferidas pelo idoso e a ocorrência de quedas no último ano foram coletados em instrumento construído por pesquisadores do NEEPS/UFAC.

**SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA**  
**GLAUBER ALVES LUCENA**  
**MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA**  
**SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES**

# ARTIGO

A síndrome do medo de cair foi avaliada por meio da Escala Internacional de Eficácia de Quedas, adaptada e validada para o Brasil [Falls Efficacy Scale - International Among Elderly Brazilians (FES-I-BRASIL)], onde o escore total varia entre 16 e 64, sendo que o menor valor corresponde à ausência de preocupação mediante a possibilidade de cair, e o maior valor, à preocupação extrema em relação às quedas<sup>18</sup>.

O desempenho físico foi avaliado pela versão brasileira da Short Physical Performance Battery (SPPB), que é composta pela somatória da pontuação adquirida nos testes de equilíbrio, velocidade da marcha e teste de levantar-se da cadeira cinco vezes consecutivas, com escores que variam de 0 (pior desempenho) a 4 (melhor desempenho)<sup>19</sup>.

As variáveis do estudo foram: características sociodemográficas [sexo (feminino/masculino), faixa etária, escolaridade, estado conjugal (com companheiro/sem companheiro) e arranjo de moradia (acompanhado/sozinho)]; morbidades e queixas autorreferidas; número de medicamentos de uso regular; percepção de saúde (péssima/má/regular/boa); uso de dispositivo auxiliar de marcha (usa/não usa); capacidade funcional para AVD (independente/dependente) e para AIVD (independente/dependente); quedas (ocorreu/não ocorreu).

Segundo a convenção da legislação brasileira, idosos são todos aqueles maiores de 60 anos de idade. Este estudo define queda como um evento não intencional, que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial.

Foram observadas e obedecidas as diretrizes e normas preconizadas pela resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE) com protocolo nº 078-2010.

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0 para Windows®, para posterior análise. Duas ou mais proporções foram comparadas com o teste qui-quadrado de Pearson quando o número de observações esperadas foi maior do que 5, ou teste exato de Fisher quando o número de

observações esperadas foi menor do que 5. Variáveis contínuas foram analisadas com o teste de Anova, considerando-se estatisticamente significantes valores de p inferiores a 0,05.

## RESULTADOS

Foram estudados 100 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (54%), com idade entre 60 e 65 anos (média), de raça parda e casada. Todos os idosos entrevistados são brasileiros.

Quanto à escolaridade, 29% (n = 29) somente assinam o nome; além disso, 88% (n = 88) possuem até o ensino fundamental completo. A maioria (35,48%; n = 33) das residências com idosos possui apenas dois moradores, e a maior renda encontrada foi de até cinco salários mínimos, sendo que em 79% (n = 79) a renda é proveniente de aposentadoria (Tabela 1).

Em relação às condições de moradia, a maioria (79,35%; n = 73) possui banheiro dentro de casa, e todos possuem ruas pavimentadas, bem como iluminação pública (Tabela 1).

As principais morbidades relatadas pelos idosos foram hipertensão arterial sistêmica (63,64%; n = 63), uso de óculos (57,58%; n = 57), internações anteriores não relacionadas a quedas (47,87%; n = 45) e tonturas (45,36%; n = 44). Foram encontrados 6,25% (n = 6) de idosos acamados no momento da entrevista (Tabela 2).

Em relação às quedas, 21% (n = 21) relataram algum tipo de queda nesse ano, e 15,09% (n = 8) já foram internados por quedas. O período em que mais ocorreu a queda foi pela manhã, em 50% (n = 13) dos casos, sendo que 12% (n = 3) relataram ter ocorrido fratura no membro inferior, e não foi necessária cirurgia nesses casos (Tabela 3). O principal local de queda encontrado foi a residência do idoso, principalmente varanda (27,78%; n = 5), quarto (22,22%; n = 4) e área externa (22,22%; n = 4); em 69,23% (n = 18) das quedas, o idoso encontrava-se andando antes de cair. Com relação ao ambiente em que caiu, a maioria ocorreu em casas com superfície de cerâmica, ladrilho ou mármore (46,15%; n = 12). Em 65,38% (n = 17) das quedas, o idoso relatou que a superfície não estava molhada, e 84,62% (n = 22) não tropeçaram antes de cair (apenas 26 idosos relataram no total). Em 24 casos relatados, 50% (n = 12) usavam chinelo no momento da queda, e 64,71% (n = 11) dos idosos estavam usando óculos no momento da queda (Tabela 4).

**SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, GLAUBER ALVES LUCENA<sup>2</sup>, MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Médica especialista, Secretaria de Saúde do Estado do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora adjunta, Cursos de Medicina e Direito, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>2</sup> Médico egresso, Ufac, Rio Branco, AC. Médico, SESACRE, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>3</sup> Escritora e pesquisadora colaboradora, Ufac, Rio Branco, AC. <sup>4</sup> Médico especialista, SESACRE, Rio Branco, AC. Doutor, professor adjunto, Curso de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

Em relação ao uso de tabaco, cafeína e álcool, 15% (n = 15) dos idosos relataram uso de tabaco, 83% (n = 83) consomem cafeína, dois idosos (2%) relataram consumo de bebida alcoólica, e apenas um idoso relatou que seu hábito de consumo de bebida alcoólica é inferior a uma vez por semana; não houve relato de consumo de bebida alcoólica anteriormente à queda. Com relação aos medicamentos utilizados pelos idosos, 79% (n = 79) fazem uso de algum medicamento, 20% (n = 20) não usam nenhum medicamento, e um idoso não relatou. No momento da queda, 17% (n = 17) dos idosos estavam sob efeito de algum medicamento.

Quando associou-se a ocorrência de queda com deformidade nos pés, a frequência dos idosos que caem é maior (p = 0,001). Foi encontrada também associação com o local da queda, sendo mais frequente a ocorrência

em casa (p = 0,003). Também se mostrou estatisticamente significativa a associação entre queda e presença de doença renal (p = 0,005) e Parkinson (p = 0,006), na qual todos os casos culminaram com o desfecho. Foram significantes também as associações de quedas com o uso de medicamentos, tanto contínuo como no dia do evento, e com o cômodo da casa em que ocorreu a queda, sendo mais frequentes em quem usa algum tipo de medicamento e em quem usou no dia do evento e mais associadas à varanda, ao quarto e à área externa (Tabela 4).

**DISCUSSÃO**

A frequência de quedas em idosos encontrada foi de 21% no último ano. Este é um valor comparável apenas ao estudo de Messias et al.<sup>20</sup>, que encontrou cerca de 30% de queda durante os anos de 1997 a 2007. Porém,

**Tabela 1** - Características demográficas e socioeconômicas dos idosos, Rio Branco (AC), 2014 (n = 100)

Variável	n	%	Variável	n	%
Sexo			Escolaridade		
Masculino	46	46,00	Analfabeto	23	23,00
Feminino	54	54,00	Somente assina o nome	29	29,00
Idade (anos)*			Fundamental incompleto	19	19,00
60-65	30	30,61	Fundamental completo	17	17,00
66-70	18	18,37	Médio incompleto	9	9,00
71-75	18	18,37	Médio completo	2	2,00
76-80	12	12,24	Superior completo	1	1,00
> 80	20	20,41	Número de pessoas que moram no domicílio <sup>‡</sup>		
Raça <sup>†</sup>			Mora sozinho	4	4,3
Parda	82	90,10	2	33	35,48
Branca	8	8,8	3	16	17,20
Negra	1	1,1	4	14	15,05
Estado civil*			5	18	19,35
Solteiro	7	7,14	6	6	6,45
Casado	45	45,92	7	1	1,08
Divorciado	9	9,18	9	1	1,08
Viúvo	33	33,67	Tem banheiro externo <sup>§</sup>		
União estável	4	4,08	Não	73	79,35
			Sim	19	20,65

Número de perdas por variável: \*2, <sup>†</sup>9, <sup>‡</sup>7, <sup>§</sup>8.

**Tabela 2** - Frequência das principais morbidades dos idosos, Rio Branco (AC), 2014

Variável	n	%	Variável	n	%
Acidente vascular encefálico*			Doença renal <sup>  </sup>		
Não	88	88,89	Não	90	97,83
Sim	11	11,11	Sim	2	2,17
Usa óculos*			Epilepsia <sup>¶</sup>		
Não	42	42,42	Não	97	98,98
Sim	57	57,58	Sim	1	1,02
Usa aparelho auditivo*			Parkinson <sup>¶</sup>		
Não	95	95,96	Não	96	97,96
Sim	4	4,04	Sim	2	2,04
Usa bengala*			Osteoartropatia <sup>‡</sup>		
Não	91	91,92	Não	78	89,86
Sim	8	8,08	Sim	9	10,34
Tem deformidade nos pés*			Reumatismo**		
Não	94	94,95	Não	73	78,49
Sim	5	5,05	Sim	20	21,51
Internações anteriores não relacionadas a queda <sup>†</sup>			Artrite**		
Não	49	52,13	Não	82	88,17
Sim	45	47,87	Sim	11	11,83
Hipertensão arterial sistêmica*			Artrose <sup>†</sup>		
Não	36	36,36	Não	85	90,43
Sim	63	63,64	Sim	9	9,57
Diabetes melito*			Osteoporose <sup>††</sup>		
Não	85	85,86	Não	80	86,96
Sim	14	14,14	Sim	12	13,04
Cardiopatia <sup>‡</sup>			Tonturas <sup>††</sup>		
Não	76	87,36	Não	53	54,64
Sim	11	12,64	Sim	44	45,36
Hepatopatia <sup>§</sup>			Depressão <sup>††</sup>		
Não	81	92,05	Não	79	82,29
Sim	7	7,95	Sim	17	17,71
			Acamado <sup>††</sup>		
			Não	90	93,75
			Sim	6	6,25

Número de perdas: \*1, †6, †13, §12, ||8, ¶2, \*\*7, ††3, ††4.

**SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, GLAUBER ALVES LUCENA<sup>2</sup>, MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Médica especialista, Secretaria de Saúde do Estado do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora adjunta, Cursos de Medicina e Direito, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>2</sup> Médico egresso, Ufac, Rio Branco, AC. Médico, SESACRE, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>3</sup> Escritora e pesquisadora colaboradora, Ufac, Rio Branco, AC. <sup>4</sup> Médico especialista, SESACRE, Rio Branco, AC. Doutor, professor adjunto, Curso de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

**Tabela 3** - Características da queda em idosos, Rio Branco (AC), 2014 (n = 100)

Variável	n	%	Variável	n	%
Queda no último ano			Local da casa em que ocorreu a queda**		
Não	79	79,00	Quarto	4	22,22
Sim	21	21,00	Sala	1	5,56
Número de quedas em 12 meses*			Cozinha	1	5,56
0	35	60,34	Banheiro	2	11,11
1	15	25,86	Varanda	5	27,78
2	5	8,62	Área externa	4	22,22
3	3	5,17	Outro	1	5,56
Número de quedas em 6 meses†			Atividade no momento da queda <sup>§</sup>		
0	19	59,38	Andando	18	69,23
1	6	18,75	Sentado	2	7,69
2	5	15,63	Deitado	5	19,23
3	2	6,25	Outro	1	3,85
Internação por queda‡			Superfície da queda <sup>§</sup>		
Não	45	84,91	Madeira	4	15,38
Sim	8	15,09	Cerâmica, mármore	12	46,15
Período da queda <sup>§</sup>			Terra	5	19,23
Manhã	13	50,00	Gramado	1	3,85
Tarde	8	30,77	Asfalto	3	11,54
Noite	4	15,38	Outro	1	3,85
Madrugada	1	3,85	Superfície molhada <sup>§</sup>		
Fratura <sup>  </sup>			Não	17	65,38
Não	22	88,00	Sim	9	34,62
Sim	3	12,00	Tropeçou em algo <sup>§</sup>		
Parte do corpo fraturada <sup>¶</sup>			Não	22	84,62
Membro inferior	3	100,00	Sim	4	15,38
Precisou de cirurgia <sup>¶¶</sup>			Tipo de calçado na queda <sup>††</sup>		
Não	3	100,00	Descalço	6	25,00
Local da queda <sup>§</sup>			Sapato com sola de couro	1	4,17
Casa	19	73,08	Sapato com sola de borracha	3	12,50
Rua	7	26,92	Chinelo	12	50,00
			Sandália	2	8,33
			Estava usando óculos <sup>††</sup>		
			Sim	11	64,71
			Não	6	35,29

Número de perdas: \*42, †68, †47, §74, ||75, ¶97, \*\*82, ††76, ††83.

**Tabela 4** - Presença de queda e variáveis associadas à queda, Rio Branco (AC), 2014

Variável	Queda esse ano						p
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Deformidade nos pés							
Não	77	98,72	17	80,95	94	94,95	
Sim	1	1,28	4	19,05	5	5,05	0,001
Total	78	100,00	21	100,00	99	100,00	
Local da queda							
Casa	1	20,00	18	85,71	19	73,08	
Rua	4	80,00	3	14,29	7	26,92	0,003
Total	5	100,00	21	100,00	26	100,00	
Estava usando óculos							
Sim	4	100,00	7	53,85	11	64,71	
Não	-	-	6	46,15	6	35,29	0,091
Total	4	100,00	13	100,00	17	100,00	
Doença renal							
Não	73	100,00	17	89,47	90	97,83	
Sim	-	-	2	10,53	2	2,17	0,005
Total	73	73,00	19	100,00	92	100,00	
Epilepsia							
Não	77	100,00	20	95,24	97	98,98	
Sim	-	-	1	4,76	1	1,02	0,054
Total	77	100,00	21	100,00	98	100,00	
Parkinson							
Não	77	100,00	19	90,48	96	97,96	
Sim	-	-	2	9,52	2	2,04	0,006
Total	77	100,00	21	100,00	98	100,00	
Doença osteoarticular							
Não	63	92,65	15	78,95	78	89,66	
Sim	5	7,35	4	21,05	9	10,34	0,083
Total	68	100,00	19	100,00	87	100,00	
Usa medicamento							
Não	19	24,36	1	4,76	20	20,20	
Sim	59	75,64	20	95,24	79	70,80	0,047
Total	78	100,00	21	100,00	99	100,00	
Uso de medicamento no dia da queda							
Não	4	66,67	4	21,05	8	32,00	
Sim	2	33,33	15	78,95	17	68,00	0,037
Total	6	100,00	19	100,00	25	100,00	
Cômodo da casa onde ocorreu a queda							
Quarto	-	-	4	23,53	4	22,22	
Sala	1	100,00	-	-	1	5,56	
Cozinha	-	-	1	5,88	1	5,56	0,006
Banheiro	-	-	2	11,76	2	11,11	
Varanda	-	-	5	29,41	5	27,78	
Área externa	-	-	4	23,53	4	22,22	
Outro	-	-	1	5,88	1	5,56	
Total	1	100,00	17	100,00	18	100,00	



**SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, GLAUBER ALVES LUCENA<sup>2</sup>, MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Médica especialista, Secretaria de Saúde do Estado do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora adjunta, Cursos de Medicina e Direito, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>2</sup> Médico egresso, Ufac, Rio Branco, AC. Médico, SESACRE, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>3</sup> Escritora e pesquisadora colaboradora, Ufac, Rio Branco, AC. <sup>4</sup> Médico especialista, SESACRE, Rio Branco, AC. Doutor, professor adjunto, Curso de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

esse valor é inferior ao da maioria dos estudos, em que as prevalências foram de 37,5<sup>21</sup>, 37,2<sup>22</sup> e 34,8%<sup>23</sup>.

Não houve significância estatística quanto ao sexo mais acometido por quedas, diferentemente dos estudos de Siqueira et al.<sup>23</sup>, em que a prevalência foi maior em mulheres (40,1%). O principal local relacionado à queda foi a rua nos estudos de Guimarães et al.<sup>24</sup> e Ribeiro et al.<sup>21</sup>; já em nosso estudo, foi significativa a queda na residência como local mais frequente (73,4%). O estudo de Fabricio et al.<sup>25</sup> apresentou dados semelhantes, com maiores números de quedas no domicílio (66%). Os cômodos mais envolvidos foram varanda, quarto e área externa; já no estudo de Gonçalves et al.<sup>26</sup>, com idosos institucionalizados, foi evidenciado maior número de quedas no quarto (23%). Geralmente, idosos não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras) e sim em atividades rotineiras<sup>25</sup>. Em nosso estudo, constatou-se que a maior parte dos idosos que caíram estava caminhando e não tropeçou para que ocorresse a queda.

O principal calçado utilizado no momento da queda foi o chinelo. O estudo de Ribeiro et al. encontrou 64,7% de idosos que usavam calçados inadequados quando caíram. O uso de calçados inadequados, como chinelos, pode favorecer eventos negativos como as quedas<sup>21</sup>.

A parte do corpo mais acometida de fraturas pós-quedas foi o membro inferior. Kannus et al.<sup>27</sup>, na Finlândia, e Becker et al.<sup>28</sup>, na Alemanha, também observaram que a fratura, sobretudo a do fêmur, foram as mais frequentes consequências de quedas de idosos. Esse fator é importante à medida que promove maior dependência do idoso em suas atividades diárias e influencia negativamente na qualidade de vida do idoso. Foi evidenciado, no estudo de Fabricio et al.<sup>25</sup>, que a queda teve grande impacto na vida do idoso no que se refere às atividades da vida diária. Provocou maior dependência para a realização de atividades, como deitar/levantar-se, caminhar em superfície plana, cortar as unhas dos pés, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, fazer compras, usar transporte coletivo e subir escadas<sup>25,27,28</sup>.

Quanto às comorbidades do idoso, foram encontradas frequências maiores de hipertensão arterial, problemas visuais, internação por outro motivo e tonturas. Encontrou-se significância estatística ( $p < 0,05$ ) ao

relacionar a queda com a presença de deformidade nos pés. Segundo Ribeiro et al.<sup>21</sup>, entre os fatores de risco intrínsecos investigados, destacam-se os problemas de saúde relatados por 77,8% dos idosos; entre eles, encontram-se problemas cardiovasculares (67,8%), osteomusculares (42,8%) e endócrinos (28,6%) como os mais relacionados a quedas.

Foram encontradas significâncias estatísticas ( $p < 0,05$ ) entre o número de quedas e a ocorrência de doença renal e Parkinson. No estudo de Ferreira et al.<sup>22</sup>, cita-se a importância da avaliação de distúrbios hidroeletrólíticos como favorecedor de quedas em idosos, neste caso, como reação adversa a medicamentos. Porém, em decorrência de doenças renais, também podem ocorrer distúrbios hidroeletrólíticos. A doença de Parkinson foi considerada, com base no estudo de Christofoletti et al.<sup>29</sup>, como de risco para quedas, sendo proposto, para esses casos, medidas de estimulação motora e cognitiva.

Muitos episódios sem causas evidentes são premonitórios de doenças agudas: a queda, nesses casos, manifesta-se como sintoma prodromático de eventos agudos, como pneumonia, infecção urinária e insuficiência cardíaca. Daí ser considerada como um dos gigantes da geriatria, por ser manifestação atípica de doenças agudas ou estar relacionada às comorbidades ou à polifarmácia e iatrogenia<sup>30</sup>.

A frequência maior de quedas deu-se em idosos que usam e que usaram no dia da queda algum tipo de medicamento, sendo encontrada significância de  $p < 0,05$ . De acordo com estudo de Fabricio et al.<sup>25</sup>, não foi verificada relação direta entre o uso de medicação e a queda, porém deve-se ressaltar que, no decorrer da coleta de dados, foi observado que 70% dos idosos faziam uso de algum tipo de medicação antes de cair, todas prescritas por médicos. Entretanto, outros autores consideram como fatores intrínsecos para quedas a polifarmácia e o uso continuado de medicamentos<sup>21-25</sup>.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, verificamos uma frequência de queda em idosos da comunidade do bairro Mocinha Magalhães de 21%, frequência menor que a encontrada em Ribeiro et al.<sup>21</sup> e Ferreira et al.<sup>22</sup>. Também verificamos como fatores intrínsecos associados à queda: deformidade nos pés, doença renal, Parkinson e uso de

**SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA**  
**GLAUBER ALVES LUCENA**  
**MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA**  
**SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES**

medicamento. Como fatores ambientais, destacam-se o local da queda e o cômodo da residência onde a queda ocorreu, todos apresentando relevância estatística. Como consequência das quedas, identificamos oito internações e apenas três fraturas de membro inferior, não sendo necessária cirurgia.

Através deste estudo, pode-se verificar como se desenham os eventos de quedas na população de idosos e, com isso, desenvolver estratégias para reduzir o risco de quedas.

O estudo permite trabalhar a promoção e prevenção de cuidados pré e pós-quedas, assim como o desenvolvimento de atividades que possam estimular a atividade motora e cognitiva e de estratégias que visem à minimização dos riscos de quedas intradomiciliares.

Artigo submetido em 17/05/2018, aceito em 01/08/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

**Fonte de financiamento:** Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC.

**Correspondência:** Sandra Márcia Carvalho de Oliveira, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD), Universidade Federal do Acre, Campus Universitário, BR 364, km 4, Distrito Industrial, CEP 69915-900, Rio Branco, AC. Tel.: (68) 39012500. E-mail: sandraoliveira@ufac.br

## Referências

1. Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py Lígia, Caçado FAX, Gorzone ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 2-12.
2. World Health Organization (WHO). World Alliance for patient safety [Internet]. 2010 [cited 2019 Feb 11]. [www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/](http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/)
3. Souza JAG, Iglesias ACRG. Tauma no idoso. Rev Assoc Bras. 2002;48:79-96.
4. Lima RS, Campos ML. [Profile of the elderly trauma victims assisted at an Emergency Unit]. Rev Esc Enferm USP. 2011;45:659-64.
5. dos Santos Filho OM. Assistência do enfermeiro a pacientes idosos com trauma de fêmur [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
6. Oliveira SMC, Marinho RCN. Estudo sobre a prevalência de quedas em idosos. Rev Human Innov. 2018;5:252-89.
7. Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary fall prevention program. BMC Health Serv Res. 2006;6:69.
8. The Joint Commission. Implementation guide for the NQF endorsed nursing-sensitive care measure set. Oakbrook Terrace: The Joint Commission; 2009.
9. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med. 2003;348:42-9.
10. Cunha UG, Guimarães RM. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In: Guimarães RM, Cunha UG. Sinais e sintomas em geriatria. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. p. 141-54.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
12. Perracini MR, Ramos LR. [Fall-related factors in a cohort of elderly community residents]. Rev Saude Publica. 2002;36:709-16.
13. São Paulo, Secretaria da Saúde. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo: SES; 2010.
14. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM Jr, Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC, et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. Ann Intern Med. 1990;112:699-706.
15. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buskman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). Cad Saude Publica. 2008;24:103-12.
16. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. RBPS. 2008;21:290-6.
17. Baltes PB, Mayer KU. The Berlin aging study: aging from 70 to 100. New York: Cambridge University; 1999.

**SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, GLAUBER ALVES LUCENA<sup>2</sup>, MARIA APARECIDA BUZINARI DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, SEBASTIÃO AFONSO VIANA MACEDO NEVES<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Médica especialista, Secretaria de Saúde do Estado do Acre (SESACRE), Rio Branco, AC. Professora adjunta, Cursos de Medicina e Direito, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>2</sup> Médico egresso, Ufac, Rio Branco, AC. Médico, SESACRE, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC. <sup>3</sup> Escritora e pesquisadora colaboradora, Ufac, Rio Branco, AC. <sup>4</sup> Médico especialista, SESACRE, Rio Branco, AC. Doutor, professor adjunto, Curso de Medicina, Ufac, Rio Branco, AC. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, AC.

18. Camargos FF, Dias RC, Dias JM, Freire MT. Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Efficacy Scale - International Among Elderly Brazilians (FES-IBRAZIL). Rev Bras Fisioter. 2010;14:237-43.
19. Nakano MM. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery - SPPB: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade [thesis]. Campinas: Universidade de Campinas, Faculdade de Educação; 2007.
20. Messias MG, Neves RF. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009;12:275-82.
21. Ribeiro AP, de Souza ER, Atie S, de Souza AC, Schilithiz AO. [The influence of falls on the quality of life of the aged]. Cien Saude Colet. 2008;13:1265-73.
22. Ferreira DC, Yoshitome AY. [Prevalence and features of falls of institutionalized elders]. Rev Bras Enferm. 2010;63:991-7.
23. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. Cad Saude Publica. 2011;27:1819-26.
24. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. Rev Bras Med Esporte. 2005;11:299-305.
25. Fabricio SC, Rodrigues RA, da Costa ML Jr. [Falls among older adults seen at a São Paulo State public hospital: causes and consequences]. Rev Saude Publica. 2004;38:93-9.
26. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de queda em idosos asilados no município de Rio Grande do Sul. Rev Saude Publica. 2008;42:938-45.
27. Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niemi S, Palvanen M, Järvinen M, et al. Fall-induced injuries and deaths among older adults. JAMA. 1999;281:1895-9.
28. Becker C, Gebhard F, Muche R, Scheible S, Nikolaus T. Epidemiologie von Stürzen Älterer. Z Orthop Unfall. 1999;137:482-5.
29. Christoforetti G, Oliani MM, Gobbi LTB, Gobbi S, Stella F. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. Rev Bras Fisioter. 2006;10:429-33.
30. Barbosa MT. Como avaliar quedas em idosos? Rev Assoc Med Bras. 2001;47:85-109.



INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

TODAS AS TERÇAS-FEIRAS

**20:30 horas ao vivo**

**Facebook: abpbrasil**

*O programa ABP TV proporciona educação continuada para você associado e ajuda na luta contra o estigma. Participe!*

## PROPSIQ

é o programa de atualização desenvolvido pelo Secad em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e profissionais consagrados. É dirigido a você, psiquiatra, médico-residente, mestrando, doutorando ou profissional da área.



12x de R\$ 105,00  
1.260,00

6x de R\$ 190,00  
1.140,00

à vista com  
**15% de desconto**  
R\$ 1.069,00

**VOCÊ EM CONSTANTE ATUALIZAÇÃO  
COM OS ESTUDOS EM PSIQUIATRIA.**

São ciclos de atualização de 12 meses e ao final  
você recebe o certificado de atualização profissional!



Faça já sua inscrição  
[www.secad.com.br](http://www.secad.com.br)

# **PARTICIPE DE SORTEIOS EXCLUSIVOS TODA SEMANA**

**ACESSE NOSSA NEWSLETTER**

**Associado, toda semana realizamos sorteios através da nossa newsletter. Concorra a livros, cursos e inscrições de eventos em todo o Brasil!**



## CONSULTORIA PSIQUIÁTRICA FORENSE EM UM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO

### FORENSIC PSYCHIATRY CONSULTATION AT A UNIVERSITY GENERAL HOSPITAL

#### Resumo

Dentre as especialidades médicas, a psiquiatria é uma das que mais se destaca no que diz respeito à interface com o direito, e foi nesse contexto que surgiu a subespecialidade da psiquiatria forense, ainda na primeira metade do século XIX. Apesar disso, foi somente nos anos 1990 que essa área de atuação da psiquiatria recebeu o devido reconhecimento oficial, tanto no exterior quanto no Brasil. Seguindo a tendência mundial da crescente presença da psiquiatria nos hospitais gerais e da frequente discussão a respeito de dilemas éticos na medicina, pioneiramente, em 2015, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) propôs um novo modelo de consultoria psiquiátrica forense. Outras descrições de modelos semelhantes datam, em geral, da década de 1980, sendo a mais recente de 2016. Nesse sentido, foram estudados 3 anos e 7 meses do modelo do HCPA, e os achados iniciais mostraram um progressivo crescimento de solicitações, com 19% de aumento entre o segundo e o terceiro anos e 31% de aumento levando-se em conta o mesmo período do terceiro para o quarto ano. Além disso, 26 especialidades médicas diferentes solicitaram avaliações por diferentes motivos, que foram agrupados em seis grupos principais: avaliação de capacidades civis; avaliação da capacidade de guarda de menores; avaliação diagnóstica de transtorno de personalidade; avaliação diagnóstica de transtorno factício/transtorno factício imposto a outro/simulação/motivação; avaliação de risco de violência; e avaliação de violência sexual/maus tratos. Esses resultados preliminares são inéditos no Brasil, e espera-se que sirvam de base para a planificação da assistência dessa população e como fonte de pesquisas futuras.

**Palavras-chave:** Consultoria, psiquiatria forense, hospital geral.

#### Abstract

Psychiatry is one of the medical specialties that most stands out for its relationship with law, and it was in this context that the subspecialty forensic psychiatry emerged, still in the first half of the 19th century. Nevertheless, it was only in the 1990s that this field of study became officially recognized, both abroad and in Brazil. Following the worldwide trend towards an increased presence of psychiatry in general hospitals, and frequent discussions about ethical dilemmas in medicine, in 2015 the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pioneered the proposal of a new model of forensic psychiatry consultation. Other similar models have been described and generally date back to the 1980s; the most recent one was described in 2016. In this scenario, we studied 3 years and 7 months of operation of the HCPA model. Preliminary findings indicate a progressive increase in the number of consults, with a 19% increase between the second and third years, and a 31% increase considering the same period from the third to the fourth year. A total of 26 different medical specialties requested consults for different reasons, which were grouped into the following six main groups: evaluation of civil competency; child custody evaluations; diagnostic assessment of personality disorder; diagnostic assessment of factitious disorder/factitious disorder imposed on other/simulation/motivation; violence risk assessment; and sexual violence/abuse assessment. These preliminary results are novel in Brazil, and we expect that they will serve as basis for the planning of assistance to be provided to this population and as a source for future research.

**Keywords:** Consultation, forensic psychiatry, general hospital.



## **INTRODUÇÃO**

A medicina, entre as diferentes áreas do conhecimento, é especialmente regida e acompanhada de normas legais, principalmente por lidar, em essência, com a condição humana em todos os seus aspectos, seja o físico (biológico), o social ou o mental (psicológico). Isso inclui não só a formação do profissional e os requisitos que regem a obtenção do diploma médico, mas também o estabelecimento dos direitos e deveres do médico diante dos pacientes, da sociedade e de seus pares, além de sua responsabilização por prejuízos que possam acontecer nesse contexto. Entre as especialidades médicas, são várias as que estão sob íntimo jugo da justiça, como a obstetrícia, com a delicada questão do abortamento, e a urologia, com as cirurgias de transgenitalização, apenas para citar dois exemplos<sup>1</sup>. Nesse sentido, outra especialidade com intensa interface com o direito é a psiquiatria<sup>1-3</sup>. Alguns transtornos mentais podem aumentar a vulnerabilidade de seus portadores para a prática dos atos da vida civil e provocar rupturas na capacidade do paciente de entender a realidade e de agir de acordo com ela, acometendo, por conseguinte, as suas condutas moral e social<sup>1,2</sup>. Dessa maneira, em vista desse comprometimento do teste da realidade e das complexas questões que surgiram associadas às repercussões disso na vida pessoal e social do doente mental, bem como frente a eventuais exigências legais, surgiu, em um processo natural de diferenciação, a subespecialidade conhecida como psiquiatria forense.

## **BREVE HISTÓRICO**

Contudo, essa noção básica de que acometimentos mentais podem influenciar a relação do doente com o mundo e alterar de alguma maneira a sua relação com as leis – que fundamenta a psiquiatria forense e norteia conceitos centrais dessa subespecialidade, como responsabilidade penal e capacidade civil – é muito recente na história da humanidade. Vistos como possuídos por entidades malignas e energúmenos na Antiguidade e na Idade Média cristã, foi somente no contexto do Iluminismo, da Revolução Francesa e da Revolução Industrial que doentes mentais passaram a ser conhecidos sob essa terminologia. Porém, ainda eram considerados aquém da sociedade, marginalizados, incapazes de produzir ou gerar riquezas, sendo, no máximo, recolhidos aos manicômios,

entre eles alguns judiciais, e outras instituições destinadas a esse público<sup>1</sup>.

A certidão de nascimento da psiquiatria forense é considerada o famoso caso de Pierre Rivière, um jovem francês que, em 1835, foi responsável pelo assassinato de sua mãe, então grávida, sua irmã e seu irmão. Pela primeira vez na história, alguns médicos, entre eles Esquirol (discípulo de Pinel), foram chamados a emitir um parecer médico-psiquiátrico sobre a responsabilidade penal do criminoso<sup>1</sup>. Poucos anos mais tarde, em 1838, Isaac Ray, em seu pioneiro trabalho “A treatise on the medical jurisprudence of insanity”, descreveu o campo de atuação daqueles que mais tarde viriam a ser intitulados psiquiatras forenses. Nesse artigo, o teórico discorre, justamente, sobre as “consequências e inferências legais das doenças mentais”<sup>2</sup>.

Entretanto, foi somente na década de 1990 que a psiquiatria forense foi reconhecida oficialmente como uma subespecialidade pela American Board of Medical Specialties, nos Estados Unidos<sup>4</sup>.

De maneira semelhante, no Brasil, foram vários anos de história da subespecialidade, exercida, nos seus primórdios, principalmente por médicos legistas. De acordo com o Índice Bibliográfico Brasileiro de Psiquiatria, foram pelo menos quatro fases distintas de evolução da psiquiatria forense, a saber: nascimento (até 1920), desenvolvimento (de 1921 a 1961), declínio (de 1962 a 1994) e renascimento (a partir de 1995). Esta última fase corresponde a uma maior produção científica e agregação de colegas de diferentes estados para a criação do Departamento de Ética Psiquiatria Legal (DEPL) junto à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com a subsequente instituição do título de Especialista em Psiquiatria: Área de Atuação em Psiquiatria Forense<sup>5</sup>.

Hoje, no nosso país, seguindo uma tendência mundial de desenvolvimento e expansão da área, encontramos programas de residência médica com área de atuação em psiquiatria forense nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A psiquiatria forense gaúcha ganha destaque pelas importantes contribuições do professor José G. V. Tabora e, mais recentemente, pela implantação de um novo modelo assistencial em psiquiatria forense, vinculado ao programa de residência médica nessa subespecialidade criado em 2015 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)<sup>5</sup>.

## UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL

Com o progressivo desenvolvimento da prática psiquiátrica em hospitais gerais, movimento que se consolidou no início do século XX<sup>6</sup>, bem como com a crescente discussão acerca de temas como direito a tratamento, direito a se recusar e competência para consentir com tratamento, consentimento informado, confidencialidade e a crescente complexidade dos casos e de suas repercussões legais, desde a década de 1980<sup>3</sup>, já se discute um modelo de consultoria em psiquiatria forense.

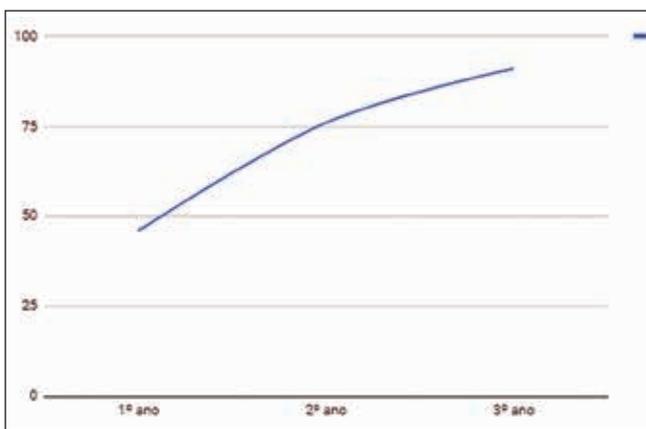
Mais recentemente, em 2016, Buchanan et al., no trabalho intitulado “A consultation and supervision model for developing the forensic psychiatric opinion”, descreveu um modelo de consultoria em psiquiatria forense vigente em sua universidade. Esse serviço funciona na Division of Law and Psychiatry, parte do Departamento de Psiquiatria, e fornece avaliações principalmente para tribunais, advogados e agências estatais e federais, sendo os casos avaliados por um estagiário em psiquiatria forense. Estas avaliações atendem a diferentes demandas, incluindo litígios criminal e civil, avaliações de incapacidades e de processos associados à imigração<sup>7</sup>.

No Brasil, desde 2015, o HCPA, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tornou-se pioneiro ao criar a primeira consultoria em psiquiatria forense em um hospital geral universitário. Participam dessa atividade residentes da psiquiatria, da psiquiatria forense e uma psiquiatra forense e professora do Departamento de Psiquiatria. Dessa maneira, mais do que um serviço de consultoria, em que as avaliações são realizadas em pacientes de todo o hospital, contemplando todas as diferentes especialidades que contam com leitos de internação hospitalar, esse modelo integra grande parte do treinamento e da formação dos residentes na subespecialidade forense<sup>8</sup>. Além disso, é importante ressaltar que a consultoria em psiquiatria forense atua muitas vezes em conjunto com a consultoria em bioética do HCPA, em operação há 25 anos nesse hospital, pela preponderante intersecção de temas de interesse<sup>9</sup>.

## Resultados preliminares

Nesses 3 anos e 7 meses de funcionamento, foram solicitados 267 pedidos de consultoria. No primeiro ano, foram 46 pedidos; no segundo, 76 solicitações;

no terceiro, foram 91 avaliações, representando um crescimento de 19% em relação ao ano anterior (Figura 1). Em 2018, quarto ano de funcionamento do modelo, até o mês de julho, foram recebidos 54 pedidos, contra 41 no mesmo período de 2017, contabilizando um aumento de 31% até o momento.



**Figura 1** - Pedidos de consultoria no primeiro, segundo e terceiro ano de funcionamento.

## Especialidades solicitantes

Nesse período, um total de 26 especialidades diferentes solicitaram consultoria em psiquiatria forense, contemplando as clínicas médicas, a ginecologia e obstetria, as cirurgias e a pediatria, quatro das cinco grandes áreas da medicina.

## Motivos de solicitação

Os motivos pelos quais as especialidades solicitaram consultoria em psiquiatria forense para seus pacientes foram os seguintes:

1. Avaliação de capacidades: civil; de capacidade para consentir sobre o tratamento; para assinatura de documento;
2. Avaliação da capacidade de guarda de menores;
3. Avaliação diagnóstica de transtorno de personalidade em pacientes;
4. Avaliação diagnóstica de transtorno factício/transtorno factício imposto a outro/simulação/motivação para o tratamento;



5. Avaliação de risco de violência;
6. Avaliação de violência sexual/maus tratos.

### **CONCLUSÃO**

A presença de comorbidade clínica e psiquiátrica com grande vulnerabilidade dessa população, a alta prevalência de pacientes internados vítimas de sequelas de violências, o avanço da medicina e a complexidade dos casos atendidos no HCPA, muitas vezes com repercussões éticas e legais, justifica a inclusão da consultoria em psiquiatria forense nesse ambiente. Isso é reforçado pela grande demanda de solicitações de avaliação, contemplando áreas de atuação rotineira do profissional forense. Os achados iniciais são inéditos no Brasil, e espera-se que sirvam de base para a planificação da assistência dessa população e como fonte de pesquisas futuras.

Artigo submetido em 12/12/2018, aceito em 13/12/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Matheus Xavier Provin, Rua Santa Cecília, 1983, Bairro Rio Branco, CEP 90420-041, Porto Alegre, RS. Tel.: +55 (51) 981058102. E-mail: provin.matheus@gmail.com

### **Referências**

1. Chalub M. Medicina Forense, Psiquiatria forense e lei. In: Abdalla-filho E, Chalub M, Telles LEB. Psiquiatria forense de Taborda. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 3-12.
2. Pollack S. Forensic psychiatry--a specialty. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1974;11:1-6.
3. Appelbaum PS. The legal psychiatry consultation service: a new service model for "forensic" psychiatry. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1980;8:233-9.
4. Telles LEB, Abdalla-filho E. Ensino de psiquiatria forense no Brasil. In: Abdalla-filho E, Chalub M, Telles LEB. Psiquiatria forense de Taborda. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 27-34.
5. Piccinini WJ. Síntese Histórica da psiquiatria forense brasileira. In: Abdalla-filho E, Chalub M, Telles LEB. Psiquiatria forense de Taborda. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 13-26.
6. Nogueira-Martins LA. Interconsulta hoje. In: Mello Filho J, Burd M (org.) Psicossomática hoje. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 223-34.
7. Buchanan A, Norko M, Baranoski M, Zonana H. A consultation and supervision model for developing the forensic psychiatric opinion. J Am Acad Psychiatry Law. 2016;44:300-8.
8. Wasser T, Sun A, Chandra S, Michaelsen K. The benefits of required forensic clinical experiences in residency. Acad Psychiatry 2018 Jun 1. doi: 10.1007/s40596-018-0941-3. [Epub ahead of print]
9. Genro BP, Francesconi CFM, Goldim JR. Bioética clínica: vinte anos de experiência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev AMRIGS. 2014;58:83-8.

## VIRADA MANÍACA INDUZIDA POR AYAHUASCA EM UM HOMEM COM TRANSTORNO BIPOLAR: RELATO DE CASO COM REVISÃO DE LITERATURA

### SWITCH TO MANIA AFTER AYAHUASCA CONSUMPTION IN A MAN WITH BIPOLAR DISORDER: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

#### Resumo

A ayahuasca é um chá que se obtém através da mistura de plantas brasileiras. Já existem várias hipóteses que corroboram suas ações antidepressivas pela inibição da enzima monoamina oxidase (MAO) e de virada maníaca com o seu uso. Este artigo descreve o caso de um homem de 30 anos de idade com diagnóstico de transtorno bipolar tipo 1 (TB tipo 1) prévio, que apresentou, após o consumo do chá, virada maníaca em um episódio misto, com remissão do quadro após abstinência e terapêutica estabilizadora de humor. A literatura ainda é escassa, e são poucos os relatos de caso publicados até o momento. Além da virada maníaca, o caso destaca o aumento de ideação e comportamento suicida com o uso do chá nessa população e corrobora a hipótese antidepressiva da ayahuasca a partir da virada maníaca em um paciente TB tipo 1 prévio.

**Palavras-chave:** Ayahuasca, transtorno bipolar, virada maníaca.

#### Abstract

Ayahuasca is a tea obtained through the mixture of Brazilian plants. There are several hypotheses that corroborate its antidepressant effects by inhibition of the monoamine oxidase (MAO) enzyme, and there have been reports of switch to mania after its use. This paper describes the case of a 30-year-old man previously diagnosed with bipolar disorder I (BD I), who switched to mania in a mixed episode after consumption of the tea, with remission after abstinence and mood stabilizing

therapy. The literature is still scarce and few case reports have been published so far. In addition to describing the switch to mania, the report highlights the increase of suicidal ideation and behavior associated with the use of the tea in this population. In view of the switch to mania observed in a patient with BD, this report corroborates the hypothesis of antidepressant effects of ayahuasca.

**Keywords:** Ayahuasca, bipolar disorder, switch to mania.

#### INTRODUÇÃO

A ayahuasca é um chá que se obtém através da mistura de plantas amazônicas. Seu uso é basicamente para fins religiosos e, em algumas tribos indígenas, terapêuticos. É aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) como legal para o uso em contextos religiosos desde 1992<sup>1</sup>. Há um aumento significativo nas pesquisas sobre suas propriedades terapêuticas, porém, até o momento, não há ensaios randomizados, sendo em sua maioria estudos retrospectivos de coorte longitudinal e alguns prospectivos abertos ainda em andamento.

É consumida por via oral, após infusão da *Banisteriopsis caapi* liana com *Psychotria viridis*<sup>1</sup>. A primeira possui propriedades alcaloides derivadas das  $\beta$ -carbolicinas, como harmina, harmalina e tetrahydroharmina<sup>2,3</sup>. A segunda, em menor quantidade, possui harmol e harmalol, que são agonistas dos receptores 5HT-2A, e a N-dimetiltriptamina (DMT) que é agonista parcial 5HT-2A e age nos receptores mGluR e sigma<sup>1</sup>.



A hipótese antidepressiva se dá pelo fato de esses alcaloides inibirem a ação da monoamina oxidase (MAO), que é responsável por quebrar DMT<sup>4</sup>. A DMT é oralmente inativa devido ao metabolismo intestinal da MAO-A. As carbolinas são inibidoras reversíveis, competitivas e seletivas da MAO-A<sup>5</sup>, com quase nenhum efeito sobre a MAO-B<sup>6</sup>. Quando a DMT é administrada por via oral, é inativada periféricamente pela MAO-A<sup>3</sup>. No entanto, quando combinada com um inibidor periférico da MAO-A (como a harmina), sua biodisponibilidade oral aumenta, sendo essa interação responsável pelo efeito antidepressivo da mistura<sup>1,7-9</sup>.

Assim como outros antidepressivos, os inibidores da MAO (iMAO) têm alto risco de induzir virada maníaca, principalmente em monoterapia, no episódio depressivo bipolar. Lewis & Winokur fizeram uma análise retrospectiva com 137 pacientes unipolares e 157 pacientes bipolares em que a taxa de virada induzida pelos iMAO chegou a 25%<sup>10,11</sup>.

Relata-se o caso de um homem com TB tipo 1 que, após o consumo do chá de forma sistemática, apresentou virada maníaca. O objetivo é discutir os riscos do uso da ayahuasca em populações vulneráveis e, a partir do efeito da virada, revisar os fatores que corroboram a hipótese antidepressiva do chá.

A coleta dos dados foi obtida nos atendimentos individuais, semanais, por 16 meses. O paciente concordou e autorizou a publicação deste estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a revisão literária, buscaram-se artigos nos bancos de dados PubMed e SciELO.

### **RELATO DO CASO**

Homem branco, 30 anos, solteiro, um filho, ensino superior completo, policial. Apresentava recorrentes “comportamentos suicidas”, tendo, inclusive, cometido algumas tentativas de suicídio nesse período. Diante disso, decidiu procurar tratamento.

O paciente tinha história de transtorno de conduta e transtorno opositor desafiador na infância, com diversos tratamentos psicológicos sem aderência. Tinha episódios de irritabilidade e agitação e períodos de depressão com extremo isolamento e tristeza. Negou prejuízo escolar e/ou acadêmico. Teve condutas transgressoras na

adolescência e fez uso de múltiplas substâncias por um curto período de tempo (< 1 ano).

Os sintomas atenuaram-se aos 18 anos, com o nascimento do filho. Foi casado por 4 anos e, na separação, fez diversas ameaças homicidas à família. Nessa fase, fez uma tentativa de suicídio violenta. Na ocasião, foi avaliado com um episódio de mania aguda, diagnóstico de TB tipo 1, sendo prescrito lítio 900 mg/dia e indicada internação, porém não aderiu ao tratamento. Negou uso de substâncias nesse período e não conhecia a ayahuasca.

Buscou ajuda em terapias alternativas e passou a frequentar seitas que usavam a ayahuasca. Nas primeiras vezes em que usou, sentia-se bem, com energias revigoradas e fazia muitos planos para a sua vida. Porém, após 4 semanas frequentando os rituais semanalmente e ingerindo grandes quantidades (150 ml), foi orientado que procurasse ajuda, pois apresentou episódios de agitação, comportamentos bizarros, desinibição, fala acelerada e agressividade. Esses episódios duravam até 2 dias e, depois, remittiam parcialmente, ficando ainda loquaz, insone, com aumento da libido e irritação. Somente após cerca de 15 dias tinha remissão completa.

Ficou 3 meses eutímico e abstinente, depois passou a fazer uso diário de pequenas quantidades (~50 ml), buscando os efeitos da hipomania, e em 12 dias, apresentou quadro de agitação com psicose (delírios persecutórios). Em resposta aos delírios, executou três tentativas de suicídio em 1 semana. Nesse período, procurou tratamento, foi reforçado o diagnóstico de TB tipo 1, prescrito ácido valproico 1.000 mg/dia e indicada internação. Todavia, não aceitou o manejo e retornou para casa. Fez uso da medicação por menos de 1 mês, com abstinência do chá, e remittiram os sintomas, mas logo em seguida suspendeu o tratamento.

Após poucas semanas sem medicação, apresentou quadro depressivo grave com astenia, avolia, insônia terminal, hipersonia, incontinência afetiva e recidiva dos pensamentos suicidas. Retomou, então, o uso do chá em mínimas quantidades (uma colher de sopa por dia), mas, além de não obter a melhora que esperava, passou a chorar, ter risos imotivados, insônia, hipofagia, agressividade e intensificação dos pensamentos suicidas, que o levaram a alguns comportamentos de alto risco.

**ANDRÉ BOTELHO OLIVEIRA**  
**BABINGTON RODRIGO SILVA**  
**EDUARDO TRACHTENBERG**  
**ADONAY GENOVESE FILHO**  
**JOSÉ RICARDO DE PINTO ABREU**

# RELATO

Tinha história familiar de 1º grau de transtorno bipolar, abuso de álcool e suicídio. Além dos diagnósticos já referidos no relato, negou outros transtornos psiquiátricos ou clínicos.

No primeiro atendimento, apresentou humor exaltado, com afeto lábil e incongruente; pensamento com fuga de ideias, acelerado, com conteúdo persecutório, grandioso e obsessivo; hiperbólico quanto à libido; agressivo; taquialíco; com risos imotivados, pueril, colaborativo, apesar de, às vezes, hostil e irônico.

O tratamento proposto foi psicoterapia de apoio semanal com terapia farmacológica. Foram solicitados exames laboratoriais, que descartaram intoxicação por outras substâncias e doenças clínicas. Iniciaram-se carbonato de lítio 900 mg/dia e lamotrigina 25 mg/dia.

Nas semanas seguintes, procedeu-se com aumento das doses do carbonato de lítio até 1.350 mg/dia (litemia de 0,95 mEq/L na segunda semana) e lamotrigina até 150 mg/dia. Na segunda semana, entraram em remissão os pensamentos suicidas, e após 3 semanas, iniciou-se a abstinência da ayahuasca, que foi bem aceita e tolerada pelo paciente. Nesse momento, apresentou remissão parcial do quadro depressivo e da hipomania.

Após abstinência, entrou em remissão da agressividade e da labilidade afetiva. Porém, manteve sintomas depressivos residuais. Adicionou-se, portanto, sertralina 25 mg, com aumento progressivo e gradual até 100 mg/dia. Após estabilizada essa dose, evoluiu para eutímia em 2 semanas.

Atualmente, está em fase de manutenção do tratamento. Segue em terapia combinada e abstinente, sem efeitos de retirada em curto, médio ou longo prazo. Tem boa resposta à psicoterapia e boa aderência ao tratamento.

## DISCUSSÃO

O caso descreve um paciente com história prévia de TB tipo 1 que, após uso sistemático e frequente da ayahuasca, apresentou um quadro de virada maníaca com psicose em um episódio misto.

De acordo com Tamada et al.<sup>12</sup>, para que a mania seja atribuída ao antidepressivo, o episódio deve ser avaliado a partir dos três seguintes itens:

1. Proximidade: ocorre no máximo em 8 semanas após o início do tratamento antidepressivo;

2. Mudança de padrão: o episódio não era esperado, seja pela mudança de ordem dos episódios, seja pela ocorrência do episódio;
3. Mudança na gravidade: o episódio é mais grave do que os anteriormente apresentados ou houve aceleração dos ciclos após o início do tratamento.

No paciente, a ciclagem ocorreu após 2 meses de uso sistemático e em grande quantidade; o uso alterou o padrão dos episódios, pois a intensidade e a variedade dos sintomas foram maiores e, ainda, o episódio relatado foi o mais grave da sua vida.

A literatura é escassa quanto a episódios de virada induzidos pelo chá. Dos Santos et al.<sup>1</sup> fizeram uma revisão sistemática com vários relatos de psicose induzida pelo seu uso. Em seu estudo, defendem a restrição do uso em populações vulneráveis e citam dois relatos em que houve a virada maníaca pelo uso oral da mistura.

A maioria dos autores contraindica o uso em pacientes psiquiátricos, principalmente com TB. Porém, alguns<sup>1,13,14</sup> defendem que não induz virada maníaca. A ressalva é que, em seus estudos, o diagnóstico prévio de TB foi critério de exclusão das amostras, o que gera um viés importante quando se deseja estudar o risco nessa população.

Outro ponto é a resposta ao estabilizador de humor, que, com doses adequadas e dentro da faixa terapêutica, leva à remissão parcial antes da abstinência do chá e à remissão completa após. Pela ausência dos sintomas de abstinência, ressalta-se o baixo potencial de dependência da substância.

## CONCLUSÃO

O caso corrobora a virada maníaca pela ayahuasca em pacientes com TB. A literatura é escassa quanto aos reais motivos que possam induzir o quadro, e ainda são necessários mais estudos sobre os reais riscos e benefícios do chá. Dessa forma, tornam-se necessárias a psicoeducação e a abstinência nessa população. Contudo, o quadro clínico descrito fortalece a hipótese antidepressiva da substância.

Artigo submetido em 15/12/2018, aceito em 19/12/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** André Botelho Oliveira, Avenida Goethe, 71, sala 506, CEP 90430-100, Porto Alegre, RS. E-mail: andrepsiquiatria@gmail.com

### Referências

1. Dos Santos RG, Bouso JC, Hallak JEC. Ayahuasca: what mental health professionals need to know. *Arch Clin Psychiatry*. 2017;44:103-9.
2. Palhano-Fontes F, Alchieri JC, Maia-de-Oliveira JP, Soares BL, Hallak JEC, Galvão-Coelho N, et al. The therapeutic potentials of ayahuasca in the treatment of depression. In: Labate BC, Cavnar C, editors. *The therapeutic use of ayahuasca*. Berlin: Springer; 2013. p. 23-39.
3. Riba J, Valle M, Urbano G, Yritia M, Morte A, Barbanoj MJ. Human pharmacology of ayahuasca: subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics. *J Pharmacol Exp Ther*. 2003;306:73-83.
4. Godinho AF, Silva MC, Kawashima JD, Horta DF, Anselmo F, De Fraia D. Ayahuasca modifies amphetamine self ingestion and modifies anxiety and locomotor activity in adolescent rats. *Electronic J Biol*. 2017;13:2.
5. Dos Santos RG. The pharmacology of ayahuasca: a review. *Brasilia Med*. 2010;47:188-95.
6. Herraiz T, Gonzalez D. Alcalóides de beta-carbolina em *Peganum harmala* e inibição da monoamina oxidase humana (MAO). *Food Chem Toxicol*. 2010;48:839-45.
7. Dos Santos RG, Bouso JC, Alcázar-Córcoles MÁ, Hallak JE. Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018;11:889-902.
8. Domínguez-Clavé E, Soler J, Elices M, Pascual JC, Álvarez E, de la Fuente Revenga M, et al. Ayahuasca: pharmacology, neuroscience and therapeutic potential. *Brain Res Bull*. 2016;126:89-101.
9. McKenna DJ. Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: rationale and regulatory challenges. *Pharmacol Ther*. 2004;102:111-29.
10. Malcolm BJ, Lee KC. Ayahuasca: an ancient sacrament for the treatment of contemporary psychiatric illness? *Ment Health Clin*. 2018;7:39-45.
11. Tondo L, Vázquez G, Baldessarini RJ. Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121:404-14.
12. Tamada RS, Lafer B; Grupo de Doenças Afetivas. [Manic episodes during antidepressant treatment in bipolar disorder]. *Braz J Psychiatry*. 2003;25:171-6.
13. Dos Santos RG, Osório FL, Crippa JA, Hallak JE. Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies. *Braz J Psychiatry*. 2016;38:65-72.
14. Sanches RF, de Lima Osório F, Dos Santos RG, Macedo LR, Maia-de-Oliveira JP, Wichert-Ana L, et al. Antidepressant effects of a single dose of Ayahuasca in patients with recurrent depression: a SPECT study. *J Clin Psicofarmacol*. 2016;36:77-81.



## VOCÊ JÁ CONHECE O PEC-ABP?

"O Programa de Educação Continuada (PEC) oferece uma excelente oportunidade de atualização profissional para os Associados ABP e dispõe dos mais variados temas, apresentados por grandes nomes da Psiquiatria nacional, com conteúdos que podem ser acessados a qualquer hora e em qualquer lugar.

Não perca tempo e aproveite um mundo de conhecimento com apenas um clique!

[WWW.PEC-ABP.ORG.BR](http://WWW.PEC-ABP.ORG.BR)



# Inscreva-se já nos eventos da ABP e aproveite condições especiais de pagamento!



IV Curso ABP / APAL / WPA de Atualização em Esquizofrenia

07 e 08 de junho de 2019  
São Paulo - SP



Venha se atualizar em um curso com certificação internacional e os melhores especialistas do Brasil em esquizofrenia.

— Hotel Matsubara / São Paulo —

Inscrições abertas:  
[www.abp.org.br/esquizofrenia](http://www.abp.org.br/esquizofrenia)



VI Jornada Nacional de  
**EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS**  
São Paulo, 05 e 06 de julho de 2019



*O maior e melhor evento sobre o tema do Brasil.*

Inscrições: [www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)



Informações:  
[eventos@abp.org.br](mailto:eventos@abp.org.br)  
[www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)

