ABP Associação Brasileira de Psiquiatria
Ano 5 • nº6 • Nov/Dez 2015
ISSN 2236-918X

REVISTA DEBATES EM psiquiatria

Publicação destinada exclusivamente aos médicos

www.abp.org.br

Mala Direta
99123415820/2014-DR/RJ
ABP
Correios

Devolução Garantida
Correios

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NO RETARDO MENTAL

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS: POTENCIALIDADES TERAPÊUTICAS DE UM GRUPO DE MÚTUA AJUDA

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE TERAPIA COMPLEMENTAR ESPIRITUAL/RELIGIOSA EM SAÚDE MENTAL

TERAPIA COGNITIVA: APLICABILIDADE DA TÉCNICA "PENSE SAUDÁVEL"

TRANSTORNO FACTÍCIO IMPOSTO A OUTRO (SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO) E MAUS-TRATOS INFANTIS

pec ABP
programa de educação continuada

Novas aulas



VOCÊ JÁ CONHECE O PEC DA ABP?

O **PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA (PEC)** É UM SISTEMA DE E-LEARNING OFERECIDO PELA ABP ATRAVÉS DO FORMATO AUDIOVISUAL.

ELE É TRANSMITIDO VIA INTERNET 24 HORAS POR DIA COM AULAS **EM 15 EM 15 DIAS** E QUE ACONTECEM TAMBÉM DE FORMA PRESENCIAL E GRATUITA.

ACESSE AGORA E TENHA UM MUNDO DE CONHECIMENTO.

WWW.PEC-ABP.ORG.BR

APRESENTAÇÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR



JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR

Prezados leitores,

Mais um fim de ano se aproxima: trazemos aqui a sexta e última edição de 2015 da revista Debates em Psiquiatria.

Desta vez iniciamos com um artigo de revisão sobre comorbidades psiquiátricas no retardo mental, de Evelyn Kuczynski. A autora traça a evolução histórica do registro sobre retardo mental – e, até certo ponto, da psiquiatria da infância e adolescência –, desde o final do século XVIII até o lançamento do DSM-5. A natureza extremamente heterogênea do retardo mental é explorada, assim como a dificuldade que muitos profissionais têm em estabelecer o diagnóstico, guiados por sintomas e peculiaridades do indivíduo afetado, que mascaram a sintomatologia comportamental da condição.

Na sequência, em artigo original, Rafael Britto de Magalhães e Osvaldo Luiz Saide descrevem sua experiência com os Alcoólicos Anônimos, um grupo de mútua ajuda com tradição e sucesso reconhecido no apoio ao tratamento do alcoolismo. Por meio de estudo da literatura própria da instituição, usada nas reuniões, bem como observação participativa (90 reuniões em 90 dias!) e entrevistas voluntárias com os membros, os autores colheram dados qualitativos e quantitativos extremamente interessantes. Os autores salientam a importância dos Alcoólicos Anônimos na mudança de vida dos membros e alertam para a necessidade de um melhor conhecimento desse tipo de iniciativa entre profissionais de saúde mental.

A seguir, três artigos de atualização. O primeiro deles apresenta um resumo dos principais resultados de um artigo recentemente publicado na revista internacional *Psychological Medicine*, pelos mesmos autores, sobre terapia complementar espiritual/religiosa em saúde mental. Os autores conduziram uma revisão sistemática e metanálise de estudos que avaliam os possíveis efeitos e mecanismos de ação de intervenções espirituais/religiosas na saúde mental. Entre os resultados obtidos com essa forma de tratamento complementar, destacam-se redução de sintomas de ansiedade e estresse, diminuição na intensidade do consumo de drogas, menor exaustão emocional em profissionais de saúde e uma tendência a menor sintomatologia depressiva.

No segundo artigo de atualização, Lia Silvia Kunzler descreve e ilustra com um caso a técnica de terapia cognitiva "pense saudável". A técnica é baseada em conceitos de promoção de saúde, qualidade de vida e tomada de decisão. A autora descreve o desenvolvimento e as principais características da terapia cognitiva, como, por exemplo, o papel do paciente como seu próprio terapeuta. O artigo inclui os materiais usados na técnica, em uma apresentação bastante didática para os interessados.

Finalmente, no último artigo desta RDP, Lisieux E. de Borba Telles et al. abordam o transtorno factício imposto a outro (síndrome de Munchausen por procuração) e maus-tratos infantis. O artigo descreve diferentes tipos de maus-tratos infantis, com enfoque principal na síndrome de Munchausen por procuração, trazendo definições importantes na área. Em especial, a autora discute o que talvez seja a característica mais peculiar do transtorno, a saber, o fato de que ele envolve três entidades, mesmo que de forma inadvertida: o médico, o cuidador/perpetrador e a criança/vítima. A ação de perpetradores na Internet também é abordada.

Uma ótima leitura a todos e até 2016!

Os Editores

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva - DF
Vice-Presidente: Itiro Shirakawa - SP
1º Secretário: Claudio Meneghello Martins - RS
2º Secretário: Mauricio Leão - MG
1º Tesoureiro: João Romildo Bueno - RJ
2º Tesoureiro: Alfredo Minervino - PB

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Aparício Carvalho de Moraes - RO
Diretor Regional Adjunto Norte: Maria da Graça Guimarães Souto - MA
Diretor Regional Nordeste: Fábio Gomes de Matos e Souza - CE
Diretor Regional Adjunto Nordeste: Miriam Elza Gorender - BA
Diretor Regional Centro-Oeste: Juberty Antônio de Souza - MS
Diretor Regional Adjunto Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire - MT
Diretor Regional Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Diretor Regional Sul: Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

CONSELHO FISCAL

Titulares:
Francisco Baptista Assumpção Júnior – SP
Florence Kerr-Corrêa – SP
Sérgio Tamai – SP

Suplentes:
José Toufic Thomé – SP
Fernando Grilo Gomes – 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
Antônio Geraldo da Silva
João Romildo Bueno

Editores Associados
Itiro Shirakawa
Alfredo Minervino
Luiz Carlos Illafont Coronel
Maurício Leão
Fernando Portela Camara

Conselho Editorial
Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG
Ana Gabriela Hounie - SP
Analice de Paula Gigliotti - RJ
Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros - RS
Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Cássio Machado de Campos Bottino - SP
César de Moraes - SP
Elias Abdalla Filho - DF
Érico de Castro e Costa - MG
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
José Geraldo Vernet Taborda - RS
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 - RS
Paulo Cesar Geraldes - RJ
Sergio Tamai - SP
Valentim Gentil Filho - SP
Valéria Barreto Novais e Souza - CE
William Azevedo Dunningham - BA

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

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

SUMÁRIO



7/**revisão**
Comorbidades psiquiátricas no retardo mental
EVELYN KUCZYNSKI

12/**original**
Alcoólicos Anônimos: potencialidades terapêuticas de um grupo de mútua ajuda
RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES, OSVALDO LUIZ SAIDE

21/**atualização**
Avaliação da prática de terapia complementar espiritual/religiosa em saúde mental
JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES, GIANCARLO LUCCHETTI, FREDERICO C. LEÃO, PAULO R. MENEZES, HOMERO VALLADA

28/**atualização**
Terapia cognitiva: aplicabilidade da técnica "pense saudável"
LIA SILVIA KUNZLER

38/**atualização**
Transtorno factício imposto a outro (síndrome de Munchausen por procuração) e maus-tratos infantis
LISIEUX E. DE BORBA TELLES, CAROLINE GALLI MOREIRA, MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA, KÁTIA MECLER, ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, DANIEL PRATES BALDEZ

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

EVELYN KUCZYNSKI

ARTIGO

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NO RETARDO MENTAL

PSYCHIATRIC COMORBIDITIES IN MENTAL RETARDATION

Resumo

Retardo mental (RM) é uma condição extremamente heterogênea em sua etiologia, definida como grupo por um funcionamento adaptativo e intelectual abaixo da média, cujo surgimento ocorre antes dos 18 anos. A ocorrência de vários transtornos mentais é mais comum nesse grupo do que na população geral. Ainda que sejam essencialmente os mesmos transtornos incidindo nesses indivíduos com RM, sua apresentação clínica pode variar em função das contingências pessoais e habilidades linguísticas do indivíduo afetado, o que pode mascarar a sintomatologia comportamental francamente observável.

Palavras-chave: Retardo mental, transtornos mentais.

Abstract

Mental retardation (MR) is a condition with an extremely heterogeneous etiology, collectively defined as adaptive and intellectual functioning below the average, with onset before 18 years of age. Several mental disorders are more common in this group than in the general population. Even though the disorders present in subjects with MR are essentially the same, their clinical presentation may vary depending on the personal contingencies and language skills of the individual affected, which may mask the behavioral symptoms easily observed.

Keywords: Mental retardation, mental disorders.

> *É melhor ser infeliz, porém estar inteirado disso, do que ser feliz e viver sendo feito de idiota.*[1]

Um dos mais importantes eventos da história da psiquiatria da infância e da adolescência ocorreu no final do século XVIII[2]. Victor (*L'enfant sauvage d'Aveyron*[a]) é conduzido para ser avaliado por Jean Itard, fato que se constituiu no primeiro investimento médico-pedagógico em uma criança portadora de um distúrbio do desenvolvimento, abordada numa linha de trabalho reabilitadora, voltada para a recuperação das faculdades atingidas pelo transtorno[2-4], sob influência (à época) das ideias de Locke e Condillac (ver Malson[5]).

A psiquiatria da infância e da adolescência primordialmente se relacionou diretamente com o estudo do retardo mental[b] (RM), com Falret agrupando na Salpetriére as então chamadas crianças idiotas[c] (em 1821), e Voisin organizando num hospício, na Rue de Sévres, um serviço temporário para crianças epilépticas e idiotas (em 1833)[2]. Já no século XX, observou-se uma

[a] Em 1800 (concomitantemente à publicação do *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*, de Pinel), chega a Paris este indivíduo, encontrado sobrevivendo (sem contato humano) em meio a bosques nos arredores de Saint-Serin. Foi paciente do então especialista em surdos-mudos, Jean Itard (a quem François Truffaut fez questão de interpretar durante a realização de seu filme sobre o caso, *L'enfant sauvage*, de 1970).

[b] Apesar de as associações especializadas paulatinamente homogeneizarem a utilização do termo deficiência intelectual, a classificação médica vigente em território nacional até o presente momento (10ª edição da Classificação Internacional de Doenças, CID-10) utiliza o termo retardo mental, que seguiremos utilizando no presente texto.

[c] Termo equivalente (quanto ao valor histórico) ao atualmente denominado retardo mental profundo: idade mental abaixo de 2 anos ou quociente de inteligência (QI) < 20. A idiotia era frequentemente associada a outros déficits sensoriais, com indivíduos em geral totalmente dependentes nas atividades de vida diária. A imbecilidade, por sua vez, corresponderia aos atualmente denominados retardo mental grave e moderado (QI 21-50), e a debilidade mental, ao retardo mental leve (QI 51-70). A conotação pejorativa de uso popular aboliu o uso desses termos, antes de natureza médica e técnica.

EVELYN KUCZYNSKI

ARTIGO

divisão do estudo da psiquiatria da infância em duas áreas principais, uma ligada ao RM e outra aos distúrbios de conduta, na forma apresentada pelo tratado de Nobécourt & Baboneix[6], caracterizando as duas maiores preocupações da época[5].

Contrariando algumas correntes psicológicas em nosso meio (que desvalorizam e desconsideram as avaliações psicométricas e consideram o diagnóstico de RM como "uma construção do social"[7,8]), a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)[9] preconiza um diagnóstico baseado não só na avaliação clínica, mas também na testagem paramétrica da inteligência. Ele recomenda priorizar a gravidade do funcionamento adaptativo em relação ao índice isolado do quociente de inteligência (QI[d]), mas enfatiza sua importância no processo de diagnóstico. O QI está incluído na descrição textual da deficiência intelectual, dando prova de que não está ultrapassado (com especial relevância em casos forenses). Ainda que não citado entre os critérios de diagnóstico do RM, deve ser parte integrante da avaliação[9].

Segundo a definição da American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) – antiga American Association on Mental Retardation (AAMR) –, deficiência intelectual seria uma incapacidade, originada antes dos 18 anos, caracterizada por limitações significativas tanto quanto ao funcionamento intelectual (a chamada inteligência) como quanto ao comportamento adaptativo, que abrange muitas habilidades sociais e práticas da vida diária[10].

Inteligência nos remete à capacidade mental geral, como aprendizado, raciocínio, resolução de problemas, etc. Uma maneira de medir o funcionamento intelectual é o teste de QI. Geralmente, um teste de QI abaixo de 70-75 já indica limitação do funcionamento intelectual[10]. Já o comportamento adaptativo é um conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas que são aprendidas e desempenhadas pelas pessoas em suas vidas cotidianas. Seu comprometimento também pode ser avaliado a partir de testes estandardizados[10]. Os seguintes domínios fazem parte do comportamento adaptativo: 1) conceitual: linguística e alfabetização, aritmética, habilidade temporoespacial e monetária, auto-orientação; 2) social: habilidades interpessoais, responsabilidade social, autoestima, ingenuidade, resolução de problemáticas sociais, habilidade de seguir regras, obedecer leis e evitar se vitimizar; 3) prático: atividades de vida diária (cuidado pessoal), ocupacionais, cuidados com a saúde, mobilidade, rotinas e compromissos, segurança, uso do dinheiro, uso do telefone.

Assim sendo, ainda em nossos dias, o RM é também definido por um QI de valor 2 desvios padrão abaixo da população, o que equivale a um valor igual ou abaixo de 70, em se considerando a distribuição populacional normal (curva gaussiana, ou em sino) da inteligência[11].

Como (infelizmente) é comum em nosso país, não temos estudos recentes, realizados em nível nacional, que definam a prevalência populacional do RM (ou de qualquer outro transtorno mental). Assim sendo, temos que nos ater a dados organizados e coletados em outras realidades, o que, na prática, não deveria ser simplesmente transposto para o nosso meio[12]. Uma metanálise de 52 estudos (publicados de 1980 a 2009) produziu uma estimativa geral da prevalência de RM da ordem de 10,37 para cada 1.000 habitantes (1,04%), variando em função da classe econômica do país de origem, da faixa etária da população estudada e das peculiaridades dos aspectos metodológicos de cada estudo[13]. Contrariando o desejo das mentes mais politicamente corretas, o estudo também detectou altas taxas de prevalência do RM em países com baixa e média renda. Também foi evidente que os estudos de identificação de casos baseados na aplicação de avaliações psicológicas foram capazes de identificar uma maior prevalência de RM do que os que utilizavam instrumentos de rastreamento e sistemas de diagnóstico mais básicos, bem como do que os que se baseavam na avaliação de crianças e adolescentes (em detrimento dos adultos). A Tabela 1 mostra a prevalência da distribuição dos casos de RM em graus[12].

[d] Popular abreviação do termo quociente de inteligência, que consiste em uma medida obtida por meio de testes desenvolvidos para avaliar as capacidades cognitivas (inteligência) de um sujeito, em comparação ao seu grupo etário. A medida do QI é normalizada para que o seu valor médio seja 100 e para que tenha um determinado desvio padrão. Corresponde à idade mental, dividida pela idade cronológica, multiplicada por 100 (IM/IC x 100).

EVELYN KUCZYNSKI

Pediatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Médica assistente, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. Médica comissionada da Secretaria de Saúde junto ao Serviço de Onco-Hematologia Pediátrica, Instituto da Criança do HC-FMUSP, São Paulo, SP. Pesquisadora voluntária, Laboratório de Distúrbios do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, SP.

Tabela 1 - Classificação e distribuição do retardo mental proposta pelo Comitê de Experts em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde[12]

Grau de retardo	QI	Prevalência (%)
Profundo	0-20	5
Grave	20-35	20
Moderado	35-50	
Leve	50-70	75

QI = quociente de inteligência.

Portadores de RM apresentam uma prevalência de três a quatro vezes maior de transtornos mentais do que a população geral. Em alguns casos, pode haver uma etiologia compartilhada, comum ao RM e ao transtorno mental associado[14]. Todos os tipos de transtorno mental podem ser diagnosticados nessa população específica, sem evidências de alterações na natureza de um determinado transtorno por se manifestar em um indivíduo com RM de base[15]. Exemplos incluem: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (transtorno hipercinético segundo o CID-10), transtornos do humor, transtornos invasivos do desenvolvimento (transtornos do espectro do autismo segundo o DSM-5), transtorno de movimento estereotipado e transtornos mentais devido a uma condição médica geral[14]. Contudo, o diagnóstico de transtornos mentais comórbidos ao RM pode ser (e, na prática, é) prejudicado pelas peculiaridades de apresentação clínica em função da gravidade do RM concomitante (e por outras deficiências associadas).

Outro aspecto de especial relevância para o surgimento de sintomas comportamentais de monta nessa população é a institucionalizada negligência para com condições e doenças físicas que afetam essa população. Um estudo retrospectivo[16] incluindo 198 prontuários de casos de RM admitidos em enfermaria psiquiátrica (média de permanência de 17,6 dias) constatou que o maior número de diagnósticos clínicos se associou a mais dias de internação ($p < 0.0001$). Também foi identificada uma correlação positiva entre o número de problemas clínicos e o número de substâncias psicoativas prescritas ($p < 0.0001$)[e]. A mais frequente comorbidade clínica nesse estudo[16] foi a obstipação (em 60% dos pacientes, n = 118), seguida de refluxo gastroesofágico (em 38%, n = 75). Indivíduos mais velhos (obviamente) se correlacionavam a um aumento no número de problemas clínicos, mas o gênero do paciente e o grau do RM ou sua associação a um diagnóstico de transtorno do espectro do autismo não tiveram um efeito detectável sobre as taxas de diagnósticos médicos (nem de medicações).

Em 13 dos admitidos, portadores de trissomia 21 (síndrome de Down), foram detectadas as maiores taxas de osteoartrite, problemas cardíacos, perda auditiva, hipotiroidismo e apneia do sono (quando comparados aos pares sem síndrome de Down), o que é plenamente compatível com a literatura sobre a síndrome. Além disso, muitos casos foram encaminhados para admissão psiquiátrica devido a comportamentos agressivos, disruptivos e autolesivos[16]. De fato, indivíduos com RM devido à síndrome de Down apresentam maior risco para o desenvolvimento de demência do tipo Alzheimer. As alterações patológicas do cérebro associadas com esse transtorno geralmente se desenvolvem à época em que esses indivíduos estão na casa dos 40 anos, embora os sintomas clínicos de demência sejam evidentes apenas mais tarde[17].

> *O homem com retardo mental como portador de aumento de libido e pobre controle de impulsos se trata de pura mitologia, verificando-se (na grande maioria dos casos nos quais o ofensor é uma pessoa com RM) que o fato resulta mais de uma educação insuficiente ou inapropriada.*[18]

Uma revisão de trabalhos que investigaram a prevalência de transtornos mentais em crianças e/ou adolescentes com RM[19] (levantando artigos desde 1970) identificou nove estudos com condições metodológicas consideradas aceitáveis. Destes, quatro comparavam a prevalência de transtornos mentais entre grupos (com ou sem RM), e outros cinco traçavam uma estimativa das taxas de comorbidade psiquiátrica entre portadores de RM. Coletivamente,

[e] Este dado contribui para fundamentar minha experiência pessoal de que um portador de RM está (via de regra) fadado a receber psicotrópico (após psicotrópico...), mas não raro jamais será encaminhado para investigação de uma possível afecção clínica associada (e que pode ser a principal causa de seus distúrbios comportamentais).

os autores identificaram taxas de comorbidade entre 30 e 50%, com um risco relativo associado entre 2,8 e 4,5. Segue desconhecida a associação da comorbidade psiquiátrica com a idade e o gênero do paciente, com a gravidade do RM e com *status* socioeconômico. O artigo conclui que a avaliação de comorbidades clínicas necessita ser componente fundamental e imprescindível nos serviços de atendimento a doentes mentais e a deficientes intelectuais[19].

É bem difundido pela classe médica (e psiquiátrica) o mito de que portadores de RM estão protegidos de outros problemas mentais pelos seus déficits intelectuais. Também partimos frequentemente de outra premissa errada, a de que o indivíduo pode ou ter somente RM ou apresentar transtornos mentais, esquecendo que as duas categorias são absolutamente sobreponíveis. Também há sintomas psiquiátricos que são interpretados como decorrentes do RM[15]. Quadros do espectro da ansiedade, por exemplo, são bem comuns, baseados no fato de que o déficit intelectual aumenta as dificuldades educacionais e sociais associadas a experiências emocionais aversivas, a partir das quais se observa a ansiedade[20].

O maior problema do psiquiatra frente ao RM e sua relação com outros quadros psiquiátricos é sua ignorância quanto aos aspectos cardinais que justificam o diagnóstico, o que faz com que o profissional não consiga identificá-lo de forma adequada, ficando limitado à sintomatologia decorrente do próprio déficit cognitivo, para então identificar outros sinais e sintomas psiquiátricos que se sobrepõem ao RM[21].

> *E não me assustem com o vosso bem-estar, com vossas riquezas, com a raridade da fome e a rapidez das vias de comunicação! Há riquezas porém menos força; não resta mais uma ideia agregadora; tudo amoleceu, tudo mofou e vai mofar! Todos nós mofaremos.*[1]

A autora informa não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Evelyn Kuczynski, Rua Borges Lagoa, 1080/908, CEP 04038-002, Vila Clementino, São Paulo, SP. E-mail: ekuczynski@uol.com.br

Referências

1. Dostoiévski F (1869). O idiota. São Paulo: Editora 34; 2002.
2. Postel J, Quetel J. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod; 1994.
3. Assumpção Jr FB, Kuczynski E. Deficiência mental. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E, editores. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 253-73.
4. Leite LB, Galvão I. A educação de um selvagem. São Paulo: Cortez; 2000.
5. Malson L. Les enfants sauvages. Paris: Editora 10/18; 1964.
6. Nobécourt P, Baboneix L. Les enfants et les jeunes gens anormaux. Paris: Masson; 1939.
7. Kuczynski E. Retardo mental: detecção precoce. Rev Debates Psiquiatr. 2014;4:6-11.
8. Patto MHS. Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar. São Paulo: TA Queiróz; 1984.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2012.
10. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, et al. Intellectual disability: definition, classification, and system of supports. 11th ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2010.
11. Krynski S. Deficiência mental. Rio de Janeiro: Atheneu; 1969.
12. World Health Organization (WHO). Mental retardation: meeting the challenge. Geneva: WHO; 1985.
13. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 2011;32:419-36.
14. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
15. Assumpção Jr FB. Aspectos psiquiátricos. In: Assumpção Jr FB, Sprovieri MHS. Deficiência



EVELYN KUCZYNSKI

Pediatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Médica assistente, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. Médica comissionada da Secretaria de Saúde junto ao Serviço de Onco-Hematologia Pediátrica, Instituto da Criança do HC-FMUSP, São Paulo, SP. Pesquisadora voluntária, Laboratório de Distúrbios do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, SP.

mental: novos rumos. São Paulo: Memnon; 2000. p. 55-62.

16. Charlot L, Abend S, Ravin P, Mastis K, Hunt A, Deutsch C. Non-psychiatric health problems among psychiatric inpatients with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res. 2011;55:199-209.
17. Lott IT. Neurological phenotypes for Down syndrome across the life span. Prog Brain Res. 2012;197:101-21.
18. Fegan L, Rauch A, McCarthy W. Sexuality and people with intellectual disability. Sidney: MacLennan & Petty; 1993.
19. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. J Intellect Dev Disabil. 2011;36:137-43.
20. McNally RJ. Anxiety and phobias. In: Matson JL, Mulick JA. Handbook of mental retardation. 2nd ed. New York: Pergamon; 1991. p. 413-23.
21. Kelley A, Palmer F, Askins KM. TDMHSAS Best practice guidelines. Intellectual disability and comorbid psychiatric disorders in persons under 22 years of age [Internet]. 2013 Feb 25 [cited 2015 Oct 12]. https://www.tn.gov/assets/entities/behavioral-health/attachments/Pages_from_CY_BPGs_283-296.pdf

RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES
OSVALDO LUIZ SAIDE

ARTIGO

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS: POTENCIALIDADES TERAPÊUTICAS DE UM GRUPO DE MÚTUA AJUDA

ALCOHOLICS ANONYMOUS: THERAPY POTENTIALS OF A MUTUAL HELP GROUP

Resumo

O presente trabalho aborda a questão do grupo de mútua ajuda conhecido como Alcoólicos Anônimos (AA) e suas potencialidades terapêuticas. Para tanto, foi realizado um amplo estudo de sua literatura, com livros considerados como seu texto base, assim como um trabalho de campo com membros do AA, sendo utilizada técnica de observação participativa seguida de entrevistas voluntárias com os membros. Conforme sugerido a todo recém-chegado no AA, a observação foi feita em 90 reuniões ao longo de 90 dias. Finalmente, foi aplicado também um questionário anônimo, visando obter um melhor perfil de uma pequena amostra do total de pessoas que frequentam o grupo. Ao todo, obtivemos 35 questionários respondidos, que demonstraram a importância do AA na mudança de vida dessas pessoas.

Palavras-chave: Álcool, alcoolismo, Alcoólicos Anônimos.

Abstract

The present paper describes the mutual help group known as Alcoholics Anonymous (AA) and its therapeutic potentials. In order to do that, the relevant literature was widely reviewed, focusing on books that are considered to be the group's rationale. In addition, a field study was conducted with AA members, using the participant observation technique, followed by voluntary interviews with members. As suggested to every newcomer to AA, our observation was made by attending 90 meetings over 90 days. Finally, an anonymous questionnaire was also applied, aiming to draw a more detailed profile of a small sample of the people attending the group. A total of 35 questionnaires were returned, and they revealed the importance of the AA group in changing the lives of these people.

Keywords: Alcohol, alcoholism, alcoholics anonymous.

Introdução

Os Alcoólicos Anônimos (AA) iniciaram suas atividades em 1935, na cidade de Akron, estado de Ohio, nos EUA. O início consistiu de um encontro entre William Griffith Wilson (Bill W.), um corretor da bolsa de valores da cidade de Nova Iorque, e o Dr. Robert Holbrook Smith (Dr. Bob), um médico cirurgião de Akron. A data fundação do AA é 10 de junho de 1935. Sendo assim, o AA existe oficialmente há mais de 80 anos[1a].

Quando o Dr. Bob conheceu Bill W., encontrava-se pela primeira vez com um companheiro alcoólico que havia conseguido deixar de beber. Bill insistia que o alcoolismo era uma doença da mente, das emoções e do corpo, fato que lhe fora comunicado pelo Dr. William Duncan Silkworth (Dr. Silkworth), diretor de um hospital onde Bill fora internado várias vezes. Apesar de ser médico, Dr. Bob não sabia que o alcoolismo era uma doença.

Imediatamente, ambos começaram a trabalhar com outros alcoólicos internados no Hospital Municipal de Akron, e logo um paciente chamado Bill D. alcançou sua abstinência. Na época ainda não existia o nome Alcoólicos Anônimos, mas esses três homens constituíram o núcleo do primeiro grupo. No outono de 1935, o segundo grupo foi tomando forma em Nova Iorque. O terceiro grupo surgiu em Cleveland, em 1939. Foram necessários

[a] Sugerimos ver o filme "O valor da vida" (My name is Bill W.), com James Woods, James Garner e JoBeth Williams, direção e produção de Daniel Pietrie, roteiro de Williams G. Borchert (Estados Unidos, 1989).

RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES[1], OSVALDO LUIZ SAIDE[2]

[1] Especialista em Psiquiatria pela ABP. [2] Livre-docente e professor associado de Psiquiatria na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.



mais de 4 anos para se conseguir 100 alcoólicos sóbrios nesses três primeiros grupos[2].

Em abril de 1939, a irmandade publicou seu livro texto base, intitulado *Alcoólicos anônimos*. O livro expunha a filosofia e os métodos do AA, isto é, a essência dos 12 passos. Também em 1939, o Cleveland Plain Dealer publicou uma série de artigos sobre o AA, no período de 21 de outubro a 4 de novembro. O grupo de Cleveland, composto por mais ou menos 20 membros, recebeu numerosos pedidos de ajuda. Os resultados foram fantásticos, e, após poucos meses, havia cerca de 500 alcoólicos membros. Pela primeira vez, havia uma evidência de que a sobriedade poderia multiplicar-se em massa. Então, em 1940, John D. Rockefeller organizou um jantar para divulgar o AA, ao qual convidou muitos dos seus eminentes amigos de Nova Iorque. Houve uma onda de pedidos, sendo cada um deles respondido com uma carta pessoal e um folheto fazendo menção ao livro *Alcoólicos anônimos*. No final de 1940, o AA já contava com 2.000 membros[3].

Em 1941, o número de membros aumentou de 2.000 para 8.000. No início de 1946, já era possível tirar algumas conclusões sobre as atitudes, costumes e funções que melhor se ajustariam aos objetivos do AA. Tais princípios, que surgiram a partir das experiências dos próprios grupos, foram codificados como as "As 12 tradições de Alcoólicos Anônimos"[1,4].

No Brasil, o primeiro grupo de AA surgiu em 1947; atualmente, o Brasil é um dos países com maior número de grupos no mundo[5].

Em 1950, o AA já contava com mais de 96.000 membros. O número de grupos aumentou de 500 em 1944 para 3.500 em 1950. Simultaneamente, muitos não alcoólicos de áreas da medicina, da religião e da mídia solicitavam informações sobre as políticas do AA. Então, no mesmo ano de 1950, o AA realizou, em Cleveland, sua primeira Convenção Internacional. Em 1961, as recuperações no AA chegavam a 300.000, com 8.000 grupos nos EUA e no mundo.

Bill W. faleceu de pneumonia em 24 de janeiro de 1971, após permanecer 36 anos, 1 mês e 12 dias sem ingerir bebida alcoólica. Neste mesmo ano, os membros do AA no mundo todo somavam mais de 300 mil. Por volta de 1991, estimava-se o número de membros em 2.000.000 ao redor do mundo[6].

Desde então, o AA se tornou uma irmandade mundial, demonstrando que podia superar quase todas as barreiras de raça, credo e idioma. No Brasil, atualmente existem cerca de 5.700 grupos, com aproximadamente 120.000 membros. É fundamental ressaltar que, por ser anônima, a irmandade de AA não mantém registro de seus membros. Os dados aqui citados são todos aproximados, provenientes do Escritório Mundial e do Escritório de Serviços Gerais de AA. Atualmente, a literatura do AA é composta por 15 livros (10 traduzidos para o português), mais 7 *folders*, 29 livretos e 8 folhetos (totalizando 44 documentos, todos disponíveis em português), além de 3 periódicos de circulação exclusiva no Brasil (destaca-se a revista bimestral *Vivência*)[1-3].

A irmandade de AA baseia-se em um programa de abstinência total de qualquer tipo de bebida alcoólica, evitando-se o 1º gole a cada 24 horas. Os princípios do programa são constituídos pelos 12 passos, que visam à recuperação pessoal; pelas 12 tradições, que asseguram a unidade da irmandade; e pelos 12 conceitos para serviços mundiais, que são um conjunto de preceitos inter-relacionados para ajudar a garantir que os vários elementos da estrutura de serviços do AA se mantenham comprometidos e responsáveis perante aqueles a quem servem[4].

A medicina e o AA

Uma importante figura no surgimento do AA foi o médico William Duncan Silkworth, já citado. Ele era diretor de um importante hospital em Nova Iorque (Charles B. Towns Hospital), especializado no tratamento de alcoolismo e dependência química. Foi ele quem tratou Bill W., cofundador do AA. Em sua opinião, escrita em 1939, o corpo do alcoólico é tão anormal quanto sua mente. Foi ele que escreveu a introdução do livro *Alcoólicos anônimos*, que permanece inalterada até hoje. Calcula-se que chegou a atender 40.000 alcoólicos em sua carreira. Faleceu em 1951. Vale ressaltar que o próprio AA defende a hospitalização para o alcoólico que esteja muito agitado ou confuso.

O Dr. Silkworth escreveu que um médico precisava, às vezes, admitir sua própria incapacidade, pois, mesmo dando tudo de si, muitas vezes isso não era suficiente. Algo maior do que o poder humano era preciso para produzir a mudança psíquica indispensável, mas o

RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES
OSVALDO LUIZ SAIDE

ARTIGO

total de recuperações fruto do trabalho psiquiátrico era considerável. Em sua opinião, a classificação dos alcoólicos era muito difícil, podendo haver várias patologias por trás do uso do álcool. Também existiam os absolutamente normais, a não ser quanto ao efeito exercido pelo álcool sobre eles. O único sintoma que todos os pacientes tinham em comum era que não podiam começar a beber sem desenvolver o fenômeno da compulsão; assim, o único alívio que se podia sugerir seria a total abstinência[3].

Em 1944, na Conferência Anual da Associação Médica do Estado de Nova Iorque, foi lida uma tese sobre o AA. O resultado foi o apoio dos médicos em geral. Por solicitação da Associação Americana de Psiquiatria, um dos antigos membros do AA preparou um projeto sobre o tema, o qual foi publicado pelo *American Journal of Psychiatry* em abril de 1950. Também por volta de 1957 foi realizada uma pesquisa na cidade de Los Angeles, e cerca de 99% dos psiquiatras disseram não ver problemas no AA[1-3].

Atualmente, vários autores de diversos livros e tratados em medicina, não só em psiquiatria como também em outras especialidades, ressaltam a importância do AA no tratamento do alcoolismo. Citam que se deve estimular o paciente a procurar grupos de apoio como o AA, ou que, encerrado o tratamento, o médico deve conduzir seu paciente a grupos de mútua ajuda como o AA, ou incentivá-lo a buscar outras maneiras por meio das quais possa lidar com sua dependência do álcool[7]. Outros escrevem que, após a desintoxicação, deve ser feito um encaminhamento ao AA. Afirmam ainda que todos os médicos precisam se familiarizar com o trabalho dos programas de mútua ajuda, como os 12 passos do AA, inclusive frequentando pessoalmente as reuniões para entrar em contato com as experiências de seus pacientes[8]. Dizem que existe um corpo de evidências pequeno, porém crescente, que documenta a eficácia do AA; as informações sobre AA são facilmente obtidas na Internet. Os clínicos devem contemplar as preocupações ou respostas negativas experimentadas por seus pacientes em suas primeiras reuniões (por exemplo, evitar o contato social, dificuldade em entender como o grupo funciona, reações negativas em relação aos elementos espirituais do AA, crítica ou rejeição ao uso de medicação psiquiátrica, uso/abuso de múltiplas substâncias, entre outros), e apoiá-los[9].

Laranjeira et al. comentam que a aplicação de uma estratégia terapêutica voltada para não especialistas, aliada ao suporte do AA, seria capaz de resolver até 60% dos casos de alcoolismo no Brasil. O AA pode ajudar os pacientes a aceitarem a abordagem e mantê-los no tratamento por mais tempo quando comparado com terapias alternativas[10].

Justificativa

Embora o trabalho dos grupos de mútua ajuda na recuperação de pessoas com problemas de álcool/drogas seja reconhecido, há poucos trabalhos produzidos no meio acadêmico sobre a validade desse recurso como tratamento[11]. Em geral, os médicos, assistentes sociais e psicólogos que trabalham na área veem com resistência a possível indicação de pacientes para esses grupos. Por motivos diversos, baseados, em geral, no desconhecimento (ou preconceito) do papel desses grupos, os profissionais de saúde acabam por não indicar esse recurso como uma possível forma de ajudar pessoas e famílias a enfrentar a complexa questão do problema de álcool/drogas[12].

Sem dúvida, o problema de saúde pública em dependência química é imenso, e o sistema de saúde não dá conta das necessidades da população. Do ponto de vista histórico, o aparecimento dos grupos de mútua ajuda pode ter sido uma resposta espontânea das pessoas e da comunidade a essa questão. Desconfianças sobre o assunto parecem acometer ambas as partes: de um lado, o sistema de saúde não parece confiar nos recursos autônomos da comunidade, e de outro, os grupos de mútua ajuda não parecem acreditar que o sistema de saúde seja capaz de responder às suas necessidades. Analisando o cenário friamente, parece estranho que o sistema de saúde não acredite em soluções que partam da própria comunidade. E, afinal, por que a comunidade não acredita em soluções que partam do sistema oficial de saúde? Talvez seja a hora de aproximar essas duas vertentes, levando em conta que temos um problema gigantesco com a expansão de uso de álcool e drogas pela população.

Este trabalho visa ampliar um pouco a compreensão sobre como funciona um grupo de mútua ajuda (em especial, o AA) e lançar luz sobre quem são as pessoas que se beneficiam do AA e encontraram nesse método o tratamento ideal para seus problemas. Partimos do princípio de que pouco se sabe sobre o assunto e que

RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES[1], OSVALDO LUIZ SAIDE[2]

[1] Especialista em Psiquiatria pela ABP. [2] Livre-docente e professor associado de Psiquiatria na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

a própria academia parece avessa à questão, haja vista o escasso número de trabalhos publicados. Desta forma, optamos por caminhar de duas formas: de um lado, fazendo uma observação participativa, entrando em um desses grupos e vivenciando todo o envolvimento e as vivências que acompanham um neófito; e, de outro, realizando uma série de entrevistas com pessoas que ali tiveram suas vidas modificadas, a partir de uma experiência positiva acompanhando a irmandade de AA.

Material e métodos

A técnica utilizada foi a de observação participativa, com realização de um estudo de campo no qual o pesquisador se envolve na situação estudada, é um espectador interativo, sem a intervenção de terceiros. Os fatos e fenômenos são observados exatamente como ocorrem no mundo real, e assim ocorre também a coleta de dados referentes aos mesmos. A posterior análise e interpretação dos dados fundamentam-se em uma base teórica consistente.

Quanto ao tipo, a pesquisa pode ser classificada como básica, pois objetiva apenas gerar conhecimentos novos, sem aplicação prática prevista. Para a parte qualitativa, um dos autores frequentou um grupo de AA durante 90 dias consecutivos, de 3 de agosto a 31 de outubro de 2011, assistindo diariamente a uma reunião de 2 horas cada. O endereço do grupo foi obtido no site www.alcoolicosanonimos.org.br[13]. Para a aplicação dos questionários, os membros foram abordados antes do início ou ao final das reuniões, ora individualmente, ora em pequenos grupos. O grupo funciona em um prédio comercial, e não é permitido fumar durante as reuniões; às vezes alguns membros descem até a portaria para fumar, e o autor aproveitou este momento para também descer e abordar alguns membros. Na secretaria/recepção, havia uma pasta para correspondência entre os membros. Ao entregar os questionários, o autor pediu aos companheiros/membros que os lacrassem (ou grampeassem dobrados), escrevessem o nome do autor do lado de fora, e o pusessem nesta pasta. Ao longo de 90 dias, o autor distribuiu 65 questionários e obteve de volta 35 (53,8%). Os nomes utilizados neste texto são fictícios, mantendo a tradição do anonimato (12ª tradição).

O questionário para essa pesquisa de campo foi elaborado com o auxílio do Programa de Extensão em Alcoologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PROEXA-UERJ) e tinha como objetivo traçar um perfil das pessoas que se beneficiam com a participação no AA.

Resultados qualitativos: 90 dias/90 reuniões (pesquisa de campo)

Os autores já haviam assistido a algumas reuniões de AA ocasionalmente, objetivando entender melhor a doença do alcoolismo e, consequentemente, poder prestar uma melhor assistência aos pacientes que apresentam problemas com o uso/abuso/dependência de álcool. Entretanto, o objetivo agora era outro. Como recomendado para os iniciantes, um dos autores assistiu, durante 90 dias, a 90 reuniões, entre agosto e outubro de 2011. Assim, o autor assistiu a cerca de 180 horas de reuniões. Como os depoimentos são de 10 minutos cada, foram presenciados cerca de 1.080 depoimentos.

A sala maior, que os companheiros (assim eles se chamam) denominam de "cachaçal", mantinha cinco reuniões por dia, todas abertas (como indicam as palavras, as reuniões desse tipo são abertas aos alcoólicos e suas famílias, bem como a qualquer pessoa que se interesse em solucionar o seu problema com bebida alcoólica ou ajudar outra pessoa a solucionar o problema do alcoolismo). Nas reuniões abertas, sempre se lembra aos convidados que as opiniões e interpretações que escutarem ali são unicamente as do orador que as apresenta. Todos os membros têm total liberdade de interpretar o programa de recuperação segundo seu próprio parecer, mas ninguém pode falar pelo grupo ou pelos AA em sua totalidade. Nessa sala, havia cerca de 50 assentos.

Na sala intermediária, com cerca de 30 assentos, havia duas reuniões por dia, das 17h30min às 19h30min e das 20h às 22h. O foco principal aqui é a "reunião para novos", na qual pessoas com menos tempo de abstinência têm prioridade para falar e recebem conselhos de um coordenador com mais tempo de sobriedade contínua em AA. Os membros chamam essa sala de "berçário".

A sala menor, com cerca de 15 assentos, também mantinha duas reuniões por dia, nos mesmos horários da sala intermediária. As reuniões eram temáticas, sobre o estudo dos passos, das tradições, dos conceitos, além de debates sobre temas específicos, como medo, raiva, procrastinação, entre outros. Nesta mesma sala, havia também uma reunião do Al-Anon (para familiares de

RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES
OSVALDO LUIZ SAIDE

ARTIGO

alcoólicos) às quintas feiras, e uma reunião em língua inglesa (*English speaking meeting*) às sextas-feiras.

Nas duas últimas salas (intermediária e menor), as reuniões eram fechadas, exclusivas para membros do AA; nelas os membros encontram uma oportunidade de compartilhar uns com os outros tudo o que se refere aos seus problemas relacionados com formas e costumes de beber, assim como seus esforços para alcançar uma sobriedade estável. Também é possível discutir diversos elementos do programa de recuperação e estudar a literatura de AA. Para os fins desta pesquisa, o foco ficou nas reuniões abertas, na sala maior. Nessa sala também ocorreu uma reunião de serviço trimestral, na qual foram informadas as despesas do grupo, a arrecadação da sacola e os gastos com todo o material do grupo. Regularmente, era apresentada uma palestra intitulada "Alcoolismo: doença primária", ministrada por um médico membro do AA, além de reuniões comemorativas de recebimento de fichas de companheiros. As fichas simbolizam o tempo sem beber ou o ingresso de um novo membro. No período da observação, ocorreram quatro ingressos e cinco recebimentos de fichas.

No período da observação, houve uma maior presença de homens (cerca de 2/3 de homens e 1/3 de mulheres), com uma frequência média de 15 a 16 membros por reunião. O maior tempo de abstinência contínua relatado foi de 37 anos, e o menor, de 1 dia (24 horas). Entre os membros que informaram sua profissão, havia aposentados, pedreiros, taxistas, porteiros, professores, advogados, médicos, psicólogos, funcionários públicos, publicitários, arquitetos, donas de casa, estudantes e desempregados. Alguns membros relataram ser casados, outros solteiros, viúvos ou namorando. Alguns relataram ter filhos.

Via de regra, o alcoólico que procura o AA é aquele que sentiu que o álcool o venceu, porém está disposto a tentar qualquer coisa para se livrar da compulsão de beber. Houve depoimentos de pessoas que se tornaram marginais, roubaram, mentiram, foram presos, internados, tentaram o suicídio e até mataram. Outros nunca foram sequer hospitalizados. No AA, prega-se que ninguém é "um pouco" alcoólico: ou é ou não é, e somente o próprio membro pode decidir se o álcool se tornou para ele um problema incontrolável. O alcoolismo é visto com uma doença inata, física, mental e espiritual, que independe da vontade do membro ou da quantidade de álcool ingerida, mas que pode ser controlada desde que ele aceite sua doença e a impossibilidade de enfrentá-la sozinho. O objetivo é o membro admitir que possui uma doença incurável, com a qual deve aprender a conviver diariamente.

Três depoimentos marcaram bastante o autor. O primeiro deles foi de um companheiro que se tornou marginal em São Gonçalo e de lá foi expulso jurado de morte. Tornou-se mendigo, tomando sopa na fila de indigentes. Está há 15 anos sem beber, tornou-se microempresário e mora em uma cobertura na zona sul da cidade. Outro foi de um senhor que frequentou o AA durante 23 anos sem conseguir ficar sequer 6 meses sem beber. Ele era mergulhador de águas profundas em plataformas marítimas da Petrobrás. Durante sua "ativa", chegou a beber álcool que tirava de carros, fazendo sucção com uma mangueira. Perdeu sua família e também virou mendigo. Está há 11 anos sem beber, recuperou o amor de suas três filhas e volta e meia visita uma que mora nos EUA. O terceiro e último depoimento marcante foi de um companheiro que ficou 11 anos sem beber, "recaiu" durante 2 anos e agora está há 26 anos sem beber. Virou mendigo em Porto Alegre e tomava cachaça em uma lata de goiabada. Matou uma pessoa na "ativa" e foi preso. Recuperado, é uma pessoa de reconhecimento nacional em sua área.

Há somente um funcionário remunerado no AA, que limpa as salas por volta de 9h (antes do início das reuniões) e prepara o café na copa. Todos os demais, como os que integram o comitê de serviços (um coordenador geral, um vice-coordenador, um tesoureiro, três zeladores e membros responsáveis pela literatura) e os que realizam outras funções (coordenar reuniões, ficar na recepção e passar o café), são membros voluntários. Há também um serviço chamado Comitê Trabalhando com os Outros, ou CTO, que recruta membros para promover reuniões em clínicas e hospitais.

No início das reuniões, o coordenador lê o preâmbulo de *Alcoólicos anônimos*:

> *Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de AA na há taxas ou mensalidades; somos autossuficientes, graças às nossas próprias contribuições. AA não está ligado a nenhuma*



RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES[1], OSVALDO LUIZ SAIDE[2]

[1] Especialista em Psiquiatria pela ABP. [2] Livre-docente e professor associado de Psiquiatria na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia, não apoia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade.

Em seguida, o coordenador pede que, após a Oração da Serenidade ("Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos, e sabedoria para distinguir umas das outras"), seja feito um instante de silêncio para que os membros pensem sobre o porquê de estarem ali reunidos. A reunião começa, e o coordenador chama um membro para dar seu depoimento, normalmente por ordem de chegada, mas não obrigatoriamente. Cada companheiro tem até 10 minutos para falar. Aos 8 minutos, o coordenador levanta uma placa onde está escrito "faltam 2 minutos" e, posteriormente, "tempo esgotado". Após mais ou menos 1 hora de reunião, é servido o café (com e sem açúcar), são lidos os avisos da irmandade e é passada a sacola (7ª tradição), em silêncio, onde os membros põem suas contribuições financeiras voluntárias.

Um aviso que chamou a atenção do autor foi que, "em respeito à 5ª tradição, nenhum membro está autorizado a se manifestar sobre o uso ou não de medicamentos, que, como membros e irmandade, não temos autoridade para tratar sobre temas médicos, e que este assunto deve ser tratado pela medicina". A reunião prossegue, e, no final, o coordenador agradece ao companheiro que passou o café, ao que passou a sacola, informa o quanto foi arrecadado, lê a 12ª tradição ("Quem você vê aqui, o que você ouve aqui, quando sair daqui, deixe que fique aqui"), e novamente é pedido um instante de silêncio após a Oração da Serenidade, desta vez para os membros pensarem sobre como estavam quando chegaram pela primeira vez a uma sala de AA e como estão agora. Ao final, os membros se cumprimentam, e o coordenador segue para a recepção/secretaria, onde há um cofre no qual o dinheiro arrecadado é depositado.

Quando um novo membro opta por ingressar na irmandade, ele recebe uma ficha amarela que simboliza sua entrada na irmandade e um folheto com algumas perguntas para ajudar o membro a identificar-se, ou não, como alcoólico. Tivemos acesso ao folheto e verificamos várias semelhanças com o CAGE[14] (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener) e com o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)[15]. Por exemplo, no folheto perguntava-se se o membro já havia faltado atividades laborativas e se já havia tido "apagamento" devido ao álcool, entre outras questões.

Resultados quantitativos

Foram distribuídos 65 questionários e devolvidos 35. Obtivemos, portanto, 53,8% de resposta. A grande maioria dos entrevistados era do sexo masculino: 26 homens (74,3%) contra 9 mulheres (25,7%). Um entrevistado recusou-se a informar a idade; para os 34 que responderam, a média foi de 49 anos (idade mínima de 30 e máxima de 75 anos). Duas pessoas não responderam com exatidão a idade com que ingressaram no AA pela primeira vez; a média total foi de 36 anos (mínimo de 15 e máximo de 51 anos).

Das 33 pessoas que responderam se já tiveram ou não um "despertar espiritual", 26 (78,8%) afirmaram que sim, e 7 (21,2%) que não; 2 pessoas não responderam essa questão. Todos os entrevistados responderam se tinham ou não madrinha e/ou padrinho: 24 (68,6%) tinham, 11 (31,4%) não. Da mesma forma, todos responderam sobre seu tempo sem beber, assim distribuídos em ordem de frequência: entre 6 e 12 anos de abstinência contínua, 45,7%; menos de 1 ano, 17,1%; entre 3 e 6 anos, 14,3%; e entre 1 e 3 anos e acima de 12 anos ambos com 11,4%.

Do total de 35 pessoas, 34 responderam se já haviam tido alguma recaída: 14 sim (41,2%) e 20 não (58,8%). Desses 14, 11 informaram o número de recaídas, que resultou em uma média de 3 (mínimo de 1 e máximo de 5 recaídas). Quanto a ter lido algum material do AA nos últimos 3 meses, todos responderam, sendo que 28 (80%) afirmaram ter lido, enquanto 7 (20%) o negaram.

Na pergunta sobre qual dos passos é o mais importantes, 33 entrevistados referiram o 1° passo: "Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas". Todos os entrevistados responderam sobre o uso de outras drogas além do álcool, sendo que a maioria respondeu positivamente (19 pessoas, 54,3%). Entre as outras drogas mais citadas estavam a cocaína (10 vezes, 53%) e a maconha (9 vezes, 47%).

Quanto ao tabagismo, também abordado nesta pesquisa, 8 dos 35 entrevistados afirmaram fumar

(22,9%) e 27 não (77,1%). Vale ressaltar que, como o grupo funcionava em um prédio comercial, não era permitido fumar nas reuniões, e alguns membros desciam até a portaria para fumar após a passagem do café. Dos 8 que fumavam, 5 afirmaram ter a intenção de parar em breve (62,5%), e 3 (37,5%) não pretendiam parar.

Nove pessoas afirmaram já ter sido internadas por causa do álcool ou outra droga (25,7%) e 26 (74,3%) o negaram; todos responderam a essa pergunta. A média de internações foi 2, com uma frequência referida de até 10 ou 15 internações em situações isoladas. Onze pessoas (31,4%) afirmaram frequentar outros grupos de mútua ajuda além do AA, entre eles o N/A (Neuróticos Anônimos; 5 membros, 45%) e o NA (Narcóticos Anônimos; 2 membros, 18%).

Trinta e quatro pessoas responderam à pergunta sobre o uso de medicamentos: 20 disseram tomar algum remédio diariamente (58,8%), e 14 (41,2%) não. Entre as pessoas que tomavam medicamentos regularmente, 4 tomavam reguladores de humor (sugerindo um provável transtorno bipolar do humor), 4 tomavam benzodiazepínicos (sugerindo um provável transtorno de ansiedade e/ou uma "simples" insônia), 3 tomavam antidepressivos (também sugerindo transtorno de humor), 1 tomava anticonvulsivante (topiramato) e 1 tomava antipsicótico (ziprazidona). Entre os problemas clínicos, foram observados diabetes, hipertensão, insuficiência pancreática, dislipidemia, entre outros. Um dado interessante é que, apesar de grande parte dos entrevistados tomarem medicamentos regularmente, apenas 6 pessoas (17,1%) afirmaram fazer acompanhamento para seu problema com álcool em outro local. Destes, 5 (83%) afirmaram que faziam acompanhamento com psiquiatra, 4 (67%) com psicólogo, e 1 (17%) não informou o tipo de acompanhamento.

A pergunta sobre a média de vindas ao grupo por semana revelou uma média de 7 dias como preponderante (26,5%), seguida de 5 dias (23,5%) e um mínimo de 2 dias (11,8%). Vinte e seis pessoas (74,3%) trabalham, e 9 (25,7%) não. Só para citar algumas profissões, havia no grupo taxistas, fisioterapeutas, empresários, engenheiros, advogados, atores, vigilantes e até médicos. A última pergunta, a respeito de por que o membro parou de beber, deu margem às mais diversas respostas, que não puderam ser agrupadas. Porém, foi possível perceber que os membros são pessoas que atingiram o "fundo do poço" em uma ou mais áreas de suas vidas, seja de forma financeira, de saúde, com a família e/ou moral.

Discussão e conclusões

Grupos de mútua ajuda representam uma interessante alternativa no tratamento do alcoolismo. Ao apoiar-se em uma espiritualidade interior, sem fazer menção a qualquer religião, os membros podem ser entendidos por um número maior de pessoas. Outrossim, a espiritualidade pode ser um recurso importante para a organização da psique, exemplo visto na Oração da Serenidade[16,17]. Os AA se apoiam na abstinência total de qualquer tipo de bebida alcoólica como princípio de recuperação. Contudo, o presente trabalho não propõe os grupos de AA como "solução" para o problema do alcoolismo em nosso meio. Nossa proposta foi compreender um pouco melhor por que tantas pessoas se beneficiam dessa abordagem.

As principais conclusões dos autores ficam na esfera qualitativa, uma vez que a parte quantitativa ficou comprometida pelo pequeno número de questionários respondidos. Na parte qualitativa, ressalta-se o desenvolvimento de um grupo fraterno (a irmandade de AA) como interessante recurso de apoio que pode ser acionado a qualquer momento pelas centenas de salas espalhadas pela cidade. O aspecto "confessional" das reuniões, com relatos públicos da própria vida, cria condições para o desenvolvimento de uma reparação e melhora de autocuidados, evitando lugares e situações que estimulem novamente o uso de álcool.

Outros pontos: a solidariedade, representada pelo padrinho/madrinha, que podem ser acionados sempre que o novo membro passar por uma situação em que julgue necessário receber ajuda; e o "crescimento interior", representado pela literatura e que também pode ser entendido como um momento de meditação. Como se trata de uma forma "leiga" de tratamento, ela pode ser vista com ressalvas pelos meios profissionais, mas seus métodos de trabalho, pela acessibilidade e resultados que apresentam, deveriam ser mais conhecidos pelos médicos e outros profissionais de saúde[18,19]. A existência de subgrupos de AA que demandam e não demandam medicação psiquiátrica aponta para a necessidade de aumentar nosso diálogo com essa iniciativa.

RAFAEL BRITTO DE MAGALHÃES[1], OSVALDO LUIZ SAIDE[2]

[1] Especialista em Psiquiatria pela ABP. [2] Livre-docente e professor associado de Psiquiatria na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.



Também é certo que o problema do alcoolismo em nosso país é vasto, e a atenção às pessoas que sofrem dessa doença passa obrigatoriamente por recursos da própria comunidade. Nossos resultados apontam para a necessidade de incorporar tais recursos, como os grupos de mútua ajuda, como parceiros em projetos de saúde pública na questão do enfrentamento dos problemas com álcool em nossa sociedade.

Em relação à observação quantitativa, em que pese ao pequeno número de entrevistas respondidas, alguns itens chamam a atenção:

- Recaídas são possíveis, mas pode-se retornar ao programa.
- A literatura parece ter grande importância na manutenção da sobriedade.
- O 1º passo parece ser o mais difícil e o mais importante.
- O alcoolismo pode se desenvolver sem obrigatoriamente estar ligado a poliadicção.
- O uso de psicotrópicos sob prescrição médica é significativo, sugerindo comorbidade psiquiátrica em grande número de casos.

Mais estudos, com amostras maiores, fazem-se necessários para que se possa obter uma compreensão quantitativa desse subgrupo de pessoas que obtêm boa resposta terapêutica com grupos de mútua ajuda.

Agradecimentos

Aos membros do AA, pela perseverança e boa vontade, os quais, mesmo lutando contra a doença do alcoolismo, receberam-me tão calorosamente em suas reuniões.

> Nunca esquecerei a primeira vez que encontrei Bill Wilson. Eu estava sóbrio havia um par de meses e tão excitado, tão emocionado por conhecer pessoalmente o cofundador que despejei em cima dele o que minha sobriedade significava para mim e minha imorredoura gratidão por ele ter fundado AA. Quando fiquei sem fôlego, ele segurou minha mão na dele e disse simplesmente: "Passe adiante". (trecho de carta enviada ao Escritório de Serviços Gerais da AA)

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Rafael Britto de Magalhães, Rua Conrado Niemeyer, 14/301, Copacabana, CEP 22021-050, Rio de Janeiro. E-mail: rafabritto@globo.com

Referências

1. Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil. "Levar adiante", a história de Bill Wilson e como a mensagem de AA chegou ao mundo inteiro. 2ª ed. São Paulo: JUNAAB; 2004.
2. Bill W. A linguagem do coração. New York: Central Station; 2009.
3. Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil. Alcoólicos Anônimos, a história de como milhares de homens e mulheres se recuperam do alcoolismo. 4ª ed. São Paulo: JUNAAB; 2004.
4. Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil. Os doze passos e as doze tradições. 10ª ed. São Paulo: JUNAAB; 2004.
5. Campos EA. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. Etnografica. 2009;13:103-24.
6. Rodrigues JT, Almeida LP. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos de alcoólicos anônimos. Psicol Estud [online]. 2002;7:113-20.
7. Maria AD. Alcoolismo, etilismo. In: Porto CC, Porto AL, editores. Vademecum de clínica médica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 40-2.
8. Avram HM, John EF, Richard J.F. Transtornos por uso de substâncias. In: Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatria clínica. 4ª ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 302-69.
9. Griffith E. Alcoólicos Anônimos. In: Griffith E, Marshall J, Cook CCH, editores. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 249-57.
10. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. 1º Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
11. Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueira I, Athayde LD, Silveira DX. Internal consistency and factor structure of the adherence scale for alcoholics anonymous. Estud Psicol (Campinas). 2011;28:107-13.

12. Castro MJA, Ferreira SI, Ferreira SL. Terapia de rede social e de 12 passos. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, editores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 301-10.
13. Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil (JUNAAB). [Internet]. [cited 2011 Aug 08]. http://www.alcoolicosanonimos.org.br
14. Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. Rev Colomb Psiquiatr. 2009;38:294-303.
15. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
16. Hewdy LB, Bogar M. Espiritualidade e dependência química. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, editores. Dependência química: prevenção, tratamento e política públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 177-84.
17. Foster DW, Quist MC, Young CM, Bryan JL, Nguyen M-L, Neighbors C. Benefit finding as a moderator of the relationship between spirituality/religiosity and drinking. Addict Behav. 2013;38:2647-52.
18. Oliveira RG, Menandro PRM. Em busca de uma nova identidade: o grupo de alcoólicos anônimos. Estud Psicol (Campinas) [online]. 2001;18:5-21.
19. Denise GM, Neliana FB. Psicoterapia de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química. In: Neliana FB, Selma B, Ronaldo L, editors. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2004. p. 259-84.

O APLICATIVO DA ABP ESTÁ DE CARA NOVA!

Venha conhecer o novo app: baixe no Apple Store ou Google Store e fique a par das novidades à distância de um clique!



Available on the App Store
GET IT ON Google play

JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES
GIANCARLO LUCCHETTI
FREDERICO C. LEÃO
PAULO R. MENEZES
HOMERO VALLADA

ARTIGO

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE TERAPIA COMPLEMENTAR ESPIRITUAL/RELIGIOSA EM SAÚDE MENTAL[a]

EVALUATION OF RELIGIOUS/SPIRITUAL COMPLEMENTARY THERAPY IN MENTAL HEALTH

Resumo

Diversos estudos têm sido publicados sobre a influência das crenças e práticas espirituais e religiosas na saúde mental. Diante de tais evidências, foram propostas estratégias com o objetivo de estimular a dimensão espiritual de pacientes, focando-se principalmente no enfrentamento de diferentes doenças. Porém, ainda são poucos os estudos que avaliam os possíveis efeitos e mecanismos de ação dessas intervenções espirituais/religiosas (IERs) através de ensaios clínicos randomizados. De acordo com a literatura científica, as IERs têm obtido resultados similares ou superiores a outras abordagens complementares em saúde, incluindo redução de sintomas de ansiedade e estresse, diminuição na intensidade do consumo de drogas, menor exaustão emocional em profissionais da saúde e uma tendência a menor sintomatologia depressiva. Como essas intervenções são heterogêneas, há uma discussão acerca da adequação dos conteúdos das IERs, na tentativa de uniformizar o treinamento dos profissionais de saúde e o material ofertado aos pacientes. Nota-se, também, a necessidade de um cuidado no desenho metodológico desse tipo de intervenção, com a realização de estudos com metodologias mais robustas. A busca e avaliação dessas novas intervenções poderão auxiliar no desenvolvimento de estratégias mais integrativas, facilitando o tratamento complementar em saúde mental.

Palavras-chave: Espiritualidade, religião e medicina, terapia complementar, ensaios clínicos randomizados.

Abstract

Several studies have been published on the impact of religious and spiritual beliefs and practices on mental health. Based on the evidence available, strategies have been proposed to stimulate the spiritual dimension of patients, focusing primarily on coping with different diseases. However, few studies have assessed the possible effects and mechanisms of action of religious/spiritual interventions (RSIs) through randomized clinical trials. According to the literature, RSIs have obtained similar or better results than other complementary treatment approaches, including reduction of anxiety and stress symptoms, decrease in drug use, a lower degree of emotional exhaustion in health professionals, and a tendency to less depressive symptoms. Because interventions can be very heterogeneous, there has been a discussion about standardizing the contents of RSIs, in an attempt to make both the training of facilitators and the materials offered to patients more uniform. Also, it is possible to observe an increased attention to the methodological design of this type of intervention, with studies showing more robust methodologies. The search for and assessment of these new interventions

[a] Este texto foi baseado no artigo originalmente intitulado "Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials", de autoria de J. P. B. Gonçalves, G. Lucchetti, P. R. Menezes e H. Vallada, publicado em 2015 (epub ahead of print, doi:10.1017/S0033291715001166) na revista *Psychological Medicine* (© Cambridge University Press).

JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES
GIANCARLO LUCCHETTI
FREDERICO C. LEÃO
PAULO R. MENEZES
HOMERO VALLADA

ARTIGO

can help in the development of more integrative strategies and facilitate complementary treatment in mental health.

Keywords: Spirituality, religion and medicine, complementary therapy, randomized clinical trials.

Introdução

A partir das últimas décadas, tem havido um interesse cada vez maior nos aspectos espirituais e religiosos dos pacientes e em sua relação com o processo saúde-doença[1]. Em geral, os estudos científicos nessa área apontam para benefícios da espiritualidade e religiosidade (E/R) na maioria dos pacientes, auxiliando o tratamento médico e o restabelecimento da saúde em geral[2]. Contudo, devido à complexidade do assunto, ainda não existe um consenso quanto à definição dos conceitos relacionados a E/R. A definição que utilizaremos neste artigo segue a linha de pensamento do pesquisador Harold Koenig[1], o qual descreve espiritualidade como "aproximação do sagrado ou transcendental através da busca pessoal de compreensão das questões da vida, sem necessariamente vínculo com religião", e religião como "ligação com o sagrado ou transcendental através de um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos".

Diversos estudos têm investigado a relação entre E/R e desfechos de saúde, mostrando diminuição de sintomas físicos, melhora na qualidade de vida e até aumento de sobrevida[2,3]. Particularmente na área de saúde mental, é possível encontrar na literatura diversos estudos demonstrando associações positivas entre religiosidade e depressão, ansiedade e estresse pós-traumático[1].

Apesar do grande interesse nessa área e do grande número de estudos publicados, ainda são escassas as publicações que avaliam a real aplicabilidade clínica desse tópico através de ensaios clínicos randomizados e controlados. De fato, nas últimas décadas, foram propostas diversas intervenções, que teriam como objetivo principal a vinculação de mensagens para a saúde por meio do incentivo e estímulo da dimensão espiritual e das crenças religiosas dos pacientes, o que se convencionou chamar de intervenções espirituais/religiosas (IERs). A hipótese é que essas IERs sejam capazes de influenciar desfechos clínicos por meio do remodelamento do pensamento da pessoa, oferta de maior suporte social, promoção da resiliência, compreensão e aceitação da doença, além de incentivo à fé[4-6].

Na busca da literatura científica vigente, foram encontradas três diferentes metanálises que avaliaram as IERs em saúde mental, todas mostrando resultados promissores. Nas duas primeiras, que encontraram tamanhos de efeito pequenos[7] a moderados[8] favoráveis às abordagens espirituais, não foram utilizadas metodologias rigorosas para a condução da revisão. Na terceira, apesar de a revisão sistemática ter seguido diretrizes internacionais para sua construção, não se considerou a qualidade metodológica dos artigos selecionados. Como resultado, os autores encontraram diferença significativa para sintomas de ansiedade e depressão[9].

Baseando-se na carência de revisões com metodologia mais rigorosa, nosso grupo realizou recentemente uma revisão sistemática e metanálise seguindo os padrões internacionais, utilizando sete bancos de artigos científicos indexados e levando em consideração os protocolos instituídos e a qualidade metodológica dessas pesquisas[10]. A versão completa e detalhada da revisão pode ser obtida no link http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715001166. No presente artigo de atualização, nossa proposta é apresentar e discutir os resultados mais relevantes encontrados na pesquisa original.

Protocolos das IERs

Existem diversos tratamentos complementares descritos na literatura científica, já bem fundamentados nas últimas décadas, apresentando propostas para redução de sintomas e melhora de qualidade de vida nos mais diferentes tipos de pacientes, especialmente os que sofrem de doenças crônicas. Dentre alguns exemplos, podemos citar atividades como yoga, tai chi chuan, meditação e acupuntura[11,12].

Outra alternativa complementar em saúde também descrita na literatura são as IERs, que integram temas como cuidar do corpo que Deus proveu, realizar preces em grupo, gerar suporte através da troca interpessoal e promover discussão reflexiva de valores morais e éticos para aceitação da situação a ser enfrentada, visando promover saúde. Basicamente, a justificativa para essas

JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES[1], GIANCARLO LUCCHETTI[2], FREDERICO C. LEÃO[3], PAULO R. MENEZES[4], HOMERO VALLADA[5]

[1] Mestre. Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. [2] Professor adjunto, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG. [3] Coordenador do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER), Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. [4] Professor titular, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP. [5] Professor associado, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP.

intervenções é embasada em três pontos principais. Primeiro, existe um grande número de pacientes que buscam a E/R como opção complementar no tratamento de suas doenças[13]. Segundo, estudos mostram que muitos pacientes têm necessidade de abordar o assunto E/R com seus médicos durante tratamentos de saúde[14]. Terceiro, alguns autores discutem que os profissionais de saúde podem também se sentir satisfeitos e motivados ao perceber a melhora dos pacientes quando o assunto é trazido na prática clínica[5], e que, se estiverem preparados para lidar com o tópico, podem identificar com mais segurança as necessidades espirituais dos pacientes[15]. Por outro lado, alguns autores contrapõem que se deve ter cuidado na indicação desses tratamentos, para que a ação não seja confundida com prescrição médica, visto que é assunto de caráter particular e pessoal[16].

Encontramos, nos artigos sobre IERs, dois principais enfoques: o espiritual e o religioso. O espiritual consta de propostas que incluem valores morais, crença em uma "força maior", estímulo ao enfrentamento e transcendência, sem obrigatoriamente a necessidade de alguma filiação religiosa, podendo incluir tanto grupos religiosos específicos quanto indivíduos ateus e agnósticos, sem restrições ou imposições. Por outro lado, o enfoque religioso utiliza-se de crenças e tradições específicas para determinadas afiliações religiosas, como, por exemplo, católicos, judeus ou muçulmanos. Dependendo do enfoque que é dado na intervenção, pode-se ainda adaptá-la a diferentes assistências, como psicoterapia, meditação, intervenções com áudio ou vídeo ou até serviços pastorais. As IERs, portanto, demonstram uma grande magnitude de possibilidades para se trabalhar com o tema na clínica.

Impacto das IERs na saúde mental

Em relação aos desfechos clínicos das IERs, existe uma grande heterogeneidade descrita na literatura, incluindo desde estimulação de atividade física até doação de órgãos. Entretanto, a maioria das investigações se concentra em desfechos de saúde mental, tais como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, uso e abuso de álcool e drogas, entre outros.

Em nossa revisão sistemática[10], corroborando outras revisões, foram encontrados efeitos positivos ou similares entre as IERs e os grupos controle avaliados na maioria dos estudos, independentemente dos diferentes protocolos adotados. Apenas um estudo apresentou desfechos negativos no grupo que recebeu IERs, em um determinado período de seguimento do estudo[17].

Como há escassez de ensaios clínicos randomizados, e esses, por sua vez, divergem nas abordagens, torna-se difícil organizar os dados estatisticamente. Mesmo as metanálises já realizadas apontam resultados heterogêneos devido aos poucos estudos e à falta de consenso entre as publicações existentes. Em nossa revisão[10], encontramos 15 estudos que avaliaram sintomas de depressão e 14 que avaliaram ansiedade, os quais foram passíveis de metanálises, inclusive classificando-os em subgrupos específicos para aprofundar os efeitos das IERs.

Em termos gerais, nossas metanálises[10] encontraram que as IERs estiveram associadas a uma redução significativa dos sintomas de ansiedade e a uma tendência não significativa de redução dos sintomas depressivos. De fato, diversas evidências científicas sustentam a redução de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes que praticam e creem na religião escolhida[1]. Nesse contexto, destacamos que a presente pesquisa avaliou apenas sintomas, e não diagnósticos primários, o que pode ter interferido nos resultados, principalmente dos sintomas depressivos.

Em relação a outros desfechos relacionados a saúde mental, é possível encontrar na literatura os diversos sintomas negativos causados pelo estresse, especialmente quando acompanham doenças crônicas e/ou terminais, e que podem se beneficiar de alternativas complementares de saúde durante o tratamento médico[18]. Alguns estudos têm estimulado a participação em IERs de pacientes com sintomas de estresse, com resultados promissores. Em relação aos ensaios clínicos, dois avaliaram estresse pós-traumático e revelaram redução significativa, tanto em homens[4] quanto em mulheres[6], em relação aos grupos controle. Da mesma forma, estresse também foi mensurado em outras duas pesquisas, evidenciando redução em uma[19] e nenhuma alteração na outra[20].

Ainda sobre estresse, sabe-se que o índice de sobrecarga (*burnout*) em profissionais da saúde é preocupante, podendo causar exaustão emocional, despersonalização,

JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES
GIANCARLO LUCCHETTI
FREDERICO C. LEÃO
PAULO R. MENEZES
HOMERO VALLADA

ARTIGO

insatisfação na carreira, depressão e suicídio, além de menor satisfação e maior tempo de recuperação de pacientes atendidos por esses profissionais[21]. Nesse sentido, alguns autores investigaram o efeito de IERs em profissionais da saúde e observaram redução nos níveis de estresse e de exaustão emocional em comparação com outras técnicas convencionais[22], e mais atenção nos cuidados com os pacientes na comparação pré/pós-intervenção[5,23]. Apesar de serem poucos os achados sobre IERs nessa população, eles apontam para uma alternativa de tratamento que pode ter bons resultados e talvez até uma repercussão positiva na saúde dos pacientes. Há, inclusive, programas educativos para cuidados espirituais sendo desenvolvidos e aplicados na prática para profissionais de assistência, mostrando que quem recebe esse treinamento identifica melhor as necessidades dos pacientes e promove mais cuidados espirituais[24].

Com relação a pacientes portadores de esquizofrenia, o estudo encontrado evidenciou que pacientes que receberem IER não diferiram quanto a aderência ao tratamento ou função social, porém houve favorecimento na disposição do paciente para pedir ajuda, além de alto interesse em discutir o tema com o profissional[5]. A intervenção se baseou somente em uma entrevista semiestruturada, e os autores citam a necessidade de desenvolver um protocolo de assistência, uma vez que outros resultados na literatura salientam o quanto pacientes com severas desordens mentais utilizam a religião como forma de enfrentamento da situação adversa (*coping*)[25].

Outro tópico de grande relevância na saúde é a dependência química. Já é bem estabelecido o papel da E/R como fator de proteção contra o consumo de álcool e drogas ilícitas, assim como sua relevância na recuperação e prevenção de recaídas[2,26]. Diversos modelos de terapêutica complementar utilizados internacionalmente seguem os 12 passos preconizados pelos Alcoólicos Anônimos (AA), grupo de autoajuda que propõe a inclusão de aspectos espirituais, como a busca pessoal, a prece e o contato com Deus, durante as discussões em grupo. Sugestões de IERs para essa população têm sido incentivadas, e dois ensaios clínicos foram identificados de acordo com nossos critérios de inclusão. Um deles encontrou diferença estatística na diminuição da frequência e da intensidade de beber a longo prazo após o tratamento[27], enquanto o outro encontrou o mesmo resultado somente no 4° mês após as intervenções, em um seguimento total de 12 meses[17]. Esse segundo estudo também mostrou maiores níveis de depressão e ansiedade nos pacientes que participaram das IERs quando comparados com o grupo de tratamento usual.

Sabe-se, pela literatura, que a religiosidade, quando encarada de forma punitiva, como um "castigo divino", pode aumentar os índices de ansiedade, depressão e até a mortalidade[28,29]. Embora esses dados sejam menos expressivos em termos de quantidade, são de grande importância para o cotidiano clínico. Percebe-se, aqui, no encontro de desfechos positivos e negativos da E/R na saúde mental, o ponto crítico que justifica aprofundar o conhecimento das aplicações e/ou estimulações dessa dimensão nos pacientes: de que forma, então, podemos obter os desfechos positivos e evitar/prevenir os negativos? Sem dúvida essa questão não será encerrada de forma determinante com poucos estudos, haja vista a natureza complexa e multifacetada do tema. Todavia, diante de toda a repercussão clínica da E/R, é necessário que novas pesquisas explorem as fronteiras existentes atualmente.

Metodologia e risco de vieses

Rigorosas pesquisas, com metodologias adequadas e sólidas, devem ser estimuladas a fim de se compreender as formas mais adequadas para se trabalhar com as IERs como tratamento complementar em saúde e promover maior evidência para esse campo ainda controverso.

As diretrizes internacionais para ensaios clínicos não farmacológicos preconizam pré-requisitos básicos, prevendo, por exemplo, a dificuldade de se adotar a prática do "estudo duplo-cego", uma vez que a pessoa submetida à intervenção tem consciência de seu tratamento[30]. Em contrapartida, reforçam a importância de outros pontos, como a randomização dos grupos e o avaliador "cego" para os procedimentos realizados. Em nossa revisão, constatamos que 21 dos 23 estudos selecionados obtiveram classificação de boa qualidade metodológica de acordo com a escala adotada. Isso traduz uma maior robustez dos resultados encontrados, demonstrando que, apesar do desafio metodológico, muitos autores têm se preocupado em minimizar os

JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES[1], GIANCARLO LUCCHETTI[2], FREDERICO C. LEÃO[3], PAULO R. MENEZES[4], HOMERO VALLADA[5]

[1] Mestre. Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. [2] Professor adjunto, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG. [3] Coordenador do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER), Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. [4] Professor titular, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP. [5] Professor associado, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP.

vieses de suas investigações e construir raciocínios científicos claros e concisos sobre o impacto da E/R na saúde.

Contudo, não se elimina a necessidade de mais estudos que venham a investigar quais seriam os mecanismos de ação envolvidos nas IERs. Uma proposta para futuras pesquisas seria a utilização de diferentes instrumentos para mensurar espiritualidade, religiosidade e seus pormenores em uma mesma pesquisa, comparando os resultados específicos de cada medida com os desfechos coletados após as intervenções.

Serviços de IER e treinamento no Brasil

Existem já alguns serviços de saúde mental que oferecem IERs no território nacional. Dentre esses, citamos dois serviços relacionados ao nosso grupo de pesquisa: o Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e a Associação Mantenedora João Evangelista (AMJE) da cidade de São Paulo, instituição filantrópica que atua no campo da neuropsiquiatria.

O ProSER promove atendimentos de rotina aos pacientes do Instituto de Psiquiatria através de anamneses espirituais, as quais fornecem informações sobre o perfil espiritual e/ou religioso do paciente. Outras técnicas, como meditação e yoga, também são disponibilizadas aos pacientes e aos profissionais de saúde do instituto. Além das assistências, são promovidos debates semanais sobre o tema, através de atualizações e parcerias com diversos profissionais da área, seguindo uma vertente que envolve o preparo do profissional para lidar com o tópico.

A AMJE, por sua vez, possui como premissa aliar o desenvolvimento científico na área de saúde mental à espiritualidade. Para isso, oferece um serviço estruturado de capelania, com voluntários religiosos capacitados a atenderem pacientes psiquiátricos internados. A instituição também promove e incentiva pesquisas científicas sobre E/R e seu impacto na saúde em geral.

Propostas abrangentes como essa são de grande relevância no contexto atual, uma vez que as pesquisas sobre IERs indicam a preocupação dos autores no sentido de adequarem e treinarem os facilitadores das intervenções. Quando os protocolos são facilitados por líderes ou ministros religiosos, os autores mencionam a realização de algum tipo de treinamento ou discussão a fim de esclarecer determinados enfoques ou minúcias do diagnóstico que está recebendo as IERs. Descrevem também eventual necessidade de adequar os aspectos espirituais ou religiosos diante das considerações dos líderes, especialmente quando a abordagem contém tradições religiosas específicas. Finalmente, quando as IERs são perpetuadas por profissionais da área da saúde, as pesquisas referem que esses possuem algum grau de conhecimento sobre E/R, ou o tipo de abordagem é escolhido em paralelo à sua profissão, fornecendo base para que possam atuar nesse campo.

Conclusão

Os ensaios clínicos elaborados para avaliar os efeitos das IERs na saúde mental apontaram para benefícios clínicos, independentemente dos modelos adotados, incluindo redução dos sintomas de ansiedade e estresse e maior satisfação com as abordagens. A falta de padronização nos protocolos e nos desfechos direcionam para a necessidade de uma investigação mais profunda sobre o tema e sobre seu impacto no tratamento complementar na saúde mental.

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

Fontes de financiamento: Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves recebeu financiamento da Associação Mantenedora João Evangelista. Paulo R. Menezes e Homero Vallada são bolsistas de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Correspondência: Juliane Gonçalves, Departamento de Psiquiatria (LIM23 & ProSER), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, CEP 05403-010, São Paulo, SP. E-mail: juliane.pbg@usp.br

Referências

1. Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2012.
2. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health:

JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES
GIANCARLO LUCCHETTI
FREDERICO C. LEÃO
PAULO R. MENEZES
HOMERO VALLADA

review of evidence and practical guidelines. Rev Bras Psiquiatr. 2014;36:176-82.
3. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. Psychother Psychosom. 2009;78:81-90.
4. Bormann JE, Thorp S, Wetherell JL, Golshan S. A spiritually based group intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder feasibility study. J Holist Nurs. 2008;26:109-16.
5. Huguelet P, Mohr S, Betrisey C, Borras L, Gillieron C, Marie AM, et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. Psychiatr Serv. 2011;62:79-86.
6. Bowland S, Edmond T, Fallot RD. Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. Soc Work. 2012;57:73-82.
7. McCullough ME. Research on religion-accommodative counseling: review and meta-analysis. J Couns Psychol. 1999;46:92-8.
8. Smith TB, Bartz J, Richards PS. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: a meta-analytic review. Psychother Res. 2007;17:643-55.
9. Oh PJ, Kim YH. [Meta-analysis of spiritual intervention studies on biological, psychological, and spiritual outcomes]. J Korean Acad Nurs. 2012;42:833-42.
10. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Psychol Med. 2015 Jul 23. [Epub ahead of print]
11. Hook JN, Worthington EL Jr, Davis DE, Jennings DJ 2nd, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. J Clin Psychol. 2010;66:46-72.
12. Nyer M, Doorley J, Durham K, Yeung AS, Freeman MP, Mischoulon D. What is the role of alternative treatments in late-life depression? Psychiatr Clin North Am. 2013;36:577-96.
13. Lucchetti AL, Peres MF, Vallada HP, Lucchetti G. Spiritual treatment for depression in Brazil: an experience from Spiritism. Explore (NY). 2015;11:377-86.
14. Stein EM, Kolidas E, Moadel A. Do spiritual patients want spiritual interventions?: A qualitative exploration of underserved cancer patients' perspectives on religion and spirituality. Palliat Support Care. 2015;13:19-25.
15. Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y, et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. J Pain Symptom Manage. 2009;37:649-58.
16. Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. Lancet. 1999;353:664-7.
17. Miller WR, ForcehimesA, O'Leary MJ, LaNoue MD. Spiritual direction in addiction treatment: two clinical trials. J Subst Abuse Treat. 2008;35:434-42.
18. Zwerenz R, Gerzymisch K, Edinger J, Holme M, Knickenberg RJ, Spörl-Dönch S, et al. Evaluation of an internet-based aftercare program to improve vocational reintegration after inpatient medical rehabilitation: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. Trials. 2013;14:26.
19. Moritz S, Quan H, Rickhi B, Liu M, Angen M, Vintila R, et al. A home study-based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life--a randomized, controlled trial. Altern Ther Health Med. 2006;12:26-35.
20. McCauley J, Haaz S, Tarpley MJ, Koenig HG, Bartlett SJ. A randomized controlled trial to assess effectiveness of a spiritually-based intervention to help chronically ill adults. Int J Psychiatry Med. 2011;41:91-105.
21. Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. Health Care Manage Rev. 2008;33:29-39.
22. Oman D, Hedberg J, Thoresen CE. Passage meditation reduces perceived stress in health professionals: a randomized, controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2006;74:714-9.
23. Oman D, Richards TA, Hedberg J, Thoresen CE. Passage meditation improves caregiving self-efficacy among health professionals a randomized trial and qualitative assessment. J Health Psychol. 2008;13:1119-35.

JULIANE PIASSESCHI DE BERNARDIN GONÇALVES[1], GIANCARLO LUCCHETTI[2], FREDERICO C. LEÃO[3], PAULO R. MENEZES[4], HOMERO VALLADA[5]

[1] Mestre. Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. [2] Professor adjunto, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG. [3] Coordenador do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER), Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. [4] Professor titular, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP. [5] Professor associado, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP.

24. Burkhart L, Schmidt W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. J Prof Nurs. 2012;28:315-21.
25. Mohr S, Brandt PY, Borras L, Gilliéron C, Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry. 2006;163:1952-9.
26. Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev Psiquiatr Clin. 2007;34:73-81.
27. Kelly JF, Stout RL, Magilli M, Tonigan JS, Pagano ME. Spirituality in recovery: a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. Alcohol Clin Exp Res. 2011;35:454-63.
28. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients. Arch Intern Med. 2001;161:1881-5.
29. Stratta P, Capanna C, Riccardi I, Carmassi C, Piccinni A, Dell'Osso L, et al. Suicidal intention and negative spiritual coping one year after the earthquake of L'Aquila (Italy). J Affect Disord. 2012;136:1227-31.
30. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P; CONSORT Group. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. Ann Intern Med. 2008;148:295-309.

LIA SILVIA KUNZLER

ARTIGO

TERAPIA COGNITIVA: APLICABILIDADE DA TÉCNICA "PENSE SAUDÁVEL"

COGNITIVE THERAPY: APPLICABILITY OF THE "THINK HEALTHY" TECHNIQUE

Resumo

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, na década de 1960, a partir da atuação com pacientes com diagnóstico de depressão. O princípio da terapia cognitiva é que o humor e os comportamentos negativos são resultado de pensamentos distorcidos e rígidos. Isso faz com que os pacientes se comportem como se a situação fosse pior do que realmente é. A intervenção psicoterápica baseada na terapia cognitiva pressupõe que o paciente participe ativamente tanto do processo de terapia quanto da prevenção de recaída e que se torne seu próprio terapeuta. Nas sessões iniciais, os pacientes não compreendem o potencial da terapia na promoção de mudanças, mas ao longo do tratamento isso é evidenciado. No Brasil, o início do desenvolvimento da terapia cognitiva data do final da década de 1980. Atualmente, mais de 300 ensaios clínicos controlados atestam sua eficácia. O presente artigo apresenta o caso clínico de Laura, estudante de fisioterapia, que alcançava resultados ruins quando avaliada por apresentações orais ou provas. As situações eram evitadas ou enfrentadas com intenso medo ou ansiedade. A técnica "pense saudável", sistematizada com base em conceitos de promoção de saúde, qualidade de vida, tomada de decisão e terapia cognitiva, foi adaptada de acordo com a conceituação específica do problema.

Palavras-chave: Terapia cognitiva, qualidade de vida, promoção da saúde.

Abstract

Cognitive therapy was developed by Aaron Beck in the 1960s, based on his work with patients diagnosed with depression. The basis of cognitive therapy is that mood and negative behaviors result from rigid, distorted thinking. Thus, patients behave as if a given situation were worse than it really is. Cognitive psychotherapy requires the patient to actively engage in both the therapeutic process and the prevention of relapse, becoming their own therapist. In early sessions, patients are often unable to see the potential of the therapy in promoting change, but as treatment evolves, the benefits become evident. In Brazil, the development of cognitive therapy dates from the late 1980s. Currently, over 300 controlled clinical trials demonstrate its efficacy. This article describes the clinical case of Laura, an undergraduate student of physiotherapy who used to perform poorly in oral presentations and exams. These situations were either avoided by the patient or faced with intense fear and anxiety. The "think healthy" technique, systematized based on concepts of health promotion, quality of life, decision making, and cognitive therapy, was adapted according to the conceptualization of the specific problem.

Keywords: Cognitive therapy, quality of life, health promotion.

Introdução

Inicialmente, a terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, na década de 1960, para tratar pacientes com quadros de depressão. Atualmente, a técnica pode ser utilizada para o tratamento de qualquer quadro de sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade, fobias, entre outros[1]. Para a terapia cognitiva, os transtornos psicológicos são consequência de pensamentos distorcidos e disfuncionais[2]. A terapia cognitiva é uma abordagem estruturada, diretiva, ativa e breve. A utilização das técnicas da terapia cognitiva tem como objetivo a identificação, a avaliação e a mudança de

LIA SILVIA KUNZLER

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

padrões distorcidos e não saudáveis dos níveis de cognição[1].

O presente artigo descreve o caso clínico de Laura, estudante do curso de fisioterapia. Devido a uma dificuldade de apresentar trabalhos orais e fazer provas orais e escritas, a paciente buscou ajuda quando percebeu que seu problema causaria sua reprovação em todas as disciplinas do primeiro semestre. A técnica "pense saudável e sinta a diferença", cuja sistematização é fundamentada em conceitos básicos da terapia cognitiva, foi aplicada. A técnica apresentada reforça a tomada de decisão pela promoção da saúde e pela qualidade de vida.

Promoção de saúde, qualidade de vida e tomada de decisão

Promoção de saúde envolve a conquista da autonomia necessária para a tomada de decisão sobre os aspectos que afetam a vida – alcançar o controle sobre a saúde e as condições de vida[3]. Os programas de promoção da saúde visam ajudar as pessoas a mudarem seu estilo de vida e também a aprenderem a mudar ou lidar com o seu ambiente[4]. Para a construção de um comportamento saudável, devem ser valorizadas suas vantagens, ao mesmo tempo em que as desvantagens do comportamento não saudável devem ser maximizadas. O objetivo principal da promoção da saúde é melhorar a saúde e incrementar a qualidade de vida. Desta forma, intervenções que enfoquem a distinção entre comportamentos não saudáveis e saudáveis representam possibilidades de atingir essas metas em longo prazo[5].

Qualidade de vida é um conceito abrangente, vinculado ao que o indivíduo sente e percebe, relacionado ao anseio de viver bem e sentir-se bem[6]. A avaliação de qualidade de vida possibilita a análise dos custos e dos benefícios dos programas quando se considera a política de saúde para a população[7].

Em relação às escolhas e aos comportamentos, torna-se importante a reflexão sobre tomada de decisão. Segundo Palmini, quando se encontra em um dilema de tomar uma decisão, o indivíduo mantém parte de sua atenção na recompensa do presente e outra parte em consequências futuras, sendo esses valores em geral excludentes[8]. A influência da emoção na tomada de decisão é pouco estudada, porém ela é direcionada por sinais emocionais gerados por algum evento previsto para o futuro, o que pode gerar um comportamento não saudável[9].

A terapia cognitiva pode ser aplicada com o intuito de facilitar uma tomada de decisão que favoreça a melhora da qualidade de vida e a promoção da saúde. Uma técnica específica denominada "pense saudável e sinta a diferença" foi sistematizada e tem sido aplicada em diversos contextos.

Terapia cognitiva

Na terapia cognitiva desenvolvida por Aaron Beck, o questionamento constitui-se em uma ferramenta terapêutica fundamental para o processo de tomada de decisão[10]. A terapia se fundamenta na racionalidade teórica de que a emoção e o comportamento são determinados pela maneira como o indivíduo interpreta a situação, e não pela situação em si[10]. A interpretação da situação resulta tanto no comportamento não saudável quanto no saudável[11,12].

Assim, o primeiro passo é questionar quais são as possíveis alternativas para resolver um problema, seguido pela seleção da melhor alternativa entre as opções. Outras questões envolvem examinar as consequências de um comportamento indesejado e as vantagens que podem ser alcançadas com um comportamento desejado[10,13].

Terapia cognitiva e a técnica "pense saudável e sinta a diferença"

O modelo cognitivo pressupõe que emoção, reação física, comportamento e cognição estão diretamente relacionados, e a construção de cognições saudáveis acarreta melhora nos demais[1,13,14]. Baseada nos conceitos da terapia cognitiva, a técnica "pense saudável e sinta a diferença" promove a redução de comportamentos não saudáveis e a construção e manutenção de comportamentos saudáveis, utilizando a analogia dos abacates cinza e verde (Figura 1).

LIA SILVIA KUNZLER

ARTIGO

Com o auxílio da imagem, o paciente avalia suas cognições e seus comportamentos e reflete se são saudáveis ou se são mantidos por emoções em desequilíbrio, representando sintomas ou dificuldades. A visualização facilita a reflexão a respeito da situação enfrentada e de possíveis alternativas, com melhora na qualidade de vida[13,14]. A técnica está sistematizada para utilização em diferentes contextos: transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)[13], abordagem da raiva[15], ansiedade social e depressão secundária à ansiedade social[16], preparação para a aposentadoria[17], entre outros. No ambulatório de neuroendocrinologia do Hospital Universitário de Brasília, em uma pesquisa de doutorado, a eficácia da técnica está sendo testada para a melhora da qualidade de vida de pacientes portadores de acromegalia.

A técnica "pense saudável" é organizada em seis etapas, sendo duas delas no lado distorcido (cinza) e quatro delas no lado reestruturado (verde). A Figura 1 oferece as orientações para o preenchimento das seis etapas da técnica – o passo a passo. Na Figura 2, as etapas estão em branco para que o exercício seja utilizado em outras situações, tanto durante as sessões de terapia quanto fora delas, quando as habilidades cognitivas e comportamentais devem ser praticadas para a manutenção da melhora e prevenção de recaídas. Com ela, o paciente constrói sua reflexão pessoal.

Diversos exemplos poderiam ser apresentados no presente artigo de atualização, tais como procrastinação, dificuldades em relacionamentos pessoais, preocupações excessivas, estilo de vida sedentário, insônia, manejo de emoções – ansiedade aguda, culpa, raiva, depressão, entre outros. No entanto, com o objetivo de demonstrar a aplicação prática da técnica, optamos por descrever o caso clínico de Laura, que aborda sua dificuldade quando avaliada em seu curso de graduação, tanto por provas orais e escritas quanto por apresentações orais. Do caso clínico, informações relevantes são utilizadas para o preenchimento das seis etapas do exercício (Figura 3). O objetivo, então, é reestruturar os pensamentos, com melhora na emoção e no comportamento. Na terapia cognitiva, o espaço para o preenchimento das reflexões nos exercícios é reduzido propositalmente, para que a construção de pensamentos ponderados e sensatos em momentos de emoções em desequilíbrio seja colocada em prática.

Exemplo clínico: fazer prova oral ou escrita e apresentar trabalho oral

Laura, estudante do curso de fisioterapia, informa que tem enfrentado dificuldades para fazer prova oral ou escrita e para apresentar trabalho oral, seja individual ou em grupo. Ela tem sentido medo intenso e tristeza com muita frequência, e raiva em alguns momentos. Laura reconhece que se empenhou para concluir a escola e para ingressar em um curso de graduação, mas isso não tem sido suficiente para acalmá-la. Por mais que ela saiba o quanto tem se esforçado, ela tem ficado cada vez mais ansiosa, antes e durante as avaliações. Como a família não sabia mais o que fazer, procuraram a ajuda de um terapeuta cognitivo.

Na consulta inicial, o terapeuta perguntou se Laura realmente se dedicava aos estudos. A mãe, que a acompanhava na consulta, logo respondeu que a filha estuda bastante. Relatou que, ao chegar do trabalho, ajuda a filha a rever o conteúdo da disciplina e que sempre acredita que a filha obterá excelentes menções. Porém, ao sair das provas ou das apresentações orais, Laura sempre telefona para a mãe e relata, aos prantos, que não conseguiu fazer nada e, em algumas situações, até saiu correndo da sala de aula.

Algumas pessoas próximas não entendem o que está acontecendo, pois, ao mesmo tempo em que Laura parece saber tudo, ela esquece de tudo quando questionada nas avaliações. Alguns colegas não compreendem como é que Laura esclarece as dúvidas de vários deles antes das provas e recebe resultados muito piores do que os deles. Laura corre o risco de ser reprovada nas cinco disciplinas que está cursando no primeiro semestre de seu curso de graduação. Com o intuito de proporcionar uma maneira saudável de enfrentar as avaliações, a técnica "pense saudável" foi utilizada no caso de Laura. A construção das seis etapas da técnica é descrita a seguir.

Etapa 1 - A dificuldade: o ponto de partida

O ponto de partida é a identificação da emoção, que, em desequilíbrio, faz com que Laura não consiga aplicar, quando avaliada, o conhecimento adquirido. Ela não mede esforços ao estudar, e suas menções não condizem com tamanho esforço e dedicação. O resultado inferior ao esperado tem feito com que Laura

LIA SILVIA KUNZLER

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

acredite que é desequilibrada, que realmente não tem condições de concluir sua graduação e de trabalhar como fisioterapeuta. A preocupação excessiva tem gerado um quadro de insônia importante. Os pensamentos não saudáveis em momentos de emoção em desequilíbrio resultam em um comportamento indesejado.

Dos problemas que foram relatados, seguindo as orientações fornecidas na Figura 1, algumas informações importantes foram selecionadas para o preenchimento da Etapa 1 na Figura 3: "Medo de apresentação oral e prova + Eu sei o conteúdo da matéria, mas não consigo apresentar o trabalho e fazer a prova. Eu sou desequilibrada = Eu choro demais e não consigo dormir."

Etapa 2 - A alternativa possível e saudável

A Etapa 2 evidencia que, como em uma equação matemática, a aceitação da emoção em desequilíbrio e da dificuldade enfrentada, somada a pensamentos saudáveis, pode resultar em um comportamento desejado e saudável. As distorções cognitivas – pensamentos não saudáveis – identificadas na Etapa 1 são reestruturadas na Etapa 2, favorecendo que o comportamento saudável seja treinado e consolidado através dos experimentos comportamentais.

Enquanto Laura busca alternativas para lidar com sua dificuldade no momento em que é avaliada, com o auxílio do terapeuta, algumas reflexões foram selecionadas para o preenchimento da Etapa 2 na Figura 3: "Sentir insegurança é natural! **+** Eu sou uma pessoa responsável e séria. Eu estudei, me dediquei e me preparei. **=** Eu mantenho o foco no presente, faço a prova, apresento o trabalho e logo estou livre! Eu aproveito melhor o meu tempo."

A construção da Etapa 2 favorece a superação das dificuldades e facilita a aplicação do conhecimento nas avaliações e apresentações orais. Mantendo a Etapa 2 mais ativa do que a Etapa 1, Laura tem mais chances de obter bons resultados.

Etapa 3 - A emoção em desequilíbrio e o passado mantêm o problema

Em algumas situações, a reestruturação da Etapa 1 para a Etapa 2 é suficiente para que o paciente alcance o seu objetivo. Porém, o que tem acontecido com Laura é que a emoção em desequilíbrio e as lembranças do passado acionam novamente os pensamentos e os comportamentos não saudáveis, voltando ao padrão não saudável. Seu pai sempre a desqualificou e repetia constantemente que Laura era burra e que a melhor opção seria desistir.

A Etapa 3, caracterizada pela manutenção do problema, pode ser reforçada por situações vividas no passado e que, quando acionadas, fazem a situação parecer muito mais difícil ou impossível de ser superada. A Etapa 3 representa os aspectos negativos da história pessoal, que devem ser devidamente identificados e esclarecidos. Em relação aos estudos, após concluir o raciocínio com algo saudável, Laura volta ao abacate cinza e pensa: "Eu já falhei tantas vezes. No passado, eu estudava e os resultados eram ruins. Meu pai, meus colegas e meus professores achavam que eu era burra. Que medo de falhar novamente! Eu choro sem parar."

Etapa 4 - Tomada de decisão: as desvantagens de permanecer no "abacate cinza"

Quando algo que parece simples de ser colocado em prática – estudar bastante e obter bons resultados – não é executado, outras reflexões devem ser construídas e detalhadas (Etapa 4, Etapa 5 e Etapa 6). As reflexões são uma fonte importante para os cartões de enfrentamento, juntamente com o conteúdo da Etapa 2, possibilitando o investimento na saúde física e mental. Quando há maior risco de voltar atrás e fazer algo que não deveria – desistir da avaliação e sair correndo da sala de aula, por exemplo –, os cartões de enfrentamento são lembretes que servem de auxílio para a manutenção de um objetivo previamente determinado.

Com o objetivo de mudar após compreender o que a faz sentir tanta insegurança e medo, Laura foi orientada a valorizar as desvantagens de manter o medo tão ativado (Etapa 4) e as vantagens de valorizar todo o seu esforço, focar no presente a aplicar o seu conhecimento (Etapa 5). Na Etapa 4, que identifica as desvantagens de permanecer no abacate cinza, Laura listou: "Desvantagens do medo em excesso: eu penso mal sobre mim, prejudico a minha vida, os meus sonhos e o meu sono. Viver no futuro somente aumenta o problema."

Etapa 5 - Tomada de decisão: as vantagens de investir no "abacate verde"

Para fortalecer a tomada de decisão pela mudança, além das desvantagens de permanecer no abacate cinza,

LIA SILVIA KUNZLER

ARTIGO

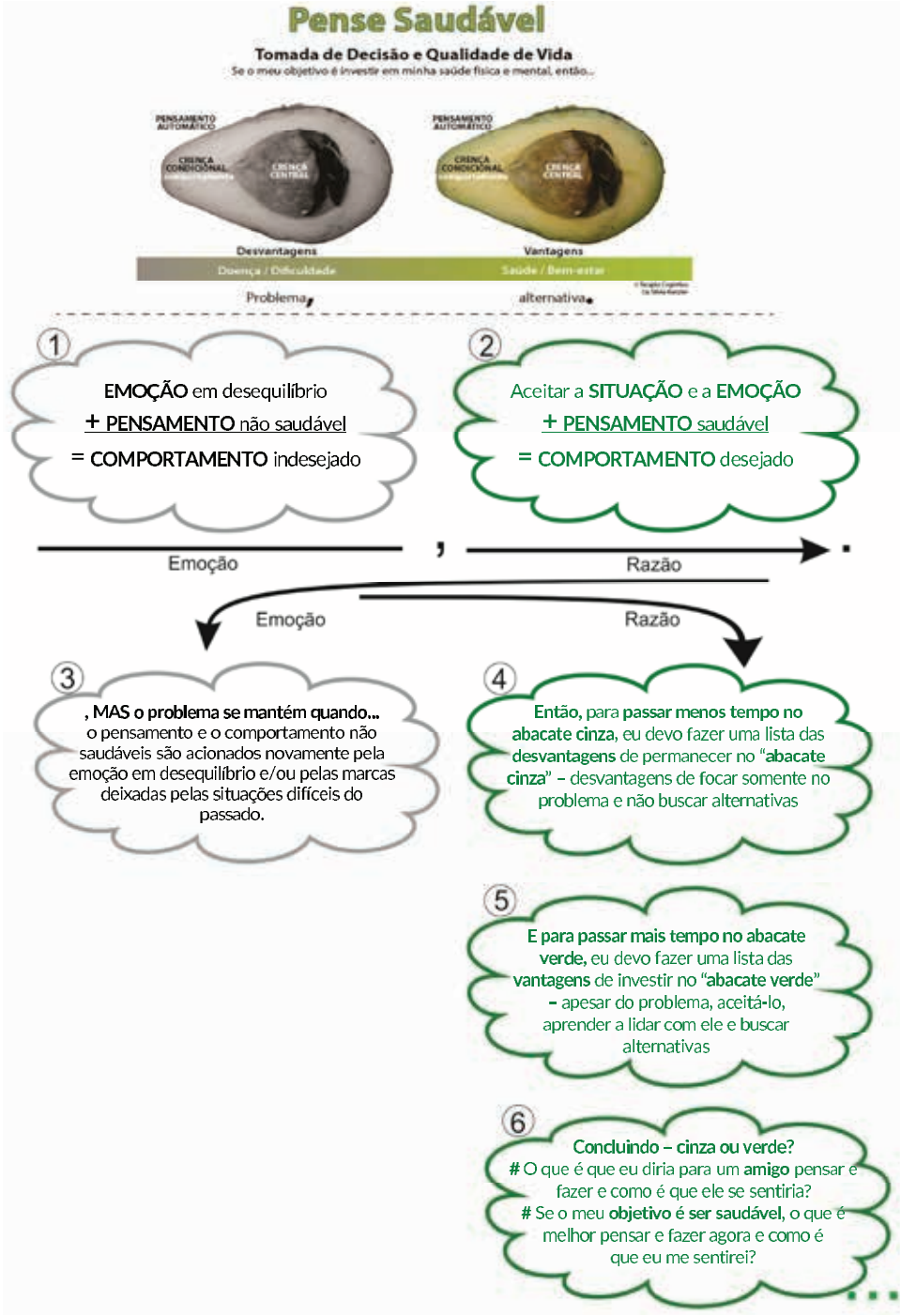


Figura 1 - Pense saudável: orientações para o preenchimento do exercício

LIA SILVIA KUNZLER

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

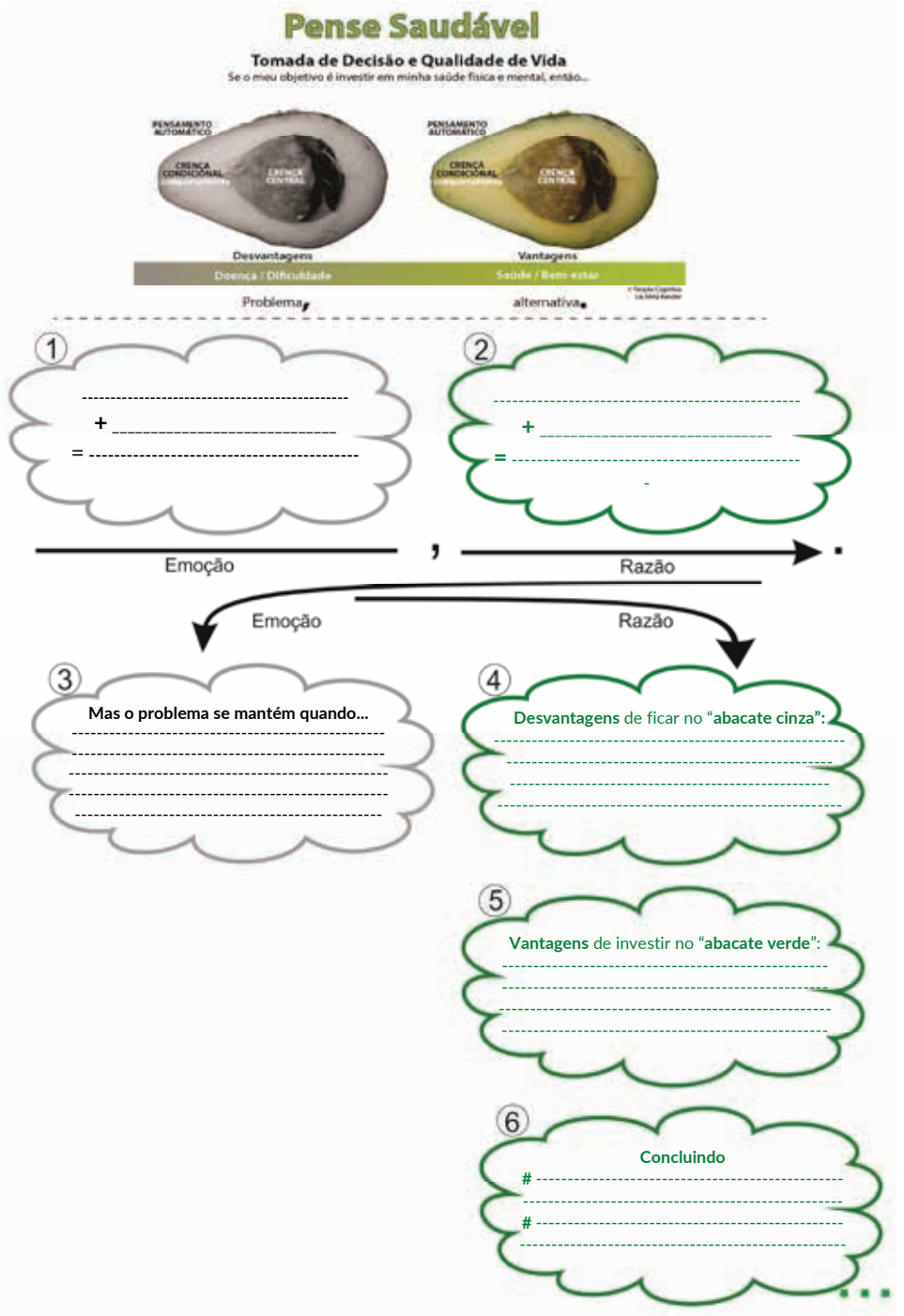


Figura 2 - Pense saudável: versão para preenchimento

LIA SILVIA KUNZLER

ARTIGO

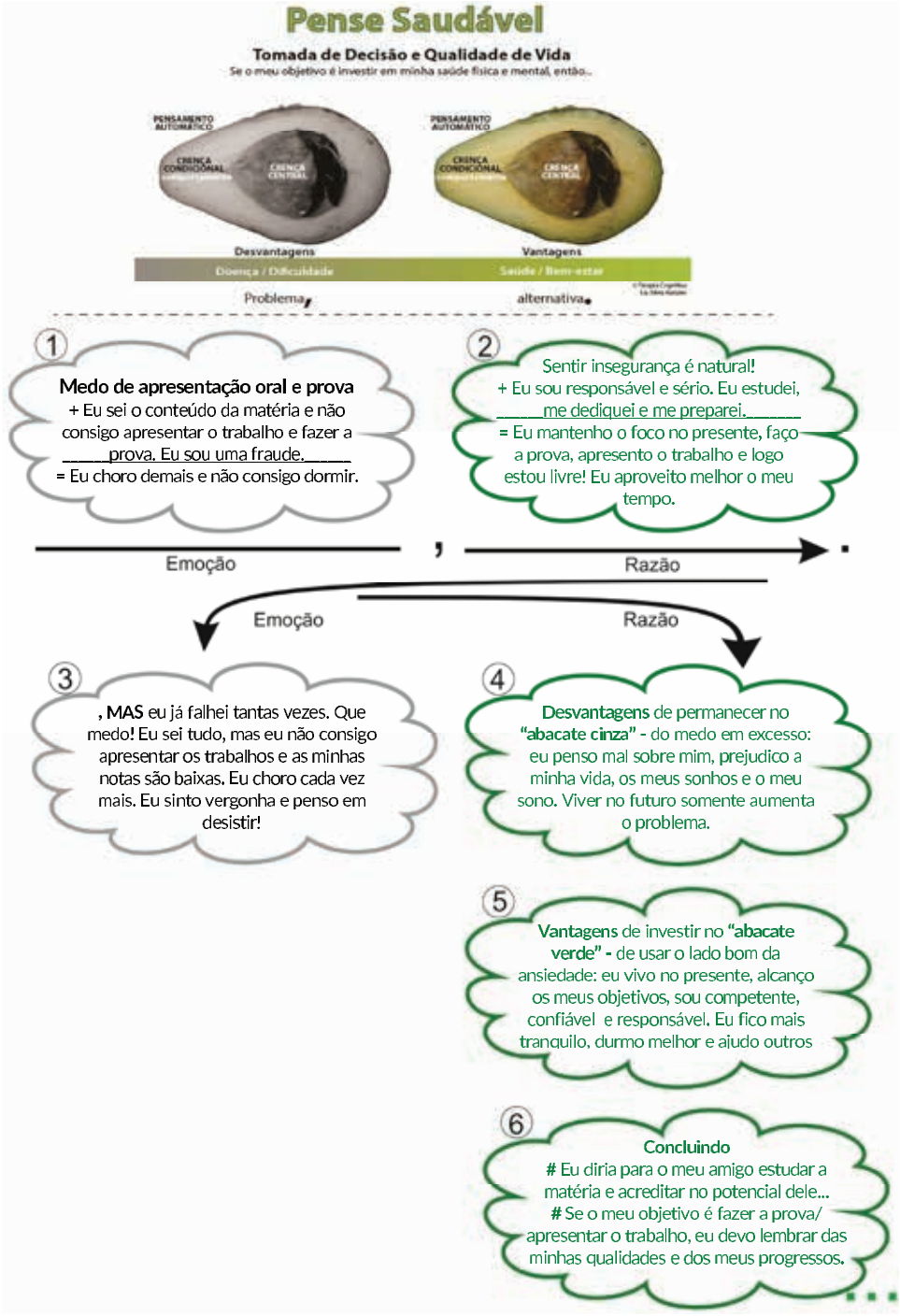


Figura 3 - Pense saudável: fazer prova e apresentar trabalho oral

LIA SILVIA KUNZLER

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

lançadas na Etapa 4, as vantagens de investir no abacate verde são valorizadas na Etapa 5. Em relação às vantagens de pensar saudável e ficar mais calma nas avaliações para aplicar o conteúdo da matéria que estudou com dedicação, Laura organizou a seguinte lista em cooperação com o terapeuta: "Eu vivo no presente, alcanço os meus objetivos, sou competente, confiável e responsável. Eu fico mais tranquila, durmo melhor e ajudo outros colegas."

Etapa 6 - O pensar saudável e a saúde física e mental

Na Etapa 6, o raciocínio saudável é aprimorado. Com o objetivo de superar as dificuldades apresentadas nas Etapas 1 e 3, os pensamentos de reflexão aumentam as chances da manutenção do comportamento saudável e equilibrado. Em seu bloco de anotações da terapia, Laura escreveu frases e selecionou algumas para a confecção dos cartões de enfrentamento, por exemplo: "Eu diria para o meu amigo estudar a matéria e acreditar no potencial dele...; Se o meu objetivo é fazer a prova/apresentar o trabalho, eu devo lembrar das minhas qualidades (autoestima) e dos meus progressos (autoconfiança)."

Algumas perguntas são também importantes: O que é que eu diria para uma pessoa de que gosto, e que está passando pelo mesmo problema que eu estou? Como ela poderia se comportar e como é que ela se sentiria? O que é que a pessoa que consegue fazer o que eu não estou conseguindo fazer pensa e como é que ela avalia a melhora dela?

Resumindo

Com o auxílio da terapia cognitiva, Laura passou a identificar as emoções e os pensamentos ligados à sua dificuldade de apresentar trabalho e fazer prova oral ou escrita. Laura compreende que a emoção em desequilíbrio faz com que ela não questione o que está passando pela sua cabeça – ela simplesmente acredita e se comporta de acordo com sua crença de ser desequilibrada e um fracasso. O exercício sistematiza algumas reflexões quando Laura percebe que está muito insegura em situações nas quais é avaliada. Ela tem conseguido manter sua decisão sobre a forma mais saudável de pensar, de se comportar e, consequentemente, de se sentir. Apesar da dificuldade, Laura passou a perceber o seu padrão não saudável e passou a investir em um padrão saudável. A principal reflexão é "Se o meu objetivo é investir em minha saúde física e mental, o que é que eu devo fazer agora: pensar mal de mim ou colocar em prática todo o meu esforço?" Laura compreende que o abacate cinza será acionado em várias situações, porém depende dela quanto tempo ela vai passar no abacate cinza ou no verde. Ela toma a decisão de viver em 50 tons de cinza ou 50 tons de verde.

Experimento comportamental

Greenberger & Padesky dedicam um capítulo de seu livro aos experimentos comportamentais. Um experimento comportamental é preparado para que os pensamentos não saudáveis, que foram reestruturados em pensamentos saudáveis, sejam testados, na prática, como geradores de comportamentos saudáveis. Em alguns casos, diversos experimentos comportamentais são planejados e executados para consolidar uma crença saudável. No início do processo de mudança, alguns pacientes referem certa estranheza por não alcançarem a mudança com naturalidade. A mudança de um comportamento assemelha-se ao aprendizado de uma habilidade nova, tal como falar uma língua estrangeira, aprender a cantar ou dançar e assim por diante[18].

Os autores propõem a sistematização do exercício com as seguintes etapas: experiência, previsão do resultado, possíveis problemas, estratégias para solucionar esses problemas, resultado da experiência e avaliação de quanto o resultado apoia o pensamento que foi testado (0-100%) (p. 98).

Cartões de enfrentamento

Judith Beck, em seu livro *Pense magro*[19], aborda a importância da utilização dos cartões de enfrentamento. A autora propõe a reestruturação cognitiva em 6 semanas para a perda de peso e a manutenção do peso corporal alcançado. O programa pode ser aplicado com qualquer dieta, pois ele não ensina o que comer, e sim como "pensar magro". O paciente pode escolher qualquer dieta que considere razoável. O objetivo do programa é aprender habilidades cognitivas e comportamentais que garantam o investimento em um estilo de vida saudável[19]. No livro de tarefas, a autora oferece 24 exemplos de cartões de enfrentamento. Após a reestruturação cognitiva, os pensamentos ligados aos comportamentos saudáveis são armazenados nos cartões de enfrentamento e lembrados em situações difíceis[20].

LIA SILVIA KUNZLER

ARTIGO

Conclusões

Baseada nos conceitos da terapia cognitiva, a técnica "pense saudável e sinta a diferença" foi elaborada e tem sido aprimorada ao longo dos últimos 10 anos. A técnica pode contribuir para a promoção da saúde e para a melhoria da qualidade de vida, através da reestruturação cognitiva e comportamental, com reflexo positivo nas emoções.

Após a determinação de um objetivo, é facilitada a tomada de decisão pela construção e pela manutenção de comportamentos saudáveis. Experimentos comportamentais são preparados cognitivamente e aprimorados na sessão de terapia, e são aplicados e testados fora das sessões.

Aliados à técnica, cartões de enfrentamento são elaborados para servirem de lembrança nas situações de maior acionamento de emoções negativas. A técnica "pense saudável e sinta a diferença" pode ser aplicada em atendimentos individuais ou em grupos, priorizando a autonomia do paciente para que ele se torne o seu próprio terapeuta, de acordo com um dos principais princípios da terapia cognitiva.

Agradecimentos

Agradeço às Dras. Daniela Knijnik, Maria Cecília Ferreira de Lima e Graça Oliveira, também relatoras da mesa-redonda com subitens referentes à terapia cognitiva. A mesa-redonda foi apresentada no XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2014.

A autora informa não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Lia Silvia Kunzler, SRTVS 701, Edifício Centro Empresarial Brasília, bloco C, sala 204, Bairro Asa Sul, CEP 70340-907, Brasília, DF. E-mail: lia.kunzler@gmail.com

Referências

1. Knapp P, Beck AT. [Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research]. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30:S54-64.
2. Beck AT. Thinking and depression. II. Theory and therapy. Arch Gen Psychiatry. 1964;10:561-71.
3. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e promoção da saúde. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, organizadores. Promoção da saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p. 147-60.
4. Glanz K, Rimer BK, Viswanath, K. Health behavior and health education. Theory, research and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
5. Jenkins CD. Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança do comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2007.
6. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
7. Matos DR. Qualidade de vida e reabilitação: casos cirúrgicos de artroplastia total de quadril [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
8. Palmini A. O cérebro e a tomada de decisões. In: Knapp P, organizador. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 71-88.
9. Bechara A. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. Brain Cogn. 2008;55:30-40.
10. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed; 1997.
11. Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Padesky CA. Schema change processes in cognitive therapy. Clin Psychol Psychother. 1994;1:267-78.
13. Kunzler LS. A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. Brasília Med. 2008;45:30-40.
14. Kunzler LS, Araujo TCCF. Cognitive therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. Estud Psicol (Campinas). 2013;30:267-74.
15. Kunzler LS. Pense saudável: reestruturação cognitiva em nível de crenças condicionais. In: Rangé B, organizador. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 194-205.
16. Knijnik DZ, Kunzler LS. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. In: Melo W, organizador.



LIA SILVIA KUNZLER

Doutoranda, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF. Mestre em Psicologia da Saúde pela UnB, Brasília, DF. Formada em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Bala Cynwyd, PA, EUA. Psiquiatra, Junta Médica Oficial (JMO), Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), UnB, Brasília, DF. Terapeuta cognitiva, Programas Equilíbrio, Preparação para a Aposentadoria e Treinamento de Habilidades Sociais, Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho (DSQVT), SIASS, UnB, Brasília, DF.

Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Porto Alegre: Sinopsys; 2014. p. 24-56.

17. Kunzler LS. O pensar saudável na aposentadoria. In: Murta SG, Leandro-França C, Seidl J, organizadores. Programas de educação para a aposentadoria: como planejar, implementar e avaliar. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014.p.165-181.
18. Greenberger D, Padesky CA. A mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artmed.; 1999.
19. Beck JS. Pense magro: a dieta definitiva de Beck. Treine o seu cérebro a pensar como uma pessoa magra. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Beck JS. Livro de tarefas pense magro: programa de seis semanas da dieta definitiva de Beck Porto Alegre: Artmed; 2009.

2016

POR QUE PAGAR A ANUIDADE DA ABP?

Desconto nas inscrições para o CBP, prova de título e outros eventos da ABP; acesso gratuito ao PEC, recebimento das publicações impressas e muito mais!

Além disto, contribui para as campanhas e projetos que auxiliam no esclarecimento à população, na diminuição do estigma, reforçando a posição da ABP como referência na Psiquiatria do Brasil.

Fique em dia com a anuidade e participe da construção de uma ABP cada dia mais forte!

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

WWW.ABP.ORG.BR

LISIEUX E. DE BORBA TELLES
CAROLINE GALLI MOREIRA
MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA
KÁTIA MECLER
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
DANIEL PRATES BALDEZ

ARTIGO

TRANSTORNO FACTÍCIO IMPOSTO A OUTRO (SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO) E MAUS-TRATOS INFANTIS

FACTITIOUS DISORDER IMPOSED ON ANOTHER (MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY) AND CHILD ABUSE

Resumo

A violência é globalmente reconhecida como um problema de saúde pública. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu destaque para o abuso e para a negligência por seu caráter crônico e pelos danos psicológicos, sociais e injúria física que geram, sendo as crianças frequentemente vitimizadas. Este artigo apresenta os diferentes tipos de maus-tratos infantis, com enfoque principal na síndrome de Munchausen por procuração, visto apresentar a característica peculiar de envolver três entidades, mesmo que de forma inadvertida: o médico, o cuidador/perpetrador e a criança/vítima.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, violência doméstica, síndrome de Munchausen causada por terceiro.

Abstract

Violence is recognized worldwide as a public health problem. In 2002, the World Health Organization (WHO) highlighted abuse and neglect due to their chronic nature and the psychological and social harm that they cause, in addition to physical injury, often victimizing children. This article describes different types of child abuse, with a main focus on Munchausen syndrome by proxy, due to the peculiarity of involving three entities, even if inadvertently: the doctor, the caregiver/perpetrator, and the child/victim.

Keywords: Child abuse, domestic violence, Munchausen syndrome by proxy.

Introdução

A violência é globalmente reconhecida como um problema de saúde pública, presente em todas as classes sociais, países e comunidades. Em relatório global publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 sobre o tema saúde e violência, deu-se destaque para o abuso e para a negligência porque, embora não costumem resultar em morte, apresentam caráter crônico e geram injúria física, opressão e danos psicológicos e sociais aos vitimados, geralmente crianças, mulheres e idosos, repercutindo também em suas famílias e na sociedade[1].

O abuso e a negligência infantil podem causar mudanças permanentes na resposta do corpo ao estresse, com profundas alterações no cérebro em desenvolvimento. Segundo dados americanos, em 2012, mais de 675.000 crianças tiveram casos comprovados de maus-tratos; destas, um total de 1.640 foram a óbito devido a essas circunstâncias. Dos casos fatais, mais de 70% eram menores de 3 anos de idade; no entanto, se estendermos a definição de vitimização para além da negligência e do abuso infantil, dados de 2013 revelam que violência e vitimização não são raros entre alunos do ensino médio[2].

No Brasil, causas externas (acidentes e violência), incluindo abuso e negligência, são consideradas a principal causa de morte entre indivíduos de 1 a 19 anos. De 2009 a 2010, 44,6% do total de casos de violência doméstica, sexual e outras formas de abuso e negligência registrados pelo Ministério da Saúde envolveram crianças e adolescentes nessa faixa etária. De acordo com a Constituição Brasileira, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de garantir à criança e ao adolescente o direito a vida, saúde, comida, educação, treinamento profissional, cultura, dignidade,

LISIEUX E. DE BORBA TELLES[1], CAROLINE GALLI MOREIRA[2], MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA[2], KÁTIA MECLER[3], ALEXANDRE MARTINS VALENÇA[4], DANIEL PRATES BALDEZ[5]

[1] Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Supervisora, Residência em Psiquiatria Forense, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Diretora de Ensino e Pesquisa, Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, Porto Alegre, RS. [2] Psiquiatra residente de Psiquiatria Forense, HCPA, Porto Alegre, RS. [3] Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. [4] Professor Associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Professor, PROPSAM, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Médico Perito, Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST), UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. [5] Acadêmico de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.

respeito, liberdade e vida em família e comunidade, além de mantê-los a salvo de todas as formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (art. 227 da Constituição Brasileira de 1988). Esse dever foi ratificado no 4º artigo da Lei 8.069/1990, conhecido como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual, baseado na doutrina de proteção ampla, determina que qualquer violação ou omissão desses direitos fundamentais constitui transgressão do adulto responsável (ou do Estado, sociedade e instituição) e deve ser punida[1].

Os maus-tratos infantis podem ser divididos academicamente em negligência e violência física, sexual e emocional. A seguir descreveremos cada um deles.

Negligência

É a forma mais comum de maus-tratos nos Estados Unidos. A negligência infantil pode incluir negligência médica, educacional ou emocional e ocorre quando os cuidadores falham em atender as necessidades médicas e escolares da criança ou sua nutrição emocional. Também inclui falha em prover necessidades básicas à criança, incluindo comida, roupas e abrigo, bem como em proporcionar a supervisão adequada à idade e ao desenvolvimento da criança[3].

Violência física

Ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano a outro por meio de força física ou de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas[4]. Na infância, é uma importante causa de morbimortalidade pediátrica, sendo associada a graves problemas de saúde, físicos e mentais, que podem se estender à vida adulta[5].

Violência sexual

É todo ato no qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou a expõe em interações sexuais que propiciam sua vitimização e da qual o agressor tenta obter gratificação. O abuso sexual não ocorre somente em casa, mas é predominante nesse ambiente e vitimiza ambos os sexos, sendo as meninas vítimas com maior frequência[1].

Violência emocional ou psicológica

Inclui toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa[4].

Uma segunda forma de vitimização e violência, dita indireta, é relacionada a crianças que presenciam atos violentos praticados contra suas mães. Estudos mostram que crianças são testemunhas oculares (*eyewitnesses*) em aproximadamente 85-90% dos casos de violência entre parceiros íntimos no ambiente doméstico[6].

O quadro psiquiátrico conhecido como síndrome de Munchausen por procuração, ou transtorno factício por procuração, também pode ser considerado uma forma de abuso infantil[7], e foi o principal objeto de estudo deste trabalho.

Síndrome de Munchausen por procuração: definição e epidemiologia

O termo "síndrome de Munchausen por procuração" foi cunhado por Meadow em 1977, quando descreveu, pela primeira vez, essa condição psiquiátrica. Desde então, diversas outras nomenclaturas foram adotadas até se chegar à mais recente terminologia, na 5º edição do DSM (DSM-5): "transtorno factício imposto a outro" (anteriormente "transtorno factício por procuração"). Diferentemente das definições prévias, a do DSM-5 especifica a necessidade de fraude identificada promovida pelo perpetrador, em uma tentativa de maior clareza para os critérios; contudo, as definições anteriores abarcavam uma gama muito maior de motivações e comportamentos que parecem representar de forma mais fidedigna a realidade clínica[8]. Os critérios do DSM-5 encontram-se na Tabela 1[9].

LISIEUX E. DE BORBA TELLES
CAROLINE GALLI MOREIRA
MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA
KÁTIA MECLER
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
DANIEL PRATES BALDEZ

ARTIGO

Tabela 1 - Transtorno factício imposto a outro (antes transtorno factício por procuração)

A) Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou de doença em outro, associada a fraude identificada.
B) O indivíduo apresenta o outro (vítima) a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado.
C) O comportamento fraudulento é evidente até mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
D) O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.
Nota: O agente, não a vítima, recebe esse diagnóstico.
Especificar: Episódio único Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão)

A classificação de transtornos mentais e de comportamento da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) inclui o Munchausen por procuração no código T74.8 - Outras síndromes especificadas de maus-tratos[10].

O conceito de doença fabricada ou induzida localiza-se em um espectro de busca de cuidados médicos pelos pais para a criança que vai desde a negligência extrema (fracasso em buscar cuidados médicos para a criança) até a doença induzida. Inclui desde a ocorrência mais comum, de relatos verbais errôneos (que podem ou não ter intenção fraudulenta), até o evento muito mais raro de uso das mãos pelo cuidador para falsificar prontuário médico, interferir ativamente em material coletado para exames ou induzir doença na criança[8].

A incidência do transtorno é de aproximadamente 0,5 a 2,0 por 100.000 crianças menores de 16 anos, porém existe a crença amplamente difundida de que ele muitas vezes não seja corretamente identificado pela equipe assistente – e, portanto, seja subnotificado mesmo quando corretamente reconhecido. Embora seja um evento relativamente raro, as melhores estimativas sugerem que profissionais de saúde provavelmente se depararão com pelo menos um caso durante sua carreira[11]. Ocorre igualmente entre meninas e meninos, com uma média de idade à época do diagnóstico de 48,6 meses (variando entre <1 e 204 meses) e um intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico de 21,8 meses (variando entre 0 e 195 meses). Embora crianças menores sejam mais comumente afetadas, crianças mais velhas também podem ser vítimas.

A morbidade e a mortalidade da síndrome de Munchausen por procuração são consequência tanto da ação direta do cuidador como das intervenções médicas invasivas motivadas pelos relatos desse cuidador. A mortalidade associada varia de 6 a 10%, mas pode chegar a 33% quando sufocamento ou envenenamento são o mecanismo empregado para fabricar a doença[12]. Algumas sintomatologias são mais passíveis de serem fabricadas do que outras – convulsões, por exemplo, ocorrem em 42% dos casos de doença fabricada ou induzida[8]. As apresentações clínicas mais comuns são sangramento, convulsões, depressão do sistema nervoso central, apneia, diarreia, vômitos, febre e *rash*[11].

As entidades envolvidas: o médico, o cuidador/perpetrador, a criança/vítima

Para que a doença fabricada ocorra, três entidades precisam estar ativamente envolvidas, mesmo que de forma inadvertida: a criança, o cuidador e o profissional de saúde[12].

O médico/profissional de saúde

O papel da criança como vítima e o papel do perpetrador receberam atenção e caracterização consideráveis; no entanto, pouco se sabe sobre os fatores que influenciam a participação de médicos nessa relação triangular. Pode-se dizer que o perfil do médico tipicamente envolvido nessas situações é o do subespecialista ávido por identificar a causa e elaborar um plano de tratamento para os sintomas complexos, confusos e persistentes da criança, e que é considerado pela mãe desta como um "herói", o único capaz de atender às necessidades do seu filho. Esse profissional de saúde pode se mostrar defensivo em relação à sua competência, julgamento e autoridade ao ser questionado sobre tratamento excessivo por outros membros da equipe[12]. Algumas possíveis explicações para a confiança excessiva do médico assistente nos pais da criança em casos de transtornos factícios impostos a outro são: o medo de não detectar uma doença tratável na criança; a dificuldade de tolerar a pressão exercida pela mãe para continuar a investigar e tratar a doença;

LISIEUX E. DE BORBA TELLES[1], CAROLINE GALLI MOREIRA[2], MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA[2], KÁTIA MECLER[3], ALEXANDRE MARTINS VALENÇA[4], DANIEL PRATES BALDEZ[5]

[1] Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Supervisora, Residência em Psiquiatria Forense, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Diretora de Ensino e Pesquisa, Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, Porto Alegre, RS. [2] Psiquiatra residente de Psiquiatria Forense, HCPA, Porto Alegre, RS. [3] Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. [4] Professor Associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Professor, PROPSAM, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Médico Perito, Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST), UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. [5] Acadêmico de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.

o desconforto em desacreditar ou desconfiar dos pais, especialmente se isso puder vir a mostrar-se infundado; a subespecialização médica crescente e a comunicação falha entre especialistas, acarretando o risco de não haver um médico de referência responsável pela criança; o medo de receber queixas dos pais ou de sofrer processo legal; a dificuldade de saber como lidar com esse tipo de situação (quando mencionar a suspeita, o que dizer aos pais e o que escrever no prontuário médico); e a dedicação necessária e o desgaste provocado por esse tipo de situação clínica[8].

O cuidador/perpetrador

As motivações dos perpetradores são diversas e podem variar desde uma ansiedade extrema que leva a um exagero dos sinais e sintomas, com a intenção de encorajar o médico a excluir toda e qualquer doença tratável, até o desejo de obter ganhos materiais, passando pela necessidade de confirmar (falsas) crenças sobre a saúde debilitada da criança, de obter atenção, de eximir-se de culpa pelas dificuldades (geralmente comportamentais) da criança e de manter proximidade com esta. Devido a essa diversidade de motivações, não é possível delinear um único perfil de comportamento, personalidade, ou transtorno psiquiátrico relacionado ao transtorno factício por procuração. O que se sabe é que as pessoas que fabricam doenças em seus filhos são quase sempre mulheres, e 14-30% têm vínculo com a área da saúde. Uma revisão da literatura apontou que, em 76% dos casos, o perpetrador era a mãe da criança, e em 7% o pai – nos poucos casos em que o pai era o perpetrador principal, era comum que fosse portador de transtorno factício ou de transtorno somatoforme clinicamente significativo. Avós podem por vezes apoiar essas mães, e outros cuidadores também podem fabricar doença em uma criança. De forma geral, os pais não perpetradores das crianças vítimas de doença induzida ou fabricada tendem a ser distantes, pouco envolvidos, emocional e fisicamente afastados do sistema familiar. Alguns pais não sabem do ocorrido, alguns acreditam nas alegações da mãe, e alguns podem ter desconfiança e tentar confrontar a mãe sem sucesso[8].

Estudos com perpetradoras do sexo feminino mostraram taxas altas de relatos de privação, abuso físico e sexual e perdas significativas na infância. Transtornos factícios e somatoformes estão super-representados entre as perpetradoras: em um estudo recente realizado por Bass & Jones com 28 mães que tinham evidência de fabricação ou indução de doença em crianças, 57% apresentavam transtorno somatoforme e 64% eram portadoras de transtorno factício, com a coocorrência desses diagnósticos em 39% das participantes. Além disso, esse mesmo estudo, ao realizar um exame detalhado dos prontuários da atenção básica em saúde e dos extensos registros médicos e de serviço social dessas mães, verificou a frequente coexistência de mentira patológica e apresentações somatoformes[13].

No presente momento, não se sabe quais características de mães com transtorno somatoforme ou factício poderão predizer aquelas que irão envolver seus filhos em comportamentos anormais de doença. Para determinar isso, são necessários estudos de coorte com mulheres gestantes com diagnóstico psiquiátrico de transtorno somatoforme. No que concerne aos transtornos de personalidade, poucos estudos foram realizados com perpetradoras femininas. Em um estudo sistemático de personalidade com 19 mães que fabricaram ou induziram doença em seus filhos (dois terços delas com evidência de fraude), altas taxas de transtorno de personalidade foram encontradas em 17 dessas mães (89% da amostra), sendo os mais comuns os transtornos antissocial, histriônico, *bordeline*, evitativo e narcisista. Vale salientar que algumas mães preenchiam critérios diagnósticos para mais de um tipo de transtorno de personalidade[8].

A criança/vítima

Em relação aos efeitos da indução ou fabricação de doenças em crianças, além da já mencionada morbimortalidade associada ao quadro, há um impacto significativo em suas vidas: é comum que tenham baixa frequência ou mesmo abandono escolar; que participem de poucas atividades esperadas para a idade, tal como envolvimento em esportes; que assumam o papel de doente, muitas vezes utilizando equipamentos como cadeira de rodas ou muletas sem real necessidade; e que sofram de isolamento social. Além disso, podem ficar ansiosas a respeito do estado de sua saúde; confusas por não se perceberem doentes, mas serem

LISIEUX E. DE BORBA TELLES
CAROLINE GALLI MOREIRA
MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA
KÁTIA MECLER
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
DANIEL PRATES BALDEZ

ARTIGO

repetidamente examinadas e tratadas; compactuarem com a falsificação da doença ou verem-se presas em silêncio nessa situação; e, em consonância com o que é muitas vezes observado em suas mães, conforme já assinalado, podem desenvolver um transtorno factício ou somatoforme no futuro. Assim, na adolescência, algumas dessas vítimas podem vir a fabricar doenças em si mesmas. Além disso, é comum vítimas de transtorno factício por procuração apresentarem problemas emocionais e comportamentais comórbidos, não relacionados diretamente com a fabricação ou indução de doenças, mas provavelmente resultantes de uma interação mãe-filho problemática[8].

Diagnóstico

O diagnóstico dessas situações nem sempre é fácil. Médicos não são treinados para duvidar da história referida por seu paciente – ou, no caso, por seus pais e familiares. No entanto, uma dose de ceticismo em relação à história médica faz-se importante quando os detalhes da história não combinam com o quadro clínico apresentado pelo paciente – por exemplo, quando a criança apresenta fraldas sistematicamente contendo sangue, mas não apresenta taquicardia ou queda no hematócrito, repercussões esperadas nesse caso[12]. Além disso, outros indícios podem ser sugestivos de Munchausen por procuração, tais como: histórias inconsistentes de sintomas relatadas por diferentes observadores; a insistência do cuidador para que se realizem procedimentos invasivos e hospitalizações; o comportamento incongruente do cuidador com o sofrimento verbalizado ou com o relato dos sintomas (por exemplo, apresenta-se estranhamente calmo); a presença de sinais e sintomas apenas quando a criança está acompanhada do cuidador; a doença ou morte inexplicada de outra criança da mesma família; a falha terapêutica sistemática mediante tratamento adequado para a condição suspeitada ou uma intolerância anormal aos tratamentos; a solicitação pública por parte do cuidador de empatia, benefícios ou doações em função da doença rara da criança; e uma história médica pregressa extensa e não usual desse cuidador ou de sua família, ou histórico de transtorno somatoforme no cuidador[11].

Munchausen por procuração pela Internet

Com o avanço das redes sociais online, o acesso virtual facilita o intercâmbio de informações e de experiências pessoais. Atualmente, diversos sites de relacionamento são utilizados para compartilhar informações sobre saúde, doença e cuidados da criança. Além disso, a participação em comunidades online tem servido como suporte emocional a famílias de crianças portadoras de doenças graves. A despeito dos benefícios, há relatos da associação entre o uso da Internet e transtornos factícios por procuração, conjuntura identificada em 2000 e atualmente reconhecida como Munchausen por procuração pela Internet (*Munchausen by proxy by Internet* – MBPBI)[14].

O MBPBI consiste em relatos de cuidadores em blogs, fóruns e sites de relacionamento sobre o sofrimento e os sintomas desenvolvidos pela criança[15]. Como a motivação por detrás do transtorno factício está relacionada ao desejo de atenção, a Internet é um veículo que perpetua esse ciclo patológico: o número de acessos ao mundo virtual aumenta a atenção voltada ao cuidador-agressor. Ademais, a exposição moral é outro importante fator associado ao MBPBI. A publicação de fotos está descrita em diversos casos na literatura, incluindo imagens de crianças vulneráveis submetidas a procedimentos médicos invasivos[16].

Considerações finais

É importante que se realize uma avaliação multidisciplinar dos casos, envolvendo cuidadosa avaliação médica e psicossocial, além do acionamento de serviços de proteção à criança e de consultoria jurídica sempre que necessário[11]. Certamente o diagnóstico e a intervenção precoce por parte de profissionais de saúde mental nesses casos irá contribuir para amenizar as diversas complicações médicas, psicológicas e sociais relacionadas ao transtorno.

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

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Lisieux E. de Borba Telles, Av. João Obino 383/602, CEP 40470-150, Porto Alegre, RS. E-mail: lisieux383@gmail.com

LISIEUX E. DE BORBA TELLES[1], CAROLINE GALLI MOREIRA[2], MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA[2], KÁTIA MECLER[3], ALEXANDRE MARTINS VALENÇA[4], DANIEL PRATES BALDEZ[5]

[1] Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Supervisora, Residência em Psiquiatria Forense, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Diretora de Ensino e Pesquisa, Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, Porto Alegre, RS. [2] Psiquiatra residente de Psiquiatria Forense, HCPA, Porto Alegre, RS. [3] Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. [4] Professor Associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Professor, PROPSAM, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Médico Perito, Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST), UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. [5] Acadêmico de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Referências

1. da Silva Franzin LC, Olandovsky ML, Vettorazzi ML, Werneck RI, Moysés SJ, Kusma SZ, et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. Child Abuse Negl. 2014;38:1706-14.
2. Jackson AM, Deye K. Aspects of abuse: consequences of childhood victimization. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2015;45:86-93.
3. Logan-Greene P, Semanchin Jones A. Chronic neglect and aggression/delinquency: a longitudinal examination. Child Abuse Negl. 2015;45:9-20.
4. Day VP, Telles LE de B, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Domestic violence and its manifestations. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2003;25(Suppl 1):9-21.
5. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2015;135:e1336-54.
6. Izaguirre A, Calvete E. Children who are exposed to intimate partner violence: interviewing mothers to understand its impact on children. Child Abuse Negl. 2015;48:58-67.
7. Meleiro AMAS, Almeida AM. Transtorno factício e suas características. In: Rigonatti SP, Serafim AP, Barros EL, Caires MAF. Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica. São Paulo: Vetor; 2003. p. 191-205.
8. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or Induced illness in children. Lancet. 2014;383:1412-21.
9. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrição clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
11. Flaherty EG, MacMillan HL; Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. Pediatrics. 2013;132:590-7.
12. Squires JE, Squires RH Jr. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010;51:248-53.
13. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. Br J Psychiatry. 2011;199:113-8.
14. Mcculloch V, Feldman MD. Munchausen by proxy by internet. Child Abuse Negl. 2011;35:965-6.
15. Pulman A, Taylor J. Munchausen by internet: current research and future directions. J Med Internet Res. 2012;14:e115.
16. Brown AN, Gonzalez GR, Wiester RT, Kelley MC, Feldman KW. Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: a window on the caretaker's thinking? Child Abuse Negl. 2014;38:488-97.

PSICOFOBIA É UM CRIME!
APOIE A ABP NESTA CAMPANHA
PSICOFOBIA

ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

50 ANOS



XXXIV CBP
CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

16 a 19 de novembro de 2016 // São Paulo

— CENTRO DE CONVENÇÕES TRANSAMERICA EXPO CENTER —

Inscreva-se agora para o XXXIV CBP

O XXXIV CBP Ouro, o congresso de 50 anos da ABP será imperdível. Se inscreva agora com as melhores condições de pagamento.

www.cbpabp.org.br