



Ano 7 • n°4 • Jul/Ago 2017
ISSN 2236-918X
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-7-4>

REVISTA

DEBATES EM

psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta

5012341562/2014-0000
ABP



**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À ESQUIZOFRENIA RESISTENTE
AO TRATAMENTO EM PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO**

DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA MULHER E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

**A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO FATOR DE PROTEÇÃO
CONTRA O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA**

**A RELEVÂNCIA DA SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS
(DOENÇA DE WILLIS-EKBOM) PARA A PRÁTICA CLÍNICA DIÁRIA
COM PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

**A MEDITAÇÃO COMO TÉCNICA COMPLEMENTAR
NO TRATAMENTO DOS QUADROS ANSIOSOS**

/////// APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Prezado leitor,

Apresentamos a Revista Debates em Psiquiatria, edição 4 de 2017.

Abrimos esta edição com um artigo original de Ana Beatriz de Oliveira Assis et al. sobre fatores de risco associados à esquizofrenia resistente ao tratamento em primeiro episódio psicótico. Os autores avaliaram 53 pacientes em primeiro episódio psicótico, com diagnóstico de esquizofrenia, usando a Escala de Sintomas para as Síndromes Positiva e Negativa (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS). Os pacientes foram tratados usando diferentes antipsicóticos. A regressão logística revelou que tempo de doença não tratada e escore PANSS total apresentaram relevância estatística para o desfecho. Trata-se de um trabalho de suma importância, que pode ajudar a evitar o atraso na introdução de medicamentos mais potentes e, assim, prevenir um pior prognóstico para esses pacientes.

Na sequência, somos brindados com duas revisões de literatura, uma sobre dependência química na mulher e violência doméstica, de Hewdy Lobo Ribeiro et al., na nossa já consagrada seção sobre saúde da mulher, e outra sobre espiritualidade/religiosidade como fator de proteção contra o uso de substâncias psicoativas na adolescência, de André Luis Granjeiro e Patrícia Afonso de Almeida. O primeiro estudo trata do uso de substâncias psicoativas por mulheres vítimas de violência doméstica – um dos principais fatores associados à dependência química na mulher. Os autores destacam a urgência de programas de prevenção à violência doméstica e de atenção psicossocial e especializada a crianças e mulheres que sofrem esse tipo de violência, tendo em vista prevenir o abuso de substâncias como forma desadaptativa de manejar o sofrimento decorrente da violência. A segunda revisão também trata do uso de substâncias psicoativas, porém com foco na importância da espiritualidade e da religiosidade em relação ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas em adolescentes. Também aqui os autores destacam a necessidade de políticas públicas com esse enfoque.

Continuando, em um artigo de atualização, Almir Tavares et al. discorrem sobre a relevância da síndrome das pernas inquietas (doença de Willis-Ekbom) para a prática clínica diária com pacientes com transtornos psiquiátricos. O objetivo dos autores é demonstrar que esta síndrome é uma doença neuropsiquiátrica complexa e crônica, comum e tratável, com acometimento sensorio-motor, alterações do sistema dopaminérgico e distúrbios da homeostasia do ferro cerebral. Os autores detalham sintomatologia, medicamentos que melhoram e exacerbam a doença, e discutem a aumentação – principal complicação no tratamento de longo prazo.

Finalmente, Osvaldo Luiz Saide et al. abordam a meditação como técnica complementar no tratamento dos transtornos de ansiedade. As conclusões do estudo são discutidas à luz das pesquisas disponíveis, e os resultados sugerem que a meditação traz benefícios terapêuticos no tratamento dos transtornos de ansiedade.

Desejamos uma 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
Breno Sattler Diniz - TX, USA
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 Jurueña - SP
Paulo Belmonte de Abreu - RS
Paulo Cesar Geraldês - RJ
Ricardo Barcelos - MG
Sergio Tamai - SP
Valentim Gentil Filho - SP
Valéria Barreto Novais e Souza - CE
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

JUL/AGO 2017

8/**original**

Fatores de risco associados à esquizofrenia resistente ao tratamento em primeiro episódio psicótico

ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS,
JAYSE GIMENEZ PEREIRA BRANDÃO,
PEDRO OTÁVIO PIVA ESPÓSITO,
OSMAR TESSARI JUNIOR, BRUNO BERLUCCI ORTIZ

14/**revisão**

Dependência química na mulher e violência doméstica

HEWDY LOBO RIBEIRO, JOEL RENNO JR,
RENATA DEMARQUE, JULIANA PIRES CAVALSAN,
RENAN ROCHA, AMAURY CANTILINO,
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO,
GISLENE VALADARES, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

21/**revisão**

A espiritualidade/religiosidade como fator de proteção contra o uso de substâncias psicoativas na adolescência

ANDRÉ LUIS GRANJEIRO,
PATRÍCIA AFONSO DE ALMEIDA

28/**atualização**

A relevância da síndrome das pernas inquietas (doença de Willis-Ekbom) para a prática clínica diária com pacientes com transtornos psiquiátricos

ALMIR TAVARES,
TATIANA LEAL DUTRA, MAURÍCIO VIOTTI DAKER

44/**atualização**

A meditação como técnica complementar no tratamento dos quadros ansiosos

OSVALDO LUIZ SAIDE,
ELIZABETE COELHO DE ALBUQUERQUE,
TERESA CRISTINA AFONSO DOS
SANTOS FERREIRA VIANNA

50/**errata**

* As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À ESQUIZOFRENIA RESISTENTE AO TRATAMENTO EM PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT-RESISTANT SCHIZOPHRENIA IN FIRST-EPIISODE PSYCHOSIS

Resumo

Objetivo: Ainda não está claro quais são os fatores de risco para a esquizofrenia resistente ao tratamento (ERT) em primeiro episódio psicótico (PEP). O objetivo deste trabalho é investigar indicadores de risco para ERT em PEP.

Métodos: Foram selecionados 53 pacientes em primeiro episódio psicótico, com diagnóstico de esquizofrenia, que deram entrada à enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo entre 2011 e 2015. Ao ser admitido na enfermaria, o paciente era avaliado com a Escala de Sintomas para as Síndromes Positiva e Negativa (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) e recebia tratamento inicial por 4 semanas. Caso sua resposta fosse inferior a 40% de redução na PANSS, o antipsicótico era trocado, e as escalas eram aplicadas novamente após mais 4 semanas. Após a falha com dois antipsicóticos, em doses plenas, por 4 semanas cada, a clozapina era introduzida, e o paciente era considerado ERT. Uma regressão logística foi aplicada onde sexo, idade de início, tempo de doença não tratada, uso de substâncias, avaliação global do funcionamento inicial e PANSS inicial total foram inseridos como variáveis independentes, e ERT foi inserida como variável dependente.

Resultados: Tempo de doença não tratada apresentou significância de $p = 0,038$ e $\text{Exp (B)} = 4,29$, enquanto que PANSS total apresentou $p = 0,012$ e $\text{Exp (B)} = 1,06$.

Conclusão: Identificar os fatores associados à resistência precoce ao tratamento poderia permitir aos clínicos evitar o atraso na introdução da clozapina e prevenir um pior prognóstico para esses pacientes.

Palavras-chave: Primeiro episódio psicótico, esquizofrenia resistente ao tratamento, fatores de risco.

Abstract

Objective: The risk factors for treatment-resistant schizophrenia (TRS) in first-episode psychosis (FEP) remain unclear. The aim of this study was to investigate risk indicators for TRS in FEP.

Methods: A total of 53 patients with FEP and a diagnosis of schizophrenia were selected among individuals seen at the psychiatric ward of Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo between 2011 and 2015. Upon admission, subjects were evaluated with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and received initial treatment for 4 weeks. Patients showing $< 40\%$ reduction on PANSS in response to antipsychotic treatment had the drug changed, and the scales were applied again after 4 weeks. After failure with two antipsychotics, at full doses, for 4 weeks each, clozapine was introduced, and the patient was considered to have TRS. Logistic regression was performed including gender, age at onset, duration of untreated psychosis, substance use, global assessment of functioning at baseline and total PANSS at baseline as independent variables, and TRS as the dependent variable.

Results: Duration of untreated psychosis presented significance at $p = 0.038$ and $\text{Exp (B)} = 4.29$; for total PANSS, results were $p = 0.012$ and $\text{Exp (B)} = 1.06$.

Conclusion: Identifying factors associated with early resistance to treatment could allow clinicians to avoid delays in the introduction of clozapine and prevent worse prognosis for these patients.

Keywords: First-episode psychosis, treatment-resistant schizophrenia, risk factors.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia resistente ao tratamento (ERT) acomete cerca de 30% dos pacientes, estimando-se cerca de seis milhões de pessoas em todo o mundo¹. O tratamento padrão-ouro para a ERT é a clozapina, porém esta pode gerar muitos efeitos adversos, como síndrome metabólica, redução do limiar convulsígeno, sedação, constipação, sialorreia e agranulocitose². Por conta desses efeitos adversos, a Organização Mundial de Saúde autoriza a clozapina apenas como um agente de terceira linha, isto é, após a falha com dois outros antipsicóticos³. No entanto, essas restrições estão relacionadas com subutilização da clozapina, tanto no Brasil quanto em muitos outros países^{4,5}.

Pacientes de primeiro episódio psicótico (PEP) apresentam sintomas mais brandos, os quais começam a evidenciar-se no que se chama pródrômico. Pacientes em PEP têm maiores chances de remissão, bom funcionamento nos primeiros tratamentos e necessitam menores doses de medicação. Isso faz com que o período crítico de PEP torne-se de fato um alvo de intervenção e possivelmente de prevenção, amenização ou atraso do quadro psicótico completo⁶. Estudos mostram que a demora na procura do tratamento tem uma influência fundamental no prognóstico do paciente⁷. Além disso, o primeiro episódio continua sendo o período crítico para obter remissão e boa resposta ao tratamento⁸.

Poucos estudos foram conduzidos para resistência ao tratamento em primeiro episódio de esquizofrenia. No estudo conduzido por Agid et al.⁹, 244 pacientes em PEP foram acompanhados de forma naturalística, dos quais 20,5% dos pacientes tinham ERT. Já no recente estudo de Lally et al.¹⁰, 33,7% de todos os pacientes apresentaram resistência ao tratamento ao longo dos 5 anos de acompanhamento; no entanto, 70% desses pacientes (23,0% da população total) já apresentavam resistência ao tratamento logo no início do quadro.

Além disso, alguns ainda abrem o quadro com prognóstico sombrio. Segundo Holthausen et al.¹¹, estima-se que a prevalência da síndrome deficitária é de cerca de 15% entre pacientes esquizofrênicos em PEP, ao passo que atinge entre 25 a 30% em populações com esquizofrenia crônica.

Ainda não está claro quais são os fatores de risco para ERT em PEP. Duração de doença não tratada e início precoce de esquizofrenia parecem ser os achados mais consistentes na literatura¹². O objetivo deste trabalho é investigar indicadores de risco para ERT em PEP.

MÉTODOS

Foram selecionados 53 pacientes em primeiro episódio psicótico que deram entrada à enfermaria de psiquiatria do Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo (Mogi das Cruzes, São Paulo) entre 2011 e 2015. Os critérios de inclusão foram: 1) diagnóstico de esquizofrenia segundo a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)¹³; 2) idade entre 14-60 anos; 3) ausência de doença cerebral orgânica evidenciada por tomografia computadorizada; 4) ausência de deficiência intelectual antes do primeiro episódio. Todos os pacientes e responsáveis assinaram o termo de consentimento esclarecido, e este estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (2013/01).

Para fins diagnósticos, foi aplicada a Entrevista Estruturada para os Transtornos do Eixo I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID-I)¹⁴. Para psicopatologia, foram aplicadas a Escala das Síndromes Positiva e Negativa (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS)¹⁵, Escala de Impressão Clínica Global (Clinical Global Impression – CGI)¹⁶ e Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)¹⁷. As escalas de sintomas foram aplicadas no momento da internação na enfermaria, a cada 4 semanas de tratamento com antipsicótico e no momento da alta. Dados sociodemográficos foram obtidos com os familiares.

Resistência ao tratamento foi considerada se o paciente apresentasse falha com dois antipsicóticos, em doses plenas, por 4 semanas cada. Nesse caso, a clozapina era introduzida, e o paciente era considerado ERT. A falha de um antipsicótico foi determinada quando houve redução menor do que 40% da PANSS após 4 semanas de tratamento, de acordo com o seguinte fluxo: ao ser admitido na enfermaria, o paciente era avaliado com uma PANSS inicial e recebia tratamento com um antipsicótico escolhido pela equipe (haloperidol, risperidona ou olanzapina). Esse antipsicótico era mantido por 4

ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS
JAYSE GIMENEZ PEREIRA BRANDÃO
PEDRO OTÁVIO PIVA ESPÓSITO
OSMAR TESSARI JUNIOR
BRUNO BERLUCCI ORTIZ

semanas, a menos que o paciente apresentasse uma resposta muito boa antes da quarta semana. Se tivesse boa resposta, considerada como redução de pelo menos 40% na PANSS, ele recebia alta (momento em que eram aplicadas as escalas novamente). Caso sua resposta fosse inferior a 40%, o antipsicótico era trocado, e as escalas eram aplicadas novamente após mais 4 semanas. Se não houvesse redução de pelo menos 40% da PANSS com o segundo antipsicótico, a clozapina era introduzida.

Uma regressão logística univariada com seleção de variáveis passo a passo progressiva (*stepwise forward*) foi aplicada onde sexo, idade de início, tempo de doença não tratada, uso de substâncias, AGF inicial e PANSS inicial total foram inseridos como variáveis independentes, e ERT foi inserida como variável dependente. O valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo, e as análises estatísticas foram realizadas com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados clínicos e demográficos da amostra. Quanto à regressão logística, sexo, idade

de início da doença, uso de substâncias e AGF não apresentaram significância como preditores de ERT.

Tabela 1 - Características clínicas e demográficas em uma população de pacientes em primeiro episódio (n = 53)

Característica	n = 53
Sexo - masculino, n (%)	34 (64,2)
ERT, n (%)	8 (15,1)
Uso de substâncias, n (%)	18 (34,8)
Idade, média ± DP	25,4±9,6
PANSS inicial, média ± DP	119,7±18,9
CGI inicial, média ± DP	5,8±0,7
AGF inicial, média ± DP	25,2±8,8

ERT = esquizofrenia resistente ao tratamento; DP = desvio padrão; PANSS = Escala das Síndromes Positiva e Negativa; CGI = Escala de Impressão Clínica Global; AGF = Escala de Avaliação Global do Funcionamento.

Por outro lado, tempo de doença não tratada e PANSS total inicial foram preditores de ERT, conforme os dados da Tabela 2.

Tabela 2 - Regressão logística exploratória para esquizofrenia resistente ao tratamento em pacientes em primeiro episódio (n = 53)

Variáveis independentes	B	EP	Wald	p	Exp (B)
Tempo de doença não tratada	1,45	0,7	4,29	0,038	4,29
PANSS inicial	0,06	0,02	6,38	0,012	1,06

EP = erro padrão; PANSS = Escala das Síndromes Positiva e Negativa.

Discussão

Existe um esforço na tentativa de identificar fatores precoces de refratariedade¹², sendo possíveis variáveis preditivas: 1) longo período prodromático; 2) predomínio de sintomas negativos; 3) desencadeamento do quadro em idade jovem; 4) sexo masculino; 5) aumento de tamanho dos ventrículos laterais e terceiro ventrículo cerebrais; 6) aumento basal dos hormônios de crescimento; 7) severidade dos sintomas positivos e negativos; 8) presença de sintomas extrapiramidais no início do tratamento. Ainda não está claro quais fatores de risco tangem a PEP para refratariedade. No presente estudo, sexo, uso

de substâncias e idade de início da doença não foram fatores de risco para ERT. Esses achados contrastam com o estudo de Lally et al.¹⁰, que encontraram idade de início de doença mais precoce como preditor de ERT. Em nosso estudo, como esperado, duração de doença não tratada foi o fator mais importante para determinar ERT. Isso está de acordo com um estudo¹⁸, onde houve pior prognóstico frente à longa duração de psicose não tratada, com menor remissão dos sintomas, maior tendência de recaídas e maior intensidade de sintomas negativos.

Maior intensidade de sintomas na fase aguda do primeiro episódio contribuiu como um fator de risco independente

do tempo de doença não tratada, sugerindo que a apresentação mais grave de sintomas é suficiente para aumentar o risco de ERT. Estudos anteriores mostraram que sintomas mais graves foram relacionados a ERT^{19,20}, sendo a característica nuclear da ERT a persistência de sintomas positivos moderados a graves^{19,21}.

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta limitações importantes. Primeiramente, só foi possível analisar 53 pacientes. Além disso, esses pacientes deram seguimento ambulatorial em diversos locais, o que impossibilitou um acompanhamento detalhado dos investigados, de forma que o eventual aparecimento de resistência ao tratamento no período tardio não foi levado em conta. No entanto, segundo o estudo de Lally et al.¹⁰, entre os pacientes em primeiro episódio com resistência ao tratamento, cerca de 70% serão resistentes logo no início do quadro, enquanto que os 30% restantes irão passar para ERT posteriormente. Identificar os fatores associados à resistência precoce ao tratamento poderia permitir aos clínicos evitar o atraso na introdução da clozapina e prevenir pior prognóstico para esses pacientes.

Agradecimentos

Agradecemos às enfermeiras do Hospital Luzia de Pinho Melo por sua colaboração e disponibilidade em ajudar no levantamento dos dados.

Artigo submetido em 01/12/2016, aceito em 10/03/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Bruno Bertolucci Ortiz, Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas (LiNC), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, Rua Pedro de Toledo, 669, 3º andar, CEP 05039-032, São Paulo, SP. Tel.: (11) 5576.4845, 98144.3072. E-mail: ortiz_bru@hotmail.com

Referências

1. Freitas PHB de, Pinto JAF, Sousa PHA de, Enes CL, Machado RM, Nunes FDD. Síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia refrataria: características sociodemográficas e clínicas. *Rev Enferm Cent Oeste Min.* 2016;6:1976-93.
2. Kennedy JL, Altar CA, Taylor DL, Degtiar I, Hornberger JC. The social and economic burden of treatment-resistant schizophrenia: a systematic literature review. *Int Clin Psychopharmacol.* 2014;29:63-76.
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
4. Bogers JP, Schulte PF, Van Dijk D, Bakker B, Cohen D. Clozapine underutilization in the treatment of schizophrenia: how can clozapine prescription rates be improved? *J Clin Psychopharmacol.* 2016;36:109-11.
5. Silveira ASA, Rocha DMLV, Attux CRF, Daltio CS, Silva LA, Elkis H, et al. Patterns of clozapine and other antipsychotics prescriptions in patients with treatment-resistant schizophrenia in community mental health centers in São Paulo, Brazil. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2015;42:165-70.
6. Mochcovitch MD, Baczynski TP, Chagas MHC, Papelbaum M, Silva AG, Hallak JEC, et al. Primeiro episódio psicótico (PEP): diagnóstico e diagnóstico diferencial. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2012.
7. Louzã Neto MR. Manejo Clínico do primeiro episódio psicótico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:45-6.
8. Ortiz BB, Eden FD, de Souza AS, Teciano CA, de Lima DM, Noto C, et al. New evidence in support of staging approaches in schizophrenia: differences in clinical profiles between first episode, early stage, and late stage. *Compr Psychiatry.* 2017;73:93-6.
9. Agid O, Arenovich T, Sajeev G, Zipursky RB, Kapur S, Foussias G, et al. An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry.* 2011;72:1439-44.
10. Lally J, Ajnakina O, Di Forti M, Trotta A, Demjaha A, Koliakou A, et al. Two distinct patterns of treatment resistance: clinical predictors of treatment resistance in first episode schizophrenia spectrum psychoses. *Psychol Med.* 2016;46:3231-40.

ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA ASSIS
JAYSE GIMENEZ PEREIRA BRANDÃO
PEDRO OTÁVIO PIVA ESPÓSITO
OSMAR TESSARI JUNIOR
BRUNO BERLUCCI ORTIZ

11. Holthausen EA, Wiersma D, Sitskoorn MM, Hijman R, Dingemans PM, Schene AH, et al. Schizophrenic patients without neuropsychological deficits: subgroup, disease severity or cognitive compensation? *Psychiatry Res.* 2002;112:1-11.
12. Pereira A. Esquizofrenia refratária: uma atualização [projeto]. Belo Horizonte: FHEMIG; 1998.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Arlington: American Psychiatric Publishing; 1994.
14. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0). New York:
15. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987;13:261-76.
16. Guy W; National Institute of Mental Health (U.S.); Psychopharmacology Research Branch; Division of Extramural Research Programs. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare; 1976. p. 218-22.
17. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33:766-71.
18. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000;177:511-5.
19. Elkis H, Meltzer HY. [Refractory schizophrenia]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:S41-7.
20. McMahon RP, Kelly DL, Kreyenbuhl J, Kirkpatrick B, Love RC, Conley RR. Novel factor-based symptom scores in treatment resistant schizophrenia: implications for clinical trials. *Neuropsychopharmacology.* 2002;26:537-45.
21. Peuskens J. The evolving definition of treatment resistance. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:4-8.

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSAN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA MULHER E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

DRUG DEPENDENCE IN WOMEN AND DOMESTIC VIOLENCE

Resumo

Sabe-se que o consumo de substâncias psicoativas entre as mulheres apresenta fatores predisponentes, mantenedores e consequências diferentes do que entre os homens. A violência doméstica entre parceiros íntimos, além de ser um problema grave e com alta incidência entre a população feminina, representa um dos principais fatores associados à dependência química na mulher. A partir de revisão de literatura, foi verificado o cenário nacional e internacional atual dos impactos da violência doméstica entre mulheres usuárias de drogas. Verificou-se a urgência de programas de prevenção à violência doméstica e de atenção psicossocial e especializada às crianças e mulheres que sofreram esse tipo de violência, tendo em vista prevenir o uso abusivo de substâncias como forma desadaptativa de manejar o sofrimento decorrente da violência. Assim, concluiu-se que o histórico de violência doméstica deve ser investigado em toda avaliação e tratamento de mulheres dependentes de substâncias, e a interrupção da violência e a proteção da mulher devem ser prioridades no projeto terapêutico.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias, gênero, violência doméstica, gênero e saúde.

Abstract

Psychoactive substance use among women is known to have predisposing factors, maintenance factors, and consequences that are different from those applicable to men. Domestic violence and intimate partner violence, in addition to being a serious problem, with a high incidence in the female population, represents one of the main factors associated with chemical dependence in women. A literature review was conducted to assess the current national and international scenarios of the impacts of domestic violence among female drug users. The study revealed an urgent need for programs designed to prevent domestic violence,

as well as for psychosocial and specialized care for children and women who have suffered this type of violence, with a view to preventing substance abuse as a maladaptive way of managing the suffering caused by violence. In conclusion, history of domestic violence should be investigated in the assessment and treatment of substance-dependent women; violence interruption and protection of women should be treatment plan priorities.

Keywords: Substance-related disorders, gender, domestic violence, gender and health.

INTRODUÇÃO

De acordo com o art. 5º da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, a violência doméstica (VD) é caracterizada por qualquer tipo de violência contra a mulher que leve ao sofrimento físico (inclusive lesões ou morte), sexual ou mental, dano moral ou patrimonial¹.

A lei é aplicada ao contexto doméstico e familiar, compreendendo as pessoas que convivem no mesmo espaço, que se considerem ou não parentes. Também é aplicada em casos de relação íntima de afeto (violência por parceiro íntimo – VPI), em que o agente da violência convive ou convivia com a mulher agredida ainda que não morassem no mesmo lugar¹.

Quanto aos tipos de violência, a mesma lei coloca em seu artigo 7º¹:

- I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância

constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

- III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

De acordo com o relatório da Central de Atendimento à Mulher, mais de 1 milhão de mulheres em todo o Brasil ligaram para o número 180 (disque-denúncia) em 2016, 51% a mais que em 2015. Dessas ligações, 12,38% reportaram algum tipo de violência: 50,70%, violência física; 31,80%, violência psicológica; 6,01%, violência moral; 1,86%, violência patrimonial; 5,05%, violência sexual; 4,35%, cárcere privado; e 0,23%, tráfico de pessoas².

Exclusivamente em relação à VD, houve um aumento de 93,87% nos relatos relacionados à violência doméstica e familiar, dado que foi interpretado como devido ao maior conhecimento da Lei Maria da Penha ou da necessidade da denúncia por parte das mulheres².

Um dado que deve ser destacado é que em 65,91% dos casos, os agressores eram homens com quem as mulheres têm ou tiveram algum vínculo afetivo (companheiros, ex-companheiros, cônjuges, namorados ou amantes)².

As características das mulheres agredidas e de suas relações foram as seguintes: mulheres pretas e pardas (60,53%); em relacionamentos heterossexuais (67,63%), com duração de mais de 10 anos (41%), com violência

diária (39,34%); com filhos (78,72%) que presenciaram ou sofreram violência (82,86%)².

Nos últimos anos, muitas iniciativas governamentais e da sociedade civil estimulam práticas de prevenção à VD e de atenção às vítimas, como a criação da Lei Maria da Penha e outras como promoção de estudos e estatísticas, construção de centros de atendimento multidisciplinar, delegacias especializadas, casas de abrigo e campanhas educativas².

Apesar desses esforços, essas ações ainda não são suficientes para extinguir esse tipo de violência ou para prestar cuidados a todas as mulheres que realizam as denúncias. Por isso, é importante que todo profissional da saúde, e em especial o psiquiatra, esteja preparado para rastrear, avaliar e intervir em casos de mulheres nessa situação. Destaca-se ainda o importante papel desses profissionais, que muitas vezes serão a primeira pessoa a saber da VD sofrida pela paciente, devido à relação de confiança estabelecida.

O objetivo deste artigo foi identificar as relações entre a VD/VPI e a dependência química, os impactos da VD/VPI na saúde mental das mulheres e como deve ser a abordagem às mulheres que vivem essa situação, contribuindo para a construção de protocolos e boas práticas.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa, com levantamento de literatura nas bases LILACS, MEDLINE e PubMed. Os seguintes descritores nas línguas portuguesa e inglesa foram utilizados: violência doméstica, violência por parceiro íntimo e dependência química. Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados na íntegra, em português e inglês, nos últimos 10 anos. As informações foram sintetizadas de forma descritiva, buscando observar, relatar, descrever e classificar os dados.

RESULTADOS

A amostra final da revisão bibliográfica foi composta de 15 artigos científicos e um protocolo escocês para abordagem de mulheres usuárias de substâncias psicoativas (SPA) vítimas de VD, de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Notou-se uma diminuição da publicação de artigos sobre a interface VD e dependência química nos últimos 2 anos, sendo o pico de maior publicação em 2014.

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSÁN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

VD e o uso de SPA

Inúmeros estudos relacionam violência doméstica e uso de substâncias. Existem evidências indicando prevalência significativamente maior de todos os tipos e gravidades de VD e VPI contra mulheres usuárias ou dependentes de álcool ou drogas, sendo o início do consumo anterior ou posterior ao início da violência³.

Um dos aspectos estudados é o uso de SPA como fator de risco para a perpetuação da violência. Estudo de Zalesky et al., com amostra representativa da população brasileira, verificou que entre os casais brasileiros que já experienciaram alguma situação de VPI, 40% dos homens e 10% das mulheres que cometeram a violência haviam bebido durante a situação; enquanto que, entre as vítimas, metade das mulheres e um terço dos homens reportaram que o parceiro havia bebido durante o ato⁴.

De acordo com Devries et al., essa associação entre VPI e uso de álcool nas mulheres é clara, porém ainda há necessidade de mais estudos longitudinais para estabelecer a relação temporal desses dois fatores. Em importante revisão sistemática de estudos de corte transversal e longitudinais sobre violência sexual e física entre parceiros íntimos e uso de álcool nas mulheres, identificou-se que entre os 55 estudos selecionados, sete verificaram associação entre uso de álcool e subsequente violência, sendo as chances para a ocorrência da violência maiores; e nove verificaram violência gerando aumento das chances de uso posterior de álcool⁵.

Já em relação a outras substâncias, uma revisão de metanálise verificou que o aumento do uso de drogas e dos problemas decorrentes desse consumo aumenta o risco de VPI, sendo a cocaína a substância ilícita mais relacionada a violências físicas, psicológicas e sexuais, e a maconha associada à VPI⁶.

Uma pesquisa em Nova Iorque investigou os fatores de risco ao uso de drogas e violência entre parceiros em 241 mulheres que buscaram serviços de emergência, selecionadas randomicamente. Encontrou-se que 20% usaram SPA e sofreram violência nos últimos 6 meses, e os fatores de risco associados foram: abuso sexual infantil, histórico de prisão, estresse psicológico, uso compulsivo de álcool, parceria usuária de drogas e menor poder de decisão na relação. Segundos os autores, essas mulheres, em geral, precisam de intervenções mais intensivas para o cuidado de seus fatores de risco acumulados⁷.

Consequências da VD para a saúde mental da mulher

Uma das principais compreensões da relação entre uso de substâncias e VD/VPI é de que o uso de drogas seria uma forma de lidar com a dor da vivência da violência ou, ainda, uma consequência dos transtornos mentais relacionados a essas violências³.

De maneira geral, mulheres que viveram (mesmo na infância) ou vivem VD/VPI são mais vulneráveis para o desenvolvimento de transtornos mentais, principalmente ansiedade, depressão e uso de substâncias, sendo o mais comum o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)⁸. Sabe-se que a VD/VPI promove alterações psicológicas, biológicas, neurológicas, comportamentais e fisiológicas que estão relacionadas ao TEPT⁹.

O estudo de Becker et al. encontrou que tanto a vivência de VD na infância (violência física, sexual ou exposição à VD) como a VD/VPI na vida adulta (violência física, psicológica ou sexual) estão associadas aos sintomas de TEPT¹⁰.

De acordo com Machisa et al., a depressão, o TEPT e o beber compulsivo mediam a relação entre violência na infância e VD/VPI atual¹¹.

Em relação ao período perinatal, a VD/VPI irá impactar não só a mulher, que também nesse período tem o risco de ansiedade, depressão e TEPT aumentados, como também poderá gerar resultados obstétricos adversos¹².

A comorbidade da dependência química e do TEPT torna o caso mais grave e complexo, podendo ter como consequências: doenças clínicas crônicas, funcionamento social pobre, aumento das chances de suicídio, mais problemas legais, aumento do risco de violência, piora da adesão e da evolução no tratamento¹³.

É maior a apresentação de sintomas de transtornos mentais quanto mais grave a VD/VPI. Assim, é importante que profissionais da saúde tenham em mente que mulheres que buscam ajuda por apresentarem transtornos mentais podem estar vivendo ou terem vivido situações de VD/VPI⁸.

Manejo da mulher usuária de SPA que sofreu VD

Diante da coocorrência de VD e uso de substâncias na mulher, é essencial que profissionais da saúde estejam preparados para realizar o rastreamento e avaliação desses eventos e de suas consequências para a saúde física e mental da mulher, aplicar intervenção breve, trabalhar

¹ Psiquiatra forense pela ABP, co-editor do Tratado de Saúde Mental da Mulher (Editora Atheneu) e diretor técnico da Vida Mental e da Maia Prime. ² Professor colaborador médico, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ⁴ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁵ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁶ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁷ Psiquiatra, Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Hamilton, Canadá. ⁸ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

de forma coordenada com outros serviços de saúde e assistência e conhecer as melhores abordagens de tratamento nesses casos³.

A intervenção precoce com manejo do estresse psicológico e desenvolvimento de estratégias de *coping* para essas situações é importante inclusive para a prevenção de nova ocorrência de VD¹⁴.

De acordo com a literatura internacional, os seguintes aspectos devem ser investigados durante a anamnese de mulheres usuárias de substâncias que viveram situação/situações de VD/VPI para o planejamento das melhores intervenções e encaminhamentos necessários³:

- durante avaliação, considerar tipo de substância, gravidade da dependência, ambiente e contexto de uso;
- rastrear VD ou VPI, lembrando que essa investigação, se realizada sem julgamentos, com empatia e ética, terá boa aceitação pela mulher (nunca perguntar na frente da parceria);
- rastrear TEPT e outras comorbidades psiquiátricas;
- rastrear HIV, infecções sexualmente transmissíveis e outras comorbidades clínicas.

O uso de escalas para o rastreio de VD entre mulheres usuárias de substâncias é um desafio, pois existe apenas uma escala validada para essa população, a Jellinek Inventory for Assessing Partner Violence. No Brasil, não há nenhuma escala validada para VD em mulheres dependentes de substâncias. Por isso, são urgentes a criação e a validação desse tipo de instrumento. Internacionalmente, está em processo a validação de instrumentos de autopreenchimento *online*, tendo em vista facilitar para a paciente o relato de sua experiência³. De maneira geral, o assunto deve ser abordado com todas as mulheres e pode ser introduzido das seguintes formas: “Está tudo bem em casa? Neste serviço, muitas mulheres sofrem violência doméstica, isso acontece com você?” ou “Vou fazer a você perguntas que faço para todas as pacientes, pois é muito comum que sofram algum tipo de violência...”. As perguntas chaves são: Sua parceria machuca ou ameaça você? Você tem medo da sua parceria ou ex? Sua parceria tenta controlar você? Sua parceria já tentou machucar seus filhos? Sua parceria já tentou obrigar você a fazer sexo? Alguém dificulta o seu acesso a este tratamento? Você acha que a violência que você sofre tem a ver com o porquê de você estar aqui hoje?¹⁵

Os seguintes sintomas podem estar presentes em casos de dependência química na mulher ou em caso de mulheres que sofrem VD/VPI, devendo portanto ser avaliados: sentimentos de isolamento, culpa, vergonha, baixa autoestima; negação do problema; relutância em aceitar ajuda pelo medo de consequências como perder a guarda de um filho; medo da rejeição da comunidade ou família; ignorar o problema esperando que desapareça; dificuldade na tomada de decisão, que pode parecer ilógica; parceria sabota seu tratamento para uso de substâncias ou encoraja consumo; parceria proíbe rompimento da relação; tentativas de mudar a forma de consumo ou mudar a relação antes de deixá-las¹⁵.

Como grande parte das mulheres que usam substâncias nunca irão receber tratamento especializado para dependência química, é importante que o rastreio para violência doméstica e uso de substâncias ocorra em serviços que elas frequentam mais comumente, como o pronto-socorro. Por isso, profissionais que trabalham no contexto da emergência devem estar preparados para, além de tratar ferimentos decorrentes do uso, avaliar presença de VD/VPI e impactos mentais e aplicar intervenção breve³.

Realizaresse rastreio aumenta as chances de identificação de casos de VD e possibilita encaminhamentos para serviços especializados adequados para prevenção de novos episódios de VD/VPI e tratamento da dependência química³.

Sempre que VD/VPI for identificada, deve-se encaminhar a mulher a serviços de referência (inclusive abrigo, se necessário) para que de fato ocorra melhora na qualidade de vida e segurança da mulher³; nunca sugerir que a paciente volte para o local de violência e sempre checar se chegou bem e segura no local de segurança planejado¹⁵. Para o plano de segurança, é importante: lembrar que a responsabilidade da violência sempre é do agressor; compreender o que a mulher precisa para ficar segura e seus filhos também; verificar quem é o suporte social e fazer contatos; verificar as opções que ela tem para sair da situação¹⁵.

Nesses casos, deve-se iniciar imediatamente intervenções breves, que são caracterizadas como: 3 horas ou menos de contato com a paciente, planejamento da segurança, motivação, estabelecimento de metas para eliminar a VD/VPI e aumentar a segurança, encaminhamento para

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSÁN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

serviços de referência para mulheres que sofreram VD/VPI e aumento do suporte social³. Em geral, os profissionais e pesquisadores utilizam o referencial teórico da terapia cognitivo-comportamental e a intervenção breve a partir da entrevista motivacional (*feedback*, responsabilização, aconselhamento, menu de opções, empatia, autoeficácia)¹⁶.

As evidências demonstram que, nesses casos, a intervenção deve ser baseada nas seguintes práticas:

- avaliação e reestruturação cognitiva em relação às expectativas de alívio do sofrimento através da substância, com desenvolvimento de estratégias adequadas de *coping*¹⁷;
- intervenção voltada ao trauma, com objetivo de melhora da autorregulação emocional, e desenvolvimento de habilidades para manejo de pensamentos e emoções negativas³;
- abordar as dificuldades encontradas para a autoproteção durante situações sexuais ou de uso de drogas com parcerias abusivas³;
- abordar alternativas para autossustento e indicar serviços de referência para esse suporte¹⁵;
- se ambos parceiros são usuários e a violência é mútua e no contexto do uso (na síndrome de abstinência ou por quantidade de drogas), é importante aplicar intervenções para casais, psicoeducação e desenvolver habilidades de comunicação, negociação e de resolução de problemas³.

Vale ressaltar que tratamentos em grupo, tanto só para mulheres como para casais (em casos em que a violência é mútua), são eficazes³.

Outra prática que se mostra importante nesses casos é o *advocacy*, que empodera as mulheres e as conecta aos serviços que necessitam a partir do aconselhamento e suporte pela sua segurança. O *advocacy* pode ser aplicado em serviços de saúde (e também em outros espaços, como abrigos) e pode variar em intensidade e duração (em geral, de um atendimento a 12 horas); pode inclusive promover mudanças estruturais no sistema local. Em geral, o profissional que realiza o *advocacy* (que pode ser o psiquiatra) irá aconselhar sobre aspectos legais e sociais da VD, facilitar o acesso aos abrigos e outros atendimentos de saúde e assistência, aconselhar sobre um plano de segurança e promover suporte social¹⁸.

Também é sempre importante lembrar de diferenciar as expectativas do profissional e da paciente, pois muitos

podem frustrar-se ao perceber que a mulher não deixará o companheiro abusivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A VD/VPI representa um dos principais aspectos que deve ser avaliado e levado em consideração durante o tratamento da mulher usuária de substâncias, por estar muitas vezes associada ao início do consumo da droga, à persistência nesse consumo, às recaídas e pela maior vulnerabilidade dessa população.

Ainda assim, vale destacar que existem outras perspectivas para essa discussão da interface do uso de substâncias, gênero e VD. Ainda em relação às mulheres, não é incomum, para profissionais que trabalham com a área forense ou com conselho tutelar, encontrarem casos em que se é solicitada avaliação da capacidade da mulher dependente em cuidar de seus filhos pelo risco de negligência e outros tipos de violência como consequência da dependência química. Expandindo a reflexão, ainda há a relação do machismo, uso de drogas pelo homem agressor ou aumento de casos de VD contra homens sob efeitos de substâncias.

Os profissionais da saúde mental e, mais especificamente, aqueles que lidam com mulheres usuárias de substâncias devem ter em mente as influências da questão de gênero em suas avaliações e tratamento em dependência química. Da mesma forma, profissionais que lidam com mulheres vítimas de VD/VPI devem sempre estar atentos ao uso de substâncias, TEPT e outros transtornos mentais nessa população.

Artigo submetido em 30/06/2017, aceito em 04/08/2017.

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Hewdy Lobo Ribeiro, Vida Mental Serviços Médicos, Rua Dr. Neto de Araújo, 320, cj. 106/107, Vila Mariana, CEP 04111-001, São Paulo, SP. E-mail: lobo@vidamental.com.br

Referências

1. Brasil, Código Civil. Lei 11340, 07 de agosto de 2006. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
2. Brasil, Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, Ministério dos Direitos Humanos.

¹ Psiquiatra forense pela ABP, co-editor do Tratado de Saúde Mental da Mulher (Editora Atheneu) e diretor técnico da Vida Mental e da Maia Prime. ² Professor colaborador médico, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ⁴ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁵ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁶ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁷ Psiquiatra, Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Hamilton, Canadá. ⁸ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

- Ligue 180: central de atendimento à mulher - Balanço anual - 2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 03]. piaui.folha.uol.com.br/lupa/wp-content/uploads/sites/24/2017/03/balan%C3%A7o-Anual-180_2016-1.pdf
- Weaver TL, Gilbert L, El-Bassel N, Resnick HS, Noursi S. Identifying and intervening with substance-using women exposed to intimate partner violence: phenomenology, comorbidities, and integrated approaches within primary care and other agency settings. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24:51-6.
 - Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian national alcohol survey. *J Interpers Violence*. 2010;25:648-65.
 - Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2014;109:379-91.
 - Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:247-74.
 - Gilbert L, El-Bassel N, Chang M, Shaw SA, Wu E, Roy L. Risk and protective factors for drug use and partner violence among women in emergency care. *J Community Psychol*. 2013;41:565-81.
 - Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action*. 2016;9:29890.
 - Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *J Interpers Violence*. 2006;21:955-68.
 - Becker KD, Stuewig J, McCloskey LA. Traumatic stress symptoms of women exposed to different forms of childhood victimization and intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2010;25:1699-715.
 - Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLoS One*. 2017;12:e0175240.
 - Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10:e1001452.
 - McCauley JL, Killeen T, Gros DF, Brady KT, Back SE. Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: advances in assessment and treatment. *Clin Psychol (New York)*. 2012;19(3). doi: 10.1111/cpsp.12006.
 - Iverson KM, Litwack SD, Pineles SL, Suvak MK, Vaughn RA, Resick PA. Predictors of intimate partner violence revictimization: the relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. *J Trauma Stress*. 2013;26:102-10.
 - Lanarkshire Alcohol and Drug Partnership. Guidance for domestic abuse and alcohol and drugs services in Lanarkshire [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 03]. <http://www.lanarkshiredp.org/ResourcesLinks/Professional/DomesticAbuse/Documents/DomesticAbuseResource.pdf>
 - Gebara CF, Ferri CP, Lourenço LM, Vieira Mde T, Bhona FM, Noto AR. Patterns of domestic violence and alcohol consumption among women and the effectiveness of a brief intervention in a household setting: a protocol study. *BMC Womens Health*. 2015;15:78.
 - Peters EN, Khondkaryan E, Sullivan TP. Associations between expectancies of alcohol and drug use, severity of partner violence, and posttraumatic stress among women. *J Interpers Violence*. 2012;27:2108-27.
 - Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;12:CD005043.

A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO FATOR DE PROTEÇÃO CONTRA O USO DE SUBSTÂNCIAS PSÍCOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA

SPIRITUALITY/RELIGIOUSNESS AS A PROTECTIVE FACTOR AGAINST PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE IN ADOLESCENCE

Resumo

Objetivo: Analisar o impacto da espiritualidade e/ou religiosidade no uso de substâncias psicoativas na população adolescente, tanto na proteção primária quanto na secundária. O uso, abuso ou dependência de substâncias abrange intervenções em diversas áreas: biológica, psíquica, social e espiritual.

Método: Foi realizada busca de artigos publicados em bases de dados científicas entre 2000 e 2015, com as seguintes palavras-chave: adolescente, droga, abuso de substância, espiritualidade, proteção, religioso, religiosidade. Foram encontrados, no total, 115 artigos nas três bases de dados (PubMed, BIREME, SciELO), e levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados oito artigos.

Resultados: Os estudos apontam na mesma direção, de que tanto espiritualidade quanto religiosidade são de grande importância para os adolescentes em relação ao uso, ao abuso e à dependência de substâncias psicoativas. Além desses fatores de proteção citados, também foram observados outros: família, amigos, grupo social, ambiente, resiliência, informação e perspectiva de futuro.

Conclusão: A espiritualidade sinaliza uma ampla ligação do indivíduo com o seu meio, objetivando o bem-estar e o crescimento pessoal de si e de seus pares. O controle da religião e/ou a vivência da espiritualidade atuam diretamente para proteger o jovem contra o envolvimento com o uso de substâncias, na medida em que estão relacionados com autorregulação, fatores psicológicos e sociais, disponibilidade de informações acerca da dependência e suas consequências, estabelecimento de

perspectivas de futuro e boa estrutura familiar. Assim, destaca-se a necessidade da elaboração de políticas públicas com esse enfoque.

Palavras-chave: Adolescente, droga, abuso de substância, espiritualidade, religiosidade, fatores de proteção.

Abstract

Objective: To analyze the impact of spirituality and/or religiousness on the use of psychoactive substances in the adolescent population in both primary and secondary protection. Substance use, abuse or dependence cover interventions in a variety of areas: biological, psychic, social, and spiritual.

Methods: Articles published in scientific databases between 2000 and 2015 were searched using the following keywords: adolescent, drug, substance abuse, spirituality, religious protection, religiousness. A total of 115 articles were retrieved from three databases (PubMed, BIREME, SciELO), and eight were selected taking into consideration the inclusion and exclusion criteria.

Results: The studies point in the same direction, in that both spirituality and religiousness are of great importance for adolescents in relation to psychoactive substance use, abuse, and dependence. In addition to the protective factors mentioned above, others were also observed: family, friends, social group, environment, resilience, information, and future perspectives.

Conclusion: Spirituality signals a broad connection between the individual and their environment, aiming at the well-being and personal growth of both the

person and their peers. The control of religion and/or the experience of spirituality act directly protecting the youth against involvement with substance use, as a result of its relation with self-regulation, psychological and social factors, availability of information on substance dependence and its consequences, and good family structure. In this scenario, the need to develop public policies with this approach is highlighted.

Keywords: Adolescent, drug, substance abuse, spirituality, religiousness, protective factors.

INTRODUÇÃO

Muitos estudos focam em fatores de risco para o uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, porém poucos se concentram em fatores que podem ser protetores. Comportamentos ligados à aprendizagem social e às normas culturais podem diminuir a vulnerabilidade aos problemas de saúde em adolescentes¹. A compreensão dos fatores de proteção que influenciam no melhor comportamento adaptado poderá levar à construção de campanhas de prevenção².

Adolescência

A adolescência é um período de modificações biopsicossociais em que o indivíduo em formação apresenta redefinições de papéis e funções³. Nessa fase, há maior vulnerabilidade, com exposição a situações de risco, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, delitos e uso de substâncias psicoativas. Os registros identificam o primeiro uso da palavra adolescência em 1430, referindo-se às idades de 14 a 21 anos para homens e 12 a 21 anos para mulheres⁴. Há também estudos relacionando espiritualidade e uso de substâncias na faixa de transição da adolescência para a idade adulta jovem⁵.

Droga

Ao longo de sua história, o ser humano buscou formas de diminuir seu sofrimento e meios de transcender e alterar o estado da consciência, com fins religiosos, culturais, medicinais e de prazer⁶. O custo dos transtornos de uso de substâncias psicoativas envolve aspectos sociais, jurídicos e de saúde⁷. O envolvimento com drogas é um processo individualizado, englobando uso experimental, uso casual e uma intensificação gradual da frequência e intensidade, aumentando o

risco de desenvolver transtornos de uso de substâncias psicoativas⁸. Não há fator determinante único, mas observa-se uma interação das características individuais e biopsicossociais⁶. O transtorno do uso de substâncias psicoativas pode levar a prejuízos no desenvolvimento cognitivo (acadêmico, vocacional) e nas habilidades para lidar com as emoções⁹.

Constructo espiritualidade/religiosidade

Na contemporaneidade, observam-se diversos estudos com interface da ciência e da saúde com a espiritualidade/religiosidade (E/R) como fator agregador na melhora clínica, independente da patologia¹⁰. Os esforços atuais buscam definir a importância da espiritualidade como um fator de prevenção primária do consumo de substâncias psicoativas por adolescentes¹¹. A espiritualidade auxilia na construção da personalidade, inspirando valores morais, como o respeito e a preservação da vida, e promovendo comportamentos saudáveis e de busca de apoio social e autovalorização^{12,13}. A concepção de E/R é vista como um constructo na literatura médica e da saúde e tem sido associada com maiores índices de melhora e recuperação, configurando, assim, um significativo fator de proteção¹⁴.

Fenômeno social

Tanto na infância quanto na adolescência, os seguintes fatores destacam-se como fatores protetores contra os transtornos de uso de substâncias psicoativas: estabelecimento de laços afetivos na família, monitoramento das atividades e amizades, construção de conduta social adequada, forte envolvimento com atividade escolar e/ou religiosa, informações sobre o uso de drogas e estabelecimento de uma meta ou plano de vida^{12,15}. Já os fatores de risco comumente identificados são a própria adolescência, precocidade de início do uso, condições socioeconômicas, meio permissivo, entre outras condições favoráveis ao uso de drogas lícitas e ilícitas¹⁶. Destaca-se que na legislação brasileira, para menores de 18 anos de idade, até mesmo substâncias ditas lícitas são consideradas ilícitas, como, por exemplo, a bebida alcoólica e o tabaco¹⁷. O fenômeno social de consumo abusivo de álcool e outras drogas acarreta, atualmente, mais custos com a justiça e a saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia que outros problemas sociais⁶.

Tratamento e prevenção

A conjuntura brasileira atual mostra aumento na precocidade do uso de substâncias psicoativas, segundo dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II)¹⁸. O modelo vigente de tratamento engloba atendimento ambulatorial, internação em comunidade terapêutica, internação intra-hospitalar parcial e integral, com abordagem psicológica, psiquiátrica, sistêmica, reabilitação cognitiva e grupos de autoajuda e religiosos¹⁹.

Objetivo

O objetivo deste estudo foi revisar as evidências sobre o impacto da E/R no uso de substâncias psicoativas na população adolescente.

METODOLOGIA

Na busca de artigos publicados em bases de dados científicas (PubMed, BIREME, SciELO) entre 2000 e 2015, utilizando as palavras-chave adolescente, droga, abuso de substância, espiritualidade, proteção, religioso e religiosidade, foram encontrados, no total, 115 artigos que obedeciam ao critério de inclusão: o impacto da E/R no uso de substâncias psicoativas na população adolescente. Os critérios de exclusão foram: artigos que não atingiam as expectativas de resultados relacionando uso de substâncias psicoativas, adolescência e E/R; artigos que delimitavam o conteúdo a temas de especificidade distinta, tais como família, escola, tratamento, comorbidades mentais e físicas (depressão, ansiedade, doenças sexualmente transmissíveis), gênero, atividade sexual, adulto, personalidade e violência. Após discussão profissional, entre um psicólogo e uma psiquiatra, levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão mencionados, foram selecionados oito artigos.

RESULTADOS

Piko et al. observaram um elevado nível de consumo de álcool e um nível relativamente baixo de religiosidade entre adolescentes húngaros de 14 a 17 anos²⁰.

Sanchez et al. pontuam que o envolvimento com substâncias psicotrópicas entre adolescentes de São Paulo pode ser impedido mesmo em ambientes com abundância de fatores de risco quando há incremento de

fatores protetores na vida do indivíduo: estrutura familiar, espiritualidade, disponibilidade de informações acerca da dependência de substâncias e suas consequências e estabelecimento de perspectivas de futuro¹¹.

Segundo Ano & Vasconcelles, o manejo religioso pode ter a capacidade de proteger os jovens contra o envolvimento no uso das substâncias, na medida em que está relacionado com autorregulação e fatores psicológicos e sociais mediadores²¹.

Salas-Wright et al. apontam que elevados níveis de espiritualidade associam-se a taxas mais baixas de abuso de substância em jovens de San Salvador, El Salvador²².

Já Amparo et al., em estudo com jovens do Distrito Federal, destacaram que as redes de proteção (família, escola e amigos) contribuem para o incremento das vivências resilientes, propiciando a construção de estratégias protetivas e socialmente ampliadas²³.

Good & Willoughby observaram que adolescentes canadenses de Ontário que frequentam atividades religiosas podem ser melhor monitorados e supervisionados pelos pais e, como resultado, envolver-se menos com o uso de substâncias, independentemente de haver uma busca pessoal pelo sagrado²⁴.

Stewart observou o efeito de tamponamento moderado da espiritualidade sobre a utilização de bebidas alcoólicas e maconha em universitários norte-americanos entre 17 e 29 anos. Contudo, a espiritualidade não teve efeito contra o uso de cocaína, LSD ou *ecstasy*⁵.

Wills et al., em estudo realizado na área metropolitana de Nova Iorque²⁵, destacam que o tamponamento religioso poderia ocorrer porque a religiosidade afeta o significado e o propósito da vida, podendo também estar relacionado a valores e atitudes sobre o uso de substâncias.

DISCUSSÃO

A relação entre o elevado nível de experimentação, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e o nível relativamente baixo de religiosidade faz-se presente reiteradamente nos oito estudos selecionados por esta pesquisa. Foram observados também outros fatores de proteção, tais como família, amigos, grupo social, ambiente, resiliência, informação e perspectiva de futuro.

Salas-Wright et al.²², Piko et al.²⁰ e Good & Willoughby²⁴ convergem que a E/R é um fator de proteção e destacam

o papel desempenhado pela crença, prática e tipo de religião professada pelos familiares como fatores protetores, mesmo em ambientes com abundância de fatores de risco. A E/R para o jovem influencia no início do uso, redução do mesmo e até abstinência de substâncias psicoativas. Ainda, Sanchez et al.¹¹ e Ano & Vasconcelles²¹ destacam a sinergia entre E/R e estrutura psicológica e familiar como fatores de proteção na vida do indivíduo. Amparo et al.²³, além de concordarem com os outros autores, pontuam a relevância da rede de suporte social e resiliência individual em administrar a relação entre fatores de proteção e risco.

Todavia, é de relevância destacar que, para alguns indivíduos, a estrutura familiar pode ser um fator de risco, tanto pelas normas e costumes em relação à dependência química, comportamento transgressor ou codependência, quanto pelos aspectos de herdabilidade. Os aspectos de herdabilidade podem ser compreendidos pelo modelo epigenético, no qual a dependência química é considerada uma doença complexa, em que os efeitos genéticos são provenientes de vários genes, atuando em conjunto para a produção de uma situação de vulnerabilidade que, em conjunto com a ação ambiental, produz o fenótipo final²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saliência espiritual sinaliza uma ampla ligação do indivíduo com o seu meio, objetivando o bem-estar e o crescimento pessoal e de seus pares. O controle da religião e/ou a vivência da espiritualidade atuam diretamente para proteger o jovem contra o envolvimento com o uso de substâncias, na medida em que estão relacionados com autorregulação, fatores psicológicos, sociais, disponibilidade de informações acerca da dependência e suas consequências, estabelecimento de perspectivas de futuro e boa estrutura familiar. Assim, destaca-se a necessidade da elaboração de políticas públicas com esse enfoque.

Agradecimento

Agradecemos à acolhedora orientadora Silvia Pacheco, à estimada família e, especificamente, a José Mauro Granjeiro e Paulo Afonso Granjeiro, que nos auxiliaram no processo, pela parceria de trabalho.

Artigo submetido em 06/10/2016, aceito em 24/02/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Patrícia Afonso de Almeida, Passeio Prado, 202, Zona Norte, CEP 15385-000, Ilha Solteira, SP. Tel.: (18) 99781.5980. E-mail: pat.afonso@yahoo.com.br

Referências

1. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*. 2006;38:433-42.
2. Ritt-Olson A, Milam J, Unger JB, Trinidad D, Teran L, Dent CW, et al. The protective influence of spirituality and "Health-as-a-Value" against monthly substance use among adolescents varying in risk. *J Adolesc Health*. 2004;34:192-9.
3. Bock AMB. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicol Esc Educ (Impr)*. 2007;11:63-76.
4. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EFM. Adolescência através dos séculos. *Psicol Teor Pesq*. 2010;26:227-34.
5. Stewart C. The influence of spirituality on substance use of college students. *J Drug Educ*. 2001;31:343-51.
6. Pratta EMM, Santos MA. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estud Psicol (Natal)*. 2006;11:315--22.
7. Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saude Publica*. 2007;41:839-48.
8. Lopes GM, Nóbrega BA, Del Prette G, Scivoletto S. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35:S51:61.
9. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. [Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:S14-7.

¹ Graduando em Psicologia, Anhanguera Educacional. Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, São Paulo, SP. ² Psiquiatra pela Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP. Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

10. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Quality of life and spirituality. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34:105-15.
11. Sanchez ZM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;43-55.
12. Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:1190-7.
13. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and health: what we know, what we need to know. *J Soc Clin Psychol*. 2000;19:102-16.
14. Tugumoto JK, et al. A contribuição da espiritualidade e da religiosidade na prevenção e no tratamento da dependência química. *Rev Cult UFPE Estud Universit*. 2011;28:33-5.
15. Hanson GR. New vistas in drug abuse prevention. *Nida Notes*. 2002;16:3-7.
16. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50:305-13.
17. São Paulo. Lei 14.592, 19 de outubro de 2011. A bebida alcoólica pode causar dependência química e, em excesso, provoca graves males à saúde [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 15]. www.alcoolparamenoreseproibido.sp.gov.br/wp-content/uploads/pl698a11-parcial.pdf
18. Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD), Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Relatório 2012 [Internet]. [cited 2015 Jun 22]. inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf
19. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2010.
20. Piko BF, Kovacs E, Kriston P, Fitzpatrick KM. "To believe or not to believe?" Religiosity, spirituality, and alcohol use among Hungarian adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73:666-74.
21. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2005;61:461-80.
22. Salas-Wright CP, Olate R, Vaughn MG. Religious coping, spirituality, and substance use and abuse among youth in high-risk communities in San Salvador, El Salvador. *Subst Use Misuse*. 2013;48:769-83.
23. Amparo DM, Galvão ACT, Alves PB, Brasil KT, Koller SH. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estud Psicol (Natal)*. 2008;13:165-74.
24. Good M, Willoughby T. Institutional and personal spirituality/religiosity and psychosocial adjustment in adolescence: concurrent and longitudinal associations. *J Youth Adolesc*. 2014;43:757-74.
25. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychol Addict Behav*. 2003;17:24-31.
26. Messias GP. A participação da genética nas dependências químicas. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:35-42.

A RELEVÂNCIA DA SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (DOENÇA DE WILLIS-EKBOM) PARA A PRÁTICA CLÍNICA DIÁRIA COM PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

RELEVANCE OF THE RESTLESS LEGS SYNDROME (WILLIS-EKBOM DISEASE) FOR DAILY CLINICAL PRACTICE WITH PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS

Resumo

No passado, a síndrome das pernas inquietas (SPI) foi conceitualizada como uma neurose de sensibilidade e uma ansiedade na tíbia. O objetivo do presente trabalho é demonstrar para os médicos, particularmente para os psiquiatras, que a SPI, hoje, é uma doença neuropsiquiátrica complexa e crônica, comum e tratável, com acometimento sensorio-motor, alterações do sistema dopaminérgico e distúrbios da homeostasia do ferro cerebral. A sintomatologia é exclusivamente subjetiva e pode ser crônico-persistente ou intermitente. Há uma urgência para mover as pernas, acompanhada de disestesia nas mesmas, que piora com repouso ou inatividade, sendo aliviada pelo movimento. O diagnóstico é exclusivamente clínico. Algumas medicações precisam ser reduzidas ou descontinuadas porque podem piorar a SPI: alguns antidepressivos (particularmente inibidores seletivos da recaptção da serotonina, inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina e mirtazapina), neurolepticos, antieméticos, anti-histamínicos e outros. É relevante observar que não há piora com o antidepressivo bupropiona. O tratamento não farmacológico inclui higiene do sono e atividades físicas. As drogas utilizadas no tratamento pertencem a quatro grupos: dopaminérgicos (agonistas diretos e precursores de dopamina); $\alpha_2\delta$ -ligantes; benzodiazepínicos; e opioides. A piora é a principal complicação no tratamento de longo prazo: início mais cedo dos sintomas ao longo

do dia; início mais rápido com o repouso; expansão dos sintomas para os membros superiores e o tronco; e encurtamento do efeito dos tratamentos. Supõe-se que a superestimulação dopaminérgica seja a causa da piora.

Palavras-chave: Síndrome das pernas inquietas, doença de Willis-Ekbom, transtorno do sono, movimentos periódicos dos membros, metabolismo do ferro cerebral, dopamina.

Abstract

In the past, the restless legs syndrome (RLS) was conceptualized as a sensitivity neurosis and tibial anxiety. The objective of the present study is to demonstrate, to physicians in general and psychiatrists in particular, that today, RLS is a complex and chronic, common and treatable, neuropsychiatric disorder with sensorimotor involvement, alterations of the dopaminergic system, and brain iron homeostasis disorders. Symptoms are exclusively subjective and can be chronic-persistent or intermittent. There is an urge to move the legs, accompanied by limb dysesthesias, which worsens with rest or inactivity and improves with movement. Diagnosis is exclusively clinical. Some medications have to be reduced or discontinued because they may worsen RLS, e.g., some antidepressants (particularly selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin and noradrenalin reuptake inhibitors, and mirtazapine), neuroleptics, antiemetics, antihistamines,

among others. It is relevant to observe that no worsening is observed with the antidepressant bupropion. Non-pharmacological treatment includes sleep hygiene and physical activities. The drugs used in the treatment of RLS belong to four groups: dopaminergics (direct agonists and precursors of dopamine); $\alpha_2\delta$ -ligands; benzodiazepines; and opioids. Augmentation is the main complication of long-term treatment: earlier initiation of symptoms in the course of the day; faster start when at rest; spreading of symptoms to the upper limbs and trunk; and shortening of treatment effects. Dopaminergic hyperstimulation is the supposed cause of augmentation.

Keywords: Restless legs syndrome, Willis-Ekbom disease, sleep disorder, periodic limb movements, brain iron metabolism, dopamine.

HISTÓRICO

Atribui-se ao médico inglês Thomas Willis o primeiro relato clínico sobre a síndrome das pernas inquietas (SPI). Em 1685, Willis publica o trabalho "Instructions for curing the watching-evil" ("Instruções para curar o mal da vigília"), onde alterações do sono ligadas a desconforto de membros inferiores são descritas como *place of greatest torture* (lugar de intensa tortura)¹. Também pioneiro na terapêutica, Willis emprega o láudano (ópio) para tratar a SPI. É curioso observar que, hoje, a oxicodona e outros opioides são empregados para melhorar a SPI refratária a outros tratamentos². Willis também se notabiliza pela descrição do polígono formado pelas artérias da base do crânio, presentemente designado polígono de Willis.

Ainda a título de introdução, é interessante tecer alguns comentários acerca da sangria terapêutica. A sangria terapêutica, atualmente uma técnica de emprego restrito a poucas situações clínicas (hemocromatose e poliglobulias), já teve usos amplos ao longo de seus 3.000 anos de existência. Iniciada no Egito, passa pelos gregos, adentra a Idade Média e atinge popularidade máxima no século XIX. Na medicina de Hipócrates, o sangue é um dos quatro humores, os quais precisam estar em equilíbrio relativo um com o outro. A força dessa noção atravessa todos esses séculos, ao longo dos quais, o excesso de sangue é a explicação fisiopatológica de vários sintomas, e o reequilíbrio dos humores exige a sangria terapêutica. Hoje sabemos que a sangria, no passado empregada na SPI, pode piorar o quadro clínico, pela perda de ferro.

Em 1861, Wittmaack categoriza os pacientes de SPI entre os doentes histéricos e neurastênicos, descrevendo-os como portadores de neurose de sensibilidade e *anxietas tibiarum* (ansiedade da tibia), enquanto Beard preferiu classificá-la em sua exaustão nervosa³. Em 1944-45, o sueco Karl-Axel Ekbom – que, anteriormente, em 1938, descrevera o delírio de infestação parasitária⁴, depois conhecido como síndrome de Ekbom – detalha o quadro clínico e cunha a expressão pernas inquietas^{5,6}. O emprego da expressão doença de Willis-Ekbom para designar a SPI é mais recente. Lugaresi et al. são os primeiros a registrar movimentos periódicos dos membros durante o sono, documentando sua relação com a SPI⁷.

CONCEITO ATUAL E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A SPI é uma complexa doença neuropsiquiátrica crônica, comum e tratável, em que há acometimento sensorio-motor, com alterações do sistema dopaminérgico e da homeostasia do ferro cerebral. A sintomatologia primordial da SPI é exclusivamente subjetiva, fato que a traz para o primeiro plano no interesse dos psiquiatras.

A apresentação clínica mais comum consiste em uma premente necessidade (urgência) de movimentar as pernas, associada a disestesias nos membros inferiores⁸. Os pacientes valem-se de descrições muito variadas para esse tipo de desconforto: formigamento, queimação, comichão, picada, prurido, arranco, puxão, fsgada, arrepio, corrente elétrica e coceira. Alguns o descrevem empregando termos mais psicológicos, tais como: incômodo, aflição, angústia, ansiedade, desespero, tensão e choque. Outros o descrevem como sendo dor. Ainda há outros pacientes que não se referem a um componente sensorial.

O ímpeto de movimentar as pernas se inicia ou aumenta nos períodos de repouso, relaxamento e inatividade, como, por exemplo, quando assentado, deitado, assistindo TV, dirigindo por longa distância, em voos longos e assistindo palestra. Há uma piora ao entardecer e à noite. Movimentar as pernas gera um alívio, total ou parcial, do desconforto. Contudo, com a cessação do movimento, os sintomas tendem a reaparecer. A intensidade do desconforto tende para um ritmo circadiano, com piora ao entardecer e com um máximo durante a madrugada. Durante o dia, com as atividades, o desconforto tende a reduzir-se. Essa

cadência se correlaciona com a temperatura corporal, a secreção de melatonina salivar e a vigília subjetiva.

Em busca de alívio, alguns pacientes desenvolvem certos rituais no início da noite, que incluem movimentações e atividades físicas, sendo comuns a caminhada e a bicicleta, inclusive aquela estacionária. Outros se valem de chutar, esfregar, coçar, pressionar, realizar alongamentos e banhar com água quente ou fria. Embora obtenham algum alívio passageiro, também obtêm, aqui, uma maior estimulação sensorial nas pernas e, assim, mais alerta e menos sono.

Em cerca de até 50% dos casos, a sintomatologia da SPI é também encontrada em outras áreas do corpo que não as pernas, particularmente nos braços⁹. O acometimento dos membros inferiores geralmente antecede o acometimento dos membros superiores em vários anos. Há também o acometimento abdominal, e recentemente foi descrita uma síndrome genital inquietada, na qual a sintomatologia se instala na região pélvica¹⁰.

A maioria dos pacientes inclui entre suas queixas a dificuldade para adormecer e os repetidos despertares ao longo da noite. Em comparação com controles normais, na polissonografia de portadores de SPI, observa-se aumento da latência para o início do sono, redução na eficiência do sono e redução no tempo total de sono. A fragmentação do sono e a sonolência diurna trazem significativo prejuízo funcional. Apesar da grave privação de sono, há um grupo desses pacientes que não se queixa de sonolência diurna ou de fadiga, talvez por uma elevação compensatória da hipocretina-1 cerebral.

A frequência com que os sintomas da SPI aparecem é muito variável. Podem aparecer diariamente e de modo intenso, gerando, então, uma doença incapacitante, com a noite repleta de despertares e sem a devida continuidade no sono e com o dia pleno de sonolência e cansaço. Mas também existe a situação em que os sintomas aparecem tão somente a cada mês ou ainda menos frequentemente e com intensidade pequena, causando apenas um desconforto leve. Outro aspecto a ser notado sobre o curso da SPI é que os sintomas podem remitir por considerável período de tempo e reaparecer posteriormente. Assim, quanto à sua duração, a SPI é categorizada em temporária ou persistente. O quadro clínico que surge pela primeira vez na gravidez e que desaparece com o parto exemplifica a SPI temporária.

Outro modo de classificar os quadros da SPI consiste em dividi-los em SPI primária (idiopática) e SPI secundária (sintomática; Tabela 1). O impacto social e médico da SPI leve é pequeno. Já na SPI moderada/grave, pode haver profunda alteração do sono e da vigília, com considerável impacto negativo na cognição, no trabalho, na qualidade de vida e na saúde do paciente. Encontra-se a SPI em associação com diversos transtornos neuropsiquiátricos, incluindo: transtornos ansiosos, transtornos depressivos, transtornos neurocognitivos e transtornos psicóticos. No trabalho clínico com pacientes com transtornos psiquiátricos, com frequência observa-se a história familiar positiva para SPI.

Em 2005, Winkelman et al., no Instituto Max Planck, em Munique, demonstraram, em pacientes com SPI, uma elevação em taxas de transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e episódio depressivo maior, em comparação com controles de uma amostra da comunidade¹¹. Lee et al., no estudo norte-americano Epidemiological Catchment Area, em Baltimore, com 1.024 pacientes, apontam significativa associação entre SPI, transtorno depressivo maior e transtorno de pânico¹².

MOVIMENTOS PERIÓDICOS DOS MEMBROS

A SPI é uma experiência subjetiva. Já os movimentos periódicos dos membros (MPM) são fenômenos biológicos objetivos e mediados geneticamente, constituídos de episódios periódicos de movimentos involuntários, repetitivos e altamente estereotipados, que ocorrem durante o sono ou, menos frequentemente, durante a vigília. Ao serem observados na polissonografia, podem iniciar-se ainda na vigília, antes que o paciente adormeça (MPM na vigília), e podem ocorrer durante o sono (MPM no sono). A incidência de MPM na população geral cresce com o envelhecimento e chega a estar presente em cerca de 75% dos idosos. Estima-se que acima de 80% dos pacientes com SPI apresentem MPM no sono¹³.

FISIOPATOLOGIA

É elevada a herdabilidade da SPI (entre 54 e 83%), e sua genética começa a ser desvendada^{14,15}. É particularmente elevada a herdabilidade daquela SPI de início precoce, em comparação com a sua forma de início tardio, mais prevalente no idoso. Em algumas famílias,

Tabela 1 - Condições que podem estar associadas à síndrome de pernas inquietas

Condições não psiquiátricas	Condições psiquiátricas
Anemia	Transtornos depressivos
Deficiências de folato	Transtorno de ansiedade generalizada
Deficiência de vitamina B ₁₂	Transtorno de pânico
Condições associadas à deficiência de ferro:	Transtorno obsessivo-compulsivo
Doença celíaca	Transtornos psicóticos
Síndrome de cólon irritável	Transtornos neurocognitivos
Doação de sangue frequente	
Doença renal em estágio terminal e hemodiálise	
Gravidez	
Síndromes de má absorção	
Cirurgia bariátrica	
Gastrectomia	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	
Insuficiência hepática	
Artrite reumatoide	
Doença de Parkinson	

a SPI parece seguir um padrão autossômico dominante de herança. Diversos estudos de ligação gênica apontam regiões de interesse. Contudo, são estudos limitados a poucas famílias e nem sempre identificam os genes relevantes¹⁶. Um dos mais robustos *locus* de ligação é RLS1 no cromossoma 12, identificado em famílias de origens variadas (canadenses, alemãs e islandesas), e para o qual há o gene NOS1 (*nitric oxide synthase 1*)¹⁷. Alguns estudos de associação genômica ampla (*genome-wide association studies* – GWAS) apontam associações relevantes em cinco regiões.

Uma variante em um íntron de BTBD9 no cromossoma 6 se associa a um risco aumentado de SPI/MPM em famílias americanas e islandesas¹⁸. Uma associação entre BTBD9 e sintomas sensoriais da SPI foi descrita, simultaneamente, em alemães e franco-canadenses, nos quais havia também associação com o gene MEIS1 no cromossomo 2p14 e regiões intergênicas dos genes MAP2K5 e LBXCOR1 no cromossoma 15q23¹⁹. Em um íntron de PTPRD no cromossoma 9, também associou-se o risco para SPI²⁰. As teorias sobre a fisiopatologia da SPI sempre incluem complexas interações entre deficiência de ferro (sérica ou cerebral) e o sistema dopaminérgico²¹.

Em pelo menos um subgrupo dos pacientes portadores da SPI, há alterações da homeostasia do ferro, com uma redução no ferro cerebral. Com relação à variante BTBD9, observou-se uma relação dose/resposta quanto a decrementos em depósitos de ferro, com cada cópia de BTBD9 predizendo uma redução de 13% da ferritina sérica¹⁸. Observa-se uma tendência a uma melhora clínica da SPI com o uso de tratamentos dopaminérgicos, particularmente aqueles que estimulam D₃, e a uma piora clínica com antagonistas dos receptores dopaminérgicos D₂ e D₃. Existe uma similaridade entre os movimentos presentes nos MPM e a resposta de Babinsky – um reflexo primitivo patológico medular para a retirada do membro de um estímulo doloroso. A presença desse reflexo após a infância indica uma excitabilidade excessiva em elementos neurais do arco reflexo flexor, que poderia dever-se, na SPI, a alterações em mecanismos pré e pós-sinápticos inibitórios na medula²². Uma outra hipótese acerca da SPI diz respeito à qualidade dos sintomas sensoriais presentes, que sugere um acometimento do sistema nervoso periférico, implicando fibras de pequeno calibre Aδ e fibras C, que conduzem sinais dolorosos e medeiam reflexos somato-simpáticos²³.

SITUAÇÃO NOSOLÓGICA ATUAL E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

A situação nosológica da SPI se modificou ao longo dos anos. Enquanto há quase dois séculos Wittmaack a incluía entre os histéricos e os neurastênicos³, a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) a categoriza entre os transtornos de movimento (G25.8 - Outros transtornos extrapiramidais e do movimento especificados)²⁴, e a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), entre os transtornos de sono-vigília (333.94, G25.81, SPI)²⁵. O diagnóstico da SPI é essencialmente

clínico. Baseia-se tão somente na entrevista e no exame clínico do paciente e não exige polissonografia ou outro exame complementar. Os critérios para o diagnóstico da SPI formulados pelo DSM-5 acham-se na Tabela 2²⁵. Também muito empregados são os critérios diagnósticos do Grupo de Estudo Internacional da Síndrome de Pernas Inquietas (International Restless Legs Syndrome Study Group – IRLSSG)²⁶. Atualizados em 2012, os critérios do IRLSSG se dividem em cinco critérios essenciais (todos precisam estar presentes) e critérios de suporte (Tabela 2)²⁶.

Tabela 2 - Critérios diagnósticos para a síndrome das pernas inquietas

Segundo o DSM-5 (2013)	Segundo o IRLSSG (2012)
<p>A. Urgência para mover as pernas, geralmente acompanhada de ou em resposta a sensações desconfortáveis ou desagradáveis nas pernas, caracterizada por todas as seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none">1. A urgência para mover as pernas começa ou piora em períodos de repouso ou inatividade.2. A urgência para mover as pernas é parcial ou totalmente aliviada pelo movimento.3. A urgência para mover as pernas é pior ao entardecer ou à noite em comparação com o dia, ou ocorre somente ao entardecer ou à noite. <p>B. Os sintomas no critério A ocorrem pelo menos três vezes por semana e persistiram por pelo menos 3 meses.</p>	<p>Critérios essenciais:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Necessidade (ou urgência) de mover as pernas, geralmente (mas não sempre) acompanhada por desconforto ou incômodo nas pernas.2. Os sintomas pioram (ou estão exclusivamente presentes quando) em repouso ou inatividade, como sentado ou deitado.3. Os sintomas aliviam total ou parcialmente com o movimento, como quando caminhando ou alongando, pelo menos enquanto essa atividade dura.4. Os sintomas percebidos durante repouso e inatividade pioram ou ocorrem exclusivamente à noite, em comparação com o dia.5. Os sintomas acima descritos não são melhor explicados por outras doenças ou problemas comportamentais (ex.: mialgia, estase venosa, edema de membros inferiores, artrite, câimbras nas pernas, desconforto posicional ou bater o pé habitual). <p>Especificadores do curso clínico:</p> <p>A. SPI crônica persistente: a sintomatologia ocorre em média duas vezes por semana, no último ano, se não tratada.</p> <p>B. SPI intermitente: a sintomatologia ocorre em média < 2 / semana, no último ano, se não tratada, com pelo menos cinco eventos em toda a vida.</p> <p>Especificadores do significado clínico da SPI:</p> <p>Os sintomas da SPI causam sofrimento significativo ou incapacidade social, ocupacional, educacional ou em outras importantes áreas do funcionamento, através do impacto no sono, energia/vitalidade, atividades diárias, comportamento, cognição ou humor.</p> <p>Critérios de suporte:</p> <ol style="list-style-type: none">1. História familiar positiva.2. Resposta positiva a um agonista dopaminérgico.3. Curso clínico.4. Elevado índice de movimentos periódicos dos membros na polissonografia.

DSM-5 = 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; IRLSSG = Grupo Internacional de Estudo da Síndrome das Pernas Inquietas; SPI = síndrome das pernas inquietas.

UM CASO CLÍNICO

Paciente com queixas depressivas leves, sendo prescrita a fluoxetina. Retorna com queixas de desconforto nos membros inferiores, sem uma localização precisa, “como se algo estivesse se movendo ou puxando na perna, uma aflição ou esquentamento”. Isso acometeu a paciente numa viagem de ônibus e tem-se repetido à noite antes de dormir e também quando fica sentada na poltrona de TV por mais tempo. Nessas horas, sente forte necessidade de movimentar as pernas, a fim de obter alívio dessa sensação. Uma vez que o incômodo piora à noite, só tem conseguido dormir mais tarde, acarretando privação do sono e cansaço durante o dia. Nega que já tenha manifestado quadro

semelhante antes. Ao exame, não há qualquer sinal clínico geral ou neurológico que possa justificar a queixa.

A paciente satisfaz os critérios diagnósticos para SPI: forte necessidade de mover as pernas, usualmente devido ao desconforto; piora em momentos de repouso ou inatividade; alívio do desconforto proporcionado pelo movimento; piora ao anoitecer; ausência de outra condição médica que explique esses sintomas (acatisia, estase venosa, mialgia, câibras, artrite, desconforto postural e outras). Considerando-se que, no caso, a síndrome é secundária ao inibidor seletivo de receptação da serotonina (Tabela 3), não se aplicam os especificadores de curso do IRLSSG (Tabela 2).

Tabela 3 - Psicofarmacologia da síndrome das pernas inquietas

Psicofármacos que pioram* a SPI	Antidepressivo que não piora† a SPI
Antidepressivos	Bupropiona
Tricíclicos	
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina	
Inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina	
Mirtazapina	
Antagonistas de receptores dopaminérgicos D ₂	
Neurolépticos convencionais, neurolépticos atípicos	
Antieméticos	
Anti-histamínicos	
Difenidramina	
Anticonvulsivantes	
Fenitoína, metosuximida e zonisamida	
Alguns benzodiazepínicos	
Clordiazepóxido	
Lítio	

* Devem ser reduzidos ou descontinuados.

† Pode até mesmo melhorar o quadro clínico.

SPI = síndrome das pernas inquietas.

Fonte: Garcia-Borreguero et al.²⁷.

Alguns diagnósticos diferenciais poderiam ser pensados para o caso, como a acatisia, que ocorre geralmente com o uso de antipsicóticos e que também pode se manifestar com antidepressivos inibidores da receptação da serotonina, como a fluoxetina (Tabela 4). No entanto, a inquietação e a necessidade de movimento na acatisia são mais difusas, acometendo o corpo como um todo, e não

apenas um segmento, como se dá com a sintomatologia da SPI. A relação com o repouso e a variação circadiana, presentes na SPI, não são encontradas na acatisia induzida por drogas. Quadros vasculares são frequentes e provocam sensações desconfortáveis ou dolorosas nos membros inferiores, mas não exibem padrão circadiano e pioram com a atividade, não com o repouso (Tabela 5).

Tabela 4 - Diagnóstico diferencial psiquiátrico da síndrome das pernas inquietas

Transtornos de ansiedade/agitação
Transtornos depressivos com sintomas somáticos
Transtorno de insônia
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
Acatisia induzida pela retirada de drogas dopaminérgicas
Utilização excessiva de álcool ou de cafeína
Psicofármacos

Tabela 5 - Outros diagnósticos diferenciais da síndrome das pernas inquietas

Claudicação intermitente vascular
Insuficiência vascular periférica
Maldição de Vésper (estenose lombar associada à insuficiência cardíaca congestiva)
Neuropatia periférica
Radiculopatia lombar
Claudicação neurogênica
Mioclonia do sono
Dor crônica
Fibromialgia
Artrites
Cãibra noturna
Pruridos
Desconforto posicional
Dores de crescimento em crianças

EPIDEMIOLOGIA

As estimativas de prevalência da SPI apresentam variação muito ampla, devido a diferenças em critérios e questionários empregados para a definição de casos. As estimativas se encontram entre 5 e 15% em populações de origem europeia, sendo que os casos com maior relevância clínica representam 2,7% (estudo REST)²⁸. Estudos realizados na comunidade no leste da África (Tanzânia) apontam para uma prevalência mais baixa, de 0,013 e 0,037%²⁹. De modo similar, é baixa a prevalência obtida na Ásia, estimada em 0,9% na Coreia do Sul na comunidade³⁰.

No Brasil, a prevalência de SPI foi estimada em 6,4% em um estudo³¹. Observa-se um aumento da prevalência em função da idade e um maior acometimento de

mulheres, com uma taxa de duas mulheres para um homem. Possíveis justificativas para a maior prevalência em mulheres incluem: 1) as mulheres percebem e relatam os sintomas de uma maneira diversa da dos homens; 2) a diferença hormonal entre os sexos; 3) a menor reserva de ferro nas mulheres. Ademais, a gravidez tem um papel importante no risco para desenvolver SPI nas mulheres com história familiar positiva para a síndrome. Na anemia ferropriva, a SPI é cerca de até nove vezes mais comum que na população geral³².

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Além de efeitos colaterais, os medicamentos utilizados na SPI podem gerar uma complicação específica, a *aumentação*. A *aumentação* é uma intercorrência clínica relacionada ao uso de agentes farmacológicos dopaminérgicos e que aparece geralmente nos primeiros 6 meses de tratamento, levando a uma piora dos sintomas³². Para reduzir as doses de medicamentos e prevenir a *aumentação*, tratamentos adjuvantes não farmacológicos são considerados.

Exercício físico

O exercício físico é uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva, tendo como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde e a aptidão física, trazendo múltiplos benefícios ao organismo³³. No caso da SPI, suas ações mais relevantes se dão no sono, em sintomas sensório-motores, em sintomas depressivos e na atrofia muscular, inclusive em casos de SPI associada a doença renal crônica.

Aukerman et al. randomizaram 28 adultos com SPI para dois grupos, grupo controle e grupo exercício físico. Estudaram o efeito de um programa de exercícios aeróbicos e de resistência em membros inferiores nos sintomas sensório-motores. A intervenção ocorreu três vezes por semana, por 12 semanas, sendo 30 minutos de esteira e oito a 12 repetições de cada exercício de resistência, com progressão da intensidade. Houve redução dos sintomas nas seis primeiras semanas e manutenção desse benefício durante a intervenção³⁴.

Giannaki et al. investigaram o efeito do exercício aeróbico agudo, realizado durante sessões de hemodiálise. Dezoito pacientes em hemodiálise foram randomizados em três grupos: ciclismo por 45 minutos

na posição supina sem resistência (exercícios leves); ciclismo por 45 minutos em supino com resistência de 60% da sua capacidade de potência máxima (exercício pesado); e descansando na posição supina (sem exercício). Encontrou-se redução dos sintomas sensório-motores e da excitabilidade motora nos pacientes que realizaram exercícios leves e pesados. É possível que a melhora esteja associada à liberação de β -endorfinas e opioides que promovem bem-estar e alívio de dor³⁵.

Em outro estudo, Giannaki et al. distribuíram 32 pacientes aleatoriamente em três grupos: grupo de treinamento físico durante a hemodiálise (n = 16); grupo de tratamento clássico com agonista da dopamina (n = 8; ropinirol); e grupo placebo (n = 8). As intervenções duraram 6 meses, e os grupos dopamina e placebo foram submetidos a regime duplo-cego. O treinamento físico foi realizado durante as sessões de hemodiálise, três vezes por semana, sendo a intensidade reajustada a cada mês. Os resultados encontrados foram redução de sintomas sensório-motores e depressivos e melhora em parâmetros avaliados no Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) nos grupos treinamento físico e tratamento com dopamina. O grupo dopamina foi mais eficaz na melhora da qualidade do sono. O grupo treinamento físico obteve melhora do desempenho físico e aumento da massa corporal magra. Além da liberação de opioides endógenos, os autores apontam a importância do ganho de massa magra, uma vez que pacientes em hemodiálise apresentam um declínio progressivo da massa corporal magra, devido à uremia e ao efeito catabólico do tratamento da hemodiálise³⁶.

Mitchell et al. investigaram a eficácia da luz infravermelha monocromática (LIM) na diminuição dos sintomas relacionados à SPI. Um total de 34 voluntários com SPI foi dividido em grupo controle (n = 17) e grupo intervenção (n = 17). O grupo intervenção foi submetido a 12 sessões de tratamento (30 minutos, três vezes por semana, 4 semanas) com LIM nos membros inferiores, enquanto que o grupo controle foi submetido a 12 sessões de tratamento sem luz. Os resultados encontrados foram melhoras significativas dos sintomas no grupo intervenção, de forma semelhante nos participantes desse grupo, independentemente da intensidade dos sintomas. Segundo os autores, a melhora se deve ao aumento da produção de óxido nítrico, com vasodilatação e melhor perfusão tecidual,

além de ter influência na neurotransmissão. A fototerapia também aumenta a permeabilidade da membrana celular, aumentando a produção de endorfinas e aliviando a dor. Assim, a terapia por LIM seria uma forma de tratamento adjuvante na SPI³⁷.

Higiene do sono

A higiene do sono é um método que visa a que os hábitos relacionados à saúde e ao comportamento sejam benéficos para o sono. Em geral associada a outras recomendações de tratamento, o seu objetivo é educar para ajudar a promover uma melhora da qualidade do sono. Algumas recomendações indicadas são manter um horário regular para dormir e acordar; usar a cama somente para dormir; manter o quarto silencioso e escuro; evitar estimulantes (café, chá, refrigerante, bebida alcoólica e nicotina); manter atividades físicas diariamente, mas evitando atividades vigorosas próximas ao horário de dormir; e diversas outras^{38,39}. Por fim, o estresse crônico e o trabalho em turnos conformam estilos de vida dificilmente compatíveis com um adequado controle da SPI.

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico difere se a SPI for primária (idiopática) ou secundária (sintomática). Na SPI primária, o tratamento será necessário por toda a vida, particularmente se o curso dos sintomas for contínuo. Na SPI secundária, tratando-se as causas subjacentes (por exemplo, deficiência de ferro ou doença renal crônica), obtém-se uma remissão dos sintomas⁴⁰.

As drogas utilizadas no tratamento da SPI podem ser divididas em quatro grupos: 1) agentes dopaminérgicos (1a - agonistas dopaminérgicos diretos; 1b - precursores de dopamina); 2) agentes $\alpha_2\delta$ -ligantes (anticonvulsivantes que agem em canal de cálcio); 3) benzodiazepínicos e afins; 4) agentes opioides e afins^{32,40}.

Antes de propriamente entrar no estudo dessas drogas, gostaríamos de apontar que polêmicas e controvérsias acompanham o presente desenvolvimento da farmacoterapia da SPI, particularmente no que tange a agonistas dopaminérgicos diretos. Alguns criticaram a intensidade dos interesses comerciais relativos à venda desses medicamentos, a partir de uma estratégia que teria sido montada para divulgar uma prevalência exagerada

da SPI⁴¹; enquanto que outros reprovaram entidades de pacientes que negociam promoção de drogas⁴².

Não obstante as críticas, os agonistas dopaminérgicos diretos permanecem drogas de primeira linha no tratamento da SPI, particularmente quando há quadro depressivo em associação. A maioria dos pacientes apresenta melhora com essas drogas, pelo menos no início do tratamento⁴³. O pramipexol (em jovens, 0,125 a 0,1 mg, em dose única, à noite, 2 a 3 horas antes de dormir; em idosos, doses maiores, de até 1,5 mg, por noite) e o ropinirol (2 mg, dose única, 2 horas antes de dormir), agonistas de receptores dopaminérgicos D₂ e D₃ não ergolínicos, são as drogas mais recomendadas⁴³⁻⁴⁵. A meia-vida de eliminação do pramipexol é de 10 horas, enquanto que aquela do ropinirol é de 6 horas. Dada a sua excreção renal, o pramipexol precisa ser titulado com cuidado, particularmente em idosos. A insônia associada ao uso de pramipexol pode ser controlada por hipnótico por poucos dias. O metabolismo do ropinirol se dá através da isoenzima CYP1A2 do sistema de citocromos hepático P-450 e, assim, pode haver interações com seus inibidores e indutores, incluindo a nicotina. Fadiga e sonolência diurna associadas ao ropinirol indicam reduzir dose ou suspender.

O piribedil, a lisurida e a cabergolina ficam para uma segunda opção. Os derivados ergolínicos (bromocriptina, lisurida, pergolida e cabergolina) se associam a risco de fibroses (de válvulas cardíacas, miocardiopatia fibrótica, pleuropulmonar e retroperitoneal)⁴⁶. A rotigotina, agonista de receptores dopaminérgicos D₁, D₂ e D₃, disponível na forma de adesivos transdérmicos, é particularmente recomendada quando há sintomas diurnos, em doses de 1 a 3 mg/dia⁴⁷. Os efeitos colaterais mais comuns dos agonistas dopaminérgicos são náusea, cefaleia, tontura e hipotensão ortostática. Quando esses efeitos indesejáveis surgem, está indicado reduzir a dose e elevá-la novamente de modo mais gradual. Embora menos comuns, os efeitos indesejáveis comportamentais são muito relevantes, podendo haver comportamentos compulsivos e impulsivos (jogo patológico, compras em excesso e desinibição sexual), exigindo reduzir dose ou suspender.

Estudos controlados com placebo e comparativos com outras drogas confirmam que medicamentos precursores de dopamina (levodopa-benserazida, 100/25 e 200/50 mg; e levodopa-carbidopa, 25/250 e 50/200 mg) são eficazes para o tratamento da SPI. São úteis quando é possível um

tratamento intermitente, como, por exemplo, duas vezes por semana. A aumento é um efeito indesejado muito comum no seu uso continuado e no longo prazo e se deve ao estímulo farmacológico dopaminérgico intenso e prolongado^{40,43,48}. Em razão da elevada frequência de efeitos colaterais, especialmente aumento e rebote matutino, os agonistas dopaminérgicos diretos são muitas vezes preferidos em relação à levodopa associada a inibidores da descarboxilase, quando se opta pelo uso continuado de droga dopaminérgica⁴⁸.

Os agentes anticonvulsivantes $\alpha_2\delta$ -ligantes bloqueadores do canal de cálcio são tão eficazes quanto os agentes dopaminérgicos e apresentam como vantagem os seus efeitos terapêuticos sobre o sono e a sua arquitetura. São particularmente interessantes quando há associação da SPI com ansiedade, dor e sono alterado. Incluem a gabapentina (100 a 2.400 mg por noite)⁴⁹, a gabapentina enacarbil (600 a 1.200 mg por noite)⁵⁰ e a pregabalina (75 a 600 mg por noite)⁵¹. Como efeitos indesejáveis, pode haver fadiga, tontura, sonolência, cefaleia e tremor.

Os agonistas dos receptores benzodiazepínicos (ARB) – benzodiazepínicos propriamente ditos e drogas Z – são particularmente relevantes para se promover a continuidade do sono no paciente com SPI⁵². Os ARB melhoram a qualidade do sono e reduzem os despertares associados aos MPM. Contudo, os efeitos de ARB em escalas de sintomas subjetivos da SPI são modestos⁵². Quando um ARB gera sedação excessiva e sonolência diurna, indica-se reduzir a dose ou substituí-lo por outro composto com menor meia-vida. As doses mais empregadas por via oral são 0,5 a 2 mg de clonazepam, 15 a 30 mg de temazepam e 5 a 10 mg de nitrazepam. As doses de zolpidem variam de 2,5 a 10 mg/dia.

Os agentes opioides e afins são tratamentos de segunda linha, empregados em monoterapia ou em adição a outras drogas, geralmente em casos graves e refratários a outros tratamentos. Incluem a codeína (15-120 mg/dia), a di-hidrocodeína (60-240 mg/dia), a metadona (5-40 mg/dia), a oxicodona (0,5-2 mg/dia), a combinação oxicodona + naloxona, o propoxifeno (200 mg/dia; retirado dos mercados norte-americano e brasileiro em 2010), o tramadol (50-400 mg/dia) e a tilidina (25-100 mg/dia). Entre os efeitos indesejáveis,

destacam-se a constipação intestinal, que exige cuidados e tratamentos sintomáticos, e a dependência, que exige suspender o tratamento temporária ou definitivamente. Exige-se cautela no emprego de opioides em pacientes que roncam e em risco para apneia de sono.

A dosagem de ferritina sérica deve ser solicitada periodicamente na SPI. Se a ferritina sérica for $\leq 75 \mu\text{g/L}$ ou a saturação de transferrina for $\leq 17\%$, recomenda-se o emprego de sulfato ou gluconato ferroso oral (325 mg/dia, em associação a 100 mg de vitamina C duas vezes por dia). Essa prescrição é necessária mesmo que não exista ainda uma anemia. Os efeitos indesejáveis incluem irritação gástrica, vômito, náusea, diarreia e constipação. Quando a ferritina sérica se normaliza, a prescrição de ferro oral é suspensa.

AUMENTAÇÃO

Conhecida desde 1966, a aumentoção é a principal complicação de longo prazo no tratamento da SPI. Consiste em uma piora global na sintomatologia: início mais cedo ao longo do dia; início mais rápido com o repouso; expansão dos sintomas para os membros superiores e o tronco; e encurtamento do efeito dos tratamentos (Tabela 6)^{32,40,43,53}.

Embora não se conheça com exatidão o mecanismo, supõe-se que a superestimulação de receptores dopaminérgicos seja a sua causa. Tipicamente, a aumentoção se associa a tratamentos dopaminérgicos, embora também haja casos descritos com o uso de tramadol. A medicação mais frequentemente associada à aumentoção é a levodopa, seguida de pramipexol e ropinirol.

A aumentoção precisa ser diferenciada de: progressão natural da doença; rebote do início da manhã; tolerância; e acatisia. Após 5 anos de uso de agonista dopaminérgico, estima-se que metade dos pacientes apresenta sintomas de aumentoção. Os casos leves de aumentoção devem ser seguidos de perto, a fim de se averiguar se vão piorar e tornar-se casos mais graves.

Apenas os casos de aumentoção com significado clínico devem ser tratados. O manejo clínico da aumentoção se baseia na substituição da droga usada por outra, muitas vezes de duração de ação mais longa. Antes desse passo, cabe verificar se há fatores clínicos contribuindo para a piora clínica: deficiência de ferro (os níveis precisam ser mantidos

acima de 75 mcg/L); mudanças no estilo de vida (falta de atividade física, hábitos de sono inadequados, uso de cafeína, de outras drogas estimulantes e de álcool); uso continuado de medicações antieméticas e anti-histamínicas; uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina e de drogas assemelhadas. A prevenção da aumentoção se dá através de duas atitudes básicas: a) sempre evitar exceder a dose recomendada; b) buscar a menor dose possível do agonista dopaminérgico.

Tabela 6 - Critérios do instituto Max Planck para a aumentoção

A aumentoção é uma piora na intensidade dos sintomas da SPI com o tratamento. Os sintomas da SPI se tornam mais intensos que na linha de base.

A. Aspectos básicos (todos precisam estar presentes):

1. O aumento da intensidade dos sintomas ocorreu em 5 dos 7 dias da semana anterior.
2. O aumento da intensidade dos sintomas não se deve a outros fatores, como mudança no *status* médico, no estilo de vida ou progressão natural do transtorno.
3. Houve anteriormente uma resposta positiva ao tratamento.

Ademais, B ou C ou ambos precisam ser contemplados:

B. Persiste (embora não imediatamente) uma resposta paradoxal ao tratamento: a intensidade dos sintomas da SPI aumenta algum tempo depois de um aumento de dose e melhora algum tempo depois de uma redução de dose.

C. Início precoce dos sintomas:

1. Início pelo menos 4 horas mais cedo;

Ou:

2. Início mais cedo (entre 2 e 4 horas) ocorre com um dos seguintes, comparado ao *status* sintomatológico antes do tratamento:
 - a. Menor latência para os sintomas ao repousar.
 - b. Espalhamento dos sintomas para outras partes do corpo.
 - c. Intensidade dos sintomas é maior (ou aumento em movimentos periódicos dos membros, na polissonografia ou no teste de imobilização sugerida).
 - d. Duração do alívio pelo tratamento é mais curta.

Aumentoção exige critérios A + B, A + C ou A + B + C.

SPI = síndrome das pernas inquietas.

Fonte: Garcia-Borreguero et al.⁵³.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS, ESQUIZOFRENIA E SPI

Reconhecer a SPI em pacientes em tratamento para um transtorno afetivo é fundamental. Diversas drogas empregadas no tratamento dos transtornos afetivos – como antidepressivos e neurolépticos – podem induzir ou exacerbar a SPI. A fragmentação do sono devida à SPI pode gerar quatro sintomas que se superpõem aos sintomas depressivos: insônia; perda da energia; dificuldade para concentrar-se; e retardamento psicomotor/agitação psicomotora. Frequentemente, será difícil dizer se esses sintomas se devem diretamente a um quadro depressivo ou à SPI.

A boa resposta a tratamentos com agonistas dopaminérgicos gerou a hipótese de uma deficiência dopaminérgica na fisiopatologia da SPI. Seguindo esse raciocínio, o antagonismo dopaminérgico por neurolépticos apresenta potencial para induzir SPI em pacientes portadores de esquizofrenia e outras psicoses tratados com neurolépticos. Foi estimada em 21,4% a prevalência de SPI na esquizofrenia⁵⁴. Quando a SPI surge em paciente com esquizofrenia em uso de neurolépticos, pode-se mudar de classe de neuroléptico e/ou acrescentar clonazepam⁵⁵.

Artigo submetido em 04/10/2016, aceito em 14/03/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Almir Tavares, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Prof. Alfredo Balena, 190, sala 235, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3409.9785. E-mail: almirtavares@ufmg.br

Referências

1. Coccagna G, Vetrugno R, Lombardi C, Provini F. Restless legs syndrome: an historical note. *Sleep Med.* 2004;5:279-83.
2. Oertel WH, Hallström Y, Saletu-Zyhlarz GM, Hopp M, Bosse B, Trenkwalder C, et al. Sleep and quality of life under prolonged release oxycodone/naloxone for severe restless legs syndrome: an analysis of secondary efficacy variables of a double-blind, randomized, placebo-controlled study with an open-label extension. *CNS Drugs.* 2016;30:749-60.
3. Wittmaack T. Pathologie und Therapie der Sensibilitäts-neurosen. In: Wittmaack T, editor. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Teil 1: Pathologie und Therapie der sensiblen Neurosen.* Leipzig: E. Schäfer; 1861. p. 459.
4. Ekbom KA. Der Präsenile Dermatozoenwahn. *Acta Psychiatr Scand.* 1938;13:227-59.
5. Ekbom KA. Asthenia crurum paraesthetica ("Irritable legs"). A new syndrome consisting of weakness, sensation of cold and nocturnal paresthesia in the legs, responding to a certain extent to treatment with Priscol and Doryl. A note on paresthesia in general. *Acta Med Scand* 1944;118:197-209.
6. Ekbom KA. Restless legs. A clinical study of a hitherto overlooked disease in the legs characterized by peculiar paresthesia ("anxietas tibiaram"), pain and weakness and occurring in two main forms, Asthenia crurum paraesthetica and asthenia crurum dolorosa. A short review of paresthesias in general [thesis]. Stockholm: Stockh; 1945.
7. Lugaresi E, Tassinari CA, Coccagna G, Ambrossetto C. Particularités cliniques et polygraphiques du syndrome d'impatience des membres inferieurs. *Rev Neurol (Paris).* 1965;113:545-55.
8. Allen RP, Montplaisir J, Walters AS, Ferini-Strambi L, Högl B. Restless legs syndrome and periodic limb movements during sleep. Chapter 95. In: Kryger M, Roth T, Dement WC. *Principles and Practice of sleep medicine.* Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 922-5.
9. Ruppert E, Cretin B, Meyer C, Kilic-Huck U, Bourgin P. Characterization of periodic upper limb movement disorder in a patient with restless arms syndrome. *Mov Disord.* 2012;27:1459-61.
10. Aquino CC, Mestre T, Lang AE. Restless genital syndrome in Parkinson disease. *JAMA Neurol.* 2014;71:1559-61.
11. Winkelmann J, Prager M, Lieb R, Pfister H, Spiegel B, Wittchen HU, et al. "Anxietas tibiaram". Depression and anxiety disorders in patients with restless legs syndrome. *J Neurol.* 2005;252:67-71.
12. Lee HB, Hening WA, Allen RP, Kalaydjian AE, Earley CJ, Eaton WW, et al. Restless legs syndrome

- is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20:101-5.
13. Montplaisir J, Boucher S, Poirier G, Lavigne G, Lapierre O, Lespérance P. Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Mov Disord*. 1997;12:61-5.
 14. Desai AV, Cherkas LF, Spector TD, Williams AJ. Genetic influences in self-reported symptoms of obstructive sleep apnoea and restless legs: a twin study. *Twin Res*. 2004;7:589-95.
 15. Ondo WG, Vuong KD, Wang Q. Restless legs syndrome in monozygotic twins: clinical correlates. *Neurology*. 2000;55:1404-6.
 16. Winkelmann J, Polo O, Provini F, Nevsimalova S, Kemlink D, Sonka K, et al. Genetics of restless legs syndrome (RLS): state-of-the-art and future directions. *Mov Disord*. 2007;22:S449-58.
 17. Winkelmann J, Lichtner P, Schormair B, Uhr M, Hauk S, Stiasny-Kolster K, et al. Variants in the neuronal nitric oxide synthase (nNOS, NOS1) gene are associated with restless legs syndrome. *Mov Disord*. 2008;23:350-8.
 18. Stefansson H, Rye DB, Hicks A, Petursson H, Ingason A, Thorgeirsson TE, et al. A genetic risk factor for periodic limb movements in sleep. *N Engl J Med*. 2007;357:639-47.
 19. Winkelmann J, Schormair B, Lichtner P, Ripke S, Xiong L, Jalilzadeh S, et al. Genome-wide association study of restless legs syndrome identifies common variants in three genomic regions. *Nat Genet*. 2007;39:1000-6.
 20. Schormair B, Kemlink D, Roeske D, Eckstein G, Xiong L, Lichtner P, et al. PTPRD (protein tyrosine phosphatase receptor type delta) is associated with restless legs syndrome. *Nat Genet*. 2008;40:946-8.
 21. Earley CJ, Connor J, Garcia-Borreguero D, Jenner P, Winkelmann J, Zee PC, et al. Altered brain iron homeostasis and dopaminergic function in Restless Legs Syndrome (Willis-Ekbom Disease). *Sleep Med*. 2014;15:1288-301.
 22. Rijsman RM, Stam CJ, de Weerd AW. Abnormal H-reflexes in periodic limb movement disorder; impact on understanding the pathophysiology of the disorder. *Clin Neurophysiol*. 2005;116:204-10.
 23. Polydefkis M, Allen RP, Hauer P, Earley CJ, Griffin JW, McArthur JC. Subclinical sensory neuropathy in late-onset restless legs syndrome. *Neurology*. 2000;55:1115-21.
 24. International Classification of Diseases 10 (ICD-10). ICD-10-CM Diagnosis Codes - Diseases of the nervous system G00-G99 - Extrapyrarnidal and movement disorders G20-G26 [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 21]. www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/G00-G99/G20-G26/G25-
 25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
 26. International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG). 2012 Revised IRLSSG Diagnostic Criteria for RLS [Internet]. [cited 2017 Jan 27]. irlssg.org/diagnostic-criteria
 27. Garcia-Borreguero D, Stillman P, Benes H, Buschmann H, Chaudhuri KR, Gonzalez Rodríguez VM, et al. Algorithms for the diagnosis and treatment of restless legs syndrome in primary care. *BMC Neurol*. 2011;11:28.
 28. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med*. 2005;165:1286-92.
 29. Burtscher C, Baxmann A, Kassubek J, Hornyak M, Matuja W, Schmutzhard E, et al. Prevalence of restless legs syndrome in an urban population of eastern Africa (Tanzania). *J Neurol Sci*. 2014;346:121-7.
 30. Cho SJ, Hong JP, Hahm BJ, Jeon HJ, Chang SM, Cho MJ, et al. Restless legs syndrome in a community sample of Korean adults: prevalence, impact on quality of life, and association with DSM-IV psychiatric disorders. *Sleep*. 2009;32:1069-76.
 31. Eckeli AL, Gitai LL, Dach F, Ceretta H, Sander HH, Passos AD, et al. Prevalence of restless legs syndrome in the rural town of Cassia dos Coqueiros in Brazil. *Sleep Med*. 2011;12:762-7.

32. [Restless legs syndrome: diagnosis and treatment. Opinion of Brazilian experts]. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65:721-7.
33. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43:1334-59.
34. Aukerman MM, Aukerman D, Bayard M, Tudiver F, Thorp L, Bailey B. Exercise and restless legs syndrome: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:487-93.
35. Giannaki CD, Sakkas GK, Karatzaferi C, Hadjigeorgiou GM, Lavdas E, Kyriakides T, et al. Effect of exercise training and dopamine agonists in patients with uremic restless legs syndrome: a six-month randomized, partially double-blind, placebo-controlled comparative study. *BMC Nephrol.* 2013;14:194.
36. Giannaki CD, Sakkas GK, Hadjigeorgiou GM, Karatzaferi C, Patramani G, Lavdas E, et al. Non-pharmacological management of periodic limb movements during hemodialysis session in patients with uremic restless legs syndrome. *ASAIO J.* 2010;56:538-42.
37. Mitchell UH, Myrer JW, Johnson AW, Hilton SC. Restless legs syndrome and near-infrared light: an alternative treatment option. *Physiother Theory Pract.* 2011;27:345-51.
38. Passos GS, Tufik S, Santana MG, Poyares D, Mello MT. Tratamento não-farmacológico para insônia crônica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29:279-82.
39. Tavares A, Daker MV, Margis R, Dutra TL, Martorina WJ. A higiene do sono. In: *Medicina do sono e psiquiatria: da insônia à hipersonolência.* Rio de Janeiro: PROPSIQ/Associação Brasileira de Psiquiatria; 2017.
40. Williams A-M, Tzonova D, Garcia-Borreguero D. Treatment of restless legs syndrome, including long-term management issues. Chapter 48. In: Chokroverty S, Allen RP, Walters AS, Montagna P. *Sleep and movement disorders.* Oxford, Oxford University; 2013. p. 634-49.
41. Woloshin S, Schwartz LM. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. *PLoS Med.* 2006;3:e170.
42. Marshall J, Aldhous P. Patient groups special: Swallowing the best advice? *New Sci.* 2006;192:18.
43. Trenkwalder C, Hening WA, Montagna P, Oertel WH, Allen RP, Walters AS, et al. Treatment of restless legs syndrome: an evidence-based review and implications for clinical practice. *Mov Disord.* 2008;23:2267-302.
44. Högl B, Garcia-Borreguero D, Trenkwalder C, Ferini-Strambi L, Hening W, Poewe W, et al. Efficacy and augmentation during 6 months of double-blind pramipexole for restless legs syndrome. *Sleep Med.* 2011;12:351-60.
45. García-Borreguero D, Högl B, Ferini-Strambi L, Winkelmann J, Hill-Zabala C, Asgharian A, et al. Systematic evaluation of augmentation during treatment with ropinirole in restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): results from a prospective, multicenter study over 66 weeks. *Mov Disord.* 2012;27:277-83.
46. Zanettini R, Antonini A, Gatto G, Gentile R, Tesi S, Pezzoli G. Valvular heart disease and the use of dopamine agonists for Parkinson's disease. *N Engl J Med.* 2007;356:39-46.
47. Hening WA, Allen RP, Ondo WG, Walters AS, Winkelmann JW, Becker P, et al. Rotigotine improves restless legs syndrome: a 6-month randomized, double-blind, placebo-controlled trial in the United States. *Mov Disord.* 2010;25:1675-83.
48. Högl B, García-Borreguero D, Kohnen R, Ferini-Strambi L, Hadjigeorgiou G, Hornyak M, et al. Progressive development of augmentation during long-term treatment with levodopa in restless legs syndrome: results of a prospective multi-center study. *J Neurol.* 2010;257:230-7.
49. Saletu M, Anderer P, Saletu-Zyhlarz GM, Parapatics S, Gruber G, Nia S, et al. Comparative placebo-controlled polysomnographic and psychometric

studies on the acute effects of gabapentin versus ropinirole in restless legs syndrome. *J Neural Transm (Vienna)*. 2010;117:463-73.

50. Hermanowicz N, Ellenbogen A, Irving G, Buchfuhrer M, Jaros MJ, Shang G, et al. The effect of gabapentin enacarbil on pain associated with moderate-to-severe primary restless legs syndrome in adults: pooled analyses from three randomized controlled trials. *CNS Drugs*. 2016;30:443-54.
51. Sommer M, Bachmann CG, Liebetanz KM, Schindehütte J, Tings T, Paulus W. Pregabalin in restless legs syndrome with and without neuropathic pain. *Acta Neurol Scand*. 2007;115:347-50.
52. Saletu M, Anderer P, Saletu-Zyhlarz G, Prause W, Semler B, Zoghiami A, et al. Restless legs syndrome (RLS) and periodic limb movement disorder (PLMD): acute placebo-controlled sleep laboratory studies with clonazepam. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2001;11:153-61.
53. Garcia-Borreguero D, Allen RP, Kohlen R, Högl B, Trenkwalder C, Oertel W, et al. Diagnostic standards for dopaminergic augmentation of restless legs syndrome: report from a World Association of Sleep Medicine-International Restless Legs Syndrome Study Group consensus conference at the Max Planck Institute. *Sleep Med*. 2007;8:520-30.
54. Tavares A, Dutra TL. Síndrome das pernas inquietas e esquizofrenia. *Rev Debates Psiquiatr*. 2014;6:44-5.
55. Kang SG, Lee HJ, Jung SW, Cho SN, Han C, Kim YK, et al. Characteristics and clinical correlates of restless legs syndrome in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31:1078-83.

A MEDITAÇÃO COMO TÉCNICA COMPLEMENTAR NO TRATAMENTO DOS QUADROS ANSIOSOS

MEDITATION AS A COMPLEMENTARY TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS

Resumo

O presente artigo apresenta, através de uma pesquisa bibliográfica, a meditação como técnica complementar no tratamento dos transtornos de ansiedade. Para tanto, discorre sobre a ansiedade e a utilização da meditação em contexto de saúde mental. As conclusões do estudo são discutidas à luz das pesquisas disponíveis, e os resultados obtidos nos diversos trabalhos apresentados sugerem que a meditação traz benefícios terapêuticos no tratamento dos transtornos de ansiedade.

Palavras-chave: Meditação, transtornos de ansiedade, saúde mental.

Abstract

This article presents, through a literature review, meditation as a complementary technique in the treatment of anxiety disorders. Anxiety and the use of meditation in the context of mental health are discussed. The study conclusions are discussed in light of the research available, and the results reported in the several studies described suggest that meditation brings therapeutic benefits in the treatment of anxiety disorders.

Keywords: Meditation, anxiety disorders, mental health.

INTRODUÇÃO

Em um mundo conturbado, com tantas pessoas adoecidas, principalmente nos centros urbanos, observa-se que somente o tratamento medicamentoso não é suficiente para resolver uma grande parcela das patologias psiquiátricas. Não se pode negar a questão bioquímica das doenças mentais, mas, ao mesmo tempo, sabe-se que as condições psíquicas pioram os quadros já existentes ou até mesmo os precipitam.

Embora as técnicas de meditação tenham uma longa história de utilização no contexto das tradições espirituais, foi apenas nas últimas décadas que esse método começou a ser sistematicamente aplicado e estudado como parte de um sistema de tratamento médico e psicológico no Ocidente. A proposta da utilização da meditação no âmbito do tratamento médico psiquiátrico traz a possibilidade de ampliação do potencial terapêutico deste.

A meditação, no contexto científico, pode ser definida como um procedimento que se utiliza de uma técnica específica, envolvendo um estado alterado de consciência, com relaxamento muscular e da lógica; é um estado autoinduzido, utilizando um artifício de autofocalização.

Observa-se que a meditação está se tornando cada vez mais popular no meio acadêmico. Em 29/12/2016, uma busca com a palavra *meditation* no PubMed mostrava 4.232 estudos científicos sobre o tema e 690 sobre meditação e ansiedade¹.

A meditação tem sido objeto de interesse crescente também no Brasil. Sua indicação está se tornando cada vez mais comum na prevenção e tratamento das mais diversas patologias e em pesquisas nos grandes centros acadêmicos. No setor da psiquiatria, seu uso ainda é incipiente, apesar do grande potencial nos transtornos do sono, estresse, ansiedade, depressão e dependência química, entre outros.

A meditação amplia a capacidade da resposta de relaxamento no organismo, produzindo um estado de repouso mais rápido e mais profundo do que o sono, diminuindo os sintomas da ansiedade, além de inúmeros outros benefícios. Estes dados podem ser um indicativo da possível eficácia quando da conjugação desta com o tratamento farmacoterápico.

¹ Livre-docente e professor associado de Psiquiatria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ. Membro titular da ABP. ² Consultório particular. Médica pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM), Rio de Janeiro, RJ. Especialista em Psiquiatria pela UERJ, em Psicologia Junguiana pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR), e em Arteterapia pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Extensão (ISEPE), Rio de Janeiro, RJ. ³ Psicóloga clínica. Psicóloga pela UERJ e Assistente Social pela UVA. Especialista em Psicologia Junguiana e em Sexualidade Humana pelo IBMR, e em Acupuntura pela Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental (ABACO), Rio de Janeiro, RJ.

A sociedade mundial encontra-se num franco processo de globalização, e as crises são inúmeras. São necessários estudo e prática para a construção de uma nova visão de mundo. Desse modo, o presente artigo, de atualização, tem como objetivo apresentar e avaliar, a partir das informações obtidas, se, de fato, o uso da meditação como técnica complementar pode ser útil e eficaz no tratamento de quadros ansiosos.

Utilizou-se como metodologia a revisão da literatura abordando os temas meditação e ansiedade em livros de textos de psiquiatria, livros sobre meditação e artigos de relevância dos últimos 10 anos em revistas e bancos de dados virtuais. A busca de artigos foi realizada no banco de dados MEDLINE, via PubMed, empregando os termos *meditation* e *anxiety*.

ANSIEDADE E SEUS TRANSTORNOS

Nas últimas décadas, os transtornos de ansiedade têm se tornado um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, acarretando prejuízos individuais, sociais e econômicos, tanto pela sua alta prevalência como pela sua cronicidade e incapacitação do indivíduo. Com incidência maior entre 15 e 20 anos, tem prognóstico melhor quando o diagnóstico é feito precocemente e os pacientes são tratados adequadamente. Quando o tratamento não é realizado ou não é eficaz, esses transtornos estão associados com níveis altos de morbidade e até possível aumento na mortalidade².

A ansiedade é uma forma de proteção do indivíduo, um mecanismo de defesa, com uma função importante na preservação da vida. Está presente no desenvolvimento normal dos indivíduos.

A ansiedade pode ser didaticamente dividida quanto à manifestação dos sintomas em somáticos e psíquicos. Os somáticos podem ser: desconforto respiratório, taquicardia e dor precordial, sudorese excessiva, aumento de peristaltismo, dor epigástrica, náuseas, palidez cutânea ou rubor e sensação de calor, parestesias, calafrios, alterações musculares, cefaleia, tontura, sensação de secura na boca, incapacidade para permanecer sentado ou imóvel por muito tempo, etc.^{3,4}.

Os principais sintomas psíquicos são a sensação de inquietação interna, insônia, sensação de opressão e desconforto, preocupação exagerada, insegurança, irritabilidade, mal-estar indefinido, dificuldade de

concentração, despersonalização e desrealização, entre outros. Seus efeitos sobre o pensamento, a percepção e o aprendizado podem ser muito intensos. A ansiedade tende a produzir confusão e distorções perceptivas, não apenas em termos de tempo e espaço, mas de pessoas e significados dos eventos. Essas distorções podem causar interferência no aprendizado, baixando a concentração, reduzindo a memória e prejudicando a capacidade de associação²⁻⁴.

Ansiedade patológica

Constitui-se em uma resposta inadequada a determinado estímulo, em decorrência de sua maior intensidade e duração. A ansiedade patológica paralisa o indivíduo, traz prejuízo ao seu bem-estar e ao seu desempenho e não permite que ele se prepare e enfrente as situações ameaçadoras. Em um nível prático, a ansiedade patológica distingue-se da ansiedade normal pela avaliação de sua intensidade pelo paciente, sua família, amigos e pelo próprio médico.

A ansiedade pode se manifestar temporalmente de forma episódica, fásica ou tônica. Como exemplo de estados tônicos, pode-se citar a ansiedade generalizada, e como exemplo dos fásicos, o transtorno do pânico. A ansiedade situacional ou livre-flutuante está associada a determinados eventos, situações ou objetos. Mas quando ela se apresenta de modo habitual e frequente em um indivíduo, pode-se considerá-la um traço de personalidade².

Biologicamente, a etiologia da ansiedade parece estar relacionada aos sistemas noradrenérgico, gabaérgico e serotoninérgico, do lobo frontal e do sistema límbico. Os pacientes ansiosos tendem a ter um tônus simpático aumentado, respondendo emocionalmente de forma excessiva aos estímulos ambientais e demorando mais a adaptar-se às alterações do sistema nervoso autônomo.

Epidemiologia e relevância

A ansiedade tem uma ocorrência duas vezes maior no sexo feminino e se estima que até 5% da população geral tenha um distúrbio generalizado de ansiedade⁴.

Andrade et al.⁵ apresentaram os resultados da pesquisa São Paulo Megacity Mental Health Survey, que gerou para o relatório internacional os dados relativos ao Brasil, estudo este que se restringiu à Grande São

OSVALDO LUIZ SAIDE
ELIZABETE COELHO DE ALBUQUERQUE
TERESA C. A. DOS SANTOS FERREIRA VIANNA

Paulo. Segundo o artigo, 29,6% dos indivíduos na região metropolitana de São Paulo apresentaram transtornos mentais nos 12 meses anteriores à entrevista. Os transtornos de ansiedade foram os mais comuns, afetando 19,9% dos entrevistados. A prevalência dos transtornos mentais, de quase 30%, é a mais alta entre os países pesquisados.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁶, os benzodiazepínicos clonazepam, bromazepam e alprazolam foram os medicamentos controlados mais consumidos pela população brasileira no período de 2009 a 2011.

MEDITAÇÃO

Embora muitos já tenham ouvido sobre meditação, a grande maioria tem ideias confusas sobre o que ela é realmente e quais benefícios pode trazer. Apesar de a prática meditativa ter se originado no Oriente há milênios, somente na atualidade está começando a ser difundida no meio médico, principalmente devido ao aumento das pesquisas nessa área. Existem inúmeras variações sobre esse processo, entretanto todos os métodos de meditação têm características comuns.

Em uma descrição operacional, a meditação é descrita como um procedimento que se utiliza de alguma técnica específica, envolvendo estado alterado de consciência, com relaxamento muscular e da lógica; é um estado necessariamente autoinduzido, utilizando um artifício de autofocalização (cognominado de âncora) e valorizando a autopercepção não sensorial⁷.

Tipos de meditação

A meditação é praticada em uma grande variedade de escolas, dentro de tradições espirituais ou independentemente do contexto religioso. Entre as escolas de meditação, pode-se citar a do yoga, budista, cristã, meditação transcendental (MT) e *mindfulness*, sendo estas duas últimas as mais conhecidas e utilizadas nos experimentos científicos.

O uso da meditação passou a fazer parte da medicina comportamental a partir dos programas desenvolvidos inicialmente por Jon Kabat-Zinn^{8,9}, na Universidade de Massachusetts. O trabalho é conhecido pelas siglas MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) e SRP (Stress Reduction Program). Dentro de um hospital universitário,

esse programa foi originalmente criado para o manejo da dor crônica e é agora utilizado amplamente para reduzir morbidade psicológica associada a doenças crônicas e tratar transtornos emocionais e comportamentais¹⁰.

Mindfulness é definida como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional e sem julgamento. Significa estar plenamente em contato com a vivência do momento, sem estar absorvido por ela. É a plena consciência da presença da mente e do corpo.

Para uma meditação eficaz, são necessários três elementos essenciais: relaxamento, observação e ausência de julgamento.

Segundo Danucalov & Simões “análises fenomenológicas sugerem que, ao término da prática meditativa, a grande maioria das linhas acaba apresentando similaridades. Acreditamos que no meio do processo meditativo, apesar de algumas diferenças técnicas, o estado mental dos praticantes acaba convergindo para um padrão neuronal singular... Até mesmo atividades não necessariamente classificadas como meditativas, tal como as preces prolongadas, têm demonstrado padrões similares de ativação neuronal.”⁷

Pesquisas sobre a meditação

No Ocidente, a meditação começou a se estabelecer na década de 1960, e desde então há um crescente interesse da comunidade científica, indicado nos inúmeros trabalhos científicos publicados, que propõem buscar essa unidade do funcionamento integral do corpo e não apenas o entendimento de suas partes.

Com Wallace, em 1970, a meditação alcançou os laboratórios das universidades ocidentais. Em suas publicações, descreveu os registros eletroencefalográficos, o padrão metabólico e a variação no ritmo cardíaco e na pressão arterial durante a prática meditativa. Esse trabalho foi desenvolvido no Departamento de Fisiologia da Universidade da Califórnia⁷.

O estudo científico de várias formas de relaxamento e meditação capacitou o Dr. Herbert Benson¹¹, médico cardiologista e professor da Universidade de Harvard, a concluir, em 1974, após mais de uma década de pesquisas, que a meditação produzia um estado de repouso mais rápido e mais profundo do que o sono e nitidamente diferente do relaxamento durante a hipnose.

¹ Livre-docente e professor associado de Psiquiatria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ. Membro titular da ABP. ² Consultório particular. Médica pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM), Rio de Janeiro, RJ. Especialista em Psiquiatria pela UERJ, em Psicologia Junguiana pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR), e em Arteterapia pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Extensão (ISEPE), Rio de Janeiro, RJ. ³ Psicóloga clínica. Psicóloga pela UERJ e Assistente Social pela UVA. Especialista em Psicologia Junguiana e em Sexualidade Humana pelo IBMR, e em Acupuntura pela Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental (ABACO), Rio de Janeiro, RJ.

Desde a década de 70, também ganhou destaque a investigação dos efeitos cerebrais da meditação, sob a premissa de que estados mentais como baixa ansiedade e afetos positivos podem alterar a atividade neuroelétrica. Assim, investigaram-se os mecanismos neurais subjacentes à prática da meditação, com técnicas como electroencefalografia^{12,13} e, mais recentemente, estudos de neuroimagem, através da ressonância magnética funcional¹⁴⁻¹⁶. Esses estudos mais recentes demonstram que, além das mudanças funcionais, a meditação também pode produzir mudanças estruturais, atuando sobre a plasticidade cerebral.

Holzel et al.¹⁷ compararam a espessura do córtex de meditadores experientes com um grupo controle e encontraram uma diferença significativa nas regiões relacionadas à sustentação da atenção, onde a espessura era maior nos praticantes experientes. Em outro estudo, de Holzel et al.¹⁸, os voluntários que seguiram práticas de *mindfulness* diariamente apresentaram alterações físicas notáveis no cérebro após apenas 8 semanas. As regiões relacionadas com memória, aprendizado, empatia e estresse foram significativamente modificadas. As imagens cerebrais foram capturadas por *scanner* MRI e mostraram aumento da massa cinzenta no hipocampo, região relacionada com memória e aprendizado, e redução na amígdala, relacionada com ansiedade e estresse, depois do treinamento.

Várias pesquisas concluem que a meditação produz efeitos positivos sobre o bem-estar psicológico, que se estendem para além do tempo em que o indivíduo está formalmente meditando, além de sua eficácia na redução dos sintomas de vários transtornos mentais, incluindo ansiedade¹⁹⁻²¹.

Os aspectos fisiológicos e hormonais da meditação

Pesquisas realizadas com praticantes de meditação apontam para inúmeras alterações fisiológicas, tais como: alterações do fluxo sanguíneo encefálico e da atividade eletroencefalográfica, reduções da frequência cardíaca, modificações nas concentrações de neurotransmissores, queda do consumo de oxigênio e da produção de gás carbônico, redução da temperatura corporal, aumento no volume sanguíneo, acentuada redução no lactato sanguíneo, variações hormonais, aumento da resistência galvânica da pele, diminuição da resistência vascular

periférica, alterações dos sentidos e das percepções, além de outras modificações que ocorrem durante o processo meditativo, que alguns autores chamam de estado hipometabólico consciente⁷.

O estresse crônico produz repercussões hormonais que têm sido estudadas e bem documentadas em inúmeras pesquisas. Entre os hormônios mais investigados, estão os glicocorticoides, regulados através do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Indivíduos submetidos a estresse crônico apresentam níveis mais elevados nas suas concentrações plasmáticas de cortisol, mesmo em repouso, e diminuição das concentrações plasmáticas de testosterona. Isso também ocorre em experimentos com animais⁷.

O hormônio tireoide-estimulante encontra-se afetado pelo estresse crônico. Trabalhos científicos indicam sensíveis aumentos desse hormônio em humanos durante estresse advindo da prática de exercícios físicos, entre outros. Outro hormônio afetado diretamente pelo estresse agudo e crônico é o hormônio do crescimento⁷.

A prática da meditação tem se apresentado benéfica no controle da ansiedade, sabidamente uma das causadoras do estresse. Trabalhos advindos de pesquisadores interessados nas questões relacionadas à bioquímica hormonal corroboram e completam as pesquisas advindas da área psicológica⁷.

A meditação no tratamento de indivíduos portadores de ansiedade

Os medicamentos têm sido a principal modalidade ocidental destinada ao tratamento de diversas patologias. Medicamentos destinados a alterar o comportamento social têm auxiliado milhões de pessoas. Porém, não se deve preconizar apenas o tratamento sintomático, através da prescrição isolada de medicamentos (em geral, antidepressivos e benzodiazepínicos), mas sim um tratamento sintomático e específico, que permita remissões prolongadas e a retomada das atividades habituais. Além do tratamento farmacológico, às abordagens não farmacológicas devem ser associados: exercícios físicos, higiene do sono, psicoterapia, técnicas de relaxamento e as modificações no estilo de vida. A meditação pode ser umas das práticas complementares para obtenção de uma melhor qualidade de vida. Talvez uma das questões mais sedutoras da atualidade seja a pesquisa das possibilidades de controle das emoções pelo próprio indivíduo.

OSVALDO LUIZ SAIDE
ELIZABETE COELHO DE ALBUQUERQUE
TERESA C. A. DOS SANTOS FERREIRA VIANNA

Grossman et al.²² realizaram uma metanálise de estudos relacionados com a meditação, com o MBSR. Essa metanálise corroborou a conclusão de vários estudos: que a meditação pode ajudar uma ampla gama de indivíduos a lidar com seus problemas clínicos e não clínicos – entre estes, os sintomas de estresse/ansiedade.

A meditação no Brasil e no sistema público de saúde (SUS)

No Brasil, existem vários projetos em instituições respeitadas, como na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com os pesquisadores PhD Elisa H. Kozasa e Marcelo Demarzo; no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein; na Universidade de São Paulo; na Universidade Federal do Rio Grande do Sul; na Universidade Federal do Rio de Janeiro; e na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com a professora PhD Sandra Fortes.

O Centro Mente Aberta, fundado em 2011, tem interesse na implementação das intervenções baseadas em *mindfulness* nas políticas públicas em geral e em particular no SUS. O centro coordena um programa de extensão social da UNIFESP e um grupo de pesquisa certificado pela UNIFESP e pelo CNPq.

Em fevereiro de 2006, a National Institutes of Health, agência do governo dos Estados Unidos responsável pelas pesquisas médicas, reconheceu formalmente a meditação como uma prática terapêutica que pode ser associada à medicina convencional. Em maio do mesmo ano, no Brasil, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Práticas Integrativas em Saúde, apoiando a implementação da meditação e outras práticas complementares nos postos de saúde e hospitais pelo SUS²³.

CONCLUSÃO

Conhece-se o impacto, nos serviços de saúde, dos transtornos de ansiedade, segundo levantamentos epidemiológicos realizados em várias áreas do mundo, o que exige uma grande atenção a esse problema, que continuará a ser uma das prioridades da psiquiatria do futuro.

A meditação é hoje reconhecida, nos meios acadêmicos mais influentes e centros de saúde mais desenvolvidos do mundo ocidental, como instrumento útil para tratamento das doenças orgânicas e psíquicas do homem

contemporâneo, promovendo inúmeros benefícios para a saúde em geral e no controle da ansiedade.

O psiquiatra pode indicar um conjunto de medidas terapêuticas, de eficácia e especificidade conhecidas, incluindo nestas a meditação, com potencialização do sucesso terapêutico. Quando associamos ao tratamento farmacoterápico a psicoterapia e a meditação, o resultado obtido é superior ao das terapêuticas isoladas em si.

É possível extrair duas grandes lições dos estudos expostos: o cérebro é mais plástico do que os cientistas imaginavam há 10 anos; a forma como nos sentimos é seguida, ou pelo menos correlacionada, com indicadores estruturais reais em nossos cérebros.

Se continuarmos tratando os pacientes com o modelo mecanicista do corpo humano, em que basta consertar as engrenagens, fornecendo o que “falta” ou inibindo o que “sobra” da nossa química cerebral, continuaremos a ter resultados por vezes insatisfatórios. Trazer o paciente para uma postura mais ativa no seu tratamento fará com que este desenvolva recursos próprios para conseguir seguir adiante, em busca de sua saúde.

As técnicas de meditação são apenas um caminho, um meio para se chegar à meditação em si, que é algo que não pode ser descrito totalmente com palavras. Meditar significa tornar-se uma testemunha de si mesmo e da realidade que nos circunda. As técnicas são um instrumento, servem para criar uma ponte até chegar à meditação em si; são como notas musicais, necessárias para se fazer a música, mas não são a música em si. É como tentar descrever em palavras uma sinfonia, um pôr do sol ou um beijo de amor. Nenhuma palavra poderá descrever o que somente a experiência direta poderá ensinar.

Artigo submetido em 05/01/2017, aceito em 11/03/2017.

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Elizabete Coelho de Albuquerque, Rua do Catete 310, sala 409, Catete, CEP 22220-001, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: elizabete.liz@gmail.com

Referências

1. PubMed. National Library of Medicine Institute National of Health [Internet]. 2013 [cited 2016 Dez 28]. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

¹ Livre-docente e professor associado de Psiquiatria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ. Membro titular da ABP. ² Consultório particular. Médica pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM), Rio de Janeiro, RJ. Especialista em Psiquiatria pela UERJ, em Psicologia Junguiana pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR), e em Arteterapia pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Extensão (ISEPE), Rio de Janeiro, RJ. ³ Psicóloga clínica. Psicóloga pela UERJ e Assistente Social pela UVA. Especialista em Psicologia Junguiana e em Sexualidade Humana pelo IBMR, e em Acupuntura pela Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental (ABACO), Rio de Janeiro, RJ.

2. Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. Manual de psiquiatria clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
3. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
5. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. PLoS One. 2012;7:e31879.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) [Internet]. 2016 Dec 28 [cited 2017 May 17]. <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/mapainterativo/mapainterativo.html>
7. Danucalov MAD, Simões RS. Neurofisiologia da meditação. Investigações científicas no yoga e nas experiências místico-religiosa: a união entre ciência e espiritualidade. São Paulo; Phorte; 2006.
8. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Bantam Dell; 1990.
9. Kabat-Zinn J. A mente alerta: como viver intensamente cada momento de sua vida através da meditação: um guia prático com reflexões e exercícios. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
10. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. Clin Psychol Sci Pract. 2004;11:230-45.
11. Benson H. The relaxation response. New York: Morrow; 1975.
12. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosom Med. 2003;65:564-70.
13. Slagter HA, Lutz A, Greischar LL, Francis AD, Nieuwenhuis S, Davis JM, et al. Mental training affects distribution of limited brain resources. PLoS Biol. 2007;5:e138.
14. Farb NA, Segal ZV, Mayberg H, Bean J, McKeon D, et al. Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. Soc Cogn Affect Neurosci. 2007;2:313-22.
15. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. Trends Cogn Sci. 2008;12:163-9.
16. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10:83-91.
17. Ott U, Hözel BK, Vaitl D. Brain structure and meditation: how spiritual practice shapes the brain. In: Jonas WB, editors. Neuroscience, consciousness and spirituality. Berkub: Springer; 2011. p. 119-28.
18. Hözel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. Psychiatry Res. 2011;191:36-43.
19. Hözel BK, Hoge EA, Greve DN, Gard T, Creswell JD, Brown KW, et al. Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training, Neuroimage Clin. 2013;2:448-58.
20. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. J Behav Med. 2008;31:23-33.
21. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2008;76:1083-9.
22. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. J Psychosom Res. 2004;57:35-43.
23. Sistema Nacional de Auditoria (SNA), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), Ministério da Saúde (MS). Medicina se alia à meditação [Internet]. [cited 2016 Jul 28]. sna.saude.gov.br/imprimir.cfm?id=3232

ERRATA

Os autores do artigo intitulado “Tabagismo e gravidez”, publicado na Revista Debates em Psiquiatria, ano 7, número 2, de março/abril de 2017, acidentalmente omitiram o nome de um coautor, a saber, Hewdy Lobo Ribeiro. Segue a versão correta da nominata de autores do artigo (notar inclusão do último autor):

Juliana Pires Cavalsan¹, Joel Rennó Jr.², Renan Rocha³, Amaury Cantilino⁴, Jerônimo de Almeida Mendes Ribeiro⁵, Gislene Valadares⁶, Antônio Geraldo da Silva⁷, Hewdy Lobo Ribeiro⁸

Hewdy Lobo Ribeiro é psiquiatra forense pela ABP, co-editor do Tratado de Saúde Mental da Mulher (Editora Atheneu) e diretor técnico da Vida Mental e da Maia Prime.

O artigo online (<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-7-2-4>) já se encontra corrigido.

<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-6>