



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 8 • n°1 • Jan/Fev 2018
ISSN 2236-918X
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-8-1>

REVISTA

DEBATES EM

psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta

5012341562/2014-0000
ABP

Correios



**CLASSE DE ANTIPSICÓTICO E DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE 8 ANOS**

**IMPACTO DA ABORDAGEM PSICOEDUCACIONAL EM
PSICOSES EM UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA**

**DESOSPITALIZAÇÃO, MORADIAS ASSISTIDAS E INCLUSÃO SOCIAL
NO CONTEXTO DA POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL**

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NO PERÍODO PERINATAL

**SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA:
REALIDADE PREOCUPANTE DÉCADAS APÓS O
TRABALHO PIONEIRO DO PROF. GALDINO LORETO**



VOCÊ JÁ CONHECE O PEC-ABP?

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

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

WWW.PEC-ABP.ORG.BR



Apoio:





////////// APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Prezado leitor,

Nossa primeira revista de 2018 traz na capa a foto de Marcelo Falchi Parra Carvalho Silva, ganhador do 1º lugar da 5ª Exposição Fotográfica do CBP. Nesta edição, apresentamos aos nossos leitores três artigos originais, um de revisão e um de atualização. Os artigos serão descritos a seguir.

No primeiro artigo original, Alexandre Balestieri Balan et al. apresentam um estudo ecológico sobre classe de antipsicótico e duração de internação psiquiátrica. A motivação dos autores é a mudança demonstrada em alguns estudos nos padrões de prescrição de antipsicóticos nas últimas duas décadas, com destaque para o aumento na utilização de antipsicóticos atípicos em relação aos típicos. Os autores avaliam as tendências de prescrição longitudinalmente (ao longo de 8 anos) e sua associação com tempo médio de internação.

A seguir, Adriana Maira Marini et al. falam do impacto da abordagem psicoeducacional com foco na sobrecarga de cuidadores de pacientes esquizofrênicos em um ambulatório de psiquiatria. Os autores observaram uma alta prevalência de sobrecarga moderada/severa, assim como diferenças significativas pré e pós-intervenção. Os autores salientam a importância da sobrecarga referida pelos cuidadores e de intervenções específicas para essa população, para que compartilhem experiências e implementem mudanças no seu cotidiano.

No terceiro artigo original, César Augusto Trinta Weber, em uma pesquisa qualitativa descritiva, por meio de entrevistas, investiga desospitalização, moradias assistidas e inclusão social no contexto da política brasileira de saúde mental. Um total de 25 entrevistas foram realizadas com os moradores de uma vila de Porto Alegre onde foram instaladas residências terapêuticas. Segundo o autor, a criação das residências terapêuticas em meio à realidade da vila compromete o alcance dos objetivos de reinserção social, liberdade e retomada de autonomia das pessoas com transtornos mentais transferidas para esses serviços substitutivos.

O artigo de revisão de Luísa Caropreso et al. versa sobre transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) no período perinatal. A prevalência de TOC nesse período pode chegar a 9%, possivelmente devido à flutuação dos hormônios gonadais, além de outros fatores psicológicos e sociais. O objetivo do artigo é alertar os profissionais de saúde para a presença de sintomas obsessivos-compulsivos e do TOC nesse período, além de auxiliar o clínico a melhor reconhecer, compreender e tratar esse transtorno.

Encerrando a edição, Leonardo Machado et al. abordam o tema da preocupante realidade da saúde mental do estudante de medicina. Os autores fazem um resgate histórico das iniciativas de atendimento psiquiátrico e psicológico a estudantes de medicina. Em particular, os autores descrevem o trabalho pioneiro do Prof. Galdino Loreto, bem como a iniciativa atual de extensão, seis décadas depois, do Programa Galdino Loreto, ambos na UFPE, tecendo comparações acerca do número de atendimentos aos alunos de medicina realizados nos referidos momentos históricos.

Desejamos a todos 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
José Carlos Appolinário - RJ
Valeria Barreto Novais - CE

EDITORES ASSOCIADOS

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

EDITORES JUNIORES

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

CONSELHO EDITORIAL

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

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

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

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

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO

JAN/FEV 2018

6/**original**

Classe de antipsicótico e duração da internação psiquiátrica: um estudo ecológico de 8 anos

ALEXANDRE BALESTIERI BALAN,
VINICIUS BRUM PRÁ,
RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO,
GABRIELA DANIELSKI NIEHUES,
PAULO ROBERTO ANTUNES DA SILVA,
ANA PAULA COSTA,
MARCELO LIBORIO SCHWARZBOLD,
ALEXANDRE PAIM DIAZ

14/**original**

Impacto da abordagem psicoeducacional em psicoses em um ambulatório de psiquiatria

ADRIANA MAIRA MARINI, FABIO BORGHI,
CAMILA MATA SILVA, MARIELZA R. ISMAEL MARTINS

20/**original**

Desospitalização, moradias assistidas e inclusão social no contexto da política brasileira de saúde mental

CÉSAR AUGUSTO TRINTA WEBER

31/**revisão**

Transtorno obsessivo-compulsivo no período perinatal

LUÍSA CAROPRESO, JOEL RENNÒ JR,
RENAN ROCHA, JULIANA PIRES CAVALSAN,
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO,
HEWDY LOBO RIBEIRO, AMAURY CANTILINO,
GISLENE VALADARES, ANTONIO GERALDO DA SILVA

42/**atualização**

Saúde mental do estudante de medicina: realidade preocupante décadas após o trabalho pioneiro do Prof. Galdino Loreto

LEONARDO MACHADO,
ROSÁLIA NUNES, AMAURY CANTILINO

Título: A vida por uma corda
Autor: Marcelo Falchi Parra Carvalho Silva (SP)
1º lugar, 5ª Exposição Fotográfica do CBP

As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

ALEXANDRE BALESTIERI BALAN
VINICIUS BRUM PRÁ
RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO
GABRIELA DANIELSKI NIEHUES
PAULO ROBERTO ANTUNES DA SILVA
ANA PAULA COSTA
MARCELO LIBORIO SCHWARZBOLD
ALEXANDRE PAIM DIAZ

CLASSE DE ANTIPSICÓTICO E DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE 8 ANOS

CLASS OF ANTIPSYCHOTIC AND DURATION OF PSYCHIATRIC INPATIENT TREATMENT: AN 8-YEAR ECOLOGICAL STUDY

Resumo

Objetivo: Estudos têm demonstrado mudanças nos padrões de prescrição de antipsicóticos nas últimas duas décadas, com destaque para o aumento na utilização de antipsicóticos atípicos em relação aos típicos. O objetivo deste estudo foi avaliar longitudinalmente a tendência de prescrição de antipsicóticos típicos e atípicos (exceto clozapina) e sua associação com o tempo médio de internação em um hospital psiquiátrico.

Métodos: Este foi um estudo ecológico. Dados sobre a prescrição de antipsicóticos e tempo médio de internação hospitalar de janeiro de 2007 a dezembro de 2014 foram fornecidos pela farmácia e pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, respectivamente. Utilizaram-se análises de regressão linear simples para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho.

Resultados: Durante os 8 anos de observação do estudo, houve um aumento da prescrição de antipsicóticos atípicos [coeficiente $B = 0,0037$; intervalo de confiança de 95% (IC95%) 0,0033 a 0,0041; $p < 0,001$] e redução da prescrição de antipsicóticos típicos (coeficiente $B = -0,009$; IC95% -0,01 a -0,008; $p < 0,001$) medidos em dose diária definida. Não houve associação entre prescrição de antipsicóticos, típicos ou atípicos, e tempo médio mensal de internação hospitalar. Foi observado um aumento na taxa de ocupação hospitalar no período, com frequente sobrelotação.

Conclusão: O padrão mundialmente observado de aumento na prescrição de antipsicóticos atípicos também foi constatado neste estudo. Não houve associação entre esse aumento e o tempo médio de

internação hospitalar. Apesar de não ser objetivo desse estudo, a sobrelotação observada merece atenção dos gestores públicos.

Palavras-chave: Antipsicótico, tempo de hospitalização, internação psiquiátrica.

Abstract

Objective: Studies have shown changes in antipsychotic prescription patterns over the last two decades, with emphasis on the increased use of atypical antipsychotics as compared to typical ones. The objective of this study was to longitudinally evaluate trends in the prescription of typical and atypical antipsychotics (except clozapine) and their association with the mean length of stay in a psychiatric hospital.

Methods: This was an ecological study. The pharmacy and the Medical Archive and Statistics Service of Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina provided data on antipsychotic prescriptions and mean hospital stay from January 2007 to December 2014. Simple and multiple linear regression analyses were used to evaluate the association between independent variables and the outcome.

Results: Over the 8 years of study, there was an increase in the prescription of atypical antipsychotics (coefficient $B = 0.0037$; 95% confidence interval [95%CI] 0.0033 to 0.0041; $p < 0.001$) and a reduction in the prescription of typical antipsychotics (coefficient $B = -0.009$; 95%CI -0.01 a -0.008; $p < 0.001$), measured in defined daily doses (DDD). There was no association between prescription of typical/atypical antipsychotics and mean monthly hospitalization stay. There was an

increase in hospital occupancy rate in the period, with frequent overcrowding.

Conclusion: The worldwide pattern of increased prescription rates of atypical antipsychotics was also found in this study. There was no association between this increase and mean length of hospital stay. Although this was not an objective of this study, the overcrowding observed deserves the attention of public managers.

Keywords: Antipsychotics, length of stay, inpatient.

INTRODUÇÃO

A descoberta dos antipsicóticos na segunda metade do século XX teve um grande impacto no modelo assistencial psiquiátrico, permitindo que pacientes com quadros graves, que provavelmente permaneceriam hospitalizados por longos períodos, obtivessem melhora sintomática, capaz de permitir ou facilitar o tratamento ambulatorial e o retorno ao convívio social extra-hospitalar¹⁻⁴.

Os antipsicóticos de primeira geração apresentam a característica, que era considerada “típica”, de induzir frequentemente síndrome extrapiramidal (SEP). Durante quase três décadas, foi relativamente disseminada a crença de que a ocorrência de SEP era indicativa de eficácia antipsicótica. Na década de 1990, foi desenvolvida uma segunda geração de antipsicóticos, com a característica “atípica” de menor incidência de SEP⁵. Mudanças nos padrões de uso de antipsicóticos têm sido observadas desde a introdução dos atípicos, com uma tendência geral de aumento do uso destes em relação aos típicos em diversas populações e regiões geográficas⁶⁻⁹. Além disso, tendências temporais de uso de doses diárias menores de antipsicóticos já foram descritas por alguns autores, embora seja notória a grande variabilidade entre centros de diferentes países em termos de doses comumente utilizadas^{2,10}.

Em termos clínicos, antipsicóticos típicos e atípicos são considerados atualmente como de eficácia bastante similar na esquizofrenia, com exceção da clozapina, considerada superior em casos refratários^{11,12}. Apesar da menor incidência de efeitos adversos motores, os antipsicóticos atípicos têm sido associados a paraefeitos metabólicos relevantes, principalmente aumento de peso e hiperglicemia¹³. Muitos estudos descreveram as mudanças de padrão na prescrição de antipsicóticos,

principalmente ao longo da última década. Entretanto, poucos trabalhos examinaram os padrões de prescrição de antipsicóticos em populações representativas de serviços inseridos na comunidade ao longo dos anos e seu possível impacto na duração da internação psiquiátrica.

Nesse contexto, o presente trabalho investigou os padrões de prescrição de antipsicóticos no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC) ao longo de 8 anos e sua associação com a duração média mensal da internação psiquiátrica. Nossa hipótese é de que: 1) há uma tendência de redução na prescrição dos antipsicóticos típicos e um aumento na prescrição dos atípicos ao longo dos anos; 2) considerando a falta de evidências em relação à diferença na efetividade entre as classes de antipsicóticos, não há associação entre o aumento da prescrição dos atípicos e o tempo médio de internação psiquiátrica.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo tem um desenho ecológico analítico longitudinal. Os dados foram obtidos a partir dos boletins estatísticos mensais do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), coletados prospectivamente, e do relatório de consumo da farmácia do IPq/SC. Os dados são referentes ao período de janeiro de 2007 até dezembro de 2014. O IPq/SC é um hospital público, administrado pelo governo estadual, localizado no município de São José (SC). Trata-se do maior hospital psiquiátrico de Santa Catarina e um dos maiores do Brasil, recebendo pacientes de todo o estado, mas principalmente da região da Grande Florianópolis, cuja população é de aproximadamente 1 milhão de habitantes. O hospital conta com 160 leitos de internação para pacientes em quadro clínico psiquiátrico considerado agudo, sendo 80 leitos masculinos e 40 leitos femininos de psiquiatria geral e 40 leitos masculinos em unidade de dependência química. Embora o limite padrão seja de 160 leitos, pacientes em situações de emergência que exijam internação imediata são admitidos em leitos extras. No presente estudo, foram considerados apenas dados referentes aos 120 leitos de psiquiatria geral. Tanto os boletins estatísticos mensais do SAME como o relatório da farmácia não contemplam dados individuais de pacientes, mas um somatório de todos os casos atendidos mensalmente.

ALEXANDRE BALESTIERI BALAN
VINICIUS BRUM PRÁ
RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO
GABRIELA DANIELSKI NIEHUES
PAULO ROBERTO ANTUNES DA SILVA
ANA PAULA COSTA
MARCELO LIBORIO SCHWARZBOLD
ALEXANDRE PAIM DIAZ

ARTIGO

Estavam disponíveis nos relatórios da farmácia os dados das dispensações das seguintes apresentações de antipsicóticos em comprimidos: haloperidol 5 mg, levomepromazina 100 mg, olanzapina 10 mg, quetiapina 25, 100 e 200 mg, risperidona 1 e 3 mg e ziprasidona 80 mg. Os seguintes medicamentos estavam disponíveis para uso no IPq/SC, mas não constavam nos relatórios da farmácia e, assim, não foram considerados no estudo: levomepromazina solução oral, injetável e comprimidos de 25 mg; clorpromazina comprimidos de 25 e 100 mg e solução oral e injetável; haloperidol decanoato injetável; e olanzapina injetável. A clozapina estava disponível, porém não foi considerada no presente estudo devido ao seu perfil específico de indicação e prescrição. Para comparação dos dados entre os antipsicóticos, foi utilizado o conceito de dose diária definida (DDD) da Organização Mundial da Saúde para as análises¹⁴. Esse sistema de unidade de medida é recomendado para estudos comparando efeitos e doses entre os medicamentos e não necessariamente reflete a dose recomendada ou prescrita por dia¹⁴. As informações de DDD foram obtidas por meio de banco de dados disponível em http://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Foi calculada a média de dispensação diária de cada antipsicótico por leito ocupado em DDD.

As seguintes informações referentes à média do tempo de internação estavam disponíveis por cada médico de cada enfermaria: número de altas médicas, referente à quantidade de pacientes que receberam alta médica no mês; número de altas hospitalares, referente à quantidade de pacientes que saíram do hospital no mês, seja por alta médica, a pedido, óbito, fuga e outros; média de permanência hospitalar, referente à média de dias de permanência hospitalar por paciente no mês, da data de admissão até a saída do hospital; e média de permanência hospitalar após alta médica, referente à média de dias por paciente de permanência hospitalar após a data de registro de alta médica no prontuário. Uma proporção considerável de pacientes permanece hospitalizada após o registro de alta médica devido a fatores geralmente relacionados ao ambiente social, constituindo, assim, um viés potencial que desvincula a hospitalização de fatores clínicos. Para minimizar esse viés, optou-se por calcular a média de permanência hospitalar até a alta médica como medida de desfecho para as análises de duração média mensal.

Os gráficos foram construídos com o programa GraphPad Prism 6 (GraphPad Software Inc., La Jolla, EUA). A análise estatística foi realizada com o programa SPSS Statistics 17.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA). Uma série de regressões lineares univariadas foi utilizada nas análises. Para analisar a tendência de prescrição ao longo dos anos, o período de tempo em meses, de janeiro de 2007 a dezembro de 2014, foi considerado variável independente, enquanto que a prescrição de antipsicóticos típicos, atípicos e total em DDD por leito ocupado/dia foi tomada como variável dependente em diferentes análises. Além disso, foi analisada a associação entre prescrição de antipsicóticos típicos e atípicos e duração média mensal da internação em dias.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Não foram avaliados dados individuais de pacientes, e, desta maneira, foi dispensada a aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Podem ser verificadas, na Figura 1, tendências de diminuição da prescrição de antipsicóticos típicos e aumento da prescrição de antipsicóticos atípicos. Também visualiza-se uma tendência de redução da prescrição de antipsicóticos no total, sendo que a média \pm erro padrão de DDD por leito ocupado/dia para os mesmos foi de $1,43 \pm 0,07$ e $0,95 \pm 0,03$, em 2007 e 2014, respectivamente.

A Figura 2 mostra a proporção em percentual da prescrição mensal de antipsicóticos em DDD por leito ocupado e dia no IPq/SC entre 2007 e 2014, na qual fica clara a redução no percentual de prescrição dos antipsicóticos típicos, com proporção semelhante entre as duas classes no período final de observação.

Na Tabela 1, constam os modelos de regressão linear univariada evidenciando associações significativas entre o período de tempo em meses e a prescrição de antipsicóticos em DDD por leito ocupado e dia ($p < 0,001$ para típicos, atípicos e total).

Para antipsicóticos típicos e total, o coeficiente B foi negativo, indicando uma associação inversa e caracterizando uma tendência decrescente de prescrição ao longo do tempo. O oposto ocorreu para os antipsicóticos atípicos. A Figura 3 mostra a duração média mensal em dias de permanência

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC. ² Médica psiquiatra, Florianópolis, SC. ³ Faculdade de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC. ⁴ Médico residente de Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José, SC. ⁵ Universidade Sociedade Educacional de Santa Catarina (UNISOCIESC), Joinville, SC. ⁶ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UNISUL, Palhoça, SC.

até a alta médica das hospitalizações ao longo dos 96 meses estudados. A média \pm desvio padrão da duração mensal das hospitalizações foi de $24,5 \pm 3,1$ dias. Não se observou associação estatisticamente significativa entre a prescrição de antipsicóticos típicos e atípicos (expressos em DDD por leito ocupado e dia) e a duração média mensal em dias de

permanência até a alta médica (típicos, $p = 0,99$; atípicos, $p = 0,60$) (Tabela 2). Durante o período estudado, o hospital manteve a mesma capacidade de 120 leitos de psiquiatria geral. A média de ocupação mensal foi de 124,7 leitos (103,9% da capacidade padrão), com o mínimo de 103 (85,8%) e o máximo de 159 (132,5%).

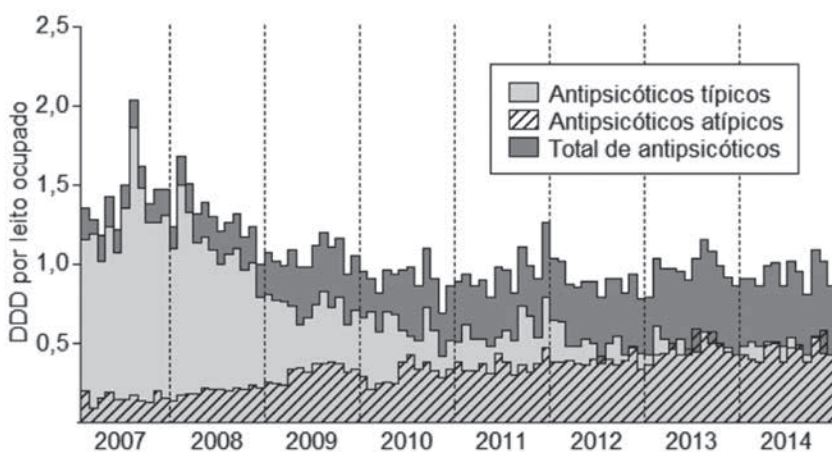


Figura 1 - Prescrição mensal de antipsicóticos em dose diária definida por leito ocupado e dia no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina entre 2007 e 2014. DDD = dose diária definida.

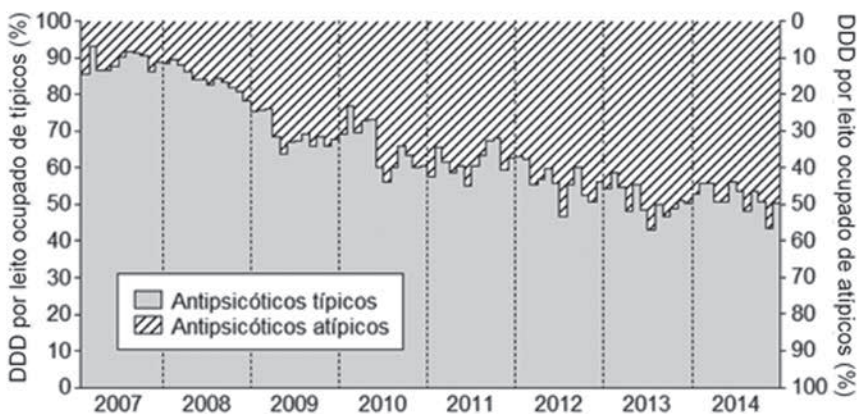


Figura 2 - Proporção, em percentual, da prescrição mensal de antipsicóticos em dose diária definida por leito ocupado e dia no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina entre 2007 e 2014. DDD = dose diária definida.

ALEXANDRE BALESTIERI BALAN
 VINICIUS BRUM PRÁ
 RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO
 GABRIELA DANIELSKI NIEHUES
 PAULO ROBERTO ANTUNES DA SILVA
 ANA PAULA COSTA
 MARCELO LIBORIO SCHWARZBOLD
 ALEXANDRE PAIM DIAZ

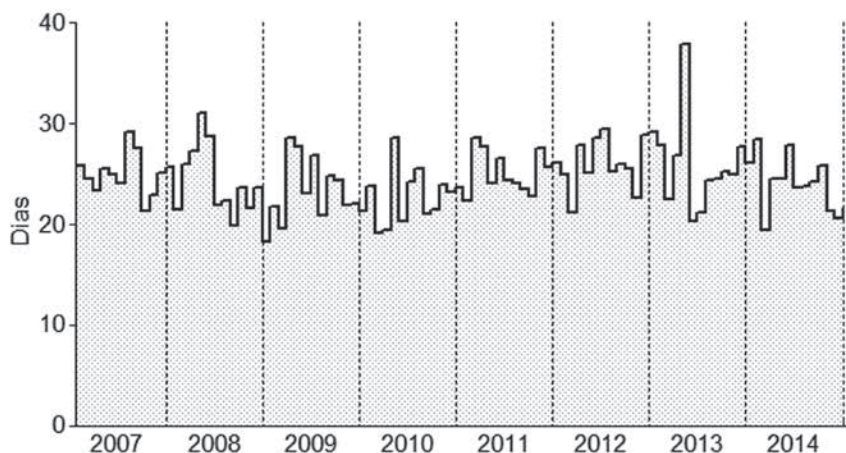


Figura 3 - Duração média mensal das hospitalizações no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina entre 2007 e 2014.

Tabela 1 - Análise das tendências de prescrição mensal de antipsicóticos em dose diária definida por leito ocupado/dia no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina entre 2007 e 2014*

Antipsicótico	Tendência	R	R ²	Coefficiente B (IC95%)	p
Típicos	Decrescente	0,82	0,67	-0,009 (-0,01 a -0,008)	< 0,001
Atípicos	Crescente	0,88	0,77	0,004 (0,003 a 0,004)	< 0,001
Total	Decrescente	0,65	0,43	-0,005 (-0,007 a -0,004)	< 0,001

IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* Definida por regressão linear univariada utilizando os meses de 2007 a 2014 como variável independente e a prescrição mensal de antipsicótico em dose diária definida por leito ocupado e dia como variável dependente.

Tabela 2 - Associação entre prescrição de antipsicóticos e duração média mensal da internação em dias no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina entre 2007 e 2014*

Antipsicótico	R	R ²	Coefficiente B (IC95%)	p
Típicos	0,001	< 0,001	-0,01 (-2,11 a 2,08)	0,99
Atípicos	0,05	0,003	0,05 (-4,03 a 6,95)	0,60

IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* Definida por regressão linear univariada utilizando a duração média mensal da internação em dias no período de 2007 a 2014 como variável dependente e a prescrição mensal de antipsicótico em dose diária definida por leito ocupado e dia como variável independente.

Discussão

No presente estudo, foram observadas mudanças nos padrões de prescrição de antipsicóticos no IPq/SC no período de 2007 a 2014. Essas mudanças consistiram na redução da prescrição de antipsicóticos típicos (que, graficamente, pareceu ser mais acentuada a partir de 2008-2009), aumento paulatino na prescrição de antipsicóticos atípicos e redução na carga total de antipsicóticos prescritos. A duração média mensal das hospitalizações não se modificou nesse período, e não foi encontrada associação da prescrição de antipsicóticos típicos e atípicos com a duração média mensal das hospitalizações. Adicionalmente, observou-se um aumento na ocupação média mensal hospitalar, que, a partir de 2011, esteve persistentemente acima da capacidade de leitos padrão do hospital.

A originalidade, em termos nacionais, é um dos pontos fortes do presente estudo, já que, de nosso conhecimento, é o primeiro a descrever mudanças no padrão de prescrição de antipsicóticos na última década, que vêm sendo extensivamente descritas em outros países. Além disso, trata-se de uma análise de dados de um serviço inserido na comunidade. O estudo compreendeu um período relativamente longo, no qual foram realizadas quase 14 mil internações nas enfermarias analisadas.

O desenho ecológico tem limitações relacionadas principalmente à falta de controle de variáveis individuais. Por exemplo, mudanças no padrão clínico dos pacientes internados ao longo do tempo podem ter afetado a prescrição: antipsicóticos atípicos têm sido extensivamente utilizados no tratamento de pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar na última década, e uma mudança considerável na proporção de pacientes hospitalizados com esse diagnóstico pode ter sido um fator impactante na prescrição. Outra limitação é que um grupo de antipsicóticos disponível no hospital não foi considerado nas análises. Como a maioria desses antipsicóticos não incluídos nas análises eram típicos, sua ausência pode ter minimizado as medidas dessa classe no estudo.

Medel-Herrero et al.³ realizaram um estudo na Espanha com dados de prescrição nacional de antipsicóticos na população geral e dados de duração e quantidade de hospitalizações psiquiátricas de todos os hospitais espanhóis referentes às décadas de 1980 a 2000. Foi

observada uma redução gradual no uso de antipsicóticos típicos de 1992 a 2009 e um aumento acentuado no uso de antipsicóticos atípicos, principalmente a partir de 2004, o que é compatível com os achados do nosso estudo. Os autores descreveram, ainda, uma redução acentuada na duração das hospitalizações, entre 1980 e 2004, de aproximadamente 300 dias para cerca de 40 dias. Após 2004, houve estabilização na duração das hospitalizações e diminuição da quantidade de internações relacionadas a transtornos psicóticos. Levantou-se a hipótese de que o aumento do uso de antipsicóticos atípicos poderia ter influenciado a redução da duração das hospitalizações. Como já mencionado, a eficácia de antipsicóticos típicos e atípicos na esquizofrenia, com exceção da clozapina para casos refratários, é bastante similar^{11,12}. Por outro lado, diretrizes amplamente aceitas^{15,16} apontam maior nível de evidência para o tratamento com antipsicóticos atípicos nos transtornos do humor, principalmente no transtorno bipolar, responsável por uma proporção considerável de hospitalizações.

Em um estudo realizado em seis países do leste asiático, Sim et al.² compararam dados de doses de antipsicóticos prescritas para pacientes com diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados nos anos de 2001 a 2004. Os autores encontraram uma redução significativa de 28,3% na média geral da dose de antipsicóticos utilizados, de 672,9 para 482,4 mg equivalentes de clorpromazina por paciente e dia. O percentual de uso de doses elevadas, acima de 1.000 mg de equivalentes de clorpromazina por paciente e dia, também reduziu de 17,9 para 6,5%. Esses resultados vão ao encontro dos nossos achados de redução no uso de antipsicóticos no total. Em um artigo adicional com base no mesmo estudo¹⁷, os autores descreveram grande variabilidade entre os países nas doses médias utilizadas e associação entre o uso de altas doses de antipsicóticos e múltiplas admissões, mais sintomas positivos, agressividade e SEP.

Apesar dos inúmeros estudos descritivos e de associação existentes, as razões das mudanças nos padrões de prescrição de antipsicóticos permanecem um tanto elusivas. O abandono da crença no “papel terapêutico” da SEP, a própria incidência reduzida de SEP e discinesia tardia com os antipsicóticos atípicos, os achados iniciais (posteriormente não confirmados) de uma eficácia

ALEXANDRE BALESTIERI BALAN
VINICIUS BRUM PRÁ
RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO
GABRIELA DANIELSKI NIEHUES
PAULO ROBERTO ANTUNES DA SILVA
ANA PAULA COSTA
MARCELO LIBORIO SCHWARZBOLD
ALEXANDRE PAIM DIAZ

ARTIGO

superior dos mesmos, estratégias de *marketing* e, mais recentemente, a ampliação das indicações formais, são exemplos de fatores que possivelmente contribuíram ou contribuem para as tendências de prescrição atuais^{18,19}. Vale notar que mudanças de padrões de prescrição de antipsicóticos já foram descritas em períodos anteriores à introdução dos atípicos²⁰.

Os antipsicóticos atípicos são consideravelmente mais caros que os típicos, e dados indicando a ausência de impacto do uso dos mesmos em fatores como o tempo de hospitalização podem levar a uma sugestão imediata de que o uso de típicos deveria ser privilegiado em função da questão econômica. Tal conclusão, no entanto, seria precipitada, considerando as limitações dos estudos atuais. Individualmente, os antipsicóticos atípicos parecem ter um perfil de adesão ao tratamento mais favorável que os típicos^{21,22}, e uma maior adesão pode se refletir em um menor gasto em hospitalizações^{23,24}. Ainda, é notória na prática clínica e em estudos científicos uma grande variabilidade individual de resposta clínica aos diferentes antipsicóticos dentro de uma mesma classe^{11,25}. Assim, a existência de um arsenal farmacológico amplo é de grande valor prático no tratamento dos pacientes.

CONCLUSÃO

O presente estudo reproduziu, em uma amostra brasileira, as tendências de prescrição de antipsicóticos descritas no cenário internacional. A ausência de associação da prescrição de antipsicóticos típicos e atípicos com o tempo de hospitalização é compatível com a noção de que ambas as classes (exceto a clozapina) têm eficácia similar em termos amostrais. Juntamente com a descrição de sobrelotação hospitalar persistente nos últimos anos, esses achados lançam luz sobre a dinâmica de funcionamento do IPq/SC, o que pode ser útil para a definição de políticas de organização dos serviços de atendimento psiquiátrico.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos profissionais do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina pela sua essencial cooperação durante o estudo, em especial ao senhor Ledemir Geraldo Alegre, chefe da Divisão de Farmácia, e à equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, em nome do senhor José Medeiros.

Artigo submetido em 07/12/2017, aceito em 08/12/2017.

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

Correspondência: Alexandre Balestieri Balan, Grupo de Apoio Psiquiátrico, Rua Carlos Hugo Praun, 64, Centro, CEP 88301-585, Itajaí, SC.

E-mail: balestieribalan@gmail.com

Referências

1. Jeppesen RM, Christensen T, Vestergaard CH. Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012: The advent of 'revolving door' patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;133:419-25.
2. Sim K, Su HC, Fujii S, Yang SY, Chong MY, Ungvari G, et al. High-dose antipsychotic use in schizophrenia: a comparison between the 2001 and 2004 Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67:110-7.
3. Medel-Herrero A, Amate JM, Saz-Parkinson Z, Gómez-Beneyto M. Changing trends in hospitalization rates associated with psychosis: Spain, 1980-2009. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50:1843-55.
4. Rosenheck RA, Leslie DL, Sindelar J, Miller EA, Lin H, Stroup TS, et al. Cost-effectiveness of second-generation antipsychotics and perphenazine in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2006;163:2080-9.
5. Shen WW. A history of antipsychotic drug development. *Compr Psychiatry.* 1999;40:407-14.
6. Kaye JA, Bradbury BD, Jick H. Changes in antipsychotic drug prescribing by general practitioners in the United Kingdom from 1991 to 2000: a population-based observational study. *Br J Clin Pharmacol.* 2003;56:569-75.
7. Shinfuku N, Tan CH. Pharmacotherapy for schizophrenic inpatients in East Asia--changes and challenges. *Int Rev Psychiatry.* 2008;20:460-8.
8. Weinbrenner S, Assion HJ, Stargardt T, Busse R, Juckel G, Gericke CA. Drug prescription patterns in schizophrenia outpatients: analysis

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC. ² Médica psiquiatra, Florianópolis, SC. ³ Faculdade de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, SC. ⁴ Médico residente de Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, São José, SC. ⁵ Universidade Sociedade Educacional de Santa Catarina (UNISOCIESC), Joinville, SC. ⁶ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UNISUL, Palhoça, SC.

- of data from a German health insurance fund. *Pharmacopsychiatry*. 2009;42:66-71.
9. Prah P, Petersen I, Nazareth I, Walters K, Osborn D. National changes in oral antipsychotic treatment for people with schizophrenia in primary care between 1998 and 2007 in the United Kingdom. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012;21:161-9.
 10. Chong MY, Tan CH, Fujii S, Yang SY, Ungvari GS, Si T, et al. Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: rationale for change. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58:61-7.
 11. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382:951-62.
 12. Wahlbeck K, Cheine M, Essali A, Adams C. Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 1999;156:990-9.
 13. Johnsen E. Review: metabolic side effects of second-generation antipsychotics. *Evid Based Ment Health*. 2011;14:47.
 14. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment – 2018. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2017. <https://www.whocc.no/filearchive/publications/guidelines.pdf>
 15. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord*. 2013;15:1-44.
 16. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord*. 2009;117:S26-43.
 17. Sim K, Su A, Leong JY, Yip K, Chong MY, Fujii S, et al. High dose antipsychotic use in schizophrenia: findings of the REAP (research on east Asia psychotropic prescriptions) study. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37:175-9.
 18. Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry*. 2011;199:266-8.
 19. Masan PS. Atypical antipsychotics in the treatment of affective symptoms: a review. *Ann Clin Psychiatry*. 2004;16:3-13.
 20. Wysowski DK, Baum C. Antipsychotic drug use in the United States, 1976-1985. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:929-32.
 21. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry*. 2002;159:103-8.
 22. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Landbloom R, Swartz M, Swanson J. Time to discontinuation of atypical versus typical antipsychotics in the naturalistic treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2006;6:8.
 23. Sun SX, Liu GG, Christensen DB, Fu AZ. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. *Curr Med Res Opin*. 2007;23:2305-12.
 24. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:692-9.
 25. Correll CU, De Hert M. Antipsychotics for acute schizophrenia: making choices. *Lancet*. 2013;382:919-20.

IMPACTO DA ABORDAGEM PSICOEDUCACIONAL EM PSICOSES EM UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA

IMPACT OF PSYCHOEDUCATIONAL APPROACHES TO PSYCHOSES AT A PSYCHIATRIC OUTPATIENT CLINIC

Resumo

Introdução: O tratamento farmacológico na abordagem do paciente esquizofrênico é fundamental, mas não suficiente. A psicoeducação com foco no cuidador busca aumentar o conhecimento e modificar comportamentos que geram sobrecarga.

Objetivo: Avaliar a sobrecarga dos cuidadores de pacientes esquizofrênicos e a eficácia do grupo psicoeducacional.

Metodologia: Participaram deste estudo com delineamento quase experimental 30 cuidadores de pacientes que realizam tratamento em ambulatório de psiquiatria. Foi utilizado questionário de caracterização demográfica e clínica de pacientes e cuidadores. Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores, foi utilizada a escala Zarit Burden Interview, com aplicação pré e pós-intervenção no grupo psicoeducacional.

Resultados: Com relação aos cuidadores, 73% (n = 21) eram do sexo feminino, sendo 33% (n = 9) mães dos pacientes. A média de idade foi de 55,2±9,4 anos, e a escolaridade revelou que 43% (n = 12) não concluíram o ensino fundamental (média de 4±2,5 anos), 73% (n = 21) eram ativos profissionalmente e 33% (n = 9), donas de casa. Observou-se, ainda, que 46,6% (n = 13) apresentavam problemas de saúde e 70% (n = 21) disseram ser os únicos cuidadores responsáveis. A sobrecarga moderada/severa foi a mais prevalente, com diferença significativa pré e pós-intervenção.

Conclusão: A sobrecarga referida pelos cuidadores merece um "olhar" e uma intervenção, para que compartilhem experiências e implementem mudanças no seu cotidiano.

Palavras-chave: Cuidadores, desordens psicóticas, psicoeducação.

Abstract

Introduction: Pharmacological treatment is essential, but not sufficient, in the management of schizophrenic patients. Psychoeducation focused on caregivers seeks to increase knowledge and change behaviors that generate burden.

Objective: To evaluate the burden of caregivers of patients with schizophrenia and the efficacy of a psychoeducational group intervention.

Methodology: In this study with a quasi-experimental design, 30 caregivers of patients treated at a psychiatric outpatient clinic were assessed. A demographic and clinical characterization questionnaire was used for both patients and caregivers. The Zarit Burden Interview was used to assess burden among caregivers, applied before and after the psychoeducational group intervention.

Results: Among the caregivers, 73% (n = 21) were female, and 33% (n = 9) were the patients' mothers. Mean age was 55.2±9.4 years, and analysis of years of schooling revealed that 43% (n = 12) had not finished elementary school (mean 4±2.5 years), 73% (n = 21) were formally employed, and 33% (n = 9) were housewives. It was also observed that 46.6% (n = 13) of the caregivers presented health problems and 70% (n = 21) informed that they were the only caregivers responsible for the patient. Moderate/severe burden was most prevalent, with significant differences before and after the intervention.

Conclusion: The burden mentioned by the caregivers deserves a "closer look," as well as an intervention so that they can share experiences and implement changes in their daily lives.

Keywords: Caregivers, psychotic disorders, psychoeducation.



¹ Terapeuta ocupacional, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Base de São José do Rio Preto, Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME), São José do Rio Preto, SP. ² Psiquiatra, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Base de São José do Rio Preto, FUNFARME, São José do Rio Preto, SP. ³ Residente de Terapia Ocupacional, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Base de São José do Rio Preto, FUNFARME, São José do Rio Preto, SP. ⁴ Terapeuta ocupacional, Departamento de Ciências Neurológicas, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP.

INTRODUÇÃO

O ser humano lida com as doenças psicóticas há tempos, e somente recentemente estas vêm sendo tratadas e estudadas como patologias¹. A psicose é um grupo de doenças de caráter mental e emocional que se desenvolvem de acordo com determinadas características hereditárias, causando grande sofrimento e impacto ocupacional, o que proporciona um estigma social que atinge o grupo familiar como um todo^{1,2}.

Entre as psicoses mais comuns ao cenário clínico, destaca-se a esquizofrenia, transtorno mental com etiologia ainda com diversos aspectos a serem conhecidos, que se caracteriza por ser um transtorno crônico, muitas vezes incapacitante, causando prejuízo na qualidade de vida do indivíduo². O diagnóstico da esquizofrenia, essencialmente clínico, baseia-se no histórico do indivíduo, histórico familiar e exames psíquicos. Acredita-se que os fatores predominantes para o desenvolvimento da doença sejam de caráter genético, psicológico e interações ambientais^{2,3}. Segundo Cohen et al.⁴, a incidência da esquizofrenia é de aproximadamente 1% da população mundial, sendo estimado que haja em torno de 15 novos casos/ano para cada 100.000 habitantes. A vida e a rotina de pessoas com esquizofrenia e de seus familiares ou cuidadores sofrem impactos emocionais, financeiros e sociais. Os familiares acompanham de perto e diretamente o tratamento do indivíduo com transtorno mental e experimentam sentimentos e sobrecargas que se comparam ao sofrimento do familiar em tratamento, o que muitas vezes gera um grande estresse, podendo levar à depressão^{2,3}.

O tratamento da esquizofrenia, assim como de outros transtornos mentais, é baseado no controle dos sintomas. Pan et al.⁵ evidenciam que o tratamento para cuidar das doenças psicóticas deve basear-se em intervenções medicamentosas e abordagem psicossocial, através de uma equipe multiprofissional. Descrevem, ainda, que o tratamento farmacológico é baseado em antipsicóticos que evidenciam combater os primeiros episódios psicóticos através de doses efetivas, prescritas pelo psiquiatra e que posteriormente mantivesse a intervenção medicamentosa de manutenção para controle dos sintomas⁵. O tratamento psicossocial consiste em intervenções com o objetivo de ajudar o paciente e seus familiares a lidar com as dificuldades enfrentadas no cotidiano da doença. Chaves & Leite⁶

defendem a abordagem baseada em atendimentos individualizados e em grupos. As intervenções individuais devem ocorrer depois de uma avaliação multiprofissional minuciosa e um levantamento das demandas do paciente e seus familiares, para que então haja acompanhamento por psicoterapia, terapia ocupacional e reabilitação neurocognitiva. As intervenções grupais podem ser realizadas através de oficinas, grupos terapêuticos e psicoeducativos^{5,6}.

O trabalho psicoeducativo, também conhecido como intervenção psicoeducacional em saúde, é um método muito eficaz, segundo Pan et al.⁵. É uma modalidade de tratamento destinada a familiares e pacientes, para que possam enfrentar juntos os prejuízos causados pela doença, compreender os sintomas, o controle dos mesmos, os estigmas e os desafios do paciente em tratamento. Chaves & Leite⁶ elucidam que o familiar é essencial para o tratamento psicoeducacional, pois ele é quem aplicará o conhecimento no cotidiano familiar, buscando prevenir recaídas e reinternações e promovendo, assim, uma maior evolução e recuperação do paciente com transtorno mental.

Há consenso de que o tratamento farmacológico da esquizofrenia é insuficiente e necessita abordagens integradas, que incluam tratamentos psicossociais focalizados no paciente e na família. O objetivo deste estudo foi avaliar a sobrecarga do cuidador e o impacto da intervenção psicoeducacional.

METODOLOGIA

O estudo teve delineamento quase experimental, onde a avaliação da variável resposta, ou seja, a adesão das abordagens orientadas pelo grupo psicoeducacional, ocorreu nos períodos pré e pós-intervenção.

Foram incluídos cuidadores de pacientes (n = 30) que frequentam um ambulatório de psiquiatria em psicose (APP) e fazem parte de um grupo psicoeducativo mensal. Esse grupo tem o objetivo de conseguir os melhores resultados funcionais e clínicos para o paciente e aliviar o sofrimento de familiares, através de abordagens que integrem os profissionais da saúde com a clientela, auxiliando-os na reabilitação das pessoas que cuidam. Foram excluídos cuidadores que não residiam na mesma moradia que o paciente e só cooperavam esporadicamente nos cuidados.

ADRIANA MAIRA MARINI
FABIO BORGHI
CAMILA MATA SILVA
MARIELZA R. ISMAEL MARTINS

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto para apreciação e aprovado sob o Parecer nº 103616/2016. O cálculo amostral teve como base uma margem de erro de 5% (erro = 0,05), com intervalo de confiança de 95% (IC95%; $\alpha = 0,05$), considerando a proporção verdadeira como de 50% ($p = 0,50$). O tamanho da amostra foi calculado com base no total de pacientes atendidos no ambulatório e com diagnóstico de psicose.

O procedimento ocorreu identificando a amostra através de um questionário denominado "Caracterização demográfica e clínica de pacientes e cuidadores pertencentes ao APP". Foi aplicada também, para avaliar a sobrecarga dos cuidadores, a escala Zarit Burden Interview (BI)⁷, que é um instrumento composto por 22 itens, que avaliam a sobrecarga em relação à incapacidade funcional e comportamental da pessoa que está sendo cuidada. Possibilita que os cuidadores reflitam sobre como se sentem em relação ao cuidado, no que diz respeito às áreas da saúde, vida pessoal, apoio e desempenho de atividades sociais, bem-estar emocional, relacionamento interpessoal e situação financeira. O instrumento avalia a sobrecarga nas dimensões objetiva e subjetiva, porém não fornece escores independentes. Os itens são pontuados em uma escala de 0 a 4, sendo 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. O último item da escala refere-se a quanto o cuidador se sente sobrecarregado de maneira geral, tendo como opções de resposta: 0 = nem um pouco, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, 3 = muito e 4 = extremamente. As pontuações obtidas podem variar de 0 a 88 pontos. A sobrecarga mais alta corresponde à maior pontuação total. Ocorreu, então, a avaliação do grupo psicoeducacional, em duas fases. Na pré-intervenção (I), com os cuidadores, foram utilizadas técnicas como palestras, grupo de discussão, materiais escritos, exercícios e outros recursos, com conteúdos informativos sobre o processo da doença e seu tratamento, manejo do comportamento do paciente, serviços e programas voltados a pacientes com psicose e cuidadores, conhecimentos da natureza dos transtornos mentais, identificação de sinais e sintomas, adesão ativa dos familiares ao tratamento e promoção

de sua importância na eficácia do tratamento. Buscou-se facilitar a comunicação entre as famílias e induzir um ambiente seguro, confiável e acolhedor para a discussão, junto aos profissionais, das demandas individuais e a troca de experiências. Após sete sessões, eles foram reavaliados pela BI, o que constituiu a segunda fase – a pós-intervenção (II). Não houve perda amostral.

Os dados foram organizados e analisados com auxílio do programa estatístico SPSS. As variáveis contínuas foram descritas a partir de média e desvio padrão; as variáveis categóricas, com frequências absolutas e relativas. Os períodos pré e pós-intervenção foram comparados pelo teste *t* de Student, e para a escolha desse teste, levou-se em consideração o comportamento dos dados avaliados pelo teste de normalidade. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos com $p < 0,05$ (IC95%).

RESULTADOS

Entre os pacientes cuidados por seus familiares, uma discreta maioria era do sexo masculino (53,3%), com média de idade de $42,3 \pm 6,5$ anos, média de diagnóstico de $14 \pm 5,8$ anos e $6 \pm 2,4$ anos de tratamento. Um total de 19 (66%) pacientes já havia passado por internações psiquiátricas, com média de 4 anos desde a última internação.

Com relação aos cuidadores, 73% ($n = 21$) eram do sexo feminino, sendo 33% ($n = 9$) mães dos pacientes. A média de idade foi de $55,2 \pm 9,4$ anos, e a escolaridade revelou que 43% ($n = 12$) não concluíram ensino fundamental (média de $4 \pm 2,5$ anos), 73% ($n = 21$) eram ativos profissionalmente e 33% ($n = 9$), donas de casa. Observou-se, ainda, que 46,6% ($n = 13$) apresentavam problemas de saúde diagnosticados por médicos e 70% ($n = 21$) disseram ser os únicos cuidadores responsáveis. Os principais diagnósticos referidos pelos cuidadores foram: hipertensão arterial (11%), doenças musculoesqueléticas (18%), diabetes melito (9%), entre outras.

Quanto à frequência de sobrecarga dos cuidadores nos dois momentos de intervenção psicoeducacional, os dados estão apresentados na Tabela 1.

A análise da consistência interna da BI foi realizada em dois momentos distintos. Na primeira intervenção, apresentou boa confiabilidade, com alfa de Cronbach (α) = 0,85, e depois da intervenção, $\alpha = 0,90$.



¹ Terapeuta ocupacional, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Base de São José do Rio Preto, Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME), São José do Rio Preto, SP. ² Psiquiatra, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Base de São José do Rio Preto, FUNFARME, São José do Rio Preto, SP. ³ Residente de Terapia Ocupacional, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Base de São José do Rio Preto, FUNFARME, São José do Rio Preto, SP. ⁴ Terapeuta ocupacional, Departamento de Ciências Neurológicas, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, foi possível verificar que os grupos psicoeducacionais são capazes de diminuir a sobrecarga percebida pelos cuidadores de pacientes psicóticos.

Observou-se, neste estudo, que os cuidadores eram, em sua maioria, mulheres. Estudos demonstram que muitos sistemas de saúde fragmentam o cuidado às mulheres, priorizando atenção primária, obstétrica/ginecológica e outras especialidades, mas não as abordam como cuidadoras primárias de pais, filhos e cônjuges. Referem que deve haver uma reestruturação desses sistemas e uma organização de cuidados, melhorando potencialmente sua saúde mental e física^{8,9}.

A sobrecarga evidenciada, na sua maioria, foi moderada a severa, revelando alterações nas atividades cotidianas por motivo do cuidado. Souza Filho et al.¹⁰ corroboram esse resultado em seu estudo, onde relatam que cuidadores de adultos com esquizofrenia apresentavam sobrecarga objetiva para realizar suas atividades cotidianas (42,85%), seguida de alterações nas atividades sociais ou lazer. Também referem que sofreram impedimento à dedicação de outros membros da família e alterações em seu serviço e rotina.

Este estudo também revelou o tempo de diagnóstico ($14 \pm 5,8$ anos). Alguns estudos sobre os cuidadores de pacientes psiquiátricos abordam a sua sobrecarga, mas poucos avaliam a sua qualidade de vida. Caqueo-Urizar et al.¹¹ referem que esses dois conceitos estão relacionados, pois a sobrecarga devido ao papel de cuidador resulta em uma diminuição da qualidade de vida.

Com relação à intervenção psicoeducacional, neste estudo, a melhora da sobrecarga, com diferença

significante entre a pré e a pós-intervenção, é relatada também por outras pesquisas, onde a psicoeducação tem sido usada, mostrando-se efetiva e melhorando a qualidade em cuidados primários^{12,13}. O grupo psicoeducacional busca, tanto para pacientes como para cuidadores, melhorar o conhecimento do transtorno, promover um estilo de vida saudável e adquirir hábitos que são benéficos para a saúde¹⁴.

Scafuzca¹⁵ revela que apenas estratégias educativas podem resultar em mudanças sobre a quantidade de informação que os familiares têm sobre o transtorno, mas não reduzem as perturbações emocionais e a sobrecarga dos familiares por longo tempo. Ainda assim, os familiares aprovam essas intervenções, visto que melhoram a qualidade de vida de toda a família.

CONCLUSÃO

O grupo psicoeducacional permitiu estimular uma participação mais ativa dos cuidadores, autorreferindo sua sobrecarga, compartilhando experiências e implementando mudanças no seu cotidiano. Trata-se de uma prática viável nos sistemas públicos de saúde, visto que promove acesso a informações atualizadas, que podem mudar crenças, valores e compreensão acerca do cuidado.

Artigo submetido em 10/01/2018, aceito em 25/01/2018.

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Marielza R. Ismael Martins, Departamento de Ciências Neurológicas, FAMERP, Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, CEP 15090-000, São José do Rio Preto, SP. E-mail: marielzamartins@famerp.br

Tabela 1 - Distribuição da sobrecarga dos cuidadores no início do grupo psicoeducacional e após o término

Zarit Burden Interview	Pré-intervenção (%) (n = 30)	Pós-intervenção (%) (n = 30)	Valor de p
Ausência de sobrecarga (< 21)	3,3 (n = 1)	0	0,84
Sobrecarga moderada (21 a 40)	23,3 (n=7)	10,0 (n=3)	0,048*
Sobrecarga moderada/severa (41 a 60)	40,0 (n = 12)	23,3 (n = 7)	0,035*
Sobrecarga severa (≥ 61)	33,3 (n = 10)	20,0 (n = 6)	0,048*

*p ≤ 0,05: diferença estatisticamente significante.

ADRIANA MAIRA MARINI
FABIO BORGHI
CAMILA MATA SILVA
MARIELZA R. ISMAEL MARTINS

Referências

1. Garrabé J. [Languages and the history of psychiatry]. *Hist Psychiatry*. 2014;25:422-30.
2. Assis ABO, Brandao JGP, Esposito POP, Tessari Junior O, Ortiz BB. Fatores de risco associados a esquizofrenia resistente ao tratamento em primeiro episódio psicótico. *Rev Debates Psiquiatr*. 2017;4:8-12.
3. McFarlane WR. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review. *Fam Process*. 2016;55:460-82.
4. Cohen M, Fleck MPA, Lima AFBS. Qualidade de vida em cuidadores de pacientes com transtorno de humor bipolar e esquizofrenia (thesis). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
5. Pan PM, Zugman A, Chaves AC. Primeiro episódio psicótico. In: Noto CS, Bressan RA. *Avanços no tratamento multidisciplinar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 67-80.
6. Velligan DI, Diamond P, Mueller J, Li X, Maples N, Wang M, et al. The short-term impact of generic versus individualized environmental supports on functional outcomes and target behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2009;168:94-101.
7. Scafuzca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24:12-7.
8. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez-Villalba AM, García Valencia J. [Psychoeducation in schizophrenia]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44:143-9.
9. Chin JL, Yee BW, Banks ME. Women's health and behavioral health issues in health care reform. *J Soc Work Disabil Rehabil*. 2014;13:122-38.
10. SouzaFilhoMD, SousaAO, ParenteACBV, Carvalho e Martins MC. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicol Estud*. 2010;15:639-47.
11. Caqueo-Urizar A, Urzua A, Boyer L. Caregivers' perception of patients' cognitive deficits in schizophrenia and its influence on their quality of life. *Psicothema* 2016;28:150-5.
12. Mayoral F, Berrozpe A, de la Higuera J, Martinez-Jambrina JJ, de Dios Luna J, Torres-Gonzalez F. Efficacy of a family intervention program for prevention of hospitalization in patients with schizophrenia. A naturalistic multicenter controlled and randomized study in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:83-91.
13. Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03244.
14. Ahunca Velásquez LF, García Valencia J, Bohórquez Peñaranda AP, Gómez-Restrepo C, Jaramillo González LE, Palacio Acosta C. [Psychosocial interventions in acute and maintenance treatment of adult patients diagnosed with schizophrenia]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;44:75-89.
15. Scafuzca M. Abordagem familiar em esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:50-2.

DESOSPITALIZAÇÃO, MORADIAS ASSISTIDAS E INCLUSÃO SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL

HOSPITAL DISCHARGE, ASSISTED LIVING FACILITIES, AND SOCIAL INCLUSION IN THE CONTEXT OF THE BRAZILIAN MENTAL HEALTH POLICY

Resumo

Objetivo: Investigar a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, com história de internação de longa permanência em um hospital psiquiátrico, transferidas para residências terapêuticas em uma vila de Porto Alegre (RS).

Método: Esta foi uma pesquisa qualitativa descritiva associada às técnicas de observação participante e entrevistas em profundidade. Foram realizadas 25 entrevistas com os moradores locais.

Resultados: A Vila Cachorro Sentado é uma área invadida, em meio a um bairro de classe média, dominada pelo tráfico de drogas e pelo comércio ilegal de produtos roubados. A vida social na vila é restrita ou inexistente; a discriminação e o estigma estão presentes, inclusive com atitudes hostis. O retraimento das pessoas com transtornos mentais desospitalizadas pode ser constatado.

Conclusões: A criação das residências terapêuticas, em meio à realidade da vila, compromete o alcance dos objetivos de reinserção social, liberdade e retomada de autonomia das pessoas com transtornos mentais transferidas para esses serviços substitutivos.

Palavras-chave: Antropologia cultural, desinstitucionalização, moradias assistidas, política pública de saúde, saúde mental.

Abstract

Objective: To investigate the social inclusion of long-term inpatients with mental illnesses discharged from psychiatric hospitals and transferred to assisted living facilities in a low socioeconomic status community in Porto Alegre.

Method: This was a qualitative descriptive study associated with participant observation techniques and in-depth interviews. A total of 25 interviews were conducted with local residents.

Results: The community investigated is an invaded area located in the midst of a middle-class neighborhood, dominated by drug trafficking and illegal trading of stolen goods. Social life in the community is limited or nonexistent. Discrimination and stigma are present, including hostile attitudes. Withdrawal of the mentally ill discharged from psychiatric hospitals was observed.

Conclusions: The creation of assisted living facilities within the reality of the community hinders the achievement of the objectives of social reintegration, freedom and autonomy restoration in patients with mental illnesses transferred to these alternative services.

Keywords: Cultural anthropology, deinstitutionalization, assisted living facilities, public health policy, mental health.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apoiada na Lei nº 10.216 de 2001¹, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, entre os quais está o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). A Rede de Atenção Psicossocial² (RAPS), quando devidamente implantada, seria capaz de responder às necessidades de tratamento das pessoas com transtornos mentais em ambiente extra-hospitalar.

O lugar das moradias assistidas, ou SRT, na PNSM, é o de modalidade terapêutica substitutiva à internação psiquiátrica de longa permanência, com o objetivo, entre outros, de promover a inclusão social após a desospitalização daqueles que não possuem suporte social e/ou laços familiares para a sua inserção. Para tanto, as moradias assistidas devem estar preferencialmente inseridas na comunidade³.

No Brasil, diversos trabalhos se dedicaram a examinar o fenômeno da desospitalização e dos SRT. Alguns estudos destacam a importância dos mesmos no contexto da política de saúde mental⁴ e as novas perspectivas dos serviços substitutivos para o campo da reabilitação⁵.

Jaegger et al.⁶ pesquisaram o grau de satisfação dos usuários com o SRT no Instituto Municipal Juliano Moreira (RJ), indicando a satisfação com a equipe, instalações e com o próprio grupo.

Furtado et al.⁷ avaliou a situação atual do SRT no Sistema Único de Saúde (SUS), concluindo que o número desses equipamentos está aquém do necessário e que a transformação das mentalidades em relação à loucura e à implicação dos gestores municipais ainda constitui um entrave para a expansão do SRT no Brasil.

Suiyama et al.⁸ realizaram um levantamento bibliográfico (1980, 1990 e 2000) contextualizando o surgimento de projetos de moradia para pessoas com transtornos mentais no Brasil a partir da implantação da reforma psiquiátrica e a problemática dos moradores de hospitais psiquiátricos. Os resultados revelaram que a construção desses espaços não garante a mudança na lógica das relações institucionais com pessoas com transtornos mentais, permanecendo como um desafio o resgate da subjetividade dos sujeitos, por meio da ampliação dos espaços de troca e participação dos sujeitos que neles residem.

Vidal et al.⁹ apresentaram uma revisão da literatura sobre a experiência do SRT no município de Barbacena (MG). Concluíram que, apesar das dificuldades na sua implantação, os tratamentos de base comunitária tornaram-se o modelo dominante de cuidados psiquiátricos, ressaltando que, para os pacientes desospitalizados, os SRT têm papel importante no processo de reinserção social.

Silveira & Santos Junior¹⁰ realizaram uma pesquisa nos SRT do município de Campina Grande (PB), Brasil, com o objetivo de conhecer as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, na prática de cuidado delineada a partir do referido serviço, e identificar as perspectivas por eles apontadas para os(as) moradores(as). Os resultados mostraram que as principais dificuldades enfrentadas são de base estrutural, insuficiência de recursos humanos e/ou falta de capacitação e de apoio social. Concluíram que, apesar das dificuldades vivenciadas, é possível ver avanços, como a autonomia de alguns moradores. Todavia, por ser um serviço recente, precisa ser constantemente avaliado.

Martins et al.¹¹ se ocuparam de caracterizar o estigma vivenciado por pessoas com transtorno mental e profissionais de saúde durante o processo de implantação dos SRT e analisar a atuação da equipe de enfermagem para a transposição desses obstáculos e implantação dos mesmos. Foi observado que o estigma social resultou na resistência de alguns atores sociais para a implantação e permanência dos SRT, tanto por parte dos moradores próximos aos mesmos quanto para o aluguel desses imóveis. Concluíram que o enfermeiro teve papel fundamental ao interferir no processo de estigmatização da pessoa com transtorno mental e dos profissionais de saúde mental, mostrando que a mudança na forma da assistência prestada seria uma inovação.

Furtado¹², a partir de revisão narrativa, analisou os antecedentes e a constituição de moradias para pessoas com transtorno mental grave implementadas no Brasil pelo SUS. Identificou a pouca discussão sobre os limites do SRT e a quase inexistência de discussões sobre alternativas para as necessidades de moradia de pacientes graves ligados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Constatou, sob a reflexão da experiência canadense, a necessidade e os caminhos possíveis de ampliação não só quantitativa, mas

sobretudo qualitativa, das formas de apoio às moradias de pessoas com transtorno mental grave no Brasil.

Almeida Filho et al.¹³ discutiram como os SRT para usuários com transtorno mental, nos municípios de Miranda do Corvo, Portugal, e de Volta Redonda (RJ), Brasil, contribuem para o processo de reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento psíquico. Constataram que, embora em ambos os municípios a intenção seja a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico, em Miranda do Corvo, a gestão financeira e administrativa é de responsabilidade de uma Fundação, e em Volta Redonda, essa gestão fica sob os auspícios do poder executivo municipal. Além disso, em Miranda do Corvo, observou-se a adoção de normas disciplinares em função do excesso de usuários.

Esses estudos deixam evidente a multiplicidade de situações e contextos em que foram pesquisados os SRT, sem ainda poder chegar a conclusões gerais ou definitivas, o que reforça a necessidade de pesquisas mais detalhadas sobre os mesmos, como a investigação apresentada neste texto.

Nessa direção, este artigo foi desenvolvido com base nos resultados de uma tese de doutorado realizada no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, com o propósito de investigar o processo de inclusão social das pessoas com transtornos mentais selecionadas e transferidas para o SRT Morada São Pedro (SRT-MSP), na perspectiva dos moradores da Vila Cachorro Sentado/Vila São Pedro (VCS/VSP), em Porto Alegre (RS).

MÉTODO

Foi realizada pesquisa qualitativa descritiva. As técnicas de observação participante e de entrevistas em profundidade^{14,15} permitiram o detalhamento da realidade do processo de inclusão social investigado, envolvendo pessoas com transtornos mentais e demais moradores da VCS/VSP, no período de outubro de 2009 a janeiro de 2011.

Lévi-Strauss¹⁶ salienta que a antropologia assume o homem como objeto de estudo, mas difere das outras ciências humanas por aspirar compreender o seu objeto nas suas mais diferentes formas. Martin¹⁷ destaca que a principal consequência dessa abordagem é caracterizar o ser humano como essencialmente cultural, ou seja, capaz de pensar simbolicamente. Assim, quando a antropologia

se insere no debate das questões da área da saúde, necessariamente faz um deslocamento da compreensão biomédica, buscando entender o ser humano em sua totalidade, como vários autores chamaram a atenção, sejam eles clássicos ou contemporâneos^{16,18-20}.

O relativismo cultural faz lembrar que não somos a única cultura possível, assim como as nossas soluções para problemas cotidianos não são melhores nem piores do que as de outras culturas ou subculturas; são simplesmente diferentes. É necessário romper com o nosso etnocentrismo e buscar a lógica que orienta o comportamento do outro¹⁷.

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, ser morador da VCS/VSP, ter idade entre 21 e 70 anos, não ser egresso de internação no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e possuir competência para compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para Minayo²¹, o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. Foram realizadas 25 entrevistas semiestruturadas, gravadas em meio digital e transcritas para análise das categorias de estudo identificadas pelo pesquisador. A quantidade de participantes foi indicada pela própria saturação ou recorrência dos dados, ao se observar que a busca de novos sujeitos não iria acrescentar mais nenhum dado novo à investigação. O material de pesquisa obtido foi refletido e analisado tendo como referencial teórico o conceito de cultura^{14,15}.

A pesquisa foi realizada tendo como garantia os aspectos éticos e confidenciais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HPSP, conforme Resolução nº 9.003, e pelo CEP da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo, conforme CEP nº 1577/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SRT-MSP faz parte de um projeto intitulado São Pedro Cidadão, que foi aprovado em 1999 pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, o qual foi assumido como um projeto prioritário pelo governo estadual (gestão 1999-2003), com o propósito de atender os ideais do movimento da

MD. MSc. PhD. Pós-Doutor. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

Reforma da Assistência Psiquiátrica de desospitalização e desinstitucionalização de pacientes com história de internação de longa permanência no HPSP.

Nesse contexto, o SRT-MSP se constitui como uma estratégia para “desconstrução” do HPSP, nos moldes das residências terapêuticas (alternativa de moradia para egressos dos hospitais psiquiátricos internados há muitos anos) disciplinadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Assim, o SRT-MSP é um conjunto de moradias construído em uma área atrás do HPSP, contígua a uma área invadida, denominada inicialmente VCS. Para fins

deste estudo, será denominada VSP a área específica que passou a abrigar as 36 residências terapêuticas construídas, juntamente com as 30 casas construídas para serem entregues aos moradores da VCS, por conviverem proximamente com pacientes egressos do HPSP. A denominação de VCS refere-se, exclusivamente, à área invadida, com seus moradores nativos e que não conta com moradores egressos do HPSP.

A Tabela 1 apresenta as características dos moradores da VCS/VSP que participaram deste estudo, identificados pelas letras M ou F, dependendo do sexo, mais o

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo, Porto Alegre (RS), 2009-2011

Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Religião	Local	Tempo (anos)
F01	21	Casada	EFI	Nenhuma	VSP	5
F02	28	Casada	EFI	Católica	VSP	11
F03	48	Casada	EFI	Católica	VSP	21
F04	68	Viúva	EFI	Evangélica	VSP	50
F05	21	Solteira	EMC	Católica	VSP	21
F06	58	Casada	EFI	Católica	VSP	16
M07	41	Casado	EFI	Evangélica	VCS	13
M08	31	Casado	EFC	Católica	VCS	8
M09	36	Casado	Analfabeto	Nenhuma	VCS	25
F10	44	Casada	EFI	Católica	VCS	19
F11	46	Casada	EMC	Católica	VCS	8
F12	37	Separada	EFI	Umbanda	VCS	20
F13	59	Viúva	EFI	Evangélica	VCS	25
F14	57	Viúva	EFI	Católica	VSP	26
M15	28	Solteiro	EMC	Católica	VSP	26
F16	34	Casada	EFC	Católica	VCS	14
F17	67	Viúva	EFI	Evangélica	VCS	31
M18	28	Solteiro	EMC	Evangélica	VCS	28
F19	46	Casada	EFI	Evangélica	VCS	18
F20	48	Viúva	EMI	Nenhuma	VCS	19
F21	57	Solteira	EFI	Evangélica	VSP	22
F22	51	Solteira	EFC	Evangélica	VCS	29
M23	28	Casado	EMI	Evangélica	VSP	23
M24	40	Solteiro	EMC	Umbanda	VSP	20
F25	44	Separada	EMI	Espírita	VCS	3

EFC = ensino fundamental completo; EFI = ensino fundamental incompleto; EMC = ensino médio completo; EMI = ensino médio incompleto; VCS = Vila Cachorro Sentado; VSP = Vila São Pedro.

número correspondente à ordem em que as entrevistas ocorreram e distribuídos por idade, estado civil (o estado civil é aquele informado pelo participante, sem qualquer comprovação documental), escolaridade, religião, local e tempo de residência na vila (VCS ou VSP).

Residências terapêuticas e o cotidiano da vila

O SRT-MSP constitui um conjunto de moradias assistidas, todas com capacidade para quatro habitantes, construídas numa área localizada entre os fundos do HPSP e a VCS, com o propósito de promover a desospitalização e a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais com história de internação de longa permanência no HPSP. Foi inaugurado em 30 de dezembro de 2002, com oito pacientes egressos do HPSP e boa parte das obras ainda inacabadas. O SRT-MSP funciona com uma capacidade instalada 25% inferior àquela planejada, pois das 36 casas previstas, foram construídas 27. Após a instalação do SRT-MSP, a vila foi renomeada para VSP. A taxa média mensal de ocupação dos SRT-MSP se situa ao redor de 50%.

A VCS/VSP é uma área invadida em meio a um bairro de classe média. Encontra-se próxima ao centro da cidade, e seu entorno oferece acesso fácil a transporte coletivo de qualidade e a um *mix* de serviços e lazer. Chamam a atenção os nítidos contrastes decorrentes da regularização fundiária de parte da área invadida, onde os benefícios dessa intervenção estatal podem ser constatados no local onde está localizado o SRT-MSP.

Para que os moradores da VCS/VSP aceitassem o convívio com os pacientes desospitalizados, foram oferecidas 30 casas de um dormitório, construídas em frente às casas destinadas aos pacientes, o que beneficiou poucas famílias nativas, juntamente com a promessa de regularização fundiária do restante da vila, fato que até agora não ocorreu.

A VCS/VSP, atualmente, é dominada pelo tráfico de drogas e pelo comércio de produtos roubados. O cotidiano da vila é marcado tanto pela violência intrínseca, característica dessas atividades ilegais, quanto pelo pacto de silêncio compulsório entre os seus moradores, como se pode constatar nessas falas:

[...] A nossa vila, ela é comandada pelo tráfico [...] tem que andar de acordo. (F19, 46 anos)

[...] Tem a lei do silêncio e que as pessoas não podem se manifestar. Existe esse pacto. [...] Já sabe como são os códigos de conduta dentro da comunidade. (M24, 40 anos)

Poucos têm emprego estável. A maioria ganha a vida como catadores/papeleiros, auxiliares na construção civil, empregados domésticos; outros, cometendo furtos ou, ainda, envolvidos no narcotráfico.

Não se pode ocultar a fama que a vila carrega de ser muito violenta e de ser um ponto de tráfico de drogas e desmanche de carros; um lugar considerado perigoso de se estar e muito mais de se morar.

O convívio entre os moradores da VCS/VSP é subjugado à realidade da vila. Observou-se que as relações sociais de vizinhança, como ir à casa do outro para uma prosa, uma reza, para tomar um café, uma cerveja ou ainda um chimarrão, são restritas ou inexistentes, como mostra a seguinte fala:

[...] Antigamente não tinha tanta droga, tanta perdição, tanto tráfico, tanto roubo. Não dá pra entrar altas horas da noite porque torna-se perigoso. (M23, 28 anos)

A sociabilidade entre os moradores da VCS/VSP se mantém dentro dos limites dos vínculos familiares existentes entre alguns. O isolamento social é um comportamento frequente e pode ser observado durante as visitas ao campo. Apesar das tentativas dos participantes nas suas respostas de descrever um clima de sossego, concórdia e respeito entre os moradores da vila, restou evidente que se trata de uma estratégia acauteladora da tensão das relações naquela comunidade.

Estigma, discriminação e hostilidade

O estigma e a discriminação estavam presentes entre os moradores da VCS/VSP com relação aos pacientes desospitalizados. Para os moradores da vila, as pessoas com transtornos mentais deveriam morar em hospitais ou em algum lugar onde fossem “bem tratadas”. Ou seja, longe do convívio deles.

Martin et al.²², em seu estudo com moradores dos cortiços na região central de Santos (SP), também constataram que a maioria das entrevistadas falou sobre

MD. MSc. PhD. Pós-Doutor. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

a necessidade de um cuidador para as pessoas com transtorno mental, de preferência, em outro local que não o cortiço. Na VCS/VSP, os moradores disseram:

[...] Eles deveriam morar num lugar onde eles têm amor, num lugar onde eles são bem tratados [...] as pessoas tratam eles como doentes mentais, como loucos trancando em jaulas e em cadeias eles [...] não conseguem ter uma vivência com pessoas normais. (M23, 28 anos)

Do total de pessoas transferidas para o SRT-MSP, 50% possuem o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. De todos os transtornos mentais, a esquizofrenia é a mais estigmatizante e permanece associada a estereótipos negativos, tais como violência e perigo^{23,24}, o que termina por influenciar negativamente o prognóstico, o tratamento, a recuperação e a própria qualidade de vida do portador desse transtorno^{24,25}.

Peluso & Blay²⁶ mostram que crenças relacionadas ao estigma público em relação a pessoas com doença mental (esquizofrenia) são encontradas com frequência entre a população da cidade de São Paulo.

O estigma conduz ao preconceito e à discriminação, produzindo um impacto na vida das pessoas idêntico aos efeitos deletérios da doença, uma vez que reduz oportunidades e interfere na autoestima²⁷.

Corrigan & Penn²⁷ mostram que é comum achar que doentes mentais são rebeldes e que devem ser temidos e mantidos fora das comunidades. O medo do convívio com doentes mentais indica o hospital como sendo o melhor lugar para eles morarem, como revela o dito por uma moradora:

[...] Vamos supor que ele esteja num momento de crise e me ataque. [...] Eles saem com pau atrás da criança, eles não têm noção se vão machucar [...]. Acho que tem que ser muito bem estudado onde essas pessoas estão sendo colocadas aqui, como, por ser numa vila, eles estão correndo muitos riscos. (F05, 21 anos)

Corrigan et al.²⁸ referem a existência de uma forte correlação entre os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação à doença mental, devido à pouca frequência do convívio. O medo de uma moradora é retratado nessa fala:

[...] A gente tem até medo deles, porque uns passam gritando, outros passam nervosos. A gente nem convive com eles. (F25, 44 anos)

O comportamento social diretamente associado à loucura mostra-se inaceitável, produtor de medo e característico da doença mental. Entretanto, indivíduos ditos “normais”, quando exibem atitudes como gritar, ficar nervoso, agredir, perder o controle ou ainda a violência produzida por um alcoolista, por exemplo, são bem mais tolerados socialmente. Tal fenômeno leva a crer que, de um lado, alguns atores sociais teriam a permissão para determinados comportamentos e que, de outro, o que realmente assusta na loucura ainda é desconhecido, por se tratar de uma experiência irreduzível e simbolizada de modo particular.

Os moradores da VCS/VSP demonstraram pouco conhecimento ou informação técnica sobre o que são os transtornos mentais e quais as suas causas, fato constatado da mesma forma por Martin¹⁷, em estudo realizado em outro contexto no qual vivem pessoas com transtornos mentais em situação de pobreza e vulnerabilidade. Mesmo assim, os pacientes desospitalizados também são vistos como diferentes. Há preconceito pelo comportamento, que, segundo os moradores da vila, é típico das pessoas com transtorno mental, caracterizando-as pelo “seu jeito diferente” dos demais. Segundo uma moradora:

[...] A gente vê a diferença entre uma pessoa normal e eles que são pacientes, eles são diferentes. [...] Dá pra ver a diferença entre os moradores e esses pacientes. (F19, 46 anos)

Na VCS/VSP, houve manifestações como a desta moradora:

[...] Acho que tá faltando tratamento pra eles. [...] Colocaram eles nas casinhas, mas tem pessoas que precisam de tratamento e não têm. (F11, 46 anos)

A hostilidade com os pacientes desospitalizados por parte de alguns moradores da vila, sobretudo do lado da VCS, foi destacada. São ataques morais (chacotas e zombarias diversas), furtos, roubos e outros tratamentos, muitas vezes, de agressividade. De acordo com um morador:

[...] Jogam pedras, pessoas que moram lá na vila, mexem. [...] Eles podem entrar dentro da casa deles pra roubar. Hoje em dia eles vivem trancados, eles vivem com grade tanto na porta como no portão, tem que ser vigiados 24 horas porque é perigosa a convivência deles com algumas pessoas da vila. (M23, 28 anos)

Aqui o perigo se inverte. Não são as pessoas “normais” que temem a loucura. O louco é reconhecido pelos moradores como vítima, em função da ideia de fraqueza que está ligada ao conceito de doença mental, o que faz com que os “normais” possam tirar proveito dessa situação.

O estigma é uma construção social que desvaloriza as pessoas como resultado de uma característica que as marca, tornando-as distintas das demais. A Organização Mundial de Saúde e a Associação Mundial de Psiquiatria reconhecem que a estigmatização e a discriminação ligadas aos transtornos mentais estão fortemente associadas com deficiência, sofrimento e pobreza²⁹.

Retraimento social das pessoas com transtornos mentais desospitalizadas

As pessoas desospitalizadas que moram no SRT-MSP ficam a maior parte do tempo em suas próprias casas, separadas do convívio com o restante da vila. Mais recentemente (nos últimos 2 anos), os moradores da VSP começaram a perceber que tais pessoas passaram a caminhar pela vila. Uma moradora chama a atenção para essa realidade ao dizer:

[...] Eles ficam na casa deles, não se envolvem. [...] Eu acho que eles são até orientados pra não se envolver, porque se eles se envolverem vira numa coisa. É aquele lado lá que não tá organizado, é brabo lá. (F21, 57 anos)

Quando saem, as pessoas com transtornos mentais são reconduzidas às suas casas pelos guardas contratados pelo HPSP para sua segurança. A fragilidade do cuidado de si e do patrimônio à sua disposição tornou essas pessoas alvo fácil para furtos praticados por alguns moradores da VCS, o que determinou a necessidade de guardas no SRT-MSP. Ressalta um morador:

[...] Algumas coisas são limitadas pra eles, eu acho. Quando estão muito tarde na rua, vejo que os guardas botam eles pra dentro. (M08, 31 anos)

As deficiências para as atividades de vida corriqueira (lidar com dinheiro, fazer operações matemáticas elementares, entre outras), decorrentes do avanço do transtorno mental, colocam essas pessoas em risco, por exemplo, ao comprarem algo no comércio da vila, onde podem ser enganados no preço do produto, no troco ou até mesmo ter o seu dinheiro roubado, situação que reforça o seu ostracismo, reconhecido por uma moradora que disse:

[...] Anoiteceu, eles estão tudo dentro de casa. Até no início eles foram muito roubados, os moradores da VCS roubavam as coisas. (F21, 57 anos)

A falta de uma melhor compreensão dos moradores da vila para o fato de que as pessoas com transtornos mentais possuem necessidades especiais, o que também foi encontrado em outros estudos^{22,26}, contribui para que eles não sejam acolhidos da maneira esperada pelos idealizadores do projeto SRT-MSP e se mantenham apartados dos demais moradores. Esse fato foi narrado por um morador:

[...] Esses novos moradores têm casas novas, nós estamos aqui ainda sofrendo com a necessidade de ter moradia, de ter saneamento, de ter esgoto, e eles já têm. Então fica aquela coisa meio à parte: eles e nós. (M18, 28 anos)

As experiências de integração social ou de reintegração das pessoas que sofrem de transtornos mentais, entre eles, a esquizofrenia, quando retornam para a comunidade, vêm sendo investigadas por alguns pesquisadores³⁰.

Garrison³¹ comparou as redes de relação social de mulheres que tinham ou não esquizofrenia e eram imigrantes de Porto Rico para examinar se haveria sistemas de amparo que ocorressem naturalmente e que poderiam ser acionados para reintegrar ex-pacientes psiquiátricos na comunidade. Concluiu que os sistemas de amparo natural (que eram recriados em função da dependência geralmente mantida por esses doentes mentais em associações ou pessoas não aparentadas) ajudavam mais que a família, cujos vínculos conjugais e as relações com outros parentes estavam rompidos.

Estroff³² observou um grupo de pacientes que havia deixado o hospital e começou a participar de um programa comunitário de atendimento psiquiátrico, propondo-se a responder como uma pessoa consegue viver na comunidade quando é identificada por ela mesma e pelos outros como “louca”. Concluiu que os próprios pacientes psiquiátricos mantêm e perpetuam estratégias de sobrevivência no interior da comunidade, quando, por exemplo, fazem uso de sua identidade ou papel de pessoa “louca” como o meio pelo qual obtêm sucesso ou sobrevivem.

Corin³³ comparou um grupo de pessoas com esquizofrenia que tinha sofrido diversas hospitalizações com um grupo que apresentava poucas hospitalizações nos últimos anos, com o objetivo de compreender as estratégias desenvolvidas pelos pacientes esquizofrênicos hospitalizados versus não re-hospitalizados em relação à sua habilidade de permanecer na comunidade. Concluiu que os sinais de retraimento, a falta de envolvimento ou a inatividade não devem ser interpretados somente como sintomas negativos, mas como fenômenos que se referem a uma experiência fundamental de si próprio e do mundo.

Dalmolin & Vasconcellos³⁴ analisaram como pessoas com sofrimento psíquico vivenciam suas necessidades especiais e interagem com a comunidade local nos espaços públicos urbanos em Passo Fundo (RS). O estudo mostra ser possível o convívio social, ao contrário da ideia de exclusão dos doentes mentais por não conseguirem obedecer às regras mínimas de convivência ou por impertinência às regras de assistência. Concluíram que se trata de compreender o sujeito no contexto intersubjetivo e sociocultural como possibilidade de ampliar a inclusão, convivência, liberdade e identificação com o outro não doente, exercitando papéis aceitos nos códigos socioculturais da cidade.

É possível que tais pessoas tenham alguma forma de inclusão social em serviços terapêuticos, porém é indispensável a existência de um planejamento que leve em conta a realidade do lugar e o modo de vida das pessoas que nele vivem para a implantação das moradias assistidas.

A inclusão social está sendo entendida como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades

especiais e como, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

A VCS/VSP, como território do SRT-MSP, é por si só um espaço de exclusão social. Primeiro, pela forma como se organiza como espaço de vida. Segundo, pelo abandono daqueles que lá vivem pelo Estado. E, por fim, pela apropriação da vila pelo narcotráfico.

CONCLUSÕES

A VCS/VSP é uma área invadida e dominada pelo tráfico de drogas. As condutas desviantes e a violência local decorrente dessas circunstâncias determinam aos seus moradores um modo de vida marcado pelo medo, silêncio e convívio subordinado.

O relacionamento social dos moradores da vila com as pessoas com transtornos mentais desospitalizadas é restrito, quando não inexistente. A estigmatização e a discriminação contribuem para a manutenção do *status quo* de exclusão.

A criação do SRT-MSP, em meio à realidade da VCS/VSP, coloca dúvidas quanto à conquista dos objetivos de reinserção social, liberdade e retomada da autonomia das pessoas com transtornos mentais transferidas para esses serviços substitutivos, entre outras metas da reforma institucional no setor médico-psiquiátrico.

Para o alcance das medidas que visam à melhoria da atenção à saúde mental, é determinante que as políticas públicas de desospitalização e desinstitucionalização, sugeridas pela reforma psiquiátrica, sejam acompanhadas de financiamento adequado às necessidades de infraestrutura, expansão e cobertura da rede ambulatorial^{35,36}, o que não vem acontecendo no Brasil, em que pesem algumas exceções que confirmam a regra.

Artigo submetido em 22/11/2017, aceito em 17/01/2018. O autor informa não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; Edital Universal, MCT/CNPq nº 14/2011, Processo nº 471707/2010-4).

Correspondência: César Augusto Trinta Weber, Av. Ecoville, 190, casa 07, Bairro Sarandi, CEP 91150-400, Porto Alegre, RS. E-mail: trintaweber@hotmail.com

Referências

1. Brasil, Código Civil. Lei 10.216/2001. Diário Oficial da União, 06 abril 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 3.088/2011. Diário Oficial da União, 23 dezembro 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 106/2000. Diário Oficial da União, 11 fevereiro 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf
4. Mângia EF. Contribuição da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para terapia ocupacional em saúde mental. *Rev Ter Ocup.* 2002;13:127-34.
5. Mângia EF, Marques ALM. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. *Rev Ter Ocup.* 2004;15:129-35.
6. Jaegger RC, Guitton AP, Lyrio JM, Santos MM, Freitas RCO, Gonçalves SR, et al. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cad Saude Coletiva.* 2004;12:27-39.
7. Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2010;14:389-400.
8. Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? *Saude Soc.* 2007;16:102-10.
9. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57:70-9.
10. Silveira MFA, Santos Junior HPO. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16:2089-98.
11. Martins GCS, Peres MAA, Oliveira AMB, Stipp MAC, Almeida Filho AJ. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Texto Contexto - Enferm.* 2013;22:327-34.
12. Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface (Botucatu).* 2013;17:635-47.
13. Almeida Filho FA, Queirós PJP, Rodrigues MA. Reabilitação psicossocial em moradias assistidas no Brasil e em Portugal. *Texto Contexto - Enferm.* 2016;25:e0770015.
14. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Rev Antropol.* 1996;39:13-37.
15. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC Editora; 2008.
16. Lévi-Strauss C. O etnólogo perante a condição humana. In: Strauss CL. O olhar distanciado. Lisboa: Edições 70; 1983. p.51-65.
17. Martin D. Abordagem antropológica em saúde mental: deslocamentos conceituais para Ampliar o Debate. In: Weber CAT. Residenciais terapêuticos: o dilema da inclusão social de doentes mentais. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012. p. 17-36.
18. Mauss M. Sociologia e antropologia. Vol. II. São Paulo: EPU; 1974.
19. Duarte LFD. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis.* 1993;3:43-73.
20. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Cienc Saude Coletiva.* 2003;8:173-83.
21. Minayo MCS. Pesquisa social – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
22. Martin D, Andreoli SB, Pinto RMF, Barreira TMHM. Condições de vida de portadores de transtornos



- psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP. Rev Saude Publica. 2011;45:693-99.
23. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry. 2005;20:529-39.
 24. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. Schizophr Bull. 1999;25:467-78.
 25. Villares CC, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia. Editorial. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25:1-2.
 26. Peluso ET, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33:130-6.
 27. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. Am Psychol. 1999;54:765-76.
 28. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. Schizophr Bull. 2001;27:219-25.
 29. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1:16-20.
 30. Redko C. Cultura, esquizofrenia e experiência. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos; 2001. p. 221-41.
 31. Garrison V. Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York city. Schizophr Bull. 1978;4:561-96.
 32. Estroff SE. Making it crazy. Berkeley: University of Califórnia; 1981.
 33. Corin EE. Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. Cult Med Psychiatry. 1990;14:153-88.
 34. Dalmolin BM, Vasconcelos MP. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. Rev Saude Publica. 2008;42:49-54.
 35. Zappitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. Rev Adm Saude. 2006;8:71-8.
 36. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Maril Jde J. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29:43-6.



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

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

PARTICIPE DE SORTEIOS EXCLUSIVOS TODA SEMANA

ACESSE NOSSA NEWSLETTER

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



LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NO PERÍODO PERINATAL

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN THE PERINATAL PERIOD

Resumo

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico relativamente comum no período perinatal. Nesse período, o TOC pode ser desencadeado ou pode ocorrer a exacerbação da doença pré-existente, com prevalências de até 9% de TOC no período pós-parto. Estima-se que haja uma associação com a flutuação dos hormônios gonadais, além da influência de outros fatores psicológicos e sociais. A apresentação clínica do TOC parece diferir durante a gestação e o período pós-parto, existindo uma predominância de obsessões de contaminação e compulsões por limpeza durante a gestação, enquanto que, no período pós-parto, os sintomas mais frequentemente encontrados na literatura científica foram as obsessões egodistônicas de conteúdo agressivo. Existem poucos estudos específicos sobre o tratamento do TOC no período perinatal, de forma que se recomenda seguir os protocolos de tratamento para a população geral, porém levando-se em consideração os potenciais efeitos adversos das medicações para o feto e/ou lactente. O presente artigo consiste em uma revisão narrativa acerca do TOC no período perinatal e tem como objetivo alertar os profissionais de saúde para a presença de sintomas obsessivos-compulsivos e do TOC nesse período, além de auxiliar o clínico a melhor reconhecer, compreender e tratar esse transtorno.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo, gravidez, período pós-parto.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a relatively common psychiatric disorder in the perinatal period. In this period, OCD can be triggered or exacerbated, with prevalence rates reaching up to 9% postpartum. It is

believed that an association exists with the fluctuation of reproductive hormones, in addition to the influence of other psychological and social factors. The clinical presentation of OCD seems to differ during pregnancy and the postpartum period, with a predominance of contamination obsessions and cleaning compulsions during pregnancy, while in the postpartum period, the symptoms most frequently found in the literature were egodystonic aggressive obsessions. There are few studies dealing specifically with the treatment of OCD in the perinatal period, so it is recommended that the treatment protocols designed for the general population should be followed, however taking into consideration the potential adverse effects of the medications on the fetus and/or breastfeeding infant. The present article is a narrative review of OCT in the perinatal period. The objective is to make health professionals aware of the presence of obsessive-compulsive symptoms and OCD in the perinatal period. Another objective was to help clinicians to better recognize, understand and treat this disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, pregnancy, postpartum period.

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, causando marcada ansiedade. As compulsões, no entanto, são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em busca de reduzir a ansiedade gerada por uma obsessão. As obsessões e as compulsões consomem

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

tempo e causam prejuízo significativo na vida social e ocupacional da pessoa portadora do transtorno¹.

Epidemiologia

O TOC tem uma prevalência durante a vida, na população geral, estimada em 2 a 3%, sendo a idade média de início em mulheres de aproximadamente 22 anos².

A prevalência do TOC no período perinatal foi demonstrada em uma série de estudos, e uma metanálise publicada em 2013 indicou que 2,07% das grávidas e 2,43% das mulheres no período pós-parto têm TOC³. No entanto, em uma amostra brasileira de 400 mulheres no período pós-parto, Zambaldi et al. encontraram uma prevalência de TOC de 9%, sendo que 2,3% dessas mulheres relataram o início dos sintomas apenas após o parto⁴.

Curso das manifestações perinatais

Quanto às pacientes com TOC pré-existente, estudos demonstraram que houve piora dos sintomas em 8 a 16% das pacientes durante a gravidez e em 29 a 50% no pós-parto^{5,6}. Existe evidência de que a exacerbação dos sintomas no período perinatal de uma gestação é um fator de risco substancial para a exacerbação em gestações subsequentes⁷. Conforme Forray et al., mulheres com exacerbação ou desencadeamento do TOC no período perinatal são mais propensas a apresentar piora dos sintomas no período pré-menstrual em comparação com as mulheres com TOC que não tiveram piora no período perinatal⁸. Outro potencial fator de risco para a exacerbação da doença consiste na comorbidade com a depressão maior^{6,9}.

ETIOLOGIA

O mecanismo neurobiológico preciso da exacerbação e da incidência do TOC no período perinatal não foi bem elucidado, porém especula-se que a flutuação dos hormônios gonadais nesse período aumente o risco de transtornos mentais em determinadas mulheres¹⁰. O estrogênio e a progesterona exercem um papel importante no funcionamento cerebral e podem modular a transmissão neuronal, afetando a síntese, a liberação e a recaptção de neurotransmissores, entre eles a serotonina, a noradrenalina, a acetilcolina e a dopamina¹¹.

Pela correlação entre a exacerbação do TOC no período perinatal e a piora dos sintomas no período pré-menstrual, sugere-se que exista um subtipo de TOC relacionado às oscilações dos esteroides sexuais. Esse achado é similar à correlação entre as maiores taxas de depressão pós-parto em mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual¹¹. Portanto, preconiza-se que haja um subgrupo de mulheres com uma sensibilidade diferenciada aos hormônios reprodutivos, de forma que eventos reprodutivos seriam gatilhos para o início ou para a exacerbação do TOC. A base biológica para essa vulnerabilidade à flutuação dos hormônios gonadais permanece desconhecida; todavia, aventa-se que decorra de uma predisposição genética. Essas alterações provavelmente estão relacionadas a alterações sutis no número e na função de diversos receptores e enzimas e a diferenças estruturais discretas no sistema nervoso central¹¹.

Outro hormônio possivelmente implicado no TOC no período perinatal seria a ocitocina. A ocitocina está relacionada ao comportamento materno em animais e está presente em níveis elevados durante o terceiro trimestre de gestação e início do puerpério, tendo em vista que ela está envolvida na contração uterina e lactação¹². Leckman et al. encontraram que a ocitocina está elevada no líquido cefalorraquidiano (LCR) de alguns pacientes com TOC¹³, sugerindo que a mesma esteja implicada na patogênese de algumas formas de TOC¹⁴.

O modelo cognitivo comportamental do TOC propõe que os pacientes atribuam uma significação superestimada a pensamentos intrusivos que são, na realidade, vivenciados universalmente. Essa noção supervalorizada, por sua vez, levaria a uma interpretação catastrófica desses pensamentos⁴. Outrossim, Fairbrother & Abramowitz sugeriram que o período perinatal desencadearia ou exacerbaria o TOC por causar um repentino aumento da responsabilidade por um ser vulnerável e dependente de cuidados¹⁵.

Não se pode deixar de mencionar as questões culturais relacionadas às altas expectativas sociais em torno da maternidade¹⁶. Inicialmente, a maioria das mães apresenta insegurança e vivencia dificuldades frente às adaptações com o bebê, as quais podem ser exacerbadas quando expostas à privação de sono. Quando, somado a esse contexto, a mulher tem de lidar com outros estressores, como financeiros e conjugais, e

depara-se com ambivalências em relação à maternidade e suas demandas, isso poderia explicar a presença de pensamentos intrusivos egodistônicos em mães com TOC ou sem, que por vezes podem ser agressivos¹⁷.

FATORES DE RISCO

Quanto aos fatores de risco, no estudo de Zambaldi et al., o TOC no período pós-parto foi associado à presença de transtornos psiquiátricos prévios, doenças somáticas, complicações obstétricas e a ter mais de um filho⁴. No estudo de Maine et al., houve associação entre TOC perinatal e parto pré-termo e pós-termo, além de parto cesáreo¹⁸. Contrariamente a esses achados, Labad et al. não encontraram correlação entre variáveis obstétricas e complicações pós-parto com TOC perinatal⁶.

No estudo prospectivo realizado por House et al., gestantes com história de diagnóstico de TOC não apresentaram mudança significativa no curso dos sintomas durante a gestação ou no período pós-parto. No entanto, o parto cesáreo e uma menor idade materna foram identificados como preditores de maior gravidade da doença¹⁹.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Apresentação clínica – particularidades na gestação

A apresentação clínica parece diferir durante a gestação e o período pós-parto. Em dois estudos de caso prospectivos com gestantes diagnosticadas com TOC, as obsessões mais comuns foram de contaminação, de simetria, de agressão e obsessões com conteúdo religioso, enquanto as compulsões mais comuns foram de limpeza, de checagem e de organização. Entre as mulheres com exacerbação do TOC na gestação, a maioria (69,2%) não relatou alterações nos conteúdos das obsessões. Nas mulheres cujos sintomas mudaram, foi relatada a adição de obsessões agressivas, incluindo o medo de ferir a si própria e imagens ferindo o recém-nascido após o parto. Foram relatadas também a adição de obsessões de contaminação e limpeza devido ao medo de o feto ter sido contaminado por microorganismos^{20,21}.

Apresentação clínica – particularidades no período pós-parto

Com relação aos sintomas no período pós-parto, percebe-se uma discrepância de resultados em

populações distintas, a despeito das diferenças metodológicas, o que sugere a influência de aspectos culturais¹⁷. Entretanto, uma série de estudos relataram a preponderância de obsessões agressivas, como o medo de ferir o bebê^{22,23}. Tais pensamentos geraram algum grau de esquivas com a criança, incluindo não dar banho, evitação de facas de cozinha e isolamento do filho por medo de machucá-lo²⁴.

No estudo de Zambaldi et al., representativo de uma amostra brasileira no período pós-parto, as obsessões mais comuns foram de agressão e de contaminação. Ademais, observou-se a presença de compulsões de limpeza e de checagem. Os pensamentos, imagens ou impulsos relatados pelas mães frequentemente incluíam o bebê, como, por exemplo, pensamentos sobre deixá-lo cair, colocá-lo no microondas, jogar água fervente no mesmo ou afogá-lo, além de compulsões por checar a respiração do bebê⁴.

No mesmo estudo, a presença de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) em puérperas sem o diagnóstico de TOC foi de 53,8% para algumas obsessões e 42,3% para algumas compulsões⁴. Esse achado foi de encontro a outros estudos, os quais encontraram índices de pensamentos obsessivos intrusivos chegando até 90%²⁵⁻²⁷. Rachman & De Silva observaram que a diferença entre as obsessões em amostras de pessoas com SOC que não preenchiam critérios diagnósticos para TOC e em amostras de pessoas com TOC seria que, nestas, as obsessões tendem a ser mais duradouras, mais frequentes e a provocar mais desconforto²⁵.

Os estudos supracitados relataram a presença em maior ou menor grau de obsessões agressivas voltadas ao bebê. Esses dados podem levantar a dúvida ou até levar a condutas alarmadas acerca da possibilidade de infanticídio e à incerteza diagnóstica com a psicose puerperal. Como exemplo, pode-se citar o estudo de caso publicado por Christian & Storch, no qual uma puérpera procurou tratamento por estar apresentando obsessões agressivas sobre ferir sua bebê. No caso, a jovem mãe foi hospitalizada involuntariamente, apesar de aceitar ser hospitalizada voluntariamente, por ter sido vista como uma ameaça à sua filha. Tal conduta reforçou o pensamento obsessivo, levando a paciente a acreditar que a internação involuntária seria uma evidência de que ela representava um risco real à prole²⁸.

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

No TOC, os sintomas são geralmente egodistônicos e identificados como irracionais, e não foram encontrados pelos autores casos documentados de mulheres com TOC no período pós-parto que intencionalmente feriram seus filhos¹⁷. Contrariamente ao TOC, a psicose puerperal costuma incluir sintomas psicóticos, confusão mental, labilidade afetiva, agitação psicomotora e comportamentos bizarros. Nesses casos, as ideias infanticidas podem fazer parte de algum delírio, e existe de fato um risco aumentado para o comportamento agressivo⁴.

Apresentação clínica – comorbidades

O transtorno depressivo maior (TDM) é o diagnóstico comórbido mais frequente em pacientes com TOC, sendo que a prevalência vitalícia de TDM em pessoas com TOC é de cerca de 67%². Similarmente, estudos relataram taxas de 37 a 60% de comorbidade de depressão em pacientes com TOC no pós-parto, com uma prevalência de 38,9% na amostra brasileira^{4,5,24}. Não está bem esclarecido se os SOC representam a causa ou o efeito da depressão pós-parto. Sabe-se que a depressão pode envolver pensamentos invasivos autodestrutivos, e é possível que os sintomas obsessivos sejam sintomas da depressão pós-parto. Alternativamente, é possível que a presença de pensamentos obsessivos seja um fator estressor, que aumente o risco da incidência de sintomas depressivos. Ainda, existe a possibilidade de que tanto o TOC quanto a depressão ocorram coincidentemente, cada um resultando de uma terceira variável, como um componente biológico²⁹. Mais estudos são necessários para esclarecer essa relação; no entanto, ela nos alerta para a necessidade de investigar SOC em paciente com depressão perinatal.

TRATAMENTO

Poucos estudos avaliaram a associação entre TOC no período perinatal e riscos ao feto, contudo diversos estudos mostraram que o estresse e a ansiedade em gestantes estão associados com o aumento da resistência placentária, parto pré-termo, maior risco de descolamento de placenta, prejuízo no sono e na alimentação do bebê no período perinatal, além de hiperatividade e problemas comportamentais e emocionais na infância³⁰⁻³⁷.

Estudos recentes observaram que recém-nascidos de mulheres com TOC tiveram menor peso ao nascer

e aumento dos níveis de fator de necrose tumoral alfa – uma citocina pró-inflamatória que exerce importante papel na sobrevivência, proliferação e diferenciação neuronal – em células progenitoras neurais do sangue do cordão umbilical. Esses achados mostram que o TOC pode potencialmente afetar o neurodesenvolvimento do feto^{38,39}.

Quando não adequadamente tratado, o TOC pode cronificar-se e apresentar um alto índice de comorbidades, principalmente com a depressão maior e com os transtornos de ansiedade⁴⁰⁻⁴². Além do mais, os sintomas direcionados ao bebê podem causar um impacto significativo no vínculo entre a mãe e a criança. Algumas mães, por temerem ferir seus filhos, afastam-se deles, chegando, em alguns casos, a sentirem-se inaptas aos cuidados e mesmo se recusarem a cuidar do bebê^{15,29}. Não obstante, o tempo consumido ao realizar compulsões leva a mãe a reduzir o tempo que seria necessário à maternagem¹⁷.

Tratamento psicoterápico

Diversas metanálises demonstram os benefícios da psicoterapia, principalmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), para o tratamento do TOC⁴³⁻⁵⁰. Ademais, a combinação de tratamento psicológico e farmacológico mostra-se superior à medicação em monoterapia⁵¹⁻⁵⁵. Esses achados expõem que se a medicação for necessária ou preferida, a adição de TCC ao tratamento farmacológico pode potencializar a resposta e reduzir os índices de recidiva⁵⁶. Essas indicações aplicam-se para os transtornos ansiosos e para o TOC no período perinatal. No entanto, o uso da TCC contém algumas limitações, como a disponibilidade de terapeutas experientes e a gravidade do transtorno⁵⁷.

Tratamento farmacológico

A decisão acerca do tratamento do TOC no período perinatal deve ser baseada em diversos fatores e deve pesar o risco do transtorno mental materno não tratado comparado aos potenciais efeitos adversos dos psicotrópicos⁵⁸. A tomada de decisões requer uma avaliação psiquiátrica minuciosa, que inclua o histórico psiquiátrico pessoal e familiar, a severidade do transtorno, os efeitos terapêuticos e colaterais das medicações, a segurança das medicações para o feto e para o lactente,

¹ Médica psiquiatra. Fellow em Saúde Mental da Mulher, Departamento de Psiquiatria, McMaster University, Hamilton, Canadá. ² Médico psiquiatra. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Membro fundador, International Association for Women's Mental Health. ³ Médico psiquiatra. Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁴ Psiquiatra, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, USP, São Paulo, SP. ⁵ Médico psiquiatra. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria – Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. ⁶ Psiquiatra forense, psicogeriatra e psicoterapeuta pela ABP. Psiquiatra, ProMulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁷ Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁸ Médica psiquiatra pela ABP. Membro fundador, Serviço de Saúde Mental da Mulher e Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP. Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ). Presidente da ABP, 2010-2013.

as respostas prévias aos psicofármacos e a efetividade no tratamento do TOC⁵⁹.

O tratamento farmacológico deverá, sempre que possível, ser mantido em monoterapia e terá de ser considerado em pacientes com quadros graves, quando há sintomas depressivos e ansiosos graves associados, na presença de risco de suicídio e quando há considerável prejuízo do sono e da alimentação. O uso de psicofármacos também é indicado em pacientes com TOC moderado a grave, não responsivo à TCC, ou mesmo quando for da preferência da paciente. Todos os passos da decisão terapêutica devem ser tomados em conjunto com a paciente e seus familiares, após informados sobre os riscos e benefícios do tratamento medicamentoso⁶⁰.

Existe uma escassez de estudos placebo-controlados sobre o tratamento medicamentoso do TOC no período perinatal, de forma que se recomenda seguir os protocolos de tratamento para a população geral, porém levando-se em consideração os potenciais efeitos adversos das medicações para o feto e/ou lactente⁶¹.

Tratamento farmacológico na gestação

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são os fármacos mais comumente indicados para o tratamento do TOC⁶¹. A maior parte dos antidepressivos não foi associado ao aumento do risco de malformações congênitas⁶²; no entanto, a exposição a ISRS durante a gestação apresentou associação com um aumento do risco de aborto espontâneo (odds ratio = 1,5), com a diminuição em 4 dias na idade gestacional e com a redução do peso ao nascer (em 74 g)⁶³.

A exposição tardia aos fármacos serotoninérgicos demonstrou associação com a síndrome da má adaptação neonatal, a qual leva a sintomas geralmente autolimitados, tais como inquietação, dificuldade para se alimentar e para respirar. Por esse motivo, recomenda-se que neonatos expostos a essas medicações próximo ao parto sejam monitorados por pelo menos 48 horas após o parto⁶⁴.

Alguns estudos encontraram uma associação do uso de ISRS durante o final da gestação com a hipertensão pulmonar persistente do neonato, apresentando um risco absoluto de 2,9 a 3,5 para cada 1.000 infantes, enquanto o risco na população geral é de dois casos para 1.000⁶⁵.

Um aumento no risco de malformações cardiovasculares, particularmente defeitos do septo ventricular e do septo atrial, foi associado à exposição à paroxetina no primeiro trimestre (odds ratio = 1,5)⁶⁶. No entanto, boa parte dessas complicações tem resolução espontânea e não acarreta prejuízo funcional significativo⁶⁷. Estudos também encontraram associação entre o uso de fluoxetina no início da gestação e um pequeno aumento de malformações congênitas⁶⁵. Dessa forma, a sertralina, o citalopram e o escitalopram parecem ser as opções mais favoráveis durante o período gestacional⁶⁸. A fluvoxamina deve ser utilizada com cautela, devido ao limitado número de estudos com essa substância nesse período.

O antidepressivo tricíclico (ADT) clomipramina também é um fármaco recomendado como de primeira linha para o tratamento do TOC na população geral⁶⁹, porém o seu uso durante a gestação foi associado ao aumento de malformações cardiovasculares^{67,70-72}. Outros fatores que desencorajam o uso dessa medicação foram o maior risco de má adaptação neonatal comparado ao de outros ADT⁷⁰ e a menor tolerância pelas pacientes em relação aos ISRS⁶⁹. A venlafaxina tem um perfil de segurança mais favorável que a clomipramina, no entanto existe menos evidência quanto ao seu uso para o tratamento do TOC em relação a esta^{73,74}.

Apesar do risco aumentado de malformações cardiovasculares associado à paroxetina e à clomipramina, o seu uso deve ser discutido com a paciente em determinados casos, como, por exemplo, no caso de boa resposta prévia⁶².

A amamentação não é contraindicada durante o tratamento com antidepressivos. As preocupações relacionadas com o uso de medicações durante o aleitamento incluem as reações adversas em curto prazo e efeitos no neurodesenvolvimento em longo prazo⁶².

Tratamento farmacológico no período pós-parto

Não foram encontrados estudos placebo-controlados avaliando a eficácia dos antidepressivos em mulheres com TOC no período pós-parto. Sugere-se, entretanto, que os ISRS consistam, igualmente, em medicações de primeira escolha^{69,75}.

Em mulheres que não estão amamentando, deve-se seguir os protocolos de tratamento para o TOC

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSÁN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

na população geral. Quanto às mulheres que estão amamentando, considera-se que as medicações mais indicadas, avaliando o baixo risco durante a lactação, sejam a sertralina, o citalopram e o escitalopram⁶². A fluoxetina e a paroxetina são menos recomendadas por apresentarem uma maior meia-vida, um discreto aumento dos índices de reações adversas menores em lactentes e pela associação com malformações cardíacas em gestações subsequentes⁷⁶.

Não foram encontrados, pelos autores, relatos acerca de efeitos negativos da fluvoxamina na amamentação, e essa é uma medicação que possui um baixo índice de transferência para o leite, porém existem poucos estudos disponíveis com a mesma no pós-parto⁷⁵.

Ainda, sobre a clomipramina, um estudo demonstrou que não houve efeitos colaterais em lactentes quando utilizada nas doses de 50 a 150 mg/dia⁷⁰. Todavia, essa medicação tem menos dados disponíveis quanto à sua segurança na amamentação e geralmente causa mais efeitos colaterais na mãe⁷⁵. A venlafaxina não tem efeitos adversos relatados em lactentes⁷⁶⁻⁷⁹ no entanto sua evidência ainda é limitada na amamentação⁶².

Para as últimas informações disponíveis quanto à segurança das medicações na lactação, o clínico pode consultar o site LactMed⁵⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres têm um risco aumentado para a apresentação de SOC e para o desencadeamento ou exacerbação do TOC no período perinatal. Esses sintomas trazem sofrimento e, quando não identificados e tratados, podem trazer consequências desfavoráveis à vida pessoal e familiar da mulher. Além do mais, podem prejudicar o vínculo com o bebê, de forma a impactar seu desenvolvimento neuropsicomotor³³⁻³⁷. É importante que os profissionais de saúde mental estejam informados sobre tais sintomas e que o clínico questione a presença de obsessões e compulsões, essencialmente em mulheres com histórico psiquiátrico prévio, principalmente de depressão. Ao identificar o transtorno, deve-se avaliar as alternativas de tratamento de forma individualizada, orientando a paciente e seus familiares sobre os riscos e benefícios do tratamento farmacológico quando este for indicado.

Artigo submetido em 04/01/2018, aceito em 22/03/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Luísa Caropreso, Rua Barão do Rio Branco, 207, sala 01, CEP 89251-400, Jaraguá do Sul, SC. E-mail: luisacaropreso@gmail.com

Referências

1. American Psychiatric Association. Obsessive-compulsive and related disorders. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 235-64.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 418-36.
3. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:377-85.
4. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009;50:503-9.
5. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:330-4.
6. Labad J, Menchón JM, Alonso P, Segalàs C, Jiménez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:428-35.
7. Guglielmi V, Vulink NC, Denys D, Wang Y, Samuels JF, Nestadt G. Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. *Depress Anxiety*. 2014;31:979-87.
8. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy

- and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1061-8.
9. Uguz F, Kaya V, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E. Clinical correlates of worsening obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:197-9.
 10. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormone and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003;74:67-83.
 11. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005;88:9-18.
 12. Pedersen CA, Prange AJ Jr. Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1979;76:6661-5.
 13. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of oxytocin in obsessive-compulsive disorder. Comparison with Tourette's syndrome and healthy controls. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:782-92.
 14. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. 1994;19:723-49.
 15. Fairbrother N, Abramowitz JS. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behav Res Ther*. 2007;45:2155-63.
 16. Woodward K. Motherhood identities, meanings and myths. In: Woodward K, editor. *Identity and difference*. London: SAGE; 1997. p. 239-98.
 17. McGuinness M, Blissett J, Jones C. OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behav Cogn Psychother*. 2011;39:285-310.
 18. Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res*. 1999;89:49-58.
 19. House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport DJ, Stowe ZN. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Archs Womens Meant Health*. 2016;19:3-10.
 20. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R, Guler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry*. 2007;48:441-5.
 21. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive compulsive disorder: incidence, clinical features and related factors. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:132-8.
 22. Diaz SF, Grush LR, Sichel DA, Cohen LS. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the puerperium. In: Dicstein LJ, Riba MB, Oldham JM, editors. *Review of psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1997. Vol 16. p. 97-112.
 23. Sichel DA, Cohen LS, Rosenbaum JF, Driscoll J. Postpartum onset of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*. 1993;34:277-9.
 24. Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:156-9.
 25. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*. 1978;16:233-48.
 26. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behav Res Ther*. 1984;22:549-52.
 27. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther*. 1993;31:713-20.
 28. Christian LM, Storch EA. Cognitive behavioral treatment of postpartum onset: obsessive compulsive disorder with aggressive obsessions. *Clin Case Stud*. 2009;8:72-83.
 29. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and puerperium: a review of literature. *J Anxiety Disord*. 2003;17:461-78.
 30. Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsál K. Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;74:149-55.
 31. Sanchez SE, Puente GC, Atencio G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, et al. Risk of spontaneous preterm

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

- birth in relation to maternal depressive, anxiety and stress symptoms. *J Reprod Med.* 2013;58:25-33.
32. Loomans EM, van der Stelt O, van Eijsden M, Gemke RJ, Vrijkotte T, den Bergh BR. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Hum Dev.* 2011;87:565-70.
33. Buss C, Davis EP, Hobel CJ, Sandman CA. Maternal pregnancy specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age. *Stress.* 2011;14:665-76.
34. Leis JA, Heron J, Stuart EA, Mendelson T. Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: does prenatal mental health matter? *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42:161-71.
35. Talge NM, Neal C, Glover V; Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48:245-61.
36. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord.* 2014;159:103-10.
37. Van Batenburg-Eddes T, Brion MJ, Henrichs J, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, et al. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54:591-600.
38. Uguz F, Onder Sonmez E, Sahingoz M, Gokmen Z, Basaran M, Gezginc K, et al. Neuroinflammation in the fetus exposed to maternal obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a comparative study on cord blood tumor necrosis factor-alpha levels. *Compr Psychiatry.* 2014;55:861-5.
39. Lan X, Chen Q, Wang Y, Jia B, Sun L, Zheng J, et al. TNF- α affects human cortical neural progenitor cell differentiation through the autocrine secretion of leukemia inhibitory factor. *PLoS One.* 2012;7:e50783.
40. LaSalle VH, Cromer KR, Nelson KN, Kazuba D, Justement L, Murphy DL. Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2004;19:163-73.
41. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2002;43:204-9.
42. Denys D, Tenney N, van Megen HJ, de Geus F, Westenberg HG. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2004;80:155-62.
43. Rosa-Alcazar AI, Sanchez-Meca J, Gomez-Conesa A, Marin-Martinez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1310-25.
44. Jonsson H, Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:98-106.
45. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD005333.
46. Ougrin D. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2011;11:200.
47. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:621-32.
48. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety.* 2011;28:560-7.
49. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:44-52.

50. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2004;24:1011-30.
51. Noordik E, van der Klink JJ, Klingen EF, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJ. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. *BMC Public Health.* 2010;10:598.
52. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162:151-61.
53. Foa EB, Franklin ME, Moser J. Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? *Biol Psychiatry.* 2002;52:987-97.
54. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S, et al. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165:621-30.
55. Simpson HB, Liebowitz MR, Foa EB, Kozak MJ, Schmidt AB, Rowan V, et al. Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2004;19:225-33.
56. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M; et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14:S1.
57. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016;190:543-50.
58. Byatt N, Deligiannidis KM, Freeman MP. Antidepressant use in pregnancy: a critical review focused on risks and controversies. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:94-114.
59. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31:403-13.
60. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a clinical approach. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37:334-42.
61. Ross LE, McLean ML. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1285-98.
62. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry.* 2016;61:588-603.
63. Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, Vonderporten EH, Roerecke M, Rehm J, et al. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2013;70:436-43.
64. Jefferies AL; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and infant outcomes. *Paediatr Child Health.* 2011;16:562-3.
65. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehm J, Dennis CL, et al. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:e293-308.
66. Wurst KE, Poole C, Ephross SA, Olshan AF. First trimester paroxetine use and the prevalence of congenital, specifically cardiac, defects: a meta-analysis of epidemiological studies. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2010;88:159-70.
67. Yonkers KA, Blackwell KA, Glover J, Forray A. Antidepressant use in pregnancy and postpartum women. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:369-92.
68. Myles N, Newall H, Ward H, Large M. Systematic meta-analysis of individual selective

ARTIGO DE REVISÃO

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

- serotonin reuptake inhibitor medications and congenital malformations. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:1002-12.
69. Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12:187-97.
70. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13:207-25.
71. Källén B, Otterblad Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defects. *Reprod Toxicol*. 2006;21:221-2.
72. Källén BA1, Otterblad Olausson P. Maternal drug use in early pregnancy and infant cardiovascular defects. *Reprod Toxicol*. 2003;17:255-61.
73. Denys D, van der Wee N, van Megen HJ, Westenberg HG. A double-blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23:568-75.
74. Albert U, Aguglia E, Maina G, Bogetto F. Venlafaxine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary single-blind, 12-week, controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:1004-9.
75. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during breastfeeding. *Am J Ther*. 2016 Sep 19. [Epub ahead of print]. doi: 10.1097/MJT.0000000000000500.
76. Orsolini L, Bellantuono C. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Hum Psychopharmacol*. 2015;30:4-20.
77. Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2013;59:633-4.
78. Patil AS, Kuller JA, Rhee EH. Antidepressants in pregnancy: a review of commonly prescribed medications. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66:777-87.
79. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a safety index. *Drug Saf*. 2007;30:107-21.



CURSO ONLINE

APENAS R\$ 149!

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

AMPLIE O SEU CONHECIMENTO COM DOIS DOS MAIORES NOMES

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

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

PROPSIQ

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



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

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

à vista com

15% de desconto
R\$ 1.069,00

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

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



Faça já sua inscrição
www.secad.com.br

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA: REALIDADE PREOCUPANTE DÉCADAS APÓS O TRABALHO PIONEIRO DO PROF. GALDINO LORETO

MENTAL HEALTH IN MEDICAL STUDENTS: A WORRYING REALITY DECADES AFTER THE PIONEERING WORK OF PROF. GALDINO LORETO

Resumo

A prevalência de transtornos de ansiedade, de depressão e de síndrome de *burnout* em estudantes de medicina é globalmente alta. Essa problemática deve ser vista não apenas como uma questão educacional, mas também como uma preocupação de saúde pública, uma vez que influenciará a relação médico-paciente e a qualidade assistencial dos futuros médicos. Por isso, esforços para manejo de fatores estressantes durante a graduação médica têm sido empreendidos. No Brasil, o serviço coordenado pelo Prof. Galdino Loreto na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) foi um dos primeiros serviços dessa natureza em território brasileiro. Seis décadas após o início do trabalho pioneiro do Prof. Galdino Loreto, observou-se um aumento de cinco vezes do número de alunos de medicina que procuraram ajuda e de três vezes daqueles que receberam auxílio na mesma universidade pública. Embora seja difícil elencar todos os fatores implicados nesse aumento, é importante refletir sobre ele no sentido de promover iniciativas efetivas de auxílio aos futuros médicos. Neste artigo, depois de considerações acerca da saúde mental de estudantes de medicina e de um resgate histórico das iniciativas de atendimento psiquiátrico e psicológico para essa população, discorreu-se sobre o trabalho pioneiro do Prof. Galdino Loreto e apresentou-se a iniciativa atual de extensão do Programa Galdino Loreto, ambos na UFPE. Foi possível tecer comparações acerca do número

de atendimentos aos alunos de medicina realizados nos referidos momentos históricos. É importante que a psiquiatria participe ativamente desse processo.

Palavras-chave: Saúde mental de estudantes de medicina, psiquiatria preventiva.

Abstract

The prevalence of anxiety disorders, depression and burnout syndrome in medical students is globally high. This issue should be seen not only as an educational matter, but also as a public health concern, as it will influence the physician-patient relationship and the quality of the care delivered by future physicians. Therefore, efforts to manage stressors during medical graduation have been undertaken. In Brazil, the service coordinated by Prof. Galdino Loreto at Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) was among the first with this scope in Brazilian territory. Six decades after the beginning of the pioneering work of Prof. Galdino Loreto, a 5-fold increase was observed in the number of medical students seeking help, and a 3-fold increase in the number of students who received help at the same public university. While it is difficult to list all the factors involved in this increase, attention should be drawn to this finding so that effective initiatives can be promoted to help future doctors. In this article, after considerations about the mental health of medical students and a historical review of initiatives aimed at providing psychiatric and psychological care for

¹ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor colaborador, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria da UFPE (POSNEURO-UFPE), Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. Aluna extensionista, Programa de Extensão Galdino Loreto (PROGad), UFPE, Recife, PE. ³ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor permanente, POSNEURO-UFPE, Recife, PE.

this population, we discuss the pioneering work of Prof. Galdino Loreto and describe the current initiative of the Galdino Loreto community outreach program, both at UFPE. We make comparisons about the number of consultations with medical students performed at these historical moments. It is important that psychiatry actively participates in this process.

Keywords: Mental health of the medical student, preventive psychiatry.

INTRODUÇÃO

A prevalência de transtornos de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* em estudantes de medicina é globalmente alta¹⁻³. Em um artigo recente do Journal of the American Medical Association (JAMA), Rotenstein et al.⁴ encontraram uma prevalência de 27,2% de depressão, ou sintomas depressivos, entre estudantes de medicina. Outra metanálise conduzida por Puthran et al.⁵ e publicada no início de 2016 encontrou prevalência semelhante de 28%.

Entre os fatores de risco para o adoecimento mental do estudante de medicina, encontram-se variáveis associadas à própria personalidade do estudante⁶, aos desafios inerentes ao processo de se tornar médico⁷ e a estresses excessivos da graduação^{3,6}. Em geral, a saúde mental dessa população piora ao longo da formação médica. Os estudantes de medicina tendem a ter estratégias de enfrentamento mais perigosas, como o uso de álcool, e a procurar menos ajuda médica para seus problemas psíquicos, apesar de estarem inseridos em ambientes de saúde⁸. Por exemplo, Rotenstein et al.⁴ e Puthran et al.⁵ evidenciaram que a proporção média de estudantes de medicina com depressão que estava se tratando era apenas quase a metade, ou seja, 15,7 de 27,2% com sintomatologia e 12,9 de 28%, respectivamente.

Adoecimento mental e estresse psicológico elevado estão associados a dificuldades na relação médico-paciente^{9,10} e no desempenho acadêmico^{6,9}. Esses dados são preocupantes, pois estudantes de medicina com depressão e não tratados podem ter grandes prejuízos no desempenho acadêmico e na construção humanística de suas identidades médicas. Assim, essa problemática deve ser vista não apenas como uma questão educacional, mas também como uma preocupação de saúde pública,

uma vez que influenciará a relação médico-paciente e a qualidade assistencial dos futuros médicos. Por isso, esforços para manejo de fatores estressantes durante a graduação médica têm sido empreendidos¹¹.

Uma revisão sistemática¹¹ sobre programas para ensinar os estudantes de medicina a gerenciarem estresse avaliou 13 estudos controlados randomizados ou controlados não randomizados, incluindo meditação, *mindfulness*, debates, mudanças no tipo de currículo e alterações na grade curricular. Em geral, as intervenções tiveram um resultado positivo na redução do estresse, porém apenas um estudo foi considerado pelos autores como de muito boa qualidade. De modo semelhante, um número recente do JAMA trouxe uma revisão sistemática sobre a associação entre intervenções para ensinar os estudantes de medicina a lidar com o ambiente e aumentarem seu bem-estar¹². Foram incluídos 28 estudos englobando uma grande variedade de intervenções. No entanto, a qualidade geral das evidências foi considerada baixa pelos autores da revisão.

As duas revisões sistemáticas trouxeram algum suporte científico para a realização de intervenções que visam melhorar o bem-estar e a saúde mental dos estudantes de medicina. No entanto, evidenciaram igualmente a necessidade da realização de estudos com melhor qualidade metodológica. Parece-nos também que, apesar de sabermos que a prevalência de problemas como depressão na saúde mental de estudantes de medicina é alta, temos globalmente poucos estudos reportados. Independentemente da qualidade do método empregado, as intervenções publicadas são poucas, apesar de a problemática ser antiga.

O PIONEIRISMO DO PROF. GALDINO LORETO NO BRASIL

Os serviços de assistência psicológica e psiquiátrica aos estudantes universitários como um todo e aos de medicina em particular, bem como a temática da saúde mental dessas populações, começaram a surgir na década de 1920, nos EUA^{13,14}. Stewart Paton, que foi professor na Escola de Medicina John Hopkins, foi o primeiro a chamar a atenção para a importância dos problemas de saúde mental dos estudantes de medicina. Em 1910, o professor organizou na Universidade de Princeton um serviço de assistência aos referidos estudantes, ficando à frente do mesmo até 1925¹⁵.

O pioneirismo dos EUA nesse campo da saúde mental dos estudantes universitários é tão notável que já em 1936 existiam serviços organizados em cerca de 41,3% das universidades americanas¹⁵. Em 1942, com base na experiência na Universidade de Yale, Clement Fry, em colaboração com Edna Rostow, publicou o primeiro livro totalmente dedicado ao assunto, *Mental health in college*¹⁵. Em 1956, ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre Saúde Mental Estudantil em Princeton (New Jersey). A ideia central desse encontro foi expressada nas recomendações aprovadas¹⁵:

Não basta apenas proporcionar assistência psicológica e psiquiátrica a alguns estudantes, mas importa, sobretudo, desenvolver dentro das universidades aqueles fatores capazes de levar cada estudante a atingir seu mais elevado potencial de crescimento, seja no plano acadêmico, seja como ser humano. Daí decorreria a necessidade de o programa de saúde mental se articular da melhor forma possível com os processos educativos normais da instituição acadêmica.

No que diz respeito à saúde mental dos estudantes de medicina, na atualidade, encontramos periódicos americanos específicos sobre educação médica dedicando bom espaço para o compartilhamento de experiências, bem como tentando estudar a melhor maneira de promover esse cuidado. Discutem-se, por exemplo, os fatores preditores de adoecimento ao longo do curso para promover diagnóstico e assistência precoces; testes de seleção para o ingresso no curso médico que levem em conta aspectos de aptidão psicológica; criação de intervenções dentro do currículo médico obrigatório com um caráter de treinamento emocional e/ou preventivo; melhor maneira de enxugar o currículo do curso, sem negligenciar a complexidade do conteúdo; além de serviços de assistência psiquiátrica e psicológica aos estudantes^{1,16-22}.

No Brasil, o serviço coordenado pelo Prof. Galdino Loreto na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) foi criado em 1957, com a influência do Prof. José Lucena. Assim, imagina-se que, se não foi o primeiro, foi um dos primeiros serviços dessa natureza em território brasileiro. De fato, o pioneirismo do Prof. Galdino Loreto no campo da assistência psicológica e psiquiátrica ao

estudante em geral e ao de medicina em particular não é percebido apenas pelas fronteiras pernambucanas. Um dos principais autores do campo da psicologia médica do Brasil, o Prof. Julio de Mello Filho, salientou o importante e pioneiro trabalho do Prof. Galdino Loreto junto aos alunos da UFPE²³. Além disso, encontram-se referências diretas a esse pioneirismo em outros trabalhos^{24,25}.

Conversando com ex-alunos, psiquiatras que foram colegas de departamento e familiares, percebem-se alguns traços que pareceram ser marcantes, como a vanguarda de ideias, a capacidade intelectual que extrapolava o campo da psiquiatria, a nobreza de caráter, a generosidade e a forma discreta de agir. Outrossim, verifica-se que o Prof. Galdino Loreto foi amigo íntimo por toda a vida do Prof. José Lucena, o qual sempre chamou de mestre. Discípulo direto de Dr. Ulysses Pernambucano, o Prof. José Lucena exerceu grande influência na psiquiatria de Pernambuco e do Brasil, sendo presidente da ABP e um dos principais responsáveis pelo legado de uma escola psiquiátrica pernambucana (para maiores detalhes, ver a dissertação de mestrado do Prof. Bruno Nascimento²⁶. O Prof. Galdino Loreto escreveu, inclusive, um trabalho sobre a obra do referido mestre²⁷. Além disso, percebe-se que o Prof. Othon Bastos nutria grande admiração pelo Prof. Galdino Loreto, o que é possível constatar objetivamente, em um capítulo que o Prof. Bastos escreveu, com uma pequena biografia, por ocasião do falecimento do Prof. Galdino Loreto²⁸. Vale ressaltar que o Prof. Othon Bastos foi professor de uma grande geração de psiquiatras, exercendo influência não só em Pernambuco, mas igualmente na psiquiatria do Brasil.

Para a escrita deste artigo, o autor conseguiu entrevistar: o Prof. Tácito Medeiros, professor emérito da UFPE que foi colega de departamento do Prof. Galdino Loreto; o Prof. José Francisco de Albuquerque, professor aposentado da UFPE, que foi aluno, residente e colega de departamento do Prof. Galdino Loreto; a Profa. Mabel Cavalcanti, professora aposentada da UFPE, que foi aluna, residente e colega de departamento do Prof. Galdino Loreto; e a família do Prof. Galdino Loreto (viúva e três das quatro filhas, incluindo a psiquiatra Virgínia Loreto, radicada no Rio de Janeiro).

Embora a obra e o trabalho do acadêmico Galdino tenham abarcado várias frentes da psiquiatria e o legado do homem Loreto seja amplo demais para poder ser encerrado nessas breves anotações, o grande campo a

¹ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor colaborador, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria da UFPE (POSNEURO-UFPE), Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. Aluna extensionista, Programa de Extensão Galdino Loreto (PROGad), UFPE, Recife, PE. ³ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor permanente, POSNEURO-UFPE, Recife, PE.

que o referido professor dedicou a maior parte da sua vida foi a psicologia médica^{29,30}, notadamente o campo da assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes, particularmente os de medicina, bem como do estudo da saúde mental dos mesmos.

Nesse sentido, a sua tese de professor titular da UFPE, trabalho de 1985, foi justamente sobre a experiência que acumulara ao longo dos anos, trabalhando com esta linha de pesquisa e ação (“Uma experiência de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários”)¹⁵. É justamente sobre esse campo que algumas anotações serão feitas a seguir.

No princípio de 1957, a direção da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (atualmente UFPE) criou um serviço de assistência psicológica e psiquiátrica aos estudantes de toda a universidade, começando com os de medicina¹³. Ao que consta, o Prof. José Lucena esteve na origem desse serviço e convidou o Prof. Galdino Loreto para a assunção do trabalho^{15,28}.

O serviço se iniciou com a aplicação, de forma coletiva, de testes psicotécnicos disponíveis à época (teste das matrizes progressivas, questionário de Bernreuter e teste do desenho da figura humana de Machover) aos candidatos inscritos para o vestibular da faculdade de medicina. A partir das pontuações, foram selecionados aqueles que tinham maior chance de apresentar alguma dificuldade emocional, mas também abriu-se espaço para a procura espontânea. Logo no ano posterior, Loreto teve o cuidado e o rigor científico de fazer um relatório parcial dos atendimentos realizados até aquela ocasião, colocando no artigo ampla revisão do tema disponível à época e situando a casuística da UFPE em relação à literatura¹³. Uma nota histórica possivelmente interessante é que, neste artigo de 1958, Loreto refere ter utilizado a classificação de Kurt Schneider dos vários tipos de personalidade para realizar o diagnóstico caracterológico dos estudantes atendidos.

Desses atendimentos, por exemplo, surgiu um interessante artigo de 1969 sobre os sintomas hipocondríacos nos estudantes de medicina. Entre os 200 estudantes de medicina atendidos pelo Dr. Loreto até aquela data, apenas 6% (uma casuística menor do que ao redor do mundo na época) apresentaram “quadros neuróticos com colorido hipocondríaco”. No entanto, essa prevalência era significativamente maior do ponto de vista estatístico do que o quadro em estudantes

de outras áreas. Analisando os casos, um por um, Loreto sugeriu que, em muitas situações, a tendência hipocondríaca constituiria mais um fator preexistente motivador da escolha da carreira médica do que apenas uma consequência dos estudos médicos³¹.

De qualquer forma, entre 1957 e 1979, Loreto atendeu sozinho 1.315 estudantes universitários, dos quais 436 foram estudantes de medicina. De forma meticulosa, o que parece ter sido uma de suas características profissionais e acadêmicas, ele registrou caso a caso, o que serviu de fonte para um importante artigo publicado em 1972¹⁴ e de base para a futura tese de professor titular em 1985¹⁵, uma vez que o serviço finalizou suas atividades em 1979, quando o curso de medicina foi transferido do Hospital Pedro II para o atual Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE).

Desses 1.315 alunos, cerca de 54,5% não tinham diagnóstico psiquiátrico, procurando a ajuda do Prof. Galdino Loreto para autoconhecimento, dificuldades amplas de personalidade, questões de problemáticas familiares, orientações vocacionais, problemáticas em torno de relacionamentos e inquietações acerca de valores morais. Entre aqueles que se enquadravam em algum diagnóstico psiquiátrico, a grande maioria (cerca de 3/4) tinha síndromes depressivas e ansiosas¹⁵.

De um modo geral, o Prof. Galdino Loreto percebeu que os problemas emocionais nos estudantes vinham crescendo ao longo dos anos, realidade compartilhada com outros países à época. Utilizava e preconizava, além dos psicofármacos, psicoterapia breve, desde a linha analítica (principalmente no início) até técnicas que ele chamava de mais diretivas. Tinha um notável cuidado acadêmico de publicação e categorização dos diversos tipos de atendimento que realizou^{13,14,30}. Vale salientar que o serviço começou em 1957, momento em que os psicofármacos estavam começando a surgir, mas àquela época sobretudo para a esquizofrenia, quadro que não era usual dentro do serviço.

Vale destacar um apelo feito pelo Prof. Galdino Loreto à época:

(...) é urgente que as universidades brasileiras reconheçam a necessidade de organizar programas de saúde mental para os seus estudantes. Seria desejável, entretanto, que esses programas não se restringissem

ao mero fornecimento de assistência psiquiátrica, mas se inspirassem nos objetivos e métodos da psiquiatria preventiva, constituindo, assim, um modelo e um laboratório para os programas de saúde mental em larga escala.¹⁴

Observando o conjunto da obra do Prof. Galdino Loreto junto à assistência psicológica e psiquiátrica dos estudantes, especialmente os de medicina, lendo os trechos acima transcritos e refletindo sobre o legado que o nobre professor deixou junto aos corações de vários médicos psiquiatras e de outras especialidades, percebe-se a atualidade de seu pensamento e pensa-se no papel da história e da força do tempo, o qual vai deixando marcas, ainda que indiretas, em esforços semelhantes aos seus à época.

PROGRAMA DE EXTENSÃO GALDINO LORETO E A EXPERIÊNCIA NO CURSO MÉDICO DA UFPE

Ensinar psiquiatria e psicologia médica no curso médico parece trazer, ao menos, uma peculiaridade: a maioria dos alunos se identifica com os temas ministrados, notadamente a sintomatologia dos diagnósticos psiquiátricos. Diferentemente da cardiologia, na qual os principais quadros vão ser encontrados em uma faixa etária posterior, os transtornos psiquiátricos têm um grande pico de incidência nos jovens. Além disso, é comum que familiares ou conhecidos já tenham passado por algum adoecimento psíquico.

Ao mesmo tempo, uma boa parte dos diagnósticos médicos são dimensionais, ou seja, a sintomatologia parte de coisas comuns, sendo que a intensidade e a persistência vão indicar o diagnóstico. Na psiquiatria, porém, isso parece ser mais evidente, já que ansiedade e tristeza fazem parte do cardápio básico emocional diário.

Nessa perspectiva, é comum os alunos procurarem seus professores para atendimentos, conversas ou algum tipo de aconselhamento que vai além de uma dúvida para a prova e adentra uma questão pessoal. Entretanto, impressiona a quantidade de alunos que necessitam auxílio. Subjetivamente, e conversando com professores mais experimentados, esses números parecem ter aumentado.

Mobilizados por essa necessidade, os autores-professores introduziram no módulo Desenvolvimento

Profissional e Pessoal III (DPP III), do sétimo período do curso de medicina da UFPE, um modelo visando englobar essas duas esferas do aluno (pessoal e profissional). Em metade do período, os alunos têm encontros visando desenvolver o lado profissional médico, através de temas como: “Transculturalidade na prática médica”, “Como dar notícias ruins”, “O que fazer quando se erra”, “Como o médico generalista pode ajudar um paciente com transtorno de pânico e transtorno somatoforme” e “A psicoterapia na prática médica: quando (e qual) indicar”. Na outra metade do semestre, passam por um treinamento emocional baseado especialmente na psicologia positiva, visando trabalhar o lado do aluno enquanto pessoa, através de técnicas psicoterapêuticas propostas para realização entre os encontros e temas, como emoções positivas, gratidão, empatia, sentido de vida e resiliência.

Paralelamente a essa primeira experiência (ocorrida no segundo semestre de 2016), o autor correspondente formalizou, em janeiro de 2017, um programa de extensão para assistência psiquiátrica e suporte emocional dos estudantes de medicina da UFPE. O projeto foi intitulado Programa Galdino Loreto (PROGad). A residência de psiquiatria do HC-UFPE foi convidada para participar, e a iniciativa encontrou adesão de todos os residentes e aceitação da preceptoria.

A ideia foi fornecer:

1. Atendimento psiquiátrico individual, com a realização do diagnóstico e do tratamento adequados;
2. Atendimento em psicoterapia cognitiva individual;
3. Atendimento de grupos, oficinas e colóquios.

Em sintonia com a ideia preventiva introduzida em DPP III, pensou-se não só no suporte ao estudante que se encontra com algum quadro psicopatológico, mas em possibilitar espaços preventivos. Desse modo, em 2017, além dos atendimentos individuais (psiquiatria clínica e psicoterapia), foram realizadas as seguintes atividades:

1. Terapia cognitivo-comportamental de grupo para manejo da ansiedade;
2. Oficina em grupo de *mindfulness*;
3. Colóquio sobre comportamento suicida e saúde mental dos estudantes de medicina.

¹ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor colaborador, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria da UFPE (POSNEURO-UFPE), Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. Aluna extensionista, Programa de Extensão Galdino Loreto (PROGad), UFPE, Recife, PE. ³ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor permanente, POSNEURO-UFPE, Recife, PE.

PROCURA POR ATENDIMENTO NOS ESTUDANTES DE MEDICINA: NÚMEROS PREOCUPANTES

Em 10 meses de funcionamento do PROGad, 80 estudantes de medicina procuraram ajuda, e 53 alunos receberam auxílio individual e/ou em grupo. Não se conseguiu atender todos por conta da limitação de vagas para atendimento. Os que não receberam auxílio direto do PROGad ficaram na lista de espera e/ou receberam indicação de serviços com preços acessíveis. A média de estudantes que procuraram auxílio foi de oito por mês, e a média de estudantes que receberam auxílio foi de cinco a seis (5,3) por mês. Essa diferença entre os que procuraram ajuda e os que conseguiram ser atendidos já é um alerta para a necessidade de expansão desses serviços de assistência estudantil.

Na mesma instituição (UFPE), 436 alunos do curso médico foram atendidos pelo Prof. Galdino Loreto ao longo de 22 anos (de 1957 a 1979). Durante esse período, a média de estudantes que receberam e/ou procuraram auxílio foi de um a dois (1,6) por mês.

Há muitos fatores que dificultam uma comparação direta da média de procura com a de recebimento de ajuda nesses dois períodos. Naquela época, havia um número um pouco menor de estudantes por turma. Além disso, o estigma em relação à psiquiatria e aos transtornos mentais era maior, o que dificultava a procura por ajuda especializada. Ao mesmo tempo, no início dos atendimentos realizados pelo Prof. Galdino Loreto (1957), os primeiros psicofármacos havia sido recém descobertos e tratavam sobretudo transtornos mentais como a esquizofrenia. Dessa maneira, a psiquiatria se utilizava principalmente da psicoterapia para abordar condições como transtornos depressivos. Na atualidade, os psicofármacos possibilitaram um aumento na eficácia terapêutica, com uma redução dos efeitos colaterais, mobilizando mais pessoas a procurarem tratamento para as suas condições psiquiátricas.

Essas ponderações devem ser levadas em conta ao se fazer um comparativo entre o número de estudantes de medicina que necessitaram ajuda nas respectivas épocas. No entanto, é no mínimo preocupante observar que houve um aumento de cinco vezes na procura de ajuda psiquiátrica e psicológica (e de três vezes no atendimento) entre os estudantes de medicina.

Por outro lado, pode-se interpretar esse aumento positivamente, como um reflexo da diminuição do estigma em relação à psiquiatria e ao transtorno mental, além de um sinal de que os estudantes estão procurando ajuda profissional ao invés de recorrerem a outros artifícios para suas questões emocionais.

No entanto, é improvável que um aumento de três e cinco vezes nos referidos números se deva somente a esses motivos positivos. Assim, uma pergunta fundamental a se fazer é: o que está levando a isso, já que é improvável que esse incremento seja um fenômeno exclusivo à UFPE?

Embora estas páginas não consigam responder completamente a questão, ao atender esses estudantes, perceberam-se algumas características. Uma parcela significativa daqueles que precisaram de atendimento também tinha se mudado de cidade para cursar medicina, sendo que o fenômeno de migração aumentou nos últimos tempos após a introdução do Sistema de Seleção Unificada (SISU). O acesso às universidades por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) igualmente tornou mais comuns os estudantes de medicina muito jovens, que entram no curso na primeira tentativa e, em geral, com menor maturidade emocional para lidar com as situações estressantes vinculadas à medicina e à faculdade. Além disso, foram atendidos no PROGad muitos estudantes que ingressaram no curso por meio de cotas. Esses alunos, em geral, enfrentam uma quantidade maior de fatores estressantes vinculados à dificuldade financeira.

Outro ponto curioso é que a facilidade de acesso ao conhecimento científico aumenta o leque de possibilidades de estudos. Em reiteradas situações, porém, estudantes se queixaram de alguma ansiedade em selecionar os artigos e os livros mais importantes. Aulas que não conseguiram acompanhar a dinamicidade da tecnologia também são elencadas como fatores estressores importantes. O aumento do uso de substâncias psicoativas, como maconha, também é marcante, não se sabendo ao certo se isso seria causa ou consequência dos transtornos mentais encontrados nessa população.

Vale salientar igualmente como fenômeno moderno, talvez vinculado a esse sofrimento psíquico, o uso intenso das mídias sociais. Discussões que se iniciam nos

grupos de bate-papo e se prolongam nos corredores das universidades são comuns. O fenômeno de as redes sociais afetarem negativamente o bem-estar tem acontecido com outros jovens³².

ALGUMAS REPERCUSSÕES POSITIVAS DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A ESTUDANTES DE MEDICINA PARA A PSIQUIATRIA

Um programa de assistência psiquiátrica e psicológica para estudantes de medicina parece ter benefícios diretos e indiretos. Diretamente, ajuda-se na formação, uma vez que transtornos depressivos e ansiosos causam prejuízos cognitivos e maior absenteísmo. Indiretamente, ajuda-se a saúde pública, ao se fortalecer o lado emocional dos futuros médicos.

Na perspectiva da psiquiatria, esses programas têm o potencial de diminuir o estigma em relação à psiquiatria e à doença mental naqueles que lidarão com pessoas que têm transtornos psiquiátricos. Sabe-se, também, que um dos fatores vinculados à escolha da especialidade médica é ter passado pela experiência de adoecimento que tal especialidade cuida. Isso também ocorre com a psiquiatria^{33,34}. Cuidar bem de pessoas que potencialmente poderão escolher a psiquiatria como especialidade parece ter papel importante para que o adoecimento pessoal possa se transformar, diante do atendimento aos pacientes com transtornos psiquiátricos, em fonte de empatia e não somente de mais dor.

Por outro lado, fazer com que os estudantes de medicina percebam que a psiquiatria está ao lado deles, cuidando deles, tem o potencial de trazer mais simpatia em relação à especialidade. Isso pode atrair mais alunos que se identifiquem com a psiquiatria não só pelo adoecimento pessoal, mas igualmente por outros fatores.

CONCLUSÃO

Seis décadas após o início do trabalho pioneiro do Prof. Galdino Loreto, de assistência psiquiátrica e psicológica ao estudante de medicina, observou-se um aumento de cinco vezes do número de alunos de medicina que procuraram ajuda e de três vezes daqueles que receberam auxílio na mesma universidade pública. Embora seja difícil elencar todos os fatores implicados nesse aumento, é importante refletir sobre esses números no sentido de promover iniciativas efetivas de auxílio aos futuros médicos que cuidarão da saúde da população brasileira.

É possível que promover assistência individualizada dentro do próprio ambiente universitário seja tarefa árdua e, quiçá, utópica. No entanto, é importante disponibilizar esforços nesse sentido. Além disso, é fundamental transcender os limites do ambulatório e apresentar propostas pedagógicas que incluam o cuidado em saúde mental dentro do currículo, bem como promover um espaço de convivência mais empática dos alunos entre si e destes com os professores e coordenadores do curso. Igualmente, terapias de grupo e colóquios sobre a saúde mental dos estudantes se mostraram espaços promissores na pequena experiência do PROGad.

Os tempos mudaram e os desafios para a formação médica parecem ter aumentado no campo da deterioração da saúde mental dos estudantes de medicina. É importante que aqueles responsáveis pela formação dos futuros médicos estejam atentos a isso e que a psiquiatria participe ativamente desse processo.

Artigo submetido em 15/11/2017, aceito em 13/12/2017. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Leonardo Machado, Rua Sen. José Henrique, 231, sala 602, Empresarial Charles Darwin, CEP 50070-460, Ilha do Leite, Recife, PE. E-mail: leonardo.machadoT@ufpe.br

Referências

1. Bore M, Kelly B, Nair B. Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study. *Adv Med Educ Pract.* 2016;7:125-35.
2. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89:443-51.
3. Wood DF. Mens sana in corpore sano: student well-being and the development of resilience. *Med Educ.* 2016;50:20-3.
4. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among

¹ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor colaborador, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria da UFPE (POSNEURO-UFPE), Recife, PE. ² Estudante de Medicina, UFPE, Recife, PE. Aluna extensionista, Programa de Extensão Galdino Loreto (PROGad), UFPE, Recife, PE. ³ Professor adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica, UFPE, Recife, PE. Preceptor da Residência de Psiquiatria, Hospital de Clínicas, UFPE, Recife, PE. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, Recife, PE. Professor permanente, POSNEURO-UFPE, Recife, PE.

- medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316:2214-36.
5. Puthran R, Zhang MW, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. 2016;50:456-68.
 6. Yusoff MSB, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J Psychiatr*. 2013;6:128-33.
 7. Tempiski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2012;12:106.
 8. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 2010;304:1181-90.
 9. Nuria Pedrals G, Attilio Rigotti R, Marcela Bitran C. Aplicando psicología positiva en educación médica. *Rev Med Chile*. 2011;139:941-9.
 10. Shi M, Liu L, Wang ZY, Wang L. Prevalence of depressive symptoms and its correlations with positive psychological variables among Chinese medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016;16:3.
 11. Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH. A systematic review of stress-management programs for medical students. *Acad Psychiatry*. 2013;37:158-64.
 12. Wasson LT, Cusmano A, Meli L, Louh I, Falzon L, Hampsey M, et al. Association between learning environment interventions and medical student well-being: a systematic review. *JAMA*. 2016;316:2237-52.
 13. Loreto G. Sobre problemas de higiene mental dos universitários. *Neurobiologia*. 1958;21:274-83.
 14. Loreto G. Mental health for university students. *Neurobiologia*. 1972;35:253-76.
 15. Loreto G. Uma experiência de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários [dissertation]. Universidade Federal de Pernambuco; 1985.
 16. Davies EB, Morriss R, Glazebrook C. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2014;16:e130.
 17. Peng L, Li M, Zuo X, Miao Y, Chen L, Yu Y, et al. Application of the Pennsylvania resilience training program on medical students. *Pers Individ Dif*. 2014;61-62:47-51.
 18. Miles S, Leinster SJ. Medical students' perceptions of their educational environment: expected versus actual perceptions. *Med Educ*. 2007;41:265-72.
 19. Grant A, Rix A, Winter P, Mattick K, Jones D. Support for medical students with mental health problems: a conceptual model. *Acad Psychiatry*. 2015;39:16-21.
 20. Shin H, Jeon WT. "I'm not happy, but i don't care": help-seeking behaviour, academic difficulties, and happiness. *Korean J Med Educ*. 2011;23:7-14.
 21. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med*. 2014;89:573-7.
 22. Danilewitz M, Bradwejn J, Koszycki D. A pilot feasibility study of a peer-led mindfulness program for medical students. *Can Med Educ J*. 2016;7:e31-7.
 23. Mello Filho J de. A vocação médica e o curso médico. In: Mello Filho J, editor. *Identidade médica: implicações históricas e antropológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 79-81.
 24. Millan LR. A assistência psicológica ao estudante de Medicina no Brasil: notas históricas. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV de, editores. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 256.
 25. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. *Psicol Cienc Prof*. 2005;25:252-65.
 26. Loreto G. O pensamento psiquiátrico de José Lucena. *Neurobiologia*. 1980;43:193-204.
 27. Bastos O. Galdino Loreto. In: EDUPE, editor. *História da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias*. 2nd ed. Vol 1. Recife; 2010. p. 173-328.
 28. Loreto G. Sobre alguns aspectos da integração da psiquiatria à medicina. *Neurobiologia*. 1992;55:3-10.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

LEONARDO MACHADO
ROSÁLIA NUNES
AMAURY CANTILINO

ARTIGO

29. Loreto G. Formação psicoterápica do estudante de medicina. *Neurobiologia*. 1978;41:335-44.
30. Loreto G. Hypochondriacal symptoms in medical students. *Neurobiologia*. 1969;32:167-74.
31. Kross E, Verduyn P, Demiralp E, Park J, Lee DS, Lin N, et al. Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. *PLoS One*. 2013;8:e69841.
32. Farooq K, Lydall GJ, Malik A, Ndeti DM; ISOSCCIP Group, Bhugra D. Why medical students choose psychiatry - a 20 country cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2014;14:12.
33. Goldacre MJ, Fazel S, Smith F, Lambert T. Choice and rejection of psychiatry as a career: Surveys of UK medical graduates from 1974 to 2009. *Br J Psychiatry*. 2013;202:228-34.
34. Nascimento BMM. A escola de Psiquiatria do Recife: fundação e 1ª sucessão de Ulysses Pernambucano a José Lucena [thesis]. Universidade Federal de Pernambuco; 2007.



XXXVI CBP CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

17 a 20 de Outubro de 2018



XXX CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRIA

17 a 19 de octubre | Brasília - Brasil

DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL, ISSO É POSSÍVEL?



17 A 20 OUTUBRO DE 2018

PÚBLICO ALVO

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

Inscrições em: cbpabp.org.br

Siga nossas redes sociais



