



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 8 • n°2 • Mar/Abr 2018
ISSN 2236-918X
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-8-2>

REVISTA

DEBATES EM

psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta

5012341562/2014-00RJ
ABP

Correios



**POSICIONAMENTO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA
SOBRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM PSIQUIATRIA**

**PREVALÊNCIA DE PSICOFÁRMACOS E PSICOTERAPIA
NO TRATAMENTO DE DEPRESSÃO EM AMBULATÓRIO
PSIQUIÁTRICO DE UM HOSPITAL QUATERNÁRIO**

**USO DE DROGAS POR PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL
GRAVE: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO E DE SEUS FAMILIARES**

NEUROFIBROMATOSE NA PSIQUIATRIA: DIAGNÓSTICO TARDIO

**RELATO DE ABUSO SEXUAL DE PACIENTE COM FIBROMIALGIA:
A DOR PSÍQUICA TEM RECEBIDO A ATENÇÃO DO CLÍNICO?**



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



Apoio:



/////// APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Prezado leitor,

Apresentamos a RDP nº 2 de 2018.

Esta edição inicia com a republicação, em língua portuguesa, de um *position statement* da Associação Mundial de Psiquiatria (World Psychiatric Association, WPA), originalmente publicado em 2016, sobre espiritualidade e religiosidade. Após uma breve discussão sobre o tema, sete itens são listados como propostas para lidar com esse tema na prática psiquiátrica.

A seguir, apresentamos dois artigos originais. No primeiro, Ana Carolina Dalarmelina et al. investigam a prevalência de psicofármacos e psicoterapia no tratamento de depressão no ambulatório psiquiátrico do hospital universitário da Faculdade de Medicina de Itajubá, estado de Minas Gerais. Participaram do estudo 289 indivíduos com depressão, entre homens e mulheres, na faixa etária de até 60 anos. Segundo os autores, os dados coletados corroboraram a natureza multifatorial dos problemas de saúde mental e a importância da relação médico-paciente, indispensável para a adesão ao tratamento. É sugerido o uso de terapia combinada, integrando a psicoterapia e a farmacologia por meio de sessões estruturadas e psicoeducação.

No segundo artigo original, Marjourie Dragoni de Arruda Biscaro e Renata Cruz Soares de Azevedo exploram as percepções do usuário e de seus familiares com relação ao uso de drogas por pessoas com transtorno mental grave. A percepção dos usuários e familiares foi avaliada utilizando-se as seguintes questões disparadoras: “Você acha que o seu uso de drogas tem impacto em seu problema psiquiátrico?”, “Em uma escala de 0 a 10, qual o impacto do uso de drogas sobre seu transtorno mental?” e “Você poderia justificar a sua resposta?”. Um total de 110 pessoas internadas e seus familiares foram entrevistados. Os resultados demonstram diferenças de percepção entre pacientes e familiares e indicam a necessidade de adequação das estratégias de abordagem.

Encerrando a revista, temos dois relatos de caso. No primeiro deles, Carlos Eduardo Rodriguez Bueno e Regina Caeli Guerra Poças apresentam um caso de diagnóstico tardio de neurofibromatose tipo 1, uma doença genética cujas manifestações podem englobar sinais e sintomas psiquiátricos, como déficit cognitivo-comportamental, distímia, ansiedade e alcoolismo. Geralmente, a doença se manifesta na infância, porém no presente caso o diagnóstico foi realizado na idade adulta, durante a internação em uma enfermaria psiquiátrica.

Finalmente, no artigo de Bruna dos Santos Carmo e Marcel Fulvio Padula Lamas, é relatado um caso de abuso sexual de paciente com fibromialgia. No título, os autores questionam: a dor psíquica tem recebido a atenção do clínico? O artigo tem por objetivo ilustrar os aspectos psíquicos envolvidos nessa síndrome dolorosa, assim como a importância de se considerar a ocorrência de traumas passados durante o planejamento do tratamento físico da doença. Os autores concluem que a interconsulta psiquiátrica é fundamental no tratamento da fibromialgia, visto que a saúde mental pode influenciar nas dificuldades associadas à doença física.

Ótima 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
Publicidade: 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 Numes - 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

MAR/ABR 2018

6/especial

Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA, AVDESH SHARMA, BERNARD JANSE VAN RENSBURG, PETER J. VERHAGEN, CHRISTOPHER C.H. COOK;
SEÇÃO DE RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E PSQUIATRIA DA WPA

10/original

Prevalência de psicofármacos e psicoterapia no tratamento de depressão em ambulatório psiquiátrico de um hospital quaternário
ANA CAROLINA DALARMELINA, THALES FERNANDES DE SOUZA, PAULO JOSÉ OLIVEIRA CORTEZ, JORGE GELVANE TOSTES

20/original

Uso de drogas por pessoas com transtorno mental grave: percepção do usuário e de seus familiares
MARJOURIE DRAGONI DE ARRUDA BISCARO, RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

32/relato

Neurofibromatose na psiquiatria: diagnóstico tardio
CARLOS EDUARDO RODRIGUEZ BUENO, REGINA CAELI GUERRA POÇAS

36/relato

Relato de abuso sexual de paciente com fibromialgia: a dor psíquica tem recebido a atenção do clínico?
BRUNA DOS SANTOS CARMO, MARCEL FULVIO PADULA LAMAS

As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA
AVDESH SHARMA
BERNARD JANSE VAN RENSBURG
PETER J. VERHAGEN
CHRISTOPHER C.H. COOK
SEÇÃO DE RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E PSIQUIATRIA DA WPA

POSICIONAMENTO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA SOBRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM PSIQUIATRIA*

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION POSITION STATEMENT ON SPIRITUALITY AND RELIGION IN PSYCHIATRY

A Associação Mundial de Psiquiatria (World Psychiatric Association – WPA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalham arduamente para garantir que a promoção e os cuidados em saúde mental sejam baseados cientificamente e, ao mesmo tempo, compassivos e com sensibilidade cultural^{1,2}. Nas últimas décadas, tem havido uma crescente conscientização da academia e da população geral sobre a relevância da religião e da espiritualidade nas questões de saúde. Revisões sistemáticas da literatura científica identificaram mais de 3.000 estudos empíricos investigando as relações entre religião/espiritualidade (R/E) e saúde^{3,4}.

No campo dos transtornos mentais, demonstrou-se que R/E têm implicações significativas na prevalência (especialmente em transtornos depressivos e por uso de substâncias), diagnóstico (ex.: diferenciação entre experiências espirituais e transtornos mentais), tratamento (ex.: comportamento de busca de tratamento, aderência, *mindfulness*, terapias complementares), desfechos clínicos (ex.: melhora clínica, suicídio) e prevenção, bem como na qualidade de vida e bem-estar^{3,4}. A OMS já inclui R/E como uma dimensão da qualidade de vida⁵. Embora haja evidências mostrando que R/E estão geralmente associadas a melhores desfechos de saúde, elas também podem causar danos (como recusa de tratamento, intolerância, *coping* religioso negativo, etc.). Pesquisas mostraram que valores, crenças e práticas relativas a R/E se mantêm relevantes para a maior parte da população mundial e que pacientes gostariam de ter suas questões em R/E abordadas nos cuidados em saúde⁶⁻⁸.

Psiquiatras precisam levar em conta todos os fatores que afetam a saúde mental. Evidências

mostram que R/E devem ser incluídas entre estes, independentemente da orientação espiritual, religiosa ou filosófica dos psiquiatras. No entanto, poucas escolas médicas ou currículos de especialidade fornecem qualquer treinamento formal para psiquiatras aprenderem sobre a evidência disponível ou como abordar adequadamente a R/E, tanto na pesquisa quanto na prática clínica^{7,9}.

Para preencher esta lacuna, a WPA e várias outras associações nacionais de psiquiatria (como as do Brasil, Índia, África do Sul, Reino Unido e EUA) criaram seções em R/E. A WPA incluiu R/E como parte do currículo básico de treinamento em psiquiatria¹⁰.

Ambos termos, religião e espiritualidade, carecem de uma definição universalmente aceita. Definições de espiritualidade geralmente se referem a uma dimensão da experiência humana relacionada com o transcendente, o sagrado ou a realidade última. A espiritualidade está intimamente relacionada com os valores, o significado e o propósito de vida. Pode se desenvolver individualmente ou em comunidades e tradições. A religião é frequentemente vista como o aspecto institucional da espiritualidade, geralmente

* Este posicionamento foi proposto pela Seção de Religião, Espiritualidade e Psiquiatria da World Psychiatric Association (WPA) e aprovado pelo comitê executivo da WPA em setembro de 2015. O texto foi originalmente publicado em inglês na revista *World Psychiatry*. Segue referência original: Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:87-8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20304>

¹ Seção de Religião, Espiritualidade e Psiquiatria, World Psychiatric Association, Genebra, Suíça. ² Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. ³ 'Parivartan' Center for Mental Health, Nova Deli, Índia. ⁴ Department of Psychiatry, University of the Witwatersrand, Joanesburgo, África do Sul. ⁵ GGZ Centraal, Harderwijk, Holanda. ⁶ Department of Theology and Religion, Durham University, Durham, Reino Unido.

definida mais em termos de sistemas de crenças e práticas relacionadas com o sagrado ou divino, realizadas por uma comunidade ou grupo social^{3,8}.

Independentemente de definições precisas, R/E lidam com crenças fundamentais, valores e experiências dos seres humanos. Portanto, a consideração da sua relevância para as origens, a compreensão e o tratamento dos transtornos psiquiátricos, bem como para a atitude do paciente frente à doença, deveria estar no centro da psiquiatria acadêmica e clínica. Considerações espirituais e religiosas também têm implicações éticas significativas na prática clínica da psiquiatria¹¹. Em particular, a WPA propõe que:

1. Uma consideração cuidadosa das crenças e práticas religiosas dos pacientes, bem como da sua espiritualidade, deveria ser feita rotineiramente, sendo, por vezes, um componente essencial da coleta da história psiquiátrica.
2. A compreensão da R/E e sua relação com o diagnóstico, etiologia e tratamento de transtornos psiquiátricos devem ser consideradas como componentes essenciais tanto da formação psiquiátrica como do contínuo desenvolvimento profissional.
3. Há uma necessidade de mais pesquisas sobre R/E em psiquiatria, especialmente sobre suas aplicações clínicas. Esses estudos devem abranger uma ampla diversidade de contextos culturais e geográficos.
4. A abordagem de R/E deve ser centrada na pessoa. Psiquiatras não devem usar sua posição profissional para fazer proselitismo de visões de mundo seculares ou espirituais. Devem sempre respeitar e ser sensíveis às crenças e práticas espirituais/religiosas de seus pacientes, assim como das famílias e cuidadores de seus pacientes.
5. Os psiquiatras, sejam quais forem suas crenças pessoais, devem estar dispostos a trabalhar com líderes/membros de comunidades religiosas, capelães e agentes pastorais, bem como outros membros da comunidade, em suporte ao bem-estar de seus pacientes, incentivando seus colegas multidisciplinares a fazerem o mesmo.
6. Os psiquiatras devem demonstrar consciência, respeito e sensibilidade quanto ao importante

papel que R/E podem desempenhar, para muitos funcionários e voluntários, na formação de uma vocação para trabalhar no campo dos cuidados em saúde mental.

7. Os psiquiatras devem estar cientes do potencial tanto benéfico quanto prejudicial das práticas e visões de mundo religiosas, espirituais e seculares, e devem estar dispostos a compartilhar essas informações de forma crítica e imparcial com a comunidade em geral, em apoio à promoção da saúde e bem-estar.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos que contribuíram durante o processo de elaboração deste posicionamento, em especial, D. Bhugra, R. Cloninger, J. Cox, V. De Marinis, J.J. Lopez Ibor (*in memoriam*), D. Moussaoui, N. Nagy, A. Powell, H.M. van Praag e M.F. Peres. Este posicionamento se utilizou de partes do texto de recomendações já publicado no posicionamento do Royal College of Psychiatrists¹¹.

A versão em português foi traduzida por Mario F. Peres e revisada por Alexander Moreira-Almeida, e sua publicação foi autorizada pela revista *World Psychiatry*.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Alexander Moreira-Almeida, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Av. Eugênio do Nascimento, s/nº, Dom Bosco, CEP 36038-330, Juiz de Fora, MG. Tel.: (32) 2102-3829. E-mail: alex.ma@medicina.ufjf.br

Referências

1. Bhugra D. The WPA action plan 2014-2017. *World Psychiatry*. 2014;13:328.
2. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's mental health action plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*. 2014;13:107-9.
3. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2nd edition. New York: Oxford University; 2012.

ARTIGO ESPECIAL

ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA
AVDESH SHARMA
BERNARD JANSE VAN RENSBURG
PETER J. VERHAGEN
CHRISTOPHER C.H. COOK
SEÇÃO DE RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E PSIQUIATRIA DA WPA

ARTIGO

4. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University; 2001.
5. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med. 2006;62:486-97.
6. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. World Psychiatry. 2013;12:26-32.
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. Rev Bras Psiquiatr. 2014;36:176-82.
8. Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox J, Moussaoui D. Religion and psychiatry: beyond boundaries. Chichester: John Wiley & Sons; 2010.
9. Cloninger CR. What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world problems? Mens Sana Monogr. 2013;11:16-24.
10. World Psychiatric Association. Institutional program on the core training curriculum for psychiatry [Internet]. Aug 2002; Yokohama, Japan. www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/Core_Curriculum/corecurriculum-psych-ENG.pdf
11. Cook CCH. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion [Internet]. Position Statement PS03/2011. London: Royal College of Psychiatrists, 2011. www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf

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

PREVALÊNCIA DE PSICOFÁRMACOS E PSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE DEPRESSÃO EM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO DE UM HOSPITAL QUATERNÁRIO

PREVALENCE OF PSYCHOPHARMACOLOGY AND PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSION IN A PSYCHIATRIC OUTPATIENT CLINIC AT A QUATERNARY HOSPITAL

Resumo

Introdução: A depressão é um transtorno mental estimado como a segunda maior causa de incapacidade no mundo até 2030. A utilização de psicofármacos ou medicamentos psicotrópicos tem crescido mundialmente nas últimas décadas como ferramentas de melhora da qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a prevalência do uso de medicamentos psicotrópicos e de psicoterapia no tratamento da depressão no hospital universitário da Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, Brasil.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo, por meio da estatística descritiva. Utilizou-se o programa BioEstat 5.0 e realizou-se o teste *t* pareado, com base em um nível de confiança de 99%. Participaram do estudo 289 indivíduos com depressão, entre homens e mulheres, na faixa etária de até 60 anos, moradores de Itajubá (MG) e da microrregião vizinha.

Resultados: Das 183 mulheres tratadas com psicofármacos, 96 (52,46%) foram encaminhadas para a psicoterapia, e as classes terapêuticas mais prescritas foram: inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) (59,96%), benzodiazepínicos (BZD) (51,25%) e antidepressivos tricíclicos (ADT) (12,02%). Entre os homens, a psicoterapia foi indicada a 37,26% deles, e

os psicofármacos mais indicados foram os ISRS (39,3%), BZD (14,6%) e ADT (5,87%).

Conclusão: Os dados analisados corroboraram a natureza multifatorial de problemas de saúde mental, permitindo-se fortalecer a relação médico-paciente, indispensável para a adesão ao tratamento. Sugere-se uma estratégia na terapia combinada, com um modelo de tratamento abrangente, integrando a psicoterapia e a farmacologia por meio de sessões estruturadas e psicoeducação.

Palavras-chaves: Transtorno depressivo, saúde mental, psicofarmacologia.

Abstract

Introduction: Depression is a mental disorder estimated to become the second leading cause of disability worldwide by 2030. The use of psychotropic medications as tools to improve quality of life has increased in the last decades all over the world.

Objective: To analyze the prevalence of the use of psychotropic medications and psychotherapy in the treatment of depression at the university hospital at Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, state of Minas Gerais, Brazil.

Methods: This was an observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study using descriptive

¹ Acadêmica de Medicina (4^o ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ² Acadêmico de Medicina (2^o ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ³ Professor, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ⁴ Professor, Mestre em Farmacologia, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG.

statistics. The BioEstat 5.0 program and the paired *t*-test were used, based on a 99% confidence level. A total of 289 individuals with depression, both male and female, participated in the study. Participants were aged up to 60 years and were residents of the municipality of Itajubá and the neighboring micro-region.

Results: Of the 183 women treated with psychoactive medications, 96 (52.46%) were referred for psychotherapy. The most frequently prescribed medication classes were selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI; 59.96%), benzodiazepines (BZD; 51.25%), and tricyclic antidepressants (TCA; 12.02%). Among men, psychotherapy was indicated for 37.26%; the most frequently indicated psychotropic medications were SSRI (39.3%), BZD (14.6%) and TCA (5.87%).

Conclusion: The data analyzed corroborated the multifactorial nature of mental health problems, allowing the doctor-patient relationship to be strengthened, which is indispensable for adherence to treatment. We suggest a combined treatment strategy, framed within a comprehensive model, integrating psychotherapy and psychopharmacology through structured sessions and psychoeducation.

Keywords: Depressive disorder, mental health, psychopharmacology.

INTRODUÇÃO

Problemas de saúde mental são responsáveis por uma grande quantidade de mortalidade e incapacidade, causando 8,8 e 16,6% do total da carga de doença devido a condições de saúde em países de baixa e média renda, respectivamente. A depressão será a segunda maior causa de incidência de doenças em países de renda média e a terceira maior em países de baixa renda até 2030¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)² alerta que uma em cada 10 pessoas no mundo – 10% da população global – sofre de algum distúrbio de saúde mental. Isso representa aproximadamente 700 milhões de pessoas. Estão incluídos na estatística casos de suicídio e outras mortes motivadas por problemas de saúde decorrentes de episódios depressivos³.

A depressão é uma síndrome clínica de causa multifatorial. Pode ser desencadeada por problemas psicológicos ou emocionais de origem variada, alterações

do funcionamento cerebral e, ainda, ser secundária a enfermidades clínicas⁴. Pode apresentar, além de alterações do humor, alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas⁵, sempre causando algum prejuízo ao indivíduo⁶. Fruto de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociofamiliares, é classificada como um conjunto de transtornos que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade, que os manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor descrevem minuciosamente⁷.

Os critérios mais utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram na 5^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), lançado em maio de 2013⁸, e na 10^a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁹.

No Brasil, 7,6% dos adultos já foram diagnosticados com depressão, o que equivale a 11 milhões de pessoas. Entre estes, mais da metade (52%) usa medicamentos¹⁰. A utilização de psicofármacos ou medicamentos psicotrópicos tem crescido mundialmente nas últimas décadas¹¹.

Os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60 a 70%, no prazo de 1 mês, enquanto a melhora com placebo é em torno de 30%. Mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, objetivando uma melhor qualidade de vida¹²⁻¹⁴.

Há ainda a concepção de que sejam mais importantes os aspectos relacionais envolvidos nessas psicoterapias¹⁵, sua capacidade de oferecer um relacionamento seguro e confiável. Já é possível nos aproximarmos do tratamento das depressões com uma abordagem mais ampla e mais rica, sugerindo que a articulação entre “mente” e “cérebro” nessa área dos fenômenos depressivos seja um dos desenvolvimentos mais instigantes da vida moderna.

O presente projeto de pesquisa contribuirá para as decisões médicas em saúde mental, verificando quais são os psicofármacos mais utilizados no tratamento do paciente depressivo em um hospital mineiro, além de verificar se os pacientes foram encaminhados ou não à psicoterapia.

Diante da relevância da associação entre a psicoterapia e a psicofarmacoterapia na prática psiquiátrica atual e da

ANA CAROLINA DALARMELINA
THALES FERNANDES DE SOUZA
PAULO JOSÉ OLIVEIRA CORTEZ
JORGE GELVANE TOSTES

lacuna existente na região, este trabalho objetiva avaliar o perfil e os aspectos psicodinâmicos e técnicos, entre outros, que envolvem a integração entre o tratamento medicamentoso e o psicoterápico.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (HE-FMIt), sendo o mesmo mantido pela Associação de Integração Social de Itajubá (AIS), que compõe o grupo de hospitais de referência na macrorregião sul do estado de Minas Gerais (MG) em procedimentos hospitalares de média e alta complexidade, com regulação direta pelo SUS Fácil. O HE-FMIt é referência direta para 15 municípios da microrregião de Itajubá e, atualmente, é classificado como hospital geral de ensino. Possui serviços de internação hospitalar na área psiquiátrica e serviços de alta complexidade, sendo referência quaternária na região.

Esta pesquisa foi realizada através de um estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo, a partir da análise de prontuários médicos de pacientes atendidos nos ambulatórios do HE-FMIt. O estudo foi realizado no período de agosto de 2014 a agosto de 2015 para a identificação de pacientes com depressão. A análise de prontuários no HE-FMIt teve como propósito a caracterização das seguintes variáveis: gênero, psicoterapia e psicofármacos, através de análise descritiva.

Para o teste estatístico e a análise dos dados, foi utilizado o programa BioEstat 5.3, com o objetivo de verificar a prevalência do uso de psicofármacos e psicoterapia em transtornos depressivos. Utilizou-se o teste *t* pareado, seguido do teste Student-Newman-Keuls (SNK) para os dados paramétricos. Para o estudo transversal, tendo como base um nível de confiança de 99%, estimou-se um número definitivo de 289 indivíduos. Para a análise descritiva, foram calculados média e desvio padrão (DP) para as variáveis numéricas e distribuição de frequência para as variáveis categóricas.

A captação da amostra foi realizada por meio de prontuários no HE-FMIt, para obter a relação de pacientes atendidos de acordo com a classificação diagnóstica, de forma compatível com os critérios CID F32 e F33, evidenciando-se a prevalência do uso de psicofármacos e psicoterapia nesses pacientes, assim como a razão de prevalência (RP) e a caracterização da amostra do estudo.

As variáveis psicofármacos e psicoterapia foram correlacionadas entre si em pacientes com depressão, calculando-se seu coeficiente linear de Pearson e sendo considerados significativos valores $p \leq 0,01$. Foram consideradas significantes as associações com $p < 0,01$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança (IC) não incluiu a unidade.

Esses dados fazem parte do projeto de pesquisa “Psicofármacos e psicoterapia no tratamento da depressão”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMIt e aprovado com parecer nº 1.823.671.

RESULTADOS

Participaram do estudo 289 pacientes atendidos no HE-FMIt, sendo 183 (63,32%) mulheres e 106 homens (36,68%). Na identificação de pacientes com transtornos depressivos, a amostra caracterizada na faixa etária até 60 anos era proveniente da microrregião de Itajubá (MG). Com o melhor índice de desenvolvimento humano da região (0,787), é a única cidade da região a aparecer entre as 100 cidades com o melhor índice do país¹⁶.

O teste SNK verifica a utilização adequada para explicar a resposta dos dados extraídos da análise de prontuários. A comparação entre as variáveis gênero, psicofármacos e psicoterapia foi feita através do teste *t* pareado, seguido do teste SNK. De acordo com o teste, encontraram-se diferenças significativas ($p < 0,01$) entre mulheres que buscaram atendimento no ambulatório de psiquiatria e receberam terapêutica psicofarmacológica e aquelas que buscaram atendimento psiquiátrico e apresentavam quadro de transtorno depressivo, concomitantemente à terapêutica psicofarmacológica, em uma clara evidência, pelo rigor dos referidos.

O procedimento revelou diferenças significativas entre as variáveis comparadas pelas suas médias. Destacamos que entre as 183 mulheres tratadas com psicofármacos no ambulatório de psiquiatria, 96 (52,46%) foram encaminhadas para a psicoterapia (Figura 1).

Ou seja, um número significativo de pessoas recebeu tratamento com os psicofármacos supracitados e também o tratamento psicoterápico, quando apresentaram diagnósticos de transtornos depressivos.

Com relação aos psicofármacos, as classes terapêuticas mais prescritas para as pacientes com depressão foram

¹ Acadêmica de Medicina (4º ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ² Acadêmico de Medicina (2º ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ³ Professor, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ⁴ Professor, Mestre em Farmacologia, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG.

os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) (59,96%), benzodiazepínicos (BZD) (51,25%) e antidepressivos tricíclicos (ADT) (12,02%). Dos ISRS, a fluoxetina e o citalopram representaram 20,77%. Entre os BZD, o clonazepam foi prescrito em 35,42% dos pacientes,

seguido do diazepam, com 15,83%. A prevalência do uso do clonazepam foi aproximadamente duas vezes maior (RP = 2,15; IC = 0,54-2,83) nos pacientes depressivos, e a prevalência do uso de fluoxetina foi cerca de 1,2 vezes mais frequente (RP = 1,20; IC = 1,20-2,38) (Tabela 1).

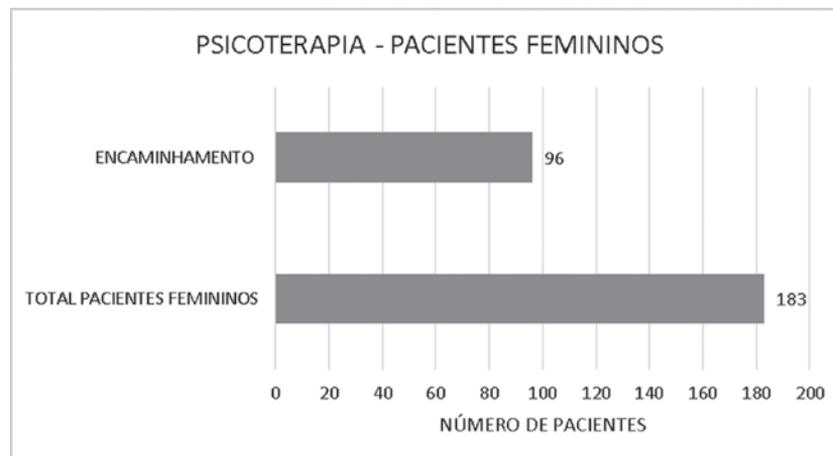


Figura 1 - Casos de pacientes femininos encaminhados para psicoterapia no Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (MG).

Tabela 1 - Descrição da amostra, de acordo com a análise multivariada da associação entre transtorno depressivo e fator sociodemográfico (gênero) – Itajubá (MG), 2016

Variável	Distribuição n (%)	Prevalência n (%)	RP (IC99%)	p
Sexo feminino	183 (63,54)	87 (47,55)	0,35 (-0,03 a 1,25)	< 0,0001
Fármaco				
Clonazepam	34 (18,58)	24 (35,42)	2,15 (1,16 a 4,19)	< 0,01
Sertralina	24 (12,56)	13 (20,77)	1,44 (0,36 a 1,46)	< 0,01
Fluoxetina	31 (17)	11 (18,42)	1,20 (1,20 a 2,38)	< 0,01
Citalopram	26 (14,20)	13 (20,77)	1,17 (-1,35 a 3,55)	< 0,01
Diazepam	20 (11)	10 (15,83)	1,15 (0,54 a 2,83)	< 0,01
Amitriptilina	15 (8,20)	8 (12,02)	2,56 (1,76 a 2,87)	< 0,01
Outros	33 (18,46)	8 (12,02)	2,22 (0,93 a 2,69)	< 0,01
Psicoterapia	96 (52,46)	87 (47,55)	2,84 (2,32 a 4,93)	< 0,0001

RP = razão de prevalência; IC99% = intervalo de confiança de 99%.

De acordo com os dados encontrados para o sexo masculino, pode-se observar diferenças significativas entre as variáveis analisadas, com $p < 0,001$ através do teste t pareado, seguido do teste SNK.

A participação dos homens na psicoterapia representou 37,73% do total daqueles atendidos no ambulatório de psiquiatria (Figura 2).

Os psicofármacos mais prescritos na população masculina foram os BZD (39,3%), seguido dos ISRS (22,83%) e dos ADT (5,87%). Entre os BDZ, o clonazepam e o diazepam representaram 19,65% da amostra. A prevalência do uso do clonazepam foi quase três vezes maior (RP = 2,75; IC = 1,16-4,19) em pacientes depressivos. Em contrapartida, a fluoxetina (RP = 1,89; IC = 1,20-2,38) foi quase duas vezes mais frequente nesses pacientes (Tabela 2).

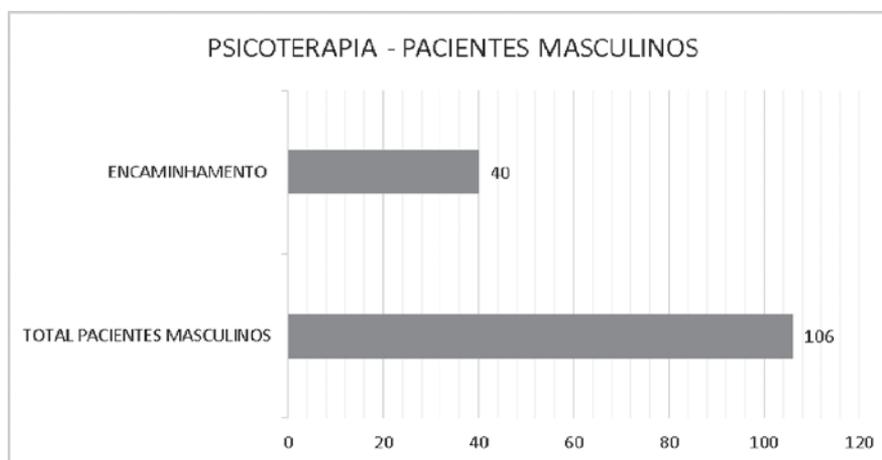


Figura 2 - Casos de pacientes masculinos encaminhados para psicoterapia no Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (MG).

Tabela 2 - Descrição da amostra, de acordo com a análise multivariada da associação entre transtorno depressivo e fatores sociodemográficos – Itajubá (MG), 2016

Variável	Distribuição n (%)	Prevalência n (%)	RP (IC99%)	p
Sexo masculino	106 (36,68)	40 (37,26)	0,35 (0,03 a 1,25)	< 0,0001
Fármaco				
Clonazepam	20 (19,65)	6 (0,21)	2,75 (1,16 a 4,19)	< 0,01
Sertralina	8 (5,87)	8 (0,28)	1,04 (0,36 a 1,46)	< 0,01
Fluoxetina	15 (13)	7 (0,23)	1,89 (1,20 a 2,38)	< 0,01
Citalopram	5 (3,96)	5 (0,15)	1,37 (-1,35 a 3,55)	< 0,01
Diazepam	20 (19,65)	2 (0,07)	1,35 (0,54 a 2,83)	< 0,01
Amitriptilina	8 (5,87)	8 (0,28)	2,16 (1,76 a 2,87)	< 0,01
Outros	30 (32,0)	4 (0,14)	2,02 (0,93 a 2,69)	< 0,01
Psicoterapia	40 (37,73)	40 (13,75)	1,34(1,04 a 2,83)	< 0,001

RP = razão de prevalência; IC99% = intervalo de confiança de 99%.

¹ Acadêmica de Medicina (4^o ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ² Acadêmico de Medicina (2^o ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ³ Professor, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ⁴ Professor, Mestre em Farmacologia, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG.

Discussão

Este estudo identificou a prevalência do uso de psicofármacos e psicoterapia de acordo com os fatores sociodemográficos associados ao transtorno depressivo em 289 pacientes do HE-FMI, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015.

Segundo Karasu¹⁷, os fármacos teriam maior influência na formação dos sintomas e nas alterações afetivas, fazendo efeito mais precocemente, enquanto a psicoterapia influenciaria mais diretamente nas relações interpessoais e no ajustamento social, com efeito mais tardio e mais prolongado¹⁸.

O tratamento combinado de psicoterapia e farmacologia é uma modalidade terapêutica em que o profissional que medica também realiza psicoterapia, o que apresenta muitas vantagens: estimula a integração de mente e cérebro, na perspectiva do paciente e do terapeuta, o que permite mais tempo para o desenvolvimento da relação médico-paciente e a possibilidade de formar-se uma aliança terapêutica intensa, que pode ser mais importante do que o impacto de uma modalidade terapêutica particular. Representa, portanto, uma modalidade terapêutica que proporciona maior potencial de adesão ao tratamento farmacológico¹⁹.

No Brasil, foi realizado um estudo em Barbacena²⁰ em que se avaliou o perfil epidemiológico dos usuários atendidos em uma unidade de saúde da família, em conjunto com a equipe de saúde mental. Evidenciou-se que, de um total de 203 atendimentos, 74% eram de mulheres entre 50 e 59 anos (33%). Dos 35% dos pacientes encaminhados, a maioria foi encaminhada para a psicoterapia (94%), e o restante, para um ambulatório secundário de saúde mental (6%). Os psicofármacos mais prescritos foram os ISRS (76%), anti-histamínicos (37%), BZD (37%) e antipsicóticos típicos (26%)²⁰. Esses resultados se assemelham aos do presente estudo, que mostram maior prevalência entre as mulheres (63,54%), sendo que a maioria foi encaminhada para a psicoterapia (52,46%), e a relevância dos ISRS, com 59,96%, e dos BZD, com 51,25%.

A prevalência do transtorno depressivo é estabelecida em vários estudos epidemiológicos como sendo, de uma forma geral, cerca de duas ou mais vezes prevalentes nas mulheres do que nos homens²¹. Muitos estudos^{17,22} tentam explicar essa diferença associando a ocorrência

desses transtornos específicos nas mulheres a fatores hormonais e psicológicos, enquanto os homens tendem a buscar, por outros meios, o alívio para seu sofrimento ou angústia. Os dados obtidos através deste trabalho nos permitiram ratificar essa prevalência feminina, sendo que dos 289 prontuários analisados, 183 (63,54%) eram de pacientes do sexo feminino e 106 (36,68%) eram de pacientes do sexo masculino.

Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar essa magnitude, sendo importantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento no país^{23,24}. No contexto dessa pesquisa, os resultados aqui apresentados podem ajudar a instrumentalizar a prática da psicofarmacologia e psicoterapia, assim como apontar a pluralidade das contribuições oferecidas por ambas as modalidades terapêuticas.

Segundo relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os transtornos mentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças. Mais de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental. Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos é tratável e evitável, corroborando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, é possível reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos^{25,26}.

Dessa maneira, pesquisas futuras devem enfatizar modelos de intervenções compatíveis com a necessidade dos pacientes que buscam tais serviços e para um tratamento do transtorno depressivo de forma congruente com o contexto do sistema de saúde disponível e de sua população²⁷.

As altas taxas de prevalência, o início cada vez mais precoce, a redução da qualidade de vida e o comprometimento no desempenho global da pessoa (pessoal, familiar, ocupacional, emocional e social) fazem com que os transtornos mentais sejam um dos principais contribuintes para a carga de doença total²⁸.

No Brasil e no mundo, com o processo de transição epidemiológica, a carga de doenças relacionadas aos agravos não transmissíveis tem se elevado rapidamente, e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. No campo da esperança de vida corrigida pela incapacidade (*disability-adjusted life year* - DALY), as

ANA CAROLINA DALARMELINA
THALES FERNANDES DE SOUZA
PAULO JOSÉ OLIVEIRA CORTEZ
JORGE GELVANE TOSTES

doenças neuropsiquiátricas ocupam a primeira posição, e os transtornos englobam 10,8% nesse campo, para ambos os gêneros²¹.

Com o levantamento sobre o transtorno depressivo, verificou-se o quanto é relevante inserir o cuidado e a assistência eficaz em saúde mental em Itajubá. Assim, ações e metas específicas poderão viabilizar o diagnóstico, terapêutica e tratamento mais acurados, com um atendimento multiprofissional adequado e integrado para com os pacientes e, conseqüentemente, a melhoria da aplicabilidade gerencial da saúde pública nesse setor.

Novos medicamentos, terapias e intervenções psicossociais vêm se intensificando no tratamento dos transtornos psiquiátricos. O transtorno depressivo é uma situação que preocupa a população e a área da psiquiatria, tanto pelo sofrimento que acarreta aos pacientes quanto pelas graves conseqüências que pode ocasionar, como, por exemplo, o suicídio²⁵.

Pode-se observar que o tratamento combinado apresenta suas vantagens, expondo o tratamento psicoterápico e psicofarmacoterápico a menos riscos, resultando em maior adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo, impõe-se a necessidade de se desenvolverem estratégias eficazes nessa área. A supervisão com profissional que tenha experiência em tratamento combinado pode ser uma estratégia para que, desde o início, haja o estímulo à integração mente-cérebro e aprenda-se a lidar com os complexos aspectos psicodinâmicos dessas modalidades terapêuticas²⁹.

CONCLUSÃO

Através deste trabalho, pode-se constatar o crescimento da utilização de antidepressivos. O entendimento psicodinâmico e psicofarmacológico é essencial para o trabalho de qualquer profissional que se dedica à prática do tratamento. Os dados obtidos permitem sugerir a inserção de cuidados em saúde mental frente à demanda constatada. O aumento dos benefícios com o tratamento combinado conduz a uma integração do trabalho da farmacoterapia com o da psicoterapia.

Uma estratégia ideal ao se tomar a decisão sobre o melhor tratamento clínico, na terapia combinada, o psiquiatra pode também propiciar melhor adesão por parte do paciente ao atendê-lo usando um modelo

de tratamento abrangente, integrando a psicoterapia e a farmacologia por meio de sessões estruturadas e psicoeducação. Ou seja, o mesmo psiquiatra conduz ambas as modalidades ao mesmo paciente, de forma a proporcionar uma perspectiva psicodinâmica para o paciente com transtorno depressivo³⁰.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo suporte financeiro e ao Núcleo de Desenvolvimento de Pesquisa e Pós-Graduação (NDPPG) da FMIIt pelo apoio.

Artigo submetido em 20/02/2018, aceito em 05/03/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fonte de auxílio e financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Correspondência: Ana Carolina Dalarmelina, Av. Renó Júnior, 368, São Vicente, CEP 37502-138, Itajubá, MG. Tel.: (35) 3629.8700. E-mail: anaalmanca@gmail.com

Referências

1. World Health Organization (WHO). World health statistics 2010 [Internet]. 2010. [cited 2018 Apr 18]. www.who.int/whosis/whostat/2010/en/
2. World Health Organization (WHO). Relatório mundial da saúde - saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. 2001 [cited 2018 Apr 18]. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
3. Cambricoli F. Mortes por depressão crescem 705% [Internet]. Estadão. 2014 Aug 17 [cited 2017 Nov 01]. sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,mortes-por-depressao-crescem-705-imp-,1545121
4. Neira LR. Aspectos generales y clínicos de la depresión. In: Grupo de psiquiatras latinoamericanos para la docencia en depresión. Diagnóstico y tratamiento de La enfermedad depresiva. México: AWWE; 2013. p.19-26.
5. Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21:6-11.
6. Sarin L. Clasificación y evolución de La enfermedad depresiva. In: Grupo de psiquiatras

¹ Acadêmica de Medicina (4^o ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ² Acadêmico de Medicina (2^o ano), Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ³ Professor, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG. ⁴ Professor, Mestre em Farmacologia, Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG.

- latinoamericanos para la docência em depresión. Diagnóstico y tratamiento de La enfermedad depresiva. México: AWWE; 2013. p.35-42.
7. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4^a edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
 8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
 9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 10. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 18]. ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf
 11. Potter WZ, Hollister LE. Fármacos antidepressivos. In: Katzung BG. Farmacologia básica e clínica. 9^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 404-15.
 12. Liskow PA, Perry PJ, Alexander B. Psychotropic drug handbook. In: Antidepressants. 7th ed. Washington: American Psychiatric Press; 1997. p.131-220.
 13. Katz MM, Koslow SH, Maas JW, Frazer A, Bowden CL, Casper R, et al. The timing, specificity and clinical prediction of tricyclic drug effects in depression. *Psychol Med*. 1987;17:297-309.
 14. Quitkin FM, Rabkin JD, Markowitz JM, Stewart JW, McGrath PJ, Harrison W. Use of pattern analysis to identify true drug response. A replication. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:259-64.
 15. Alberniz A, Holmes J. Psychotherapy integration: its implication for psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1996;169:563-70.
 16. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Índice de desenvolvimento humano municipal - IDHM - Minas Gerais - Itajubá [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 31]. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itajuba/panorama>
 17. Karasu TB. Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1102-13.
 18. Marcus ER. Integrating psychopharmacotherapy, psychotherapy and mental structure in the treatment of patients with personality disorders and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13:255-63.
 19. Powell AD. The medication life. *J Psychother Pract Res*. 2001;10:217-22.
 20. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:1-5.
 21. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33:43-54.
 22. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
 23. Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30:257-62.
 24. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. 2001 [cited 2018 Apr 18]. www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000000155
 25. Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:238-46.
 26. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36:431-8.
 27. Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental disorders. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease control priorities in developing

**ANA CAROLINA DALARMELINA
THALES FERNANDES DE SOUZA
PAULO JOSÉ OLIVEIRA CORTEZ
JORGE GELVANE TOSTES**

- countries. New York: Oxford University; 2006. p.605-25.
28. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2004;9:897-908.
29. Saffer PL. O desafio da integração psicoterapia-psicofarmacoterapia: aspectos psicodinâmicos. Rev Psiquiatr RS. 2007;29:223-32.
30. Frey BN, Mabilde LC, Eizirik CL. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26:118-23.



**TODAS AS SEGUNDAS-FEIRAS
21 horas ao vivo
Facebook: abpbrasil**

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

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

USO DE DROGAS POR PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO E DE SEUS FAMILIARES

USE OF DRUGS BY INDIVIDUALS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS: PERCEPTION OF THE USER AND THEIR FAMILY MEMBERS

Resumo

Entre as comorbidades psiquiátricas, destaca-se a associação de transtornos mentais graves (TMG) com transtornos por uso de substâncias (TUS). A prevalência dessa comorbidade varia de 20 a 42%. O uso de drogas possui relação bidirecional com os TMG, comprometendo a evolução de ambos os quadros. Neste estudo, avaliou-se a percepção de pessoas que apresentam comorbidade de TUS com TMG, internados em uma enfermaria de psiquiatria de um hospital geral, e de seus familiares quanto ao impacto do uso de drogas sobre o seu transtorno mental. O TUS foi avaliado utilizando-se o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test e o Mini International Neuropsychiatric Interview. Para avaliar a percepção de usuários e familiares, utilizaram-se as questões disparadoras: “Você acha que o seu uso de drogas tem impacto em seu problema psiquiátrico?”, “Em uma escala de 0 a 10, qual o impacto do uso de drogas sobre seu transtorno mental?” e “Você poderia justificar a sua resposta?”. Foram avaliadas 110 pessoas internadas e seus familiares; 31% eram dependentes atuais de alguma droga (excluindo o tabaco). Os diagnósticos mais frequentes foram esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Entre os dependentes, a nota média de impacto do uso de drogas sobre o transtorno mental foi de 4,5, e entre os familiares, 7,8. Para os usuários, automedicação, pertencimento a grupo e dificuldade de controle justificaram o uso, e para os familiares, o impacto negativo e o medo do futuro se destacaram

como preocupações. A diferença de percepção entre pacientes e familiares indica a necessidade de adequação das estratégias de abordagem.

Palavras-chave: Comorbidade, família, transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Abstract

Among psychiatric comorbidities, the association of severe mental disorders (SMD) with substance-related disorders (SRD) stands out. The prevalence of this comorbidity varies from 20 to 42%. The use of drugs presents a bidirectional relationship with SMD, impairing the evolution of both conditions. In this study, we assessed the perception of people presenting with comorbid SRD and SMD, admitted to the psychiatric ward of a general hospital, and that of their family members, with regard to the impact of drug use on the patient's disorder. SRD was assessed using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test as well as the Mini International Neuropsychiatric Interview. The perception of users and family members was assessed using the following triggering questions: “Do you think your drug use has an impact on your psychiatric problem?”; “On a scale from 0 to 10, what is the impact of drug use on your mental disorder?”; and “Can you explain your answer?”. A total of 110 patients and their family members were assessed; 31% currently presented addiction on some drug (tobacco excluded). The most frequent diagnoses were schizophrenia and bipolar affective

¹ Médica psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas (Saúde Mental) pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. ² Médica psiquiatra. Professora Doutora, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

disorder. Among drug users, the mean score assigned to the impact of drug use on the mental disorder was 4.5, compared to 7.8 among family members. For dependents, self-medication, the fact of belonging to a group and difficulties related to maintaining self-control justified the use of drugs; for family members, the negative impact and fear of the future emerged as concerns. The different perceptions between patients and family members indicates the need to adapt approach strategies.

Keywords: Comorbidity, family, substance-related disorders.

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) tem sido foco de preocupação, tanto do ponto de vista social como clínico¹. O consumo de drogas lícitas e ilícitas entre algumas subpopulações traz desafios específicos, com destaque para o uso de SPA por portadores de transtornos mentais graves (TMG)¹. Estudos apontam que o abuso de SPA é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais, sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas^{2,3}.

Estudos internacionais apontam taxas dessa comorbidade variando de 21 a 42%^{4,5}. Estudo nacional apontou prevalência nos últimos 12 meses de 10,4%, com predomínio de esquizofrenia (58,8%), transtorno afetivo bipolar (24%) e transtorno depressivo com sintomas psicóticos (7,8%)⁶.

Pacientes com esta comorbidade utilizam mais os serviços de emergência psiquiátrica e são internados mais frequentemente, permanecendo maior tempo no hospital, além de apresentarem mais episódios de comportamento agressivo quando internados^{7,8}. A maior utilização de serviços psiquiátricos está associada a um maior custo de tratamento⁹, e há evidências de que exista um maior impacto econômico nas famílias dos mesmos¹⁰, trazendo implicações para a rede de apoio.

Pesquisa realizada com dependentes químicos internados analisou o impacto social do uso de drogas, demonstrando que 63,2% tiveram prejuízos laborais, 54% problemas relacionados à família, 29,4% conflitos conjugais, 26,6% praticaram violência e 20,6% cometeram infração penal¹¹.

As relações familiares estão fortemente associadas ao processo de cuidado e a possíveis recaídas¹². Estas, muitas vezes, podem estar relacionadas com a incapacidade da família em lidar com o comportamento de seu familiar, necessitando também acolhimento e acompanhamento¹³. A experiência clínica sugere considerar a família como uma forte aliada no cuidado do indivíduo dependente químico, particularmente na presença de comorbidades psiquiátricas¹³.

Considerando a relevância epidemiológica e clínica dessa associação, este estudo avaliou a percepção de pacientes portadores de comorbidade de transtorno por uso de substâncias (TUS) com TMG, internados em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral, e de seus familiares quanto ao impacto do uso de SPA no transtorno mental.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo transversal, quali-quantitativo, que avaliou, através de entrevistas semidirigidas, a percepção de pacientes com TUS associado a outro TMG internados em unidade psiquiátrica em hospital geral universitário e de seus familiares quanto ao impacto do uso de SPA sobre o transtorno mental. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 18644513.9.0000.5404.

Sujeitos, critérios de inclusão e exclusão

Os sujeitos foram todos os pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (EP-HC/UNICAMP), bem como seus familiares (aqui definidos como pessoa relevante no contexto de vida do paciente, indicado pelo médico responsável), que apresentavam a comorbidade de TUS com TMG, no período de agosto de 2013 a outubro de 2014. Foram excluídos do estudo os pacientes internados devido exclusivamente ao uso de SPA, assim como pacientes com limitação cognitiva grave.

Local

O estudo desenvolveu-se na EP-HC/UNICAMP, hospital geral universitário terciário/quaternário, localizado em Campinas (SP), referência para uma região de mais de 6

milhões de habitantes, com uma área de cobertura que abrange cerca de 100 municípios¹⁴. A EP possui 14 leitos destinados a pacientes com TMG agudos.

Levantamento dos dados

Foram levantados do prontuário dados sociodemográficos e clínicos para caracterização da população estudada. Para definição da presença de transtorno relacionado ao uso de SPA, foram utilizados os instrumentos Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test¹⁵ e a seção de dependência do Mini International Neuropsychiatric Interview¹⁶. Foi utilizado o diagnóstico de transtorno mental estabelecido pela equipe da enfermagem, constituída de supervisores, residentes de psiquiatria e da residência multiprofissional.

A entrevista foi realizada separadamente com o paciente e o familiar e utilizou como questões disparadoras: “Na sua opinião, há algum impacto do uso de drogas em seu transtorno mental (do seu familiar)?”, “Em uma escala de 0 a 10, qual o impacto do uso de drogas sobre o seu transtorno mental (do seu familiar), sendo que 0 é ausência de impacto e 10 impacto muito grave?” e “Você poderia justificar a sua resposta?”.

Análise dos dados

Os dados sociodemográficos foram descritos de forma tabular. Após as entrevistas, as anotações foram lidas pela pesquisadora a fim de rever se não houve perda de conteúdo na fala dos pacientes e familiares. Em seguida, as entrevistas foram lidas independentemente pela pesquisadora e sua orientadora, com o objetivo de agrupamento em núcleos de sentido, a partir da pergunta disparadora a respeito da relação percebida por pacientes e familiares do transtorno mental com uso de SPA. As categorias foram descritas e ilustradas com frases dos entrevistados.

RESULTADOS

Durante o período do estudo, foram internados 122 pacientes na EP-HC/UNICAMP. Destes, oito foram excluídos, dois evadiram da internação e dois não quiseram participar da pesquisa. Entre os 110 pacientes avaliados, 31% (n = 34) foram diagnosticados

como dependentes atuais de alguma SPA (excluindo o tabaco), além do TMG (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes comórbidos (n = 34)

Variável	Resultado
Idade, média (DP)	29,32 (14,75)
Idade, mediana (mínimo/máximo)	23,5 (14,0-68,0)
Gênero masculino	82,3%
Escolaridade	
Fundamental incompleto	29,4%
Médio incompleto	29,4%
Médio completo	23,5%
Superior	17,6%
Estado civil	
Casado	11,7%
Divorciado	17,6%
Solteiro	70,5%

DP = desvio padrão.

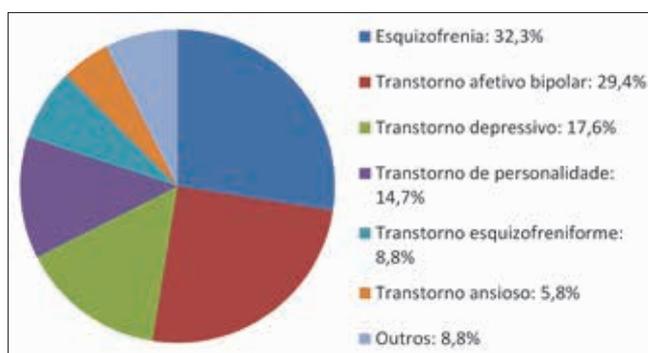


Figura 1 - Diagnósticos psiquiátricos dos pacientes comórbidos.

Com relação ao uso de substâncias psicoativas, 73,5% eram dependentes de uma única SPA, e 26,4%, de múltiplas SPA, como apresentado na Tabela 2.

¹ Médica psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas (Saúde Mental) pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. ² Médica psiquiatra. Professora Doutora, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Tabela 2 - Substâncias psicoativas utilizadas pelos pacientes dependentes atuais internados na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (n = 34)

Substância	%
Maconha	61,7
Álcool	29,4
Cocaína	23,5
Benzodiazepínicos	7,0
Mesclado	5,8
Outros (anabolizantes, cafeína)	8,8

Quanto à percepção dos pacientes a respeito do impacto do uso de drogas sobre o seu transtorno mental, a nota média foi de 4,5, e na visão da família, foi de 7,8 (variando de 0 a 10).

As categorias surgidas a partir da justificativa dos pacientes quanto à resposta sobre o impacto do uso de drogas sobre o transtorno mental foram: minimização, automedicação, pertencimento a um grupo, dificuldade de controle e impacto negativo. Serão apresentados, na Tabela 3, trechos extraídos das entrevistas para cada uma das categorias.

Tabela 3 - Categorias e trechos extraídos das entrevistas com os pacientes

Categoria	Trechos das entrevistas - Paciente
<p>Minimização: Essa categoria construiu-se a partir de falas que apontaram percepção de baixo impacto do uso de SPA no transtorno mental, por vezes diferenciando cada droga entre seguras e nocivas.</p>	<p>“Nota 0, não vou parar de usar maconha, ela me acalma. Vou morrer usando maconha. Vou sair daqui e usar. Não tem nada a ver com a minha doença”. (F., sexo masculino, 22 anos, diagnóstico de esquizofrenia, nota: 0).</p>
<p>Automedicação: Nessa categoria, o uso foi apontado como tendo a finalidade de aliviar sintomas, tais como ansiedade, tristeza, irritação, insônia; ou utilizar-se da droga para relaxar, ficar mais produtivo, “dar fome”.</p>	<p>“Comecei a usar álcool depois que me separei da minha mulher, vinho, vinho, vinho, porque não gostava de cerveja, mas depois fui para a cerveja. Fico bastante diferente quando bebo, fico agressivo, não é prazeroso. Como moro sozinho, não tem ninguém para eu conversar, quando chego, bebo para esquecer. Todo esse desespero e agonia, tento melhorar com o álcool.” (C., sexo masculino, 27 anos, diagnóstico de transtorno de personalidade, nota: 8).</p>
<p>Pertencimento a um grupo: Essa categoria evidenciou a importância dos pares tanto para a iniciação do uso quanto para a socialização. Indica, ainda, a relevância da identificação, que por vezes legítima e torna o uso mais aceitável na sua rede social.</p>	<p>“A cocaína eu usava a de 40 reais, um pino dava para várias pessoas. Usava só em grupo, quando a gente se encontrava. Experimentei para saber, porque falavam tanto, diziam que uma vez não viciava. Eu não senti nada, acho que sou tão agitado que eu não senti nada. Era uma forma de se reunir.” (J., sexo masculino, 58 anos, diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, nota: 5).</p>
<p>Dificuldade de controle: Os entrevistados apontaram dificuldade em evitar o uso, controlar a quantidade, assim como manejar as consequências negativas do abuso de drogas nas esferas laborais, sociais e familiares.</p>	<p>“Para eu usar cocaína, eu tinha que estar bêbado. No início dava um alívio, mas passa rápido, daí dava vontade de usar. Na primeira vez, gastei 1200 reais.” (C., sexo masculino, 27 anos, diagnóstico de transtorno de personalidade, nota: 10).</p>
<p>Impacto negativo do uso de SPA: Alguns entrevistados observam consequências negativas de seu uso de drogas sobre a cognição, capacidade de julgamento e humor; além de apontarem impacto negativo do consumo das SPA para as relações familiares, sociais e laborais.</p>	<p>“Acho que foi o uso da maconha que me fez ficar ouvindo vozes, vendo vulto passar. Na época que internei, estava usando os dois juntos (maconha e cocaína) e bastante ainda. Acho que deu um tique no meu cérebro.” (J., sexo masculino, 24 anos, diagnóstico de esquizofrenia, nota: maconha/7, cocaína/10).</p>

SPA = substâncias psicoativas.

A partir da entrevista com os familiares, surgiram as seguintes categorias: impacto do uso de drogas, medo do futuro, busca por um culpado, medo de violência, minimização e esperança no tratamento (Tabela 4).

Tabela 4 - Categorias e trechos extraídos das entrevistas com os familiares

Categoria	Trechos das entrevistas - Familiares
<p>Impacto negativo do uso de drogas: Destaca-se a percepção sobre as consequências negativas do uso de SPA, relacionando o uso a mudanças importantes de comportamento, agressividade, prejuízo nas relações interpessoais, além de desencadear distúrbios clínicos e psiquiátricos.</p>	<p>“Nota 10, foi devastador, destruiu, arrebitou.” (Pai de F., de 16 anos, com diagnóstico de esquizofrenia. Nota de F.: 10. Nota do pai: 10).</p>
<p>Medo do futuro: A família aponta temor pela evolução do quadro e impacto na autonomia do paciente; paralelamente, receia ter que assumir os cuidados de seu familiar “para sempre”.</p>	<p>“Sobre o futuro, fico preocupado porque não somos eternos. Tenho quatro filhos, três têm anemia falciforme, só ele que não tem, era o varão bom para ajudar. Na época da primeira internação, achei que era tudo por causa da droga e disse para ele que ele tinha falhado comigo. Hoje penso diferente. Não vou abandoná-lo nunca.” (Pai de E., de 19 anos, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Nota de E.: 7. Nota do pai: 10).</p>
<p>Busca por um culpado/explicação: Alguns familiares tentam compreender o motivo de seu parente fazer uso de drogas, com tendência a apontar que este comportamento é estimulado por “alguém de fora”, “más companhias”, com a expectativa de que, ao retirar o indivíduo desse grupo, seu familiar pare de usar substâncias.</p>	<p>“Me preocupo de ele voltar a usar porque não pode, me preocupo com as amizades porque foi por eles que começou e é tudo usuário. Quero que volte para a igreja para mudar as amizades. Até mudaria de bairro. Tem um primo dele que mora com a gente na casa que usa e fico com medo de o P. voltar a usar pela companhia dele.” (Tia de P., de 20 anos, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Nota de P.: 8. Nota da tia: 8).</p>
<p>Medo de violência: Associa-se violência ao uso de SPA, seja por já terem presenciado atos violentos prévios, devido ao envolvimento com tráfico ou por questões psiquiátricas que afetam a capacidade de julgamento. Relatam receio quanto à possibilidade de seus parentes apresentarem comportamentos violentos e impulsivos durante a intoxicação ou abstinência de SPA, colocando em risco a própria vida e a de terceiros.</p>	<p>“Minha preocupação é ele fazer outra tragédia (paciente introduziu uma faca em seu abdome), fazer mal não só para ele, como para a família. Dessa vez, eu fui até ver o caixão pra enterrar ele.” (Mãe de P., de 37 anos, com diagnóstico de transtorno depressivo. Nota de P.: 10. Nota da mãe: 10).</p>
<p>Minimização: Alguns familiares acreditam que o uso de SPA auxilia no alívio da sintomatologia psiquiátrica, seja por achar que o uso de SPA não interfere no transtorno mental ou mesmo porque também eram usuários.</p>	<p>“Nota 0, acho que a maconha não causa isso, o que causa isso é a cocaína, que ele usou muito pouco.” (Mãe de J., de 16 anos, com diagnóstico de esquizofrenia. Nota de J.: 0. Nota da mãe: 0).</p>
<p>Esperança no tratamento: Acreditam no controle da sintomatologia do quadro psiquiátrico, bem como na cessação do uso de SPA através do tratamento medicamentoso, ajuda psicológica e apoio familiar. Ressaltam aspectos positivos do paciente que o afastam do estereótipo do usuário de drogas, ou seja, de alguém “sem força de vontade”, descontrolado e violento.</p>	<p>“Teve altos e baixos, mas acredito no resultado positivo do trabalho aqui. Sinto que aqui tem profissionais capacitados, os recursos que vocês têm aqui são muito bons, e acredito que ele é capaz.” (Pai de C., de 27 anos, com diagnóstico de transtorno de personalidade. Nota de C.: 10. Nota do pai: 8).</p>

SPA = substâncias psicoativas.

¹ Médica psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas (Saúde Mental) pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. ² Médica psiquiatra. Professora Doutora, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Discussão

Dados nacionais apontam que 12% da população brasileira é dependente de álcool, e 1%, de drogas ilícitas¹⁷. A frequência de pacientes com TMG dependentes de SPA (excluindo tabaco) encontrada na EP-HC/UNICAMP foi de 31%, taxa muito superior à observada na população geral e semelhante às taxas de comórbidos encontradas na literatura, em estudos com pacientes internados em hospitais, com prevalências que variam de 17,7 a 35%^{4,18}.

Tais porcentagens são preocupantes, considerando que em indivíduos com TMG, mesmo que em pequenas doses e de modo casual, o consumo de SPA pode gerar piores consequências, se comparados com pessoas sem tais transtornos^{7,19}.

Entre os pacientes comórbidos, obteve-se uma nota média de 4,5, demonstrando uma baixa percepção do impacto do uso de SPA sobre o transtorno mental, principalmente em relação à maconha.

Uma pesquisa norte-americana utilizou dados de 2002 a 2012 do National Survey on Drug Use and Health a fim de descrever as mudanças temporais na percepção de risco do uso regular de maconha, influenciadas pelos debates em torno do uso medicinal e de sua legalização nos EUA. Características associadas a uma maior percepção de risco foram o gênero feminino, etnia não branca, idade acima de 50 anos e menor renda. Em contrapartida, as associadas com menor percepção de risco incluíram idades entre 12-17 e 18-25 anos, ensino médio ou superior, renda mais alta e uso de cannabis²⁰.

Nos últimos 25 anos, o uso ilícito de cannabis e os transtornos causados pelo seu uso aumentaram entre os adultos americanos no período em que 28 estados aprovaram leis sobre o uso da maconha medicinal²¹.

A percepção de risco influencia o uso de drogas, sendo que uma baixa percepção se relaciona com um padrão de uso mais intenso. Embora dados demonstrem que continua a haver uma percepção de risco substancial associada ao uso de maconha na população geral²², outros indicadores apontam que esta percepção é significativamente menor em indivíduos com TUS²³.

Pesquisa norte-americana explorou a percepção de risco em relação à maconha em pacientes que estavam sob tratamento para dependência química. Em

consonância com o nosso trabalho, uma perspectiva frequente entre os participantes era de que a maconha é significativamente diferente de outras drogas, pois é segura, não produz dependência, não é associada com sintomas de abstinência e tem efeitos comportamentais menos evidentes do que outras SPA. Muitos desses participantes embasaram suas falas em suas próprias experiências, consideradas inócuas, mais do que em informações de qualquer outra fonte. Alguns usuários enfatizaram a capacidade de a maconha causar consequências sociais negativas, paranoia e piorar a psicose, relato também observado em nossa pesquisa²⁴.

Estudos epidemiológicos têm verificado que indivíduos com TMG estão mais propensos a fazer uso e a desenvolver abuso e dependência de SPA, especialmente a cannabis, quando comparados à população geral²⁵. Estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, Holanda e Austrália encontraram índices significativamente maiores de usuários de cannabis entre os esquizofrênicos, comparando ao restante da população²⁶.

A associação entre idade de início, quantidade e duração da exposição à cannabis vem sendo reconhecida como um possível fator de risco independente para o desencadeamento de episódios psicóticos agudos, prejuízos cognitivos, alterações comportamentais, exacerbação de sintomas e consequências negativas no curso dos transtornos^{27,28}. Adicionam-se a isso evidências crescentes que sugerem que a exposição precoce e pesada à cannabis pode aumentar o risco de se desenvolver um transtorno psicótico como a esquizofrenia²⁹.

Muitos dos entrevistados referiram consequências adversas da droga consumida, além de apontarem dificuldades em controlar a quantidade e em evitar seu uso. Essa percepção é relevante, pois pode ser um motivador para a procura de tratamento. Pesquisa brasileira sobre razões de busca por tratamento de dependentes de SPA apontaram frequência de uso e descontrole como as principais razões^{30,31}.

Constatou-se, nas falas dos pacientes internados na EP-HC/UNICAMP, a ideia do uso da droga como automedicação, aliviando sintomas de ansiedade e angústia, melhorando o sono, o apetite e o raciocínio. Estudo verificou as associações entre dependência

de álcool e fobia social, constatando o diagnóstico de fobia social em 35% do total da amostra. No período de consumo do álcool, os sintomas de fobia social eram sentidos como atenuados por 97,6% dos sujeitos³². A tentativa de automedicação é frequente com o uso do álcool, pela crença de que este diminui o estresse e a ansiedade e melhora o desempenho social, o que favorece a manutenção do seu uso³³.

Agudamente, o uso de SPA pode aliviar sintomas mentais, porém a manutenção desse uso traz piora ao quadro clínico. Em alguns casos, o consumo de SPA traria alívio para esses sintomas, deixando seus portadores mais propensos a utilizá-las constantemente³³.

Alguns entrevistados apontaram a necessidade de pertencimento a um grupo como fator relevante para o consumo. A experimentação de drogas frequentemente está relacionada à influência de amigos e se mantém como facilitador de relações sociais³⁴. Pesquisa que analisou situações de recaída em pacientes dependentes de SPA durante o tratamento conclui que estados emocionais negativos, impulso, pressão social e conflitos interpessoais foram importantes fatores desencadeadores da recaída³⁵.

Constatou-se, entre vários pacientes comórbidos e alguns familiares, uma baixa percepção das consequências negativas do uso de SPA sobre o transtorno mental. Essa concepção tem potencial de interferir negativamente no tratamento, particularmente quando o familiar também faz uso de SPA. Nesse caso, o paciente pode ter um acesso facilitado à droga, assim como uma percepção menor de risco em relação à SPA.

Por outro lado, a nota média dos familiares quanto ao impacto do uso de SPA sobre o transtorno mental foi de 7,8, demonstrando que as famílias, em sua maioria, consideram o uso de drogas maléfico para o transtorno mental.

Para auxiliar com eficácia, ou seja, melhorar a qualidade de vida, promover adesão ao tratamento e prevenir recaídas, faz-se necessário compreender como o paciente e a sua família percebem a comorbidade.

Uma pesquisa brasileira realizada com familiares de portadores de transtornos mentais identificou a presença de três tipos de sobrecarga: a sobrecarga financeira, relacionada aos gastos com consultas e medicamentos; a sobrecarga do cuidado, pois o mesmo fica sob responsabilidade de uma única pessoa; e a

sobrecarga física e emocional representada pela tensão e nervosismo³⁶.

Em consonância com esses resultados, estudo nacional investigou quadros psiquiátricos em mulheres que convivem com um dependente químico em seus lares, sendo observado que 23% apresentavam depressão, demonstrando a importância do envolvimento no tratamento e cuidado aos familiares envolvidos³⁷.

Uma pesquisa nacional analisou a percepção dos familiares em um grupo de orientação familiar em dependência química. Constatou-se que as famílias se sentem envergonhadas e culpam tanto a si como aos outros pelo abuso de drogas de seu familiar. Observou-se que o que mais aflige os familiares é uma possível recaída do dependente. Os principais sentimentos da família foram: raiva, ressentimento, descrédito, dor, impotência, medo do futuro, desintegração e solidão diante do resto da sociedade³⁸, corroborando algumas categorias descritas no presente estudo.

Haskell et al. entrevistaram pacientes e familiares em um local de tratamento para TMG e TUS em Ontário. Os familiares buscavam entender melhor o uso de substâncias, adquirindo conhecimento e ferramentas para lidar melhor com as recaídas e o tratamento. Além desses aspectos, gostariam que seu familiar buscasse melhorar os relacionamentos interpessoais, afastando-se de pessoas que tiveram uma influência negativa e conquistando relações mais saudáveis, particularmente com membros da família³⁹. Notou-se a preocupação de que seu familiar conseguisse trabalhar, constituir família, ser alguém independente dos cuidados familiares.

Há escassez de dados qualitativos na literatura sobre pacientes dependentes de drogas que apresentam comorbidade com TMG, bem como sobre seus familiares. Os estudos existentes analisam indivíduos que apresentam somente dependência química, o que demonstra a importância de se realizarem mais estudos sobre pacientes comórbidos e seus desafios, notadamente do ponto de vista qualitativo, visando aprofundar a compreensão e abordagem do tema.

Embora os dados deste estudo apontem elevada prevalência de comorbidade de TUS em portadores de TMG e divergência da percepção entre usuários e seus familiares, o pequeno número de sujeitos e o fato de

¹ Médica psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas (Saúde Mental) pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. ² Médica psiquiatra. Professora Doutora, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

estarem internados em enfermaria universitária de casos de particular gravidade limitam a extrapolação dos dados para a população. Devem ser realizados outros estudos, envolvendo amostras maiores, coletados em diferentes espaços de tratamento ou na população, a fim de construir um conjunto de conhecimentos nesta área, que é de grande relevância para a saúde pública. Conhecer a percepção de usuários e familiares é fundamental para a adequação das estratégias de abordagem.

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo apontam a magnitude do uso de SPA em portadores de transtornos mentais, posto que aproximadamente 1/3 dos internados por TMG era dependente atual de alguma SPA (excluindo tabaco), com destaque para a maconha. Quanto à percepção do impacto do uso de SPA no transtorno, há uma diferença na percepção dos pacientes e dos familiares, sendo esta apontada como importante pela maioria dos familiares e minimizada por boa parte dos pacientes. A compreensão pelo paciente dos prejuízos do uso de SPA no transtorno mental é importante e precisa ser abordada no tratamento juntamente com a família. A realização do diagnóstico da comorbidade possibilita o planejamento adequado do tratamento, com foco na redução de recaídas e proporcionando melhora no funcionamento pessoal, social e familiar.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer à equipe e aos residentes da EP-HC/UNICAMP. Não há conflitos de interesse.

Artigo submetido em 25/09/2017, aceito em 13/03/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Marjourie Dragoni de Arruda Biscaro, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP 13083-887, Campinas, SP. Tel.: (19) 3521.7206. E-mail: marjouriebiscaro@yahoo.com.br

Referências

1. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, et al. Diretrizes da associação brasileira de estudos do álcool e outras drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:42-8.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593-602.
3. Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Issues and problems with dual diagnosis. In: *Dual diagnosis: an integrated approach to treatment.* Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 11-24.
4. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:393-401.
5. Torrens M, Martin-Santos R, Samet S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotox Res.* 2006;10:253-61.
6. Ratto LRC. Prevalência da comorbidade entre transtornos mentais graves e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas em São Paulo, Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
7. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in south London. *Br J Psychiatry.* 1996;168:612-9.
8. Yesavage J, Zarcone V. History of drug abuse and dangerous behaviour in inpatient schizophrenics. *J Clin Psychiatry.* 1993;44:259-61.
9. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnoses. *Compr Psychiatry.* 1988;29:467-83.
10. Clark RE, Drake RE. Expenditures of time and money by families of people with severe mental

- illness and substance use disorders. *Community Ment Health J.* 1994;30:145-63.
11. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enferm.* 2013;18:468-74.
 12. Mazuca KPP, Sardinha LS. Dependência do álcool: a importância da família no tratamento e na prevenção da recaída. *Bol Inic Cient Psicol.* 2000;1:23-31.
 13. Bezerra VC, Linhares ACB. A família, o adolescente e o uso de drogas. *Cad Juv Saude Desenv.* 1999;1:184-97.
 14. Hospital de Clínicas. Especialidades [Internet]. [cited 2015 Aug 2]. www.hc.unicamp.br/?q=node/58
 15. Silva IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLO. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50:199-206.
 16. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry.* 1997;12:232-41.
 17. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, et al. II levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. Brasília/São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo; 2007.
 18. Di Doi WE. The use of psychoactive substances and psychiatric comorbidity: an epidemiological study in the Hospital Dr. Emilio Vidal Abal - Córdoba. Córdoba: Univerity Córdoba; 2012.
 19. Ratto L, Cordeiro D. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química.* São Paulo: Roca; 2010, p. 199-217.
 20. Pacek LR, Mauro PM, Martins SS. Perceived risk of regular cannabis use in the United States from 2002 to 2012: differences by sex, age, and race/ethnicity. *Drug Alcohol Depend.* 2015;149:232-44.
 21. Hasin DS, Sarvet AL, Cerdá M, Keyes KM, Stohl M, Galea S, et al. US adult illicit cannabis use, cannabis use disorder, and medical marijuana laws: 1991-1992 to 2012-2013. *JAMA Psychiatry.* 2017;74:579-88.
 22. Calabria B, Swift W, Slade T, Hall W, Copeland J. The perceived health risks of cannabis use in an Australian household survey. *Drug Alcohol Rev.* 2012;31:809-12.
 23. Darke S, Torok M. Attitudes of regular injecting drug users towards the legal status of the major illicit drugs. *Drug Alcohol Rev.* 2013;32:483-8.
 24. Wilkinson ST, van Schalkwyk GI, Davidson L, D'Souza DC. The formation of marijuana risk perception in a population of substance abusing patients. *Psychiatr Q.* 2016;87:177-87.
 25. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction.* 2001;96:1603-14.
 26. Lader M. Addiction and the pharmacology of cannabis: implications for medicine and the law. *Med Sci Law.* 2009;49:1-17.
 27. Sewell RA, Skosnik P, Garcia-Sosa I, Ranganathan M, D'Souza DC. Efeitos comportamentais, cognitivos e psicofisiológicos dos canabinoides: relevância para a psicose e a esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:515-30.
 28. Le Bec PY, Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review. *Encephale.* 2009;35:377-85.
 29. Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2008;193:357-63.
 30. Fontanella BJB, Mello GA, Demarzo MMP, Turato ER. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57:196-202.
 31. Varney SM, Rohsenow DJ, Dey NA, Myers MG, Zwick WR, Monti PM. Factors associated

¹ Médica psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas (Saúde Mental) pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. ² Médica psiquiatra. Professora Doutora, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

- with help seeking and perceived dependence among cocaine users. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1995;21:81-91.
32. Bittencourt SA, Oliveira MS, Souza CC. Estudo de relações entre fobia social e uso do álcool. *Rev Bras Ter Cogn*. 2005;1:135-46.
33. Carrigan MH, Randall CL. Self - medication in social phobia: a review of the alcohol literature. *Addict Behav*. 2003;28:269-84.
34. Gabatz RIB, Johann M, Terra MG, Padoin SM, Silva AA, Brum JL. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc Anna Nery*. 2013;17:520-5.
35. Silva EA, Ferri CP, Formigoni MLOS. Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44:311-5.
36. Borba L de O, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*. 2008;21:588-94.
37. Aragão ATM, Milagres E, Figlie NB. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *Psico USF*. 2009;14:117-23.
38. Matos MTS, Pinto FJM, Jorge MSB. Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. *Rev Baiana Saude Publica*. 2008;32:58-71.
39. Haskell R, Graham K, Bernards S, Flynn A, Wells S. Service user and family member perspectives on services for mental health, substance use/addiction, and violence: a qualitative study of their goals, experiences and recommendations. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:9.

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!



NEUROFIBROMATOSE NA PSIQUIATRIA: DIAGNÓSTICO TARDIO

NEUROFIBROMATOSIS IN PSYCHIATRY: LATE DIAGNOSIS

Resumo

A neurofibromatose tipo 1 é uma doença genética cujas manifestações podem englobar sinais e sintomas psiquiátricos, como déficit cognitivo-comportamental, distímia, ansiedade e alcoolismo. Geralmente, a doença se manifesta na infância, porém muitas vezes o diagnóstico é realizado tardiamente, o que gera ainda mais prejuízos ao indivíduo afetado. Portanto, é fundamental que profissionais da área da saúde e educadores estejam familiarizados com a doença. O presente artigo traz uma revisão sobre a patologia e relata um caso cujo diagnóstico foi realizado na idade adulta, durante a internação em uma enfermaria psiquiátrica.

Palavras-chave: Neurofibromatose, transtornos relacionados ao uso de substâncias, deficiência intelectual.

Abstract

Neurofibromatosis type 1 is a disease of genetic origin whose manifestations may include psychiatric signs and symptoms, such as cognitive-behavioral deficit, dysthymia, anxiety, and alcohol abuse. The disease generally manifests in childhood, however diagnosis is often made late, causing further impairment to the individual affected. Therefore, it is paramount that healthcare professionals and educators be familiar with the disease. This article reviews the literature on the condition and describes a case in which diagnosis was made in adulthood, while the patient was admitted to a psychiatric ward.

Keywords: Neurofibromatosis, substance-related disorders, intellectual disability.

INTRODUÇÃO

As neurofibromatoses (NF) são um grupo de doenças de etiologia genética que englobam três patologias: a neurofibromatose tipo 1 (NF1), a neurofibromatose tipo

2 (NF2) e a schwannomatose (SCH)¹. Os sinais e sintomas dos indivíduos afetados envolvem, principalmente, os sistemas cutâneo, neurológico, ortopédico e psiquiátrico, o que evidencia a importância dos profissionais das respectivas áreas, além de pediatras e médicos de saúde da família, estarem familiarizados com as manifestações clínicas das doenças, a fim de diagnosticar as NF o mais precocemente possível, o que permite um melhor manejo clínico, redução da morbidade das complicações e melhor qualidade de vida¹. Neste texto, há um relato de caso de um paciente com NF1 cujo diagnóstico foi realizado tardiamente, na idade adulta, a partir de manifestações clínicas psiquiátricas que, associadas à observação de lesões cutâneas, sugeriram o diagnóstico.

Epidemiologia e etiologia

As NF são doenças genéticas que afetam cerca de 80.000 brasileiros^{1,2}. O tipo mais comum é a NF1, cuja incidência varia de 1/2.000 a 1/7.800 nascidos vivos e é caracterizada por manchas café com leite e neurofibromas cutâneos^{2,3}. É a mais comum doença neurogenética autossômica dominante causada por mutações no gene NF1, que se localiza no cromossomo 17, responsável pela codificação da proteína neurofibromina^{3,4}. Tal proteína se expressa nos neurônios e células da glia e é necessária para o desenvolvimento neural⁴. A neurofibromina também está envolvida na proliferação e diferenciação celular, e sua perda pode explicar anormalidades na estrutura cerebral, como a diminuição do volume das estruturas cortical e subcortical, além de alterações nas substâncias branca e cinzenta⁵.

NF1: critérios clínicos para o diagnóstico

Em 1988, o National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: neurofibromatosis (NIH) estabeleceu os critérios para o diagnóstico da

NF1. São necessárias duas ou mais das seguintes manifestações para o diagnóstico³:

- Seis ou mais manchas café com leite maiores do que 5 mm em pré-púberes e maiores do que 15 mm em pós-púberes.
- Dois ou mais neurofibromas de qualquer tipo ou um neurofibroma plexiforme.
- Sardas (efélides) nas regiões axilares ou inguinais.
- Glioma óptico.
- Dois ou mais nódulos de Lisch (hamartomas da íris).
- Uma lesão óssea distinta, como a displasia do esfenoide ou o afinamento do córtex de um osso longo, com ou sem pseudoartrose.
- Um parente de primeiro grau (pais, irmãos ou filhos) diagnosticado com NF1, de acordo com os critérios acima.

Cerca de 46% dos pacientes não apresentam os critérios de diagnóstico até 1 ano de idade, porém quase todos apresentarão tais critérios até os 8 anos de idade⁶.

Manifestações psíquicas da NF1

O polimorfismo clínico da NF1 é muito amplo. A mesma mutação genética pode causar sintomas severos em alguns indivíduos, enquanto outros apresentam manifestações mais brandas, fato que pode ser justificado pela alteração genética associada a fatores ambientais^{2,7}.

Indivíduos com NF1 tendem a apresentar aumento do volume de substância branca no lobo frontal e corpo caloso e da substância cinzenta no núcleo do tálamo e caudado direito. A integridade reduzida da microestrutura da substância branca sugere uma diminuição na conectividade estrutural efetiva. Estudos evidenciaram déficits na ativação visual das regiões occipital, temporal e parietal e envolvimento anormal do lobo frontal, além de anomalias neuroquímicas. Os níveis de ácido gama-aminobutírico (GABA) mostraram-se significativamente reduzidos no córtex occipital. Tais alterações estruturais, funcionais e neuroquímicas do sistema nervoso central podem ocasionar dificuldades de aprendizagem⁸.

O gene NF1 tem a função de regular a liberação, na amígdala central, do GABA, um neurotransmissor que reduz a ansiedade e aumenta a sensação de relaxamento. As variações genéticas em tal gene podem conferir uma

maior vulnerabilidade e susceptibilidade à dependência alcoólica em humanos⁹.

Inabilidades sociais, alterações físicas e baixo rendimento escolar são explicações para que crianças e adolescentes com NF1 apresentem um maior risco de baixa autoestima¹⁰. Além disso, alterações comportamentais e déficits cognitivos são fenômenos frequentes em pacientes com NF1, e tais deficiências intelectuais englobam várias neuropsicopatologias^{5,11}. Cerca de 38% das crianças com NF1 preenchem os critérios para o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)¹¹.

Considerando-se que, com o passar dos anos, há o agravamento das lesões físicas, adultos com NF1 tendem a apresentar uma autoimagem negativa e estigmatizante, o que dificulta a criação de vínculos interpessoais^{12,13}. A necessidade de acompanhamento médico, a incerteza quanto à evolução da doença, o preconceito social, o sentimento de rejeição e a dificuldade para arranjar emprego geram uma acentuada baixa autoestima e condições financeiras precárias, causando um alto nível de sofrimento psicológico^{10,13,14}.

Um estudo sueco acompanhou por 12 anos pacientes com NF1 e demonstrou um aumento da mortalidade e uma redução média de 15 anos na expectativa de vida. Diagnósticos psiquiátricos foram encontrados em 1/3 dos pacientes, sendo a distímia a mais frequente (21%). Outros distúrbios relatados foram transtorno de ansiedade generalizada, demência associada ao alcoolismo, retardo mental leve e transtorno orgânico de personalidade¹⁵.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 50 anos, primeiro grau incompleto, solteiro, aposentado por invalidez, encaminhado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para internação na enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco (HUSF) por dependência de álcool, transtorno afetivo bipolar e dificuldade para adesão ao tratamento ambulatorial.

Na entrevista inicial, o paciente relatou o início do consumo de álcool aos 20 anos de idade de forma recreativa, com aumento progressivo na quantidade e frequência da ingestão. Há 2 semanas, após ingerir álcool compulsivamente, apresentou quatro episódios convulsivos. Fez uso de cocaína e crack por 10 anos,

estando em abstinência de tais substâncias há 9 anos. Foi internado por cinco vezes anteriormente, sendo uma delas por surto psicótico com alucinações visuais e auditivas associadas ao uso de álcool.

O paciente relatou humor deprimido, e há o histórico de cinco tentativas de suicídio prévias frouxas e sem repercussões clínicas. Negou outras comorbidades e frequentava o CAPS, porém sem adesão ao tratamento. Nos antecedentes familiares, há uma irmã com retardo mental e outra com depressão. O pai é dependente de álcool. Ao exame físico, notou-se a presença de nódulos no abdome e membros superiores. Na ocasião, foi levantada a hipótese de lipoma para tais lesões. Ao exame do estado mental, apresentava-se orientado globalmente, hipotímico, com humor congruente com o afeto, sem alterações da sensopercepção e com conteúdos do pensamento de características pueris. A hipótese diagnóstica inicial foi de dependência de álcool e transtorno de humor a esclarecer.

No terceiro dia de internação, durante visita hospitalar para discussão de caso, levantou-se a hipótese de NF1 quando se associou o quadro mental com as alterações cutâneas. Ao se refazer o exame físico, foram detectados múltiplos nódulos subcutâneos no tronco, membros superiores e inferiores, além de manchas café com leite no tronco e efélides axilares, preenchendo os critérios diagnósticos da NIH. O diagnóstico foi confirmado através do exame anatomopatológico e imunoistoquímica de um dos nódulos subcutâneos.

Durante a primeira semana da internação, apresentava-se hipotímico, isolado socialmente e com baixo limiar à frustração. Associando-se a sintomatologia psíquica polimórfica ao diagnóstico clínico e histopatológico de NF1, levantou-se a suspeita de retardo mental. O teste das matrizes progressivas de Raven evidenciou uma inteligência inferior à média, com indícios de doença mental.

Durante a internação, foi introduzido anticonvulsivante para prevenção das crises convulsivas e melhora do controle da impulsividade. Para se prevenir a síndrome de abstinência alcoólica, foram ministrados benzodiazepínicos por 7 dias e realizada a reposição de tiamina. Durante os 22 dias de internação, o paciente não apresentou síndrome de abstinência alcoólica nem crises convulsivas. Observou-se melhora do humor com o tratamento e boa adesão à terapia ocupacional. Criou

bons vínculos com a equipe e evoluiu positivamente em um curto período de tempo.

DISCUSSÃO

Apesar do atual conhecimento sobre a etiologia e as manifestações clínicas da NF1, nem sempre tal hipótese diagnóstica é levantada pelos profissionais da saúde. O caso relatado ilustra tal situação. As manifestações cutâneas já seriam suficientes para se pensar em NF1, o que indica desconhecimento sobre o assunto ou negligência ao realizar o exame físico. Associado ao quadro psiquiátrico exuberante e multifacetado, é notório que tal diagnóstico não tenha sido aventado para um indivíduo em acompanhamento ambulatorial ou durante as internações prévias. Conseqüentemente, o paciente e seus familiares nunca receberam qualquer orientação sobre a patologia, fato que não só traz dificuldades para o tratamento e compreensão da doença e de suas comorbidades, mas também impede um aconselhamento genético familiar adequado e um suporte psicossocial para a inserção do indivíduo na sociedade. Campanhas de conscientização da enfermidade podem ser de grande valia na desmistificação da NF1, em especial voltada para educadores, com a intenção de se detectar precocemente a doença em crianças na idade escolar.

CONCLUSÃO

A NF1 é uma doença prevalente, com manifestações polimórficas e graus variáveis de limitações, podendo passar despercebida na infância e até no adulto. Seu prognóstico é diretamente proporcional à precocidade do diagnóstico, impactando a saúde e a qualidade de vida do indivíduo portador e de seus familiares. Portanto, médicos, em especial os generalistas, profissionais da saúde e educadores deveriam estar aptos a identificar seus sinais iniciais e indicar um segmento multidisciplinar especializado.

Artigo submetido em 07/05/2018, aceito em 10/05/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Carlos Eduardo Rodríguez Bueno, Av. dos Bandeirantes, 156, CEP 12941-680, Atibaia, SP. E-mail: kadubueno@yahoo.com.br

Referências

1. Rodrigues LO, Batista PB, Goloni-Bertolo EM, de Souza-Costa D, Eliam L, Eliam M, et al. Neurofibromatoses: part 1- diagnosis and differential diagnosis. Arq Neuropsiquiatr. 2014;72:241-50.
2. Darrigo LG Jr, Geller M, Bonalumi Filho A, Azulay DR. Prevalence of plexiform neurofibroma in children and adolescents with type I neurofibromatosis. J Pediatr (Rio J). 2007;83:571-3.
3. Stumpf DA, Alksne JF, Annegers JF. Neurofibromatosis: conference statement. Arch Neurol. 1988;45:575-8.
4. Violante IR, Ribeiro MJ, Silva ED, Castelo-Branco M. Gyrfication, cortical and subcortical morphometry in neurofibromatosis type 1: an uneven profile of developmental abnormalities. J Neurodev Disord. 2013;5:3.
5. Silva G, Duarte IC, Bernardino I, Marques T, Violante IR, Castelo-Branco M. Oscillatory motor patterning is impaired in neurofibromatosis type 1: a behavioural, EEG and fMRI study. J Neurodev Disord. 2018;10:11.
6. DeBella K, Szudek J, Friedman JM. Use of the national institutes of health criteria for diagnosis of neurofibromatosis 1 in children. Pediatrics. 2000;105:608-14.
7. Pasmant E, Vidaud M, Vidaud D, Wolkenstein P. Neurofibromatosis type 1: from genotype to phenotype. J Med Genet. 2012;49:483-9.
8. Ribeiro MJ, Violante IR, Bernardino I, Edden RA, Castelo-Branco M. Relação anormal entre GABA, neurofisiologia e comportamento impulsivo em neurofibromatose tipo 1. Cortex. 2015;64:194-208.
9. Repunte-Canonigo V, Herman M, Kawamura T, Kranzler HR, Sherva R, Gelernter J, et al. Nf1 regulates alcohol dependence-associated excessive drinking and gamma-aminobutyric acid release in the central amygdala in mice and is associated with alcohol dependence in humans. Biol Psychiatry. 2015;77:870-9.
10. Quintais ALS. Neurofibromatose tipo 1: principais preocupações de doentes e cuidadores de doentes [monografia]. Lisboa: Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação; 2008.
11. Hyman SL, Shores A, North KN. The nature and frequency of cognitive deficits in children with neurofibromatosis type 1. Neurology. 2005;65:1037-44.
12. Barton B, North K. The self-concept of children and adolescents with neurofibromatosis type 1. Child Care Health Dev. 2007;33:401-8.
13. Cerello AC, Gianordoli-Nascimento IF, Moreira AH, Rocha VS, Ribeiro LM, Rezende NA. Representações sociais de pacientes e familiares sobre neurofibromatose tipo 1. Cienc Saude Coletiva. 2013;18:2359-68.
14. Reichardt C, Scherwath A, Felix Mautner V, Bullinger M, Petersen-Ewert C. [Psychological distress in adults with neurofibromatosis type 1: a longitudinal study]. Psychother Psychosom Med Psychol. 2013;63:85-92.
15. Zöllner ME, Rembeck B. A psychiatric 12-year follow-up of adult patients with neurofibromatosis type 1. J Psychiatr Res. 1999;33:63-8.



CURSO ONLINE

APENAS R\$149!

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

AMPLIE O SEU CONHECIMENTO COM DOIS DOS MAIORES NOMES

DO ASSUNTO NO BRASIL: tdahonline.com/curso-online-tdah

PSICÓLOGO PROF. DR. LEANDRO MALLOY-DINIZ | PSQUIATRA PROF. DR. PAULO MATTOS

RELATO DE ABUSO SEXUAL DE PACIENTE COM FIBROMIALGIA: A DOR PSÍQUICA TEM RECEBIDO A ATENÇÃO DO CLÍNICO?

REPORT OF SEXUAL ABUSE OF A PATIENT WITH FIBROMYALGIA: HAS THE PSYCHIC PAIN RECEIVED THE CLINICIAN'S ATTENTION?

Resumo

O presente artigo traz o caso de uma paciente com fibromialgia que apresenta o trauma do abuso sexual e tem por objetivo ilustrar os aspectos psíquicos envolvidos nessa síndrome dolorosa, assim como a importância de se considerar a ocorrência de traumas passados durante o planejamento do tratamento físico da doença. Concluímos que a interconsulta psiquiátrica é fundamental no tratamento da fibromialgia, visto que a saúde mental pode influenciar nas dificuldades associadas à doença física.

Palavras-chave: Fibromialgia, delitos sexuais, psiquiatria.

Abstract

The present report describes the case of a patient with fibromyalgia who presented with trauma caused by sexual abuse. The objective is to illustrate psychic aspects related to this painful syndrome and the importance of considering the occurrence of previous trauma episodes while planning physical treatment. We conclude that consultation-liaison psychiatry is essential to the treatment of fibromyalgia, as mental health can influence difficulties associated with the disease.

Keywords: Fibromyalgia, sex offenses, psychiatry.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia, conforme o American College of Rheumatology, é uma síndrome dolorosa crônica que

acomete majoritariamente mulheres, caracterizada por dores musculoesqueléticas e sítios específicos dolorosos à palpação, os *tender points*, associados com distúrbios do sono, fadiga, sintomas somáticos, cognitivos e distúrbios psíquicos¹⁻³. O tratamento da doença inclui o uso de medicamentos analgésicos, antirreumáticos e antidepressivos, sendo recomendável, ainda, a prática de exercícios físicos e psicoterapia⁴.

A literatura mostra que mulheres com fibromialgia comumente têm histórico de abuso sexual ou estresse pós-traumático^{5,6}. De acordo com Azevedo⁷, o abuso sexual é uma situação em que a criança ou adolescente é usada para a gratificação sexual de um indivíduo mais velho, sendo uma relação de poder que pode incluir desde carícias até o ato sexual com ou sem violência, onde a vítima é destituída do seu lugar de indivíduo e é forçada a ser objeto.

A exposição ao trauma é relevante objeto de investigação em indivíduos com queixas somáticas, uma vez que considera-se que esse fator manifesta-se *a posteriori*, retomando o sofrimento anteriormente vivido, de modo que mecanismos psíquicos como recalque, clivagem ou esquecimento fazem com que os conteúdos psíquicos permaneçam de maneira a prejudicar a saúde do sujeito⁸.

Com base no referencial teórico-psicanalítico, o presente artigo irá considerar a fibromialgia como um fenômeno que pode revelar as formas de dor e sofrimento que procuram falar por meio do sintoma físico⁹.

MÉTODO

A coleta de dados foi obtida através do relato livre gravado e posteriormente transcrito de uma paciente e deu-se após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, concordando com a publicação do caso.

A paciente é oriunda de um serviço público ambulatorial, ao qual fora encaminhada para entrevista psicológica.

Foram aplicadas as escalas Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI), para avaliação do nível dos sintomas de depressão, e Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI), para avaliação do nível dos sintomas de ansiedade⁹.

Para preservar sua identidade, a paciente será identificada como F.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, branca, 39 anos, casada, possui dois filhos, é do lar e evangélica. Relata enxaqueca, gastrite, rigidez articular, dores difusas e intensas pelo corpo e incapacidade laboral devido às dores.

Paciente respondeu ao BDI e ao BAI e obteve as pontuações 46 e 49, respectivamente, indicativas de sintomas graves de depressão e de ansiedade.

Na entrevista, F. relatou que quando criança, aos oito anos, via a irmã adolescente ser abusada sexualmente pelo pai. Quando tal irmã fugiu de casa devido à situação, F. afirma que tornou-se vítima dos abusos, que persistiram até casar-se com o atual marido, com o objetivo de ir embora da casa dos genitores.

F. afirma que procurou contar para a mãe sobre os abusos, mas fora reprimida.

Quando fui contar, minha mãe não acreditou, falou que eu estava mentindo, me bateu. Minha irmã tinha ido embora, ele [pai] passou a fazer aquilo [abuso] comigo. Minha mãe dizia que ele não fazia nada, que a gente tinha que tomar vergonha e parar de inventar história, e me proibiu de falar no assunto. Eu não tinha pra onde ir. Ela contou pra minha tia que eu era mentirosa e ninguém iria me querer na casa. Minha mãe não me defendeu.

F. não gosta que o cônjuge a toque, esquiva-se da relação sexual e afirma sentir vergonha e culpa por tal

comportamento. Associa o contato físico com homens às lembranças do abuso.

Meu marido é bom... Mas tenho nojo quando ele me toca, quero fugir... Não quero que ninguém coloque a mão em mim. A gente pensa que passa, mas eu me lembro daquilo [abuso], e isso nunca vai embora. Tenho medo do divórcio, que ele procure outra mulher, mas não consigo deixar ele me tocar.

F. relata piora das dores físicas com a piora de seu humor e ao toque do cônjuge, visto que o toque a faz lembrar-se do genitor ao cometer os abusos.

Eu fico me lembrando de tudo, fico mais triste, e no outro dia a dor fica pior... A médica disse para eu não ficar pensando nessas coisas, que é pior para as dores, mas não consigo... E aí o corpo dói todo, não consigo fazer nada, não tenho vontade de nada.

F. relata três tentativas de suicídio com uso abusivo de medicações, a última em 2015. Afirma que resolveu parar com as tentativas por respeito aos filhos e instruções do psiquiatra que a atendeu na época.

Eu não tenho mais vontade de viver... Mas não tentei mais nada por causa deles [filhos]. Tento não chorar na frente deles, vou ao banheiro, ligo o chuveiro bem forte e quente porque com o barulho da água ninguém vai me ouvir chorar. A gente fica viva porque tem que ficar... Tudo dói, o corpo dói, por dentro dói, eu não sei como fazer isso parar.

A paciente afirma ter feito acompanhamento psiquiátrico regular no passado, de modo que o mesmo fora de grande valia na melhora do quadro de depressão; contudo, o tratamento foi interrompido devido à dificuldades financeiras e de acesso às medicações.

Quanto à psicoterapia, afirma não encontrar vaga para tratamento na rede pública de saúde.

DISCUSSÃO

O relato apresentado está em concordância com a literatura, que afirma haver correlações significativas entre dor, humor, histórico de negligência e abuso emocional na infância de mulheres com fibromialgia^{5,6}.

A fala de F. sugere que, na rede pública, há pouca orientação quanto à procura de tratamento em saúde mental, assim como há pouco espaço – e tempo – para tais investigações no contexto clínico ambulatorial, a despeito da indicação da abordagem multidisciplinar para o tratamento dos casos de fibromialgia figurar-se como consenso no meio médico e acadêmico¹.

O relato de F. ilustra que ater-se ao sintoma da dor física, ignorando o discurso de conteúdo psíquico, não deixa à paciente outro caminho senão falar, ao médico, por meio do seu sintoma físico, uma vez que o afeto impedido de circular, carente de sentido, gira em torno desse sintoma sem poder mudar de rumo⁸.

Salientamos a importância da interconsulta psiquiátrica com outras áreas do saber médico, uma vez que a avaliação regular psiquiátrica na rotina de avaliação clínica pode subsidiar melhor assistência e qualidade de vida ao paciente.

Estudos futuros são necessários a fim de se esclarecer a relação entre abuso sexual e queixas somáticas, assim como ensaios clínicos que mostrem o impacto longitudinal da intervenção psicofarmacológica no tratamento de mulheres com fibromialgia que tenham histórico de abuso sexual e transtorno do estresse pós-traumático.

CONCLUSÕES

No presente trabalho, o evento de vida traumático mal elaborado apresentou impacto na saúde, como verbalizado pela paciente, que associou a dor do abuso sofrido na infância com a dor física da fibromialgia.

Artigo submetido em 29/02/2018, aceito em 04/05/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.
Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Bruna dos Santos Carmo, Av. Euclides da Cunha, 574, CEP 17506-180, Marília, SP. Tel.: (14) 997505656. E-mail: brunacarmopsi@gmail.com

Referências

1. Besset VL, Gaspard JL, Doucet C, Veras M, Cohen RLP. Um nome para a dor: fibromialgia. *Rev Mal-Estar Subj.* 2010;10:1245-70.
2. Martinez JE. *Fibromialgia: uma introdução.* São Paulo: EDUC; 1998.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American college of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62:600-10.
4. Lima CP, Carvalho CV. *Fibromialgia: uma abordagem psicológica.* Aletheia. 2008;28:146-58.
5. Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1995;38:229-34.
6. Goldenberg DL, Sandhu HS. Fibromyalgia and post-traumatic stress disorder: another piece in the biopsychosocial puzzle. *Semin Arthritis Rheum.* 2002;32:1-2.
7. Azevedo EC. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicol Cienc Prof.* 2001;21:66-77.
8. Leite ACC, Pereira MEC. Sofrimento e dor no feminino. *Fibromialgia: uma síndrome dolorosa.* *Rev Psychê.* 2003;7:97-106.
9. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.



XXXVI CBP CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

17 a 20 de Outubro de 2018

Diretrizes para um modelo de assistência
psiquiátrica no Brasil, isso é possível?



XXX CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRÍA

17 a 19 de octubre de 2018

"Psiquiatria Global de las Américas:
diversidad cultural, desafiando el estigma, con equidad"

17 A 20 OUTUBRO DE 2018

CENTRO INTERNACIONAL
DE CONVENÇÕES
DO BRASIL - BRASÍLIA



PÚBLICO ALVO

*Psiquiatras
Médicos de outras especialidades
Estudantes (graduação e pós graduação)
Profissionais da área da saúde
Profissionais Relacionados*

Inscrições em: cbpabp.org.br

Siga nossas redes sociais



PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO



INSTITUIÇÕES PARCEIRAS



APOIO



AFLIADA A



