



Ano 9 • n°2 • Mar/Abr 2019
ISSN 2236-918X
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-2>

REVISTA **DEBATES** in psychiatry

Publicação destinada exclusivamente aos médicos www.revistardp.org.br



TAXAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO, DOENÇA CEREBROVASCULAR, DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO E DOENÇA CRÔNICA DE VIAS AÉREAS SUPERIORES EM IDOSOS BRASILEIROS: UMA ANÁLISE TEMPORAL DE 20 ANOS

FOBIA SOCIAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA SUBMETIDOS AO MÉTODO DE ENSINO-APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NO ESTADO DE SERGIPE

INFLUÊNCIA DOS ESTILOS PARENTAIS E DAS CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS DAS MÃES NA PARTICIPAÇÃO EM TAREFAS DOMÉSTICAS DE CRIANÇAS COM TDAH

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: FEMINICÍDIO

ARIPIRAZOL NA SÍNDROME DE TOURETTE EM ADULTOS: RELATO DE CASO E REVISÃO NARRATIVA

////////// APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Prezado leitor,

A segunda edição de 2019 da nossa RDP, agora Revista Debates in Psychiatry, abre com um artigo original da autoria de Carolina Martins Costa et al. sobre taxas de mortalidade em idosos brasileiros. Os autores fazem uma análise temporal de 20 anos, utilizando dados do DATASUS, em relação às principais causas de morte nessa população (suicídio, doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores). O estudo relata aumento nas taxas de suicídio em homens e mulheres entre 60 e 69 anos de idade, e redução nas taxas de mortalidade por doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores na mesma faixa etária. Os autores discutem a potencial contribuição de políticas públicas para esses resultados.

No segundo artigo original, 323 estudantes de medicina submetidos ao método de ensino-aprendizagem baseada em problemas são avaliados com relação à presença de fobia social. O estudo de Mayana Lula Andrade et al. revelou uma taxa de fobia social de 30,7%, em geral com gravidade moderada. Os autores traçam um perfil epidemiológico dos estudantes com fobia social e identificam as situações mais temidas.

A seguir, Camila Guimarães Mendes et al. revisam a literatura disponível sobre a influência dos estilos parentais e das características psiquiátricas das mães na participação em tarefas domésticas de crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Os autores destacam a importância do aprendizado de habilidades para uma vida independente e focam nos sintomas maternos de TDAH ou depressão. A assistência prestada pelos cuidadores também é avaliada.

Como de costume, nesta edição novamente temos um artigo dedicado ao tema da saúde da mulher: o artigo de Angelita Maria Ferreira Machado Rios et al. apresenta uma atualização sobre o tema da violência contra mulheres, mais precisamente feminicídio, considerado um problema de saúde pública que afeta todas as idades e estratos socioeconômicos e culturais. Os autores descrevem tipos e características de violência, fatores de risco, e destacam os avanços observados recentemente na legislação penal brasileira no que diz respeito ao combate à violência contra a mulher no âmbito familiar. Os autores concluem destacando o papel dos psiquiatras nesse cenário, a saber, o de detectar precocemente o fenômeno e sugerir ações de políticas públicas que englobem a avaliação e a assistência aos envolvidos.

Fechando a edição, Karina Farias Ferraz traz um relato de caso sobre o uso de aripiprazol na síndrome de Tourette em um paciente adulto. A síndrome, raramente observada em adultos, apresenta um prognóstico reservado nessa população, com difícil controle dos sintomas. O artigo descreve o uso de aripiprazol no tratamento da síndrome de Tourette e faz uma revisão narrativa da literatura sobre as evidências atuais disponíveis sobre o tema.

Ótima leitura!

Antônio Geraldo da Silva e João Romildo Bueno
Editores Seniores, Revista Debates in Psychiatry



DIRETORIA EXECUTIVA

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

DIRETORES REGIONAIS

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

CONSELHO FISCAL

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

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

ABP - Rio de Janeiro
Rua Buenos Aires, 48 - 3º Andar - Centro
CEP: 20070-022 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abpbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abpbrasil.org.br

////// EXPEDIENTE

EDITORES SENIORES
Antônio Geraldo da Silva - DF

EDITOR EXECUTIVO
Alexandre Paim Diaz - SC

EDITORES-CHEFES
Leandro Malloy-Diniz - MG
José Carlos Appolinário - RJ
Marcelo Feijó de Mello - SP

EDITORES ASSOCIADOS
Alexandre Moreira
Amaury Cantilino - PE
Antônio Peregrino - PE
Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Clarissa Gama - RS
Érico de Castro e Costa - MG
Fabio Sousa - CE
Itiro Shirakawa - SP

EDITORES JUNIORES
Alexandre Balestieri Balan - SC
Antonio Leandro Nascimento - RJ
Camila Tanabe Matsuzaka - SP
Emerson Arcoverde Numes - RN

CONSELHO EDITORIAL

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG
Analice de Paula Gigliotti - RJ
César de Moraes - SP
Elias Abdalla Filho - DF
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP
Helena Maria Calil - SP
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG
Irismar Reis de Oliveira - BA
João Luciano de Quevedo - SC
Joel Rennó - SP
Leonardo Baldaçara - TO
Marcelo Allevato - RJ
Rochelle Affonso Marquette - RS
Tânia Ferraz - SP
Emerson Arcoverde Numes - RN
José Cássio do Nascimento Pitta - SP
Marcos A. Gebara Muraro - RJ
Maria Alice de Vilhena Toledo - DF
Paulo Belmonte de Abreu - RS
Paulo Cesar Geraldês - RJ
Ricardo Barcelos - MG

Joel Rennó - SP
Leonardo Baldaçara - TO
Marcelo Allevato - RJ
Marcelo Liborio Schwarzbald - SC
Raphael Augusto Teixeira - SP
Rochelle Affonso Marquette - RS
Tânia Ferraz - SP

Izabela Guimarães Barbosa - MG
Larissa Junkes - RJ
Lorena Del Sant

Sérgio Tamai - SP
Valentim Gentil Filho - SP
William Azevedo Dunningham - BA
Evelyn Kuczynski - SP
Amaury Cantilino - PE
Renan Boeiro - SC
Maila de Castro Lourenço das Neves - MG
Carla Moita - PB
Alfredo Minervino - PB
Leonardo Rodrigo Baldaçara - TO
Teng Chei Tung - SP
Lucas Alves Pereira - BA
Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro - SP
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG
Fabio Gomes de Matos e Souza - CE
Ana Cecília Petta Roselli Marques - SP
Carla Hervê Moram Bicca - RS

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

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO

MAR/ABR 2019

6/original

Taxas de mortalidade por suicídio, doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores em idosos brasileiros: uma análise temporal de 20 anos

CAROLINA MARTINS COSTA, MAIRA OLIVEIRA BITENCOURT, ALEXANDRE FERREIRA BELLO, ALEXANDRE PAIM DIAZ

16/original

Fobia social em estudantes de medicina submetidos ao método de ensino-aprendizagem baseada em problemas no estado de Sergipe

MAYANA LULA ANDRADE, KAMILA MARIA DE ANDRADE SANTOS SILVEIRA, EUSÉBIO LINO DOS SANTOS JÚNIOR, PAULO MILHOMEM FERRO NETO, DEBORAH PIMENTEL

26/revisão

Influência dos estilos parentais e das características psiquiátricas das mães na participação em tarefas domésticas de crianças com TDAH

CAMILA GUIMARÃES MENDES, DANIELE SOUZA COSTA, ANTÔNIO ALVIM SOARES, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND, JONAS JARDIM DE PAULA, MARISA COTTA MANCINI, DÉBORA MARQUES MIRANDA

38/atualização

Violência contra mulheres: feminicídio

ANGELITA MARIA FERREIRA MACHADO RIOS, PEDRO VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES, LISIEUX E. DE BORBA TELLES

44/relato

Aripiprazol na síndrome de Tourette em adultos: relato de caso e revisão narrativa

KARINA FARIAS FERRAZ, HENRIQUE TOSCANO SIEBRA BRITO, LEOPOLDO NELSON DE FERNANDES BARBOSA, HENRIQUE FARIA DE SOUSA

As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

TAXAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO, DOENÇA CEREBROVASCULAR, DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO E DOENÇA CRÔNICA DE VIAS AÉREAS SUPERIORES EM IDOSOS BRASILEIROS: UMA ANÁLISE TEMPORAL DE 20 ANOS

MORTALITY RATES FROM SUICIDE, CEREBROVASCULAR DISEASE, ISCHEMIC HEART DISEASE, AND CHRONIC UPPER AIRWAY DISEASE IN BRAZILIAN ELDERLY: A 20-YEAR TEMPORAL ANALYSIS

Resumo

Objetivo: Investigar a tendência das taxas de suicídio em idosos brasileiros em um período de 20 anos em relação às principais causas de mortalidade nessa população.

Métodos: Nesta análise de tendência temporal, dados sobre o número de óbitos foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS. As taxas de mortalidade foram calculadas com dados obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram calculadas as taxas de mortalidade em idosos por suicídio e para as três principais causas de mortalidade no ano de início do período de investigação (1996), estratificadas por sexo e faixa etária. Para estimar a tendência temporal, foi utilizada regressão linear simples.

Resultados: Encontramos um aumento significativo nas taxas de suicídio para homens e mulheres entre 60 e 69 anos de idade, além de redução significativa nas taxas de mortalidade por doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores na mesma faixa etária.

Conclusão: É possível que políticas públicas para a redução dos fatores de risco e acesso ao tratamento tenham tido um impacto na redução da mortalidade por

doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores em idosos. A redução da mortalidade por suicídio provavelmente exigirá um direcionamento semelhante em relação à saúde mental.

Palavras-chave: Suicídio, idosos, mortalidade.

Abstract

Objective: To investigate trends in suicide rates among Brazilian elderly over a timeframe of 20 years with regard to the main causes of mortality in this population.

Methods: In this temporal trend analysis, data on the number of deaths were collected from the Mortality Information System (Sistema de Informações de Mortalidade – SIM) that integrates the public national healthcare database DATASUS. Mortality rates were calculated with data obtained from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE). Mortality rates in the elderly were calculated for suicide and for the three main causes of mortality in this population in the first year of the observation (1996), stratified by gender and age range. The temporal trend was estimated using linear regression analysis.

Results: A significant increase was found in suicide rates for both male and female elderly between 60 and 69 years of age, as well as a significant reduction in mortality rates due to cerebrovascular disease, ischemic heart disease and chronic upper airway disease in the same age range.

Conclusion: It is possible that public policies targeted at reducing risk factors and improving access to treatment have had an impact on the reduction of mortality for cerebrovascular disease, ischemic heart disease and chronic upper airway disease in the elderly. Reduction of suicide rates will probably demand a similar approach in relation to mental health.

Keywords: Suicide, elderly, mortality.

INTRODUÇÃO

A proporção dos idosos em relação à população geral vem crescendo, o que tem sido um dos fenômenos mais notórios em todo o mundo, observando-se uma transformação demográfica sem precedentes na história, trazendo consigo repercussões culturais, sociais e políticas. O Brasil acompanha essa transição: a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. As projeções para o ano de 2020 estimam-se em 32 milhões, o que situará o Brasil na sexta posição mundial em número de idosos¹.

A análise da mortalidade entre os idosos evidencia um aumento da longevidade, além da mudança do perfil das causas de mortalidade. Ainda que as doenças do aparelho circulatório permaneçam como as principais causas, suas taxas estão em declínio, o que pode estar associado a mudanças nos hábitos alimentares, redução no tabagismo, prática de atividade física, entre outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.

As taxas de suicídio têm sido descritas como crescentes na atualidade, inclusive na população idosa, sendo este considerado um grave problema de saúde pública². Segundo o Relatório Global de Suicídio da Organização Mundial da Saúde de 2014, os índices são maiores entre as pessoas acima de 65-70 anos de idade, cerca do dobro em relação à população geral, com predominância no sexo masculino^{3,4}. Entre os principais fatores de risco para o suicídio estão os transtornos psiquiátricos, especialmente a depressão. Estima-se que pelo menos 50% dos suicídios estejam associados a esse transtorno de humor⁵. Além disso, isolamento social⁶, transição para

a aposentadoria, perda de pessoas próximas e maior prevalência de doenças neurodegenerativas também são importantes fatores de risco⁷.

Nos EUA, as taxas de mortalidade por suicídio vêm aumentando nas últimas décadas², tendência contrária às relacionadas às doenças do coração e câncer⁸. No Brasil, um estudo identificou um aumento nas taxas de suicídio em idosos no período de 1996 a 2013 no Estado da Bahia⁹, e outro mais recente, um aumento nas taxas de suicídio em pessoas acima de 60 anos de idade¹⁰. No entanto, não encontramos estudos que tenham avaliado tendências nacionais das taxas de suicídio em estratos etários específicos na população idosa, além de uma comparação dessas taxas com outras causas de mortalidade.

Com o processo de transição demográfica e consequente envelhecimento da população, torna-se necessário um olhar mais atento para o estudo das principais causas de mortalidade em idosos. Comparar a tendência das taxas de suicídio em idosos em relação às taxas de mortalidade por outras doenças é fundamental para investigar se tais tendências apresentam direção semelhante ou oposta e quais estratégias podem ser apreendidas e implementadas para a redução da mortalidade por causas específicas. Nesse contexto, esse estudo visa avaliar a tendência das taxas de suicídio em idosos brasileiros em um período de 20 anos em relação às principais causas de mortalidade nessa população.

MÉTODOS

Trata-se de estudo ecológico de tendência temporal. Neste estudo, foi utilizada fonte de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que disponibiliza informações sobre o estado de saúde da população. Deste, foram retirados o número absoluto de óbitos conforme a causa base, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As taxas de mortalidade foram calculadas de acordo com dados obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): para o ano de 1996, foi considerada contagem populacional; para os anos de 1997-1999, 2001-2009 e 2011-2012, foram consideradas estimativas populacionais; e para os anos 2000 e 2010, censos demográficos. Como não foram encontradas estimativas para os anos de 2013 a 2016,

as taxas de mortalidade foram determinadas de acordo com a estimativa da população para o ano de 2012.

Foi selecionado o número de óbitos para três das principais causas de mortalidade em idosos no ano de 1996: doenças isquêmicas do coração (DIC) [10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) I20-I25], doenças cerebrovasculares (I60-I69) e doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47). Além dessas, foi obtido o número de óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84). Os dados são de domínio público e foram totalmente coletados a partir do banco de dados do DATASUS/SIM. As taxas de mortalidade foram calculadas a partir do número de óbitos dividido pela população da respectiva faixa etária, tendo um resultado multiplicado pela constante 100.000. As mortalidades foram estratificadas por sexo e por faixas etárias entre 60-64 anos, 65-69 anos, 70-74 anos, 75-79 anos e 80 anos e mais. Tais taxas foram as variáveis dependentes, classificadas como quantitativas contínuas. A variável independente foi o ano. Análise de regressão linear simples foi utilizada para

avaliar a tendência das taxas de mortalidade para cada ano. Os dados foram analisados de acordo com o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 10.0.

O projeto obedece aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução nº 466/2012. Os dados utilizados para a pesquisa são do DATASUS, de domínio público, de acesso irrestrito e sem identificação dos indivíduos, portanto é dispensada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Não é necessário também o uso do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a variação nas taxas de mortalidade por 100.000 habitantes por sexo, faixa etária e causa de mortalidade entre os anos 1996 e 2016. Houve uma variação positiva nas taxas de suicídio em homens para todas as faixas etárias analisadas. Para o sexo feminino, houve uma variação positiva na faixa etária de 60 a 69 anos e negativa a partir dos 70 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1 - Variação da taxa de mortalidade por causa e faixa etária específica no período de 1996 a 2016

| Faixa etária | Causas de mortalidade (taxa de mortalidade por 100.000 habitantes) | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------|-----------------------------|--|
| | Morte por lesão autoprovocada | Doença cerebrovascular | Doença isquêmica do coração | Doença crônica de vias aéreas inferiores |
| Geral (a partir dos 60 anos de idade) | | | | |
| Masculino | | | | |
| 1996 | 12,29 | 518,12 | 503,50 | 286,56 |
| 2016 | 17,53 | 448,84 | 527,03 | 245,95 |
| Variação | +42,6% | -13,35% | +4,67% | -14,17% |
| Feminino | | | | |
| 1996 | 2,77 | 436,19 | 365,59 | 152,63 |
| 2016 | 3,16 | 368,51 | 340,57 | 158,38 |
| Variação | +14,1% | -15,52 | -6,84% | +3,76% |
| 60 a 64 anos | | | | |
| Masculino | | | | |
| 1996 | 11,38 | 234,46 | 287 | 97,94 |
| 2016 | 14,67 | 158,84 | 273 | 65,17 |
| Variação | +28,9% | -32,25% | -4,88% | -33,46% |
| Feminino | | | | |
| 1996 | 2,37 | 148,22 | 143,16 | 49,79 |
| 2016 | 3,63 | 97,92 | 117,81 | 44,15 |
| Variação | +53,2% | -33,94% | -17,71% | -11,33% |

(continua)

Tabela 1 - Continua

| Faixa etária | Causas de mortalidade (taxa de mortalidade por 100.000 habitantes) | | | |
|------------------|--|------------------------|-----------------------------|--|
| | Morte por lesão autoprovocada | Doença cerebrovascular | Doença isquêmica do coração | Doença crônica de vias aéreas inferiores |
| 65 a 69 anos | | | | |
| Masculino | | | | |
| 1996 | 11,76 | 360,28 | 403,30 | 184,45 |
| 2016 | 18,79 | 265,13 | 403,86 | 126,10 |
| Variação | +59,8% | -26,41% | +0,001% | -31,63% |
| Feminino | | | | |
| 1996 | 2,71 | 238,33 | 224,89 | 86,00 |
| 2016 | 3,73 | 160,34 | 198,77 | 79,14 |
| Variação | +37,6% | -32,72% | -11,61% | -7,98% |
| 70 a 74 anos | | | | |
| Masculino | | | | |
| 1996 | 12,37 | 564,46 | 556,69 | 316,77 |
| 2016 | 17,26 | 408,59 | 510,70 | 214,26 |
| Variação | +39,53% | -27,61% | -8,26% | -32,36% |
| Feminino | | | | |
| 1996 | 3,10 | 396,92 | 346,44 | 144,80 |
| 2016 | 2,76 | 263,76 | 275,98 | 127,48 |
| Variação | -10,97% | -33,55% | -20,34% | -11,96% |
| 75 a 79 anos | | | | |
| Masculino | | | | |
| 1996 | 15,17 | 845,38 | 732,70 | 494,50 |
| 2016 | 20,71 | 691,76 | 740,13 | 397,96 |
| Variação | +36,52 | -18,17% | +1,01% | -19,52% |
| Feminino | | | | |
| 1996 | 3,34 | 664,54 | 536,43 | 241,51 |
| 2016 | 2,81 | 484,67 | 445,84 | 221,82 |
| Variação | -15,87% | -27,07% | -16,89% | -8,15% |
| Acima de 80 anos | | | | |
| Masculino | | | | |
| 1996 | 13,19 | 1.380,40 | 1.100,43 | 854,80 |
| 2016 | 39,10 | 1.415,49 | 1.271,84 | 867,63 |
| Variação | +196% | +2,54% | +15,58% | +1,50% |
| Feminino | | | | |
| 1996 | 2,90 | 1.380,98 | 1.060,31 | 466,28 |
| 2016 | 2,19 | 1.217,85 | 964,04 | 477,31 |
| Variação | -24,48 | -7,90% | -9,08% | -2,36% |

Na análise de regressão linear, houve um aumento significativo das taxas de suicídio em homens dos 60 aos 74 anos de idade e acima dos 80 anos. Para o sexo feminino, houve aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio dos 60 aos 69 anos de idade. Em

relação às outras causas de mortalidade, houve redução significativa nas taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas inferiores em ambos os sexos na faixa etária entre 60 e 74 anos (Tabela 2). As Figuras 1 e

Tabela 2 - Análise de regressão linear, tendo como variável independente o ano (de 1996 a 2016) e como variável dependente a taxa de mortalidade

| Faixa etária | Causas de mortalidade | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|---|
| | Morte por lesão autoprovocada Coeficiente B (IC95%) | Doença cerebrovascular Coeficiente B (IC95%) | Doença isquêmica do coração Coeficiente B (IC95%) | Doença crônica de vias aéreas inferiores Coeficiente B (IC95%) |
| Geral (a partir dos 60 anos de idade) | | | | |
| Total | 0,06 (0,02 a 0,11) | -5,06 (-6,40 a -3,72) | -1,84 (-3,36 a -0,33) | -1,94 (-2,89 a -0,99) |
| Feminino | 0,03 (0,01 a 0,05) | -4,64 (-5,97 a -3,31) | -2,56 (-3,91 a -1,21) | -0,53 (-1,13 a 0,27) |
| Masculino | 0,12 (0,04 a 0,21) | -5,47 (-6,84 a -4,10) | -0,72 (-2,42 a 0,99) | -3,54 (-4,72 a -2,36) |
| 60 a 64 anos | | | | |
| Total | 0,07 (0,02 a 0,11) | -3,93 (-4,51 a -3,36) | -1,61 (-2,33 a -0,89) | -1,35 (-1,69 a -1,01) |
| Feminino | 0,07 (0,04 a 0,10) | -3,12 (-3,50 a -2,64) | -1,60 (-2,09 a -1,11) | -0,64 (-0,93 a -0,36) |
| Masculino | 0,07 (0,001 a 0,15) | -4,83 (-5,53 a -4,13) | -1,56 (-2,56 a -0,57) | -2,13 (-2,55 a -1,72) |
| 65 a 69 anos | | | | |
| Total | 0,09 (0,02 a 0,16) | -5,42 (-6,24 a -4,58) | -2,03 (-3,11 a -0,95) | -2,27 (-2,84 a -1,70) |
| Feminino | 0,06 (0,03 a 0,09) | -4,55 (-5,24 a -3,86) | -2,17 (-3,00 a -1,35) | -0,93 (-1,35 a -0,51) |
| Masculino | 0,13 (0,002 a 0,25) | -6,39 (-7,40 a -5,37) | -1,80 (-3,22 a -0,37) | -3,80 (-4,59 a -3,01) |
| 70 a 74 anos | | | | |
| Total | 0,06 (0,02 a 0,10) | -9,15 (-10,46 a -7,85) | -5,22 (-6,57 a -3,87) | -4,16 (-5,01 a -3,31) |
| Feminino | -0,006 (-0,03 a 0,02) | -8,05 (-9,20 a -6,90) | -5,45 (-6,70 a -4,19) | -1,69 (-2,32 a -1,05) |
| Masculino | 0,16 (0,08 a 0,24) | -10,24 (-11,72 a -8,76) | -4,60 (-6,04 a -3,15) | -6,98 (-8,10 a -5,86) |
| 75 a 79 anos | | | | |
| Total | 0,03 (-0,06 a 0,11) | -11,74 (-14,71 a -8,77) | -5,50 (-8,47 a -2,52) | -4,65 (-6,46 a -2,83) |
| Feminino | 0,004 (-0,03 a 0,04) | -11,57 (-14,45 a -8,69) | -6,97 (-9,63 a -4,31) | -2,01 (-3,48 a -0,55) |
| Masculino | 0,09 (-0,07 a 0,26) | -11,40 (-14,52 a -8,27) | -2,92 (-6,25 a 0,42) | -7,51 (-9,85 a -5,16) |
| Acima de 80 anos | | | | |
| Total | 0,15 (0,09 a 0,21) | -9,44 (-15,87 a -3,01) | -3,62 (-9,31 a 2,07) | -3,82 (-7,88 a 0,23) |
| Feminino | -0,02 (-0,06 a 0,01) | -13,01 (-19,51 a -6,50) | -8,67 (-14,06 a -3,29) | -2,22 (-5,43 a 0,99) |
| Masculino | 1,29 (1,13 a 1,44) | -3,68 (-10,27 a 2,91) | 4,52 (-1,82 a 10,86) | -5,17 (-10,72 a 0,39) |

2 mostram a tendência das taxas de mortalidade a cada 5 anos do período estudado para os sexos masculino e feminino na faixa etária entre 65 e 69 anos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, encontramos um aumento significativo nas taxas de suicídio para homens e mulheres entre 60 e 69 anos de idade em duas décadas de observação. Por outro lado, para a mesma faixa etária e ambos os sexos, houve redução significativa nas taxas de mortalidade por doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores, três das principais causas de mortalidade em 1996, ano de início do período de observação correspondente a esta pesquisa.

Os idosos apresentam as taxas de suicídio mais elevadas em vários países^{11,12}. Esse maior risco de suicídio tem sido associado a vários fatores, por exemplo, redução na integração social, maior prejuízo na saúde física, de mobilidade e maior prevalência de doenças terminais^{13,14}. No Brasil, Minayo et al. analisaram as taxas de suicídio entre 1980 e 2006, apresentando evidências de maiores taxas entre os idosos do sexo masculino nesse período¹⁵. Outro estudo mostrou que entre 2000 e 2012 as taxas de suicídio aumentaram 16,2% no Brasil, com taxas três vezes maiores para os homens em comparação às mulheres, as quais também apresentaram aumento significativo ao longo do tempo¹⁶. Rodrigues et al. analisaram a tendência das taxas de suicídio no Brasil de 1997 a 2015¹⁰. Os resultados mostraram que a população

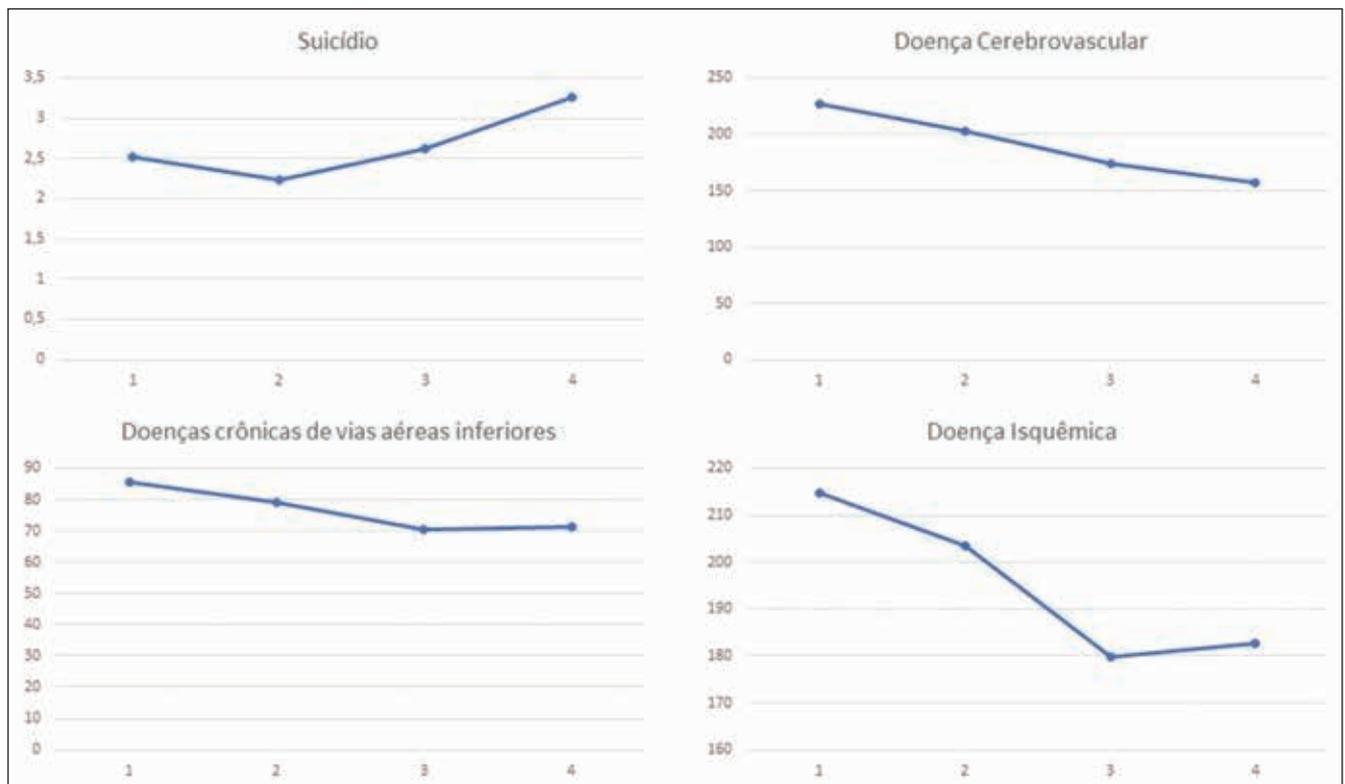


Figura 1 - Taxas de mortalidade/100.000 habitantes para o sexo feminino na faixa etária dos 65 aos 69 anos, por causa. 1 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 1996 a 2000; 2 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 2001 a 2005; 3 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 2006 a 2010; 4 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 2011 a 2016.

**CAROLINA MARTINS COSTA
MAIRA OLIVEIRA BITENCOURT
ALEXANDRE FERREIRA BELLO
ALEXANDRE PAIM DIAZ**

com 60 anos ou mais apresentou a maior taxa de suicídio, com uma tendência crescente no período analisado. De acordo com os autores, com o aumento observado das taxas, é possível que o Brasil não alcance os objetivos de redução da mortalidade por suicídio sugeridos pela Organização Mundial de Saúde até o ano de 2020¹⁰. Mesmo a China, que tem apresentado uma redução nas suas taxas nacionais de suicídio, apresenta tendência aumentada quanto analisada apenas a população idosa¹⁷. No presente estudo, as taxas de mortalidade por suicídio em idosos aumentaram significativamente tanto em homens quanto em mulheres, principalmente na faixa etária dos 60 aos 69 anos de idade, sendo maior em homens para todas as faixas etárias analisadas.

Houve um declínio constante nas taxas de suicídio em idosos em Singapura de 1995 a 2000¹⁸. Alguns

fatores poderiam explicar a tendência de queda. Depois de 1995, houve um esforço nacional para examinar os problemas da população idosa e foi criado um comitê interministerial com representantes dos Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Comunitário, do Trabalho e do Desenvolvimento Nacional. Algumas questões identificadas como urgentes para as necessidades dos idosos incluíram melhoria da habitação, cuidados familiares, cuidados com a saúde, transporte e apoio comunitário. A detecção precoce e o manejo de idosos com depressão no nível da atenção primária foram enfatizados no relatório, e seminários regulares com cuidadores primários foram organizados. Profissionais de saúde que trabalhavam com idosos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais também foram alertados sobre os idosos em risco. O Ministério da Saúde também começou a treinar mais

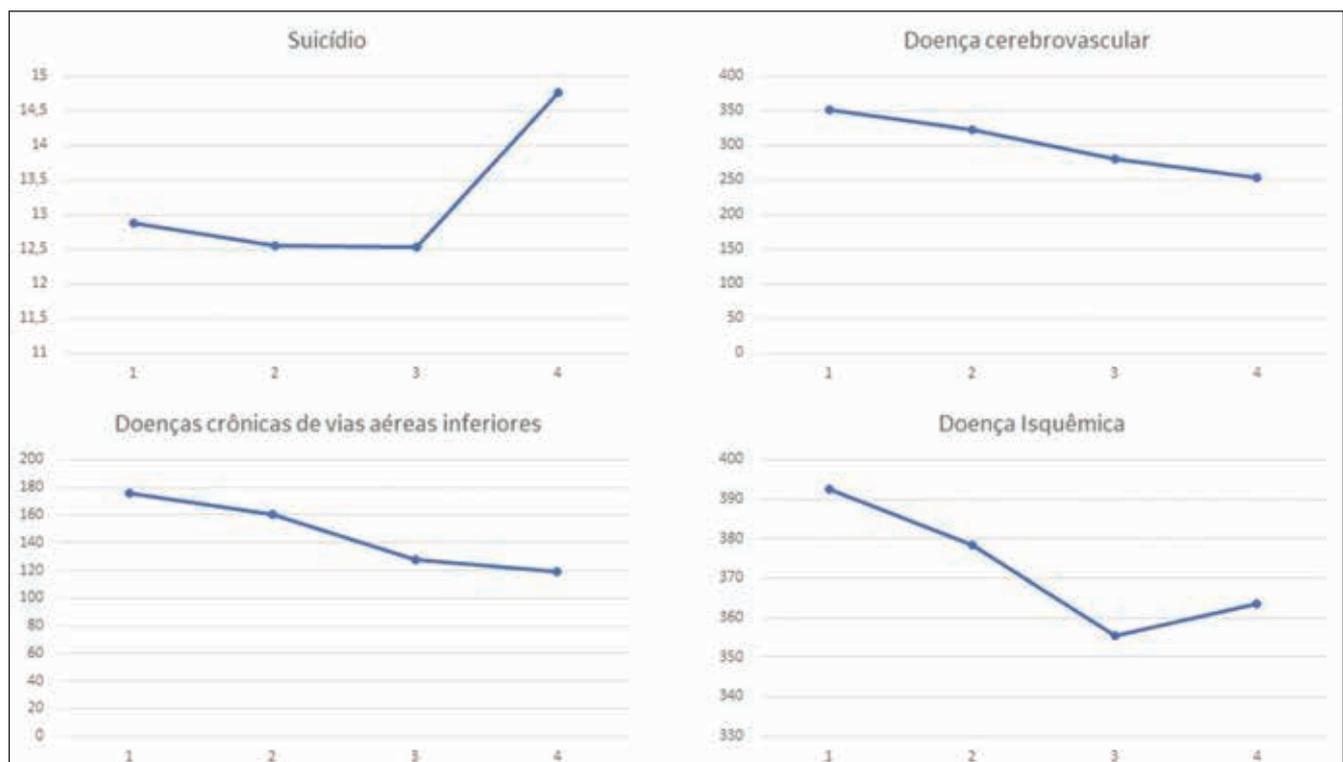


Figura 2 - Taxas de mortalidade/100.000 habitantes para o sexo masculino na faixa etária dos 65 aos 69 anos, por causa. 1 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 1996 a 2000; 2 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 2001 a 2005; 3 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 2006 a 2010; 4 = taxa média de mortalidade/100.000 habitantes de 2011 a 2016.

médicos e enfermeiros em medicina geriátrica e psiquiatria geriátrica, e uma linha direta de telefone foi criada por uma organização voluntária para idosos, a Singapore Action Group of Elders (SAGE)¹⁸. Singapura não é o único país a criar essa linha direta e ter bons resultados. Um estudo italiano mostrou que a introdução de um serviço de aconselhamento por telefone ajudou a reduzir as taxas de suicídio de idosos¹⁹.

No que tange às outras causas de mortalidade em idosos, as tendências diferem bastante das tendências de mortalidade por suicídio. Assim como no presente estudo, a mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC), doenças isquêmicas e doenças pulmonares têm apresentado tendência decrescente em outros países. Em estudo realizado no Mississipi, EUA, em que foram analisadas as tendências de mortalidade por AVC na população, o declínio foi significativo entre adultos com idade acima de 65 anos²⁰. Pesquisadores documentaram várias razões para o declínio nas taxas de morte por acidente vascular cerebral, como o controle aprimorado de fatores de risco, como hipertensão arterial e dislipidemia²¹. Em outro estudo de tendência temporal de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (DIC), entre os anos de 1980 e 2010, concluiu-se que, globalmente, a mortalidade por DIC padronizada por idade diminuiu desde os anos 80, e as regiões de alta renda (especialmente a Austrália, a Europa Ocidental e a América do Norte) experimentaram os declínios mais notáveis²².

Na maioria das regiões do mundo, particularmente em regiões de alta renda, as taxas de mortalidade por DIC padronizadas por idade diminuíram significativamente desde 1980²². A mortalidade por DIC padronizada pela idade diminuiu em grande parte devido à combinação de melhor prevenção primária (melhorias nos fatores de risco) e melhor prevenção secundária (melhor tratamento de DIC aguda e crônica)²³. Em estudo mundial, houve uma clara queda nas taxas específicas por idade e sexo para todos os grupos entre 1990 e 2010 nas taxas de mortalidade por doença pulmonar²⁴. Muito deste declínio esteve associado a mudanças na renda nacional bruta (RNB). Em países com maior incremento na RNB, houve redução relativa nas taxas de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Mudanças ao longo do tempo na exposição cumulativa ao consumo de cigarros tiveram relativamente pouco impacto. Além disso, a forte associação com pobreza, particularmente

nas regiões mais carentes do mundo, demonstram que a redução da pobreza é de extrema relevância na reversão da mortalidade por DPOC²⁴.

Nosso estudo tem limitações que devem ser assinaladas. Como trata-se de um estudo ecológico, os resultados devem ser interpretados com cautela, já que faltam características individuais da população estudada, como, por exemplo, a prevalência de transtornos psiquiátricos e outras variáveis associadas ao risco de suicídio e às outras causas de mortalidade. Outra limitação é em relação ao registro das certidões de óbito, com possível subnotificação de casos de suicídio. Não foram também estratificadas taxas de óbitos para regiões do país, o que, para um país continental e heterogêneo como o Brasil, poderia mostrar tendências particulares.

Concluindo, no Brasil, observamos uma tendência significativa de aumento nas taxas de suicídio em idosos entre 60 e 69 anos de idade no período de 1996 a 2016, apesar de uma redução significativa de outras importantes causas de mortalidade, como doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença de vias aéreas inferiores. É possível que políticas públicas específicas para a redução dos fatores de risco associados ao suicídio tenham o mesmo impacto que aquelas implementadas para a redução da mortalidade por outras causas. Esforços nacionais têm sido implementados nos últimos anos, tanto do ponto de vista institucional como por parte da sociedade civil organizada e associações de especialidade. Recentemente, o Ministério da Saúde do Governo Federal lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, com o objetivo de redução das taxas de suicídio nos próximos anos²⁵. Além disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), por meio da campanha Setembro Amarelo, tem promovido diversas ações no sentido de conscientizar a sociedade sobre a importância de redução do estigma em relação aos transtornos psiquiátricos e psicoeducação sobre os principais fatores de risco, proteção e sinais de alerta para o risco de suicídio, também com o intuito de reduzir os índices de mortalidade por suicídio na população brasileira. Com essas ações, espera-se que a mortalidade por suicídio, não apenas na população idosa, mas como um todo, apresente a mesma tendência decrescente de mortalidade como aquela observada por outras causas.

CAROLINA MARTINS COSTA
MAIRA OLIVEIRA BITENCOURT
ALEXANDRE FERREIRA BELLO
ALEXANDRE PAIM DIAZ

Artigo submetido em 20/10/2019, aceito em 21/10/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Alexandre Paim Diaz, Núcleo de Psiquiatria, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, CEP 88036-800, Florianópolis, SC. E-mail: alexandrepaimdiaz@gmail.com

Referências

1. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica*. 2009;43:548-54.
2. Hedegaard H, Curtin SC, Warner M. Suicide mortality in the United States, 1999-2017. *NCHS Data Brief*. 2018;(330):1-8.
3. Minayo MC, Cavalcante FG, de Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica*. 2006;22:1587-96.
4. Minayo MC, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. *Rev Saude Publica*. 2010;44:750-7.
5. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16065.
6. Stickley A, Koyanagi A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: findings from a general population survey. *J Affect Disord*. 2016;197:81-7.
7. Minayo MC, Meneghel SN, Cavalcante FG. [Suicide of elderly men in Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2012;17:2665-74.
8. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med*. 2013;11:126.
9. Carmo EA, Santos PH, Ribeiro BS, Soares CJ, Santana ML, Bomfim ED, et al. Sociodemographic characteristics and time series of mortality due to suicide among elderly individuals in Bahia State, Brazil, 1996-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27:e20171971.
10. Rodrigues CD, de Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner TC. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:380-8.
11. Varnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:760-71.
12. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. 2014. www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
13. Phillips JA. A changing epidemiology of suicide? The influence of birth cohorts on suicide rates in the United States. *Soc Sci Med*. 2014;114:151-60.
14. Stack S. Social correlates of suicide by age. In: Leenaars AA, editor. *Time-Lines in the Suicide Process*. Boston: Springer; 1991; p. 187-213.
15. Minayo MC, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RM. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Rev Saude Publica*. 2012;46:300-9.
16. Machado DB, dos Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64:45-54.
17. Wang CW, Chan CL, Yip PS. Suicide rates in China from 2002 to 2011: an update. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:929-41.
18. Kua EH, Ko SM, Ng TP. Recent trends in elderly suicide rates in a multi-ethnic Asian city. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18:533-6.
19. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry*. 1995;152:632-4.
20. Mendy VL, Vargas R, Payton M, Sims JN, Zhang L. Trends in the stroke death rate among Mississippi adults, 2000-2016. *Prev Chronic Dis*. 2019;16:E21.
21. Lackland DT, Roccella EJ, Deutsch AF, Fornage M, George MG, Howard G, et al. Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45:315-53.
22. Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Murray CJ, et al. Temporal trends in ischemic heart disease mortality in 21 world regions, 1980 to 2010: the Global Burden of

- Disease 2010 study. *Circulation*. 2014;129:1483-92.
23. Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobbs M, Mahonen M, Cepaitis Z, Kuulasmaa K, et al. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 2000;355:688-700.
24. Burney PG, Patel J, Newson R, Minelli C, Naghavi M. Global and regional trends in COPD mortality, 1990-2010. *Eur Respir J*. 2015;45:1239-47.
25. Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020. 2017 [cited 2019 Nov 27]. www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf

MAYANA LULA ANDRADE
KAMILA MARIA DE ANDRADE SANTOS SILVEIRA
EUSÉBIO LINO DOS SANTOS JÚNIOR
PAULO MILHOMEM FERRO NETO
DEBORAH PIMENTEL

FOBIA SOCIAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA SUBMETIDOS AO MÉTODO DE ENSINO-APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NO ESTADO DE SERGIPE

SOCIAL PHOBIA IN MEDICAL STUDENTS SUBJECTED TO THE PROBLEM-BASED LEARNING TEACHING METHOD IN THE STATE OF SERGIPE

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de fobia social e das principais situações sociais que a caracterizam e que cursam com sintomas de ansiedade, medo ou evitação em estudantes de medicina submetidos à metodologia de ensino aprendizagem baseada em problemas (ABP) no estado de Sergipe.

Métodos: Trata-se de um recorte de um estudo clínico não experimental, exploratório, transversal, descritivo e de abordagem analítica quantitativa. Obtivemos uma amostra de 323 alunos, sendo o nosso universo todos os estudantes de medicina do estado de Sergipe cuja instituição de ensino adote o método de ABP. Para avaliação dos alunos, utilizamos um questionário específico e a Escala de Fobia Social de Liebowitz.

Resultados: A fobia social foi detectada em 30,7% dos estudantes, com maior prevalência para a gravidade moderada. Dentro do perfil epidemiológico, o sexo feminino, os solteiros e os alunos com idade entre 18 e 25 anos foram aqueles com maior prevalência da doença. As principais situações sociais temidas no que se refere a medo ou ansiedade foram expressar discordância ou desaprovação para alguém e o de falar com alguém que não conhece. As situações sociais mais frequentemente evitadas foram expressar discordância ou desaprovação, falar com pessoas desconhecidas e ser o centro das atenções.

Conclusão: A fobia social teve uma alta prevalência entre a amostra de universitários do curso de medicina

submetidos à metodologia ABP, em Sergipe, com maior destaque para a gravidade moderada do transtorno. Com este estudo, pretendemos colocar o tema em evidência e incentivar novos trabalhos sobre o mesmo.

Palavras-chave: Fobia social, estudantes de medicina, aprendizagem baseada em problemas.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of social phobia and the social situations that trigger it and cooccur with symptoms of anxiety, fear, or avoidance in medical students subjected to the problem-based learning (PBL) teaching methodology in the state of Sergipe.

Methods: This article is part of a non-experimental, exploratory, cross-sectional, descriptive and quantitative analytical study. We obtained a sample of 323 students, representative of all medical students in the state of Sergipe attending teaching institutions that adopt the PBL method. Students were evaluated using a specific questionnaire and the Liebowitz Social Anxiety Scale.

Results: Social phobia was detected in 30.7% of the students, with a higher prevalence of moderate severity. With regard to the epidemiological profile, female sex, being unmarried and being 18-25 years old were the characteristics associated with the highest prevalence results. The social situations most commonly feared (fear or anxiety) were expressing disagreement with or disapproval of someone and talking to someone they do

not know. The social situations most frequently avoided were expressing disagreement or disapproval, talking to unknown people and being the center of attention.

Conclusion: Social phobia showed a high prevalence in this sample of undergraduate medical students subjected to the PBL methodology in Sergipe; the moderate severity observed should be highlighted. With this study we intend to shed light on the topic and encourage new studies to be undertaken.

Keywords: Social phobia, medical students, problem-based learning.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das habilidades sociais é imprescindível para o estudante de medicina, tanto no desempenho de suas atividades acadêmicas como para encarar a rotina de sua profissão futura, pautada na comunicação interpessoal e na relação médico-paciente.

Os transtornos de ansiedade, por sua vez, são as doenças mentais mais comuns na população geral. Entre eles, destaca-se a fobia social (FS), também chamada de transtorno de ansiedade social (TAS), que acontece quando o indivíduo apresenta medo ou ansiedade excessiva, irracional e persistente, mediante uma possível avaliação negativa em situações de interação social ou no desempenho¹⁻⁴. Esse medo leva ao prejuízo na qualidade de vida do indivíduo e no comprometimento significativo das suas relações sociais, laborais e acadêmicas⁵⁻⁹. Desta forma, o indivíduo pode isolar-se socialmente e até mesmo desistir do curso de graduação, por exemplo^{4,10-13}.

Nos cursos que utilizam a metodologia *problem based learning* (PBL), que no português significa aprendizagem baseada em problemas (ABP), essas habilidades sociais passam a ser ainda mais exigidas, pois o método preconiza a participação ativa dos alunos na construção do conhecimento. O cerne da metodologia ABP são as sessões tutoriais, em que os alunos são apresentados a uma situação-problema e precisam discuti-la em pequenos grupos, sob a supervisão e avaliação de um tutor. Em um primeiro momento, essa discussão se faz com os conhecimentos prévios dos alunos, e, em seguida, os mesmos são instruídos a traçar objetivos de estudo para, posteriormente, discutir o problema a partir de conhecimentos adquiridos na literatura. Ademais, o

estudante passa a ter contato com os pacientes já no início da graduação, podendo praticar os seus conhecimentos teóricos. Através dessa metodologia, os alunos são avaliados constantemente, como na apresentação de seminários e casos clínicos, nos debates em grupo e nas sessões tutoriais^{14,15}, o que remete a uma maior probabilidade de desenvolver alguma gravidade de FS.

Os sintomas que melhor caracterizam a FS são o medo ou ansiedade em situações sociais temidas, assim como a evitação das mesmas. No Brasil, poucos estudos se propuseram a investigá-los em universitários, e mais especificamente, no curso de medicina^{16,17}. O objetivo deste estudo é identificar a prevalência de FS e das principais situações sociais que a caracterizam e que cursam com sintomas de ansiedade, medo ou evitação em estudantes de medicina submetidos à metodologia de ensino ABP, no estado de Sergipe.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de um estudo clínico não experimental, exploratório, transversal, descritivo e de abordagem analítica quantitativa. Nosso universo são todos os estudantes de medicina do estado de Sergipe, cuja instituição de ensino adote o método ABP. A amostra de 323 alunos teve seu cálculo baseado na fórmula de Gil¹⁸, para populações finitas, que analisa o tamanho necessário da mesma, considerando 1.600 alunos no total matriculados nessas etapas (aproximadamente 800 em cada escola/universidade), com erro amostral de 3,2% e com um nível de confiança de 95%.

Os critérios de inclusão foram estudantes acima de 18 anos de ambos os sexos, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde explicitadas na resolução nº 466/12, e o trabalho somente foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP/UNIT), com o parecer CAAE nº 67748317.4.0000.5371.

Os dados foram coletados no campus Farolândia da UNIT em Aracaju (SE) e no campus Prof. Dr. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe em Lagarto (SE). Foi apresentado e explicado o projeto de pesquisa aos alunos e esclarecido o sigilo de dados, sem haver a necessidade de identificação no questionário construído especialmente para esta pesquisa, bastando,

MAYANA LULA ANDRADE
 KAMILA MARIA DE ANDRADE SANTOS SILVEIRA
 EUSÉBIO LINO DOS SANTOS JÚNIOR
 PAULO MILHOMEM FERRO NETO
 DEBORAH PIMENTEL

apenas, o preenchimento do mesmo e assinatura do TCLE.

Os instrumentos utilizados foram a Escala de Fobia Social de Liebowitz¹⁹ (Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS) adaptada e um questionário construído de forma específica para a presente pesquisa. A LSAS avalia situações de interação social e de desempenho que os estudantes com FS tendem a evitar ou apresentar medo e ansiedade. É composta por 24 itens divididos em situações de interação social (11 itens) e de desempenho (13 itens) que são classificados de 0 a 3, em termos de ansiedade e/ou medo que provoca e a frequência do seu evitamento. O total de pontos é a medida da intensidade da FS que pode ser leve, moderada, grave ou muito grave.

O questionário específico tem ênfase na abordagem do perfil do estudante com FS e análise do seu desempenho acadêmico. É composto por perguntas sobre idade, sexo, estado civil, faculdade em que o aluno estuda e respectivo ano em que se encontra, se já realizou outro curso superior, se já sentiu vergonha pelo seu desempenho, se perdeu aula e faltou provas por medo, ansiedade ou evitação, se já pensou em desistir do curso e se acredita ser portador de algum transtorno psíquico.

E, por fim, após a aplicação do questionário e da LSAS¹⁹, os achados foram inseridos em planilhas eletrônicas, e as variáveis foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As associações entre variáveis foram testadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%, o *software* utilizado foi o R Core Team 2018, e para todas as análises dados ausentes não foram considerados.

Para efeito deste recorte, os autores trabalharam na identificação da prevalência da FS e do medo e evitação diante de situações sociais em alunos desta amostra.

RESULTADOS

Um total de 323 estudantes de medicina participou desta pesquisa, entre os quais 30,7% (n = 92) apresentaram o diagnóstico de FS, com maior prevalência para a gravidade moderada, com 12,7% (n = 38), seguida da gravidade leve, com 11,4% (n = 34), e por fim grave e muito grave, cada uma com 3,3% (n = 10) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência do transtorno de ansiedade social e seus graus em Sergipe

| Transtorno de ansiedade social | Prevalência, n (%) |
|--------------------------------|--------------------|
| Sem | 231 (69,2) |
| Leve | 34 (11,4) |
| Moderada | 38 (12,7) |
| Grave | 10 (3,3) |
| Muito grave | 10 (3,3) |

n = frequência absoluta; % = frequência percentual.

Teste qui-quadrado de Pearson.

Quanto ao perfil desta amostra, observou-se que, entre os estudantes com FS, a maioria se caracterizava com idade entre 18 e 25 anos (92,3%; n = 85), sexo feminino (79,4%; n = 73), solteira (94,5%; n = 87), cursando o primeiro ou segundo ano da faculdade (67,4%; n = 62) e cursando uma universidade privada (72,9%; n = 67) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características epidemiológicas da população com transtorno de ansiedade social em Sergipe

| Característica | Prevalência, n (%) | p-valor |
|---|--------------------|---------|
| 18-25 anos de idade | 85 (92,3) | 0,897 |
| 26-33 anos de idade | 5 (5,4) | 0,897 |
| Acima de 33 anos de idade | 2 (2,3) | 0,897 |
| Sexo feminino | 73 (79,4) | 0,000 |
| Sexo masculino | 19 (20,6) | 0,000 |
| Solteira | 87 (94,5) | 0,314 |
| Casado/união estável/separado | 5 (5,5) | 0,314 |
| Instituição pública | 25 (27,1) | 0,322 |
| Instituição privada | 67 (72,9) | 0,322 |
| Primeiro e segundo ano do curso de medicina | 62 (67,4) | 0,801 |
| Terceiro e quarto ano do curso de medicina | 30 (32,6) | 0,801 |

n = frequência absoluta; % = frequência percentual.

Teste qui-quadrado de Pearson.

Ademais fomos à busca dos principais medos e evitamentos enfrentados pelos universitários com FS. As principais situações sociais encontradas que cursam com

medo foram expressar discordância ou desaprovação para alguém (97,8%) e falar com alguém que não conhece (95,7%). Quando analisadas essas situações nos indivíduos sem FS, os medos sociais foram menos comuns. (Tabela 3).

Falar em público ao apresentar um seminário, por exemplo, foi uma situação social associada ao medo em 62,4% dos participantes sem fobia e em 94,6% dos universitários com FS; assim como o medo de participar de pequenos grupos, como uma tutoria, relatado por 43,5% dos estudantes sem FS, com uma prevalência de 75,2% no grupo com FS.

Com relação à prevalência de evitação das situações sociais, as mais frequentes foram expressar discordância ou desaprovação (98,9%), falar com pessoas desconhecidas (95,7%) e ser o centro das atenções (93,5%). A evitação de situações sociais também foi analisada em estudantes sem o transtorno, o que permitiu a comparação (Tabela 4).

DISCUSSÃO

No presente estudo, 30,7% (n = 92) dos estudantes de medicina foram diagnosticados como portadores de FS em alguma gravidade. Um percentual próximo a este foi encontrado no estudo de Regis¹⁶, no qual 36,3% dos

Tabela 3 - Prevalência dos diferentes medos nos indivíduos sem e com fobia social em Sergipe

| Medo | Sem FS, n (%) | Com FS, n (%) | p-valor |
|--|---------------|---------------|---------|
| Telefonar em público | 55 (26,6) | 56 (60,8) | < 0,001 |
| Participar de pequenos grupos | 90 (43,5) | 72 (75,2) | < 0,001 |
| Comer em locais públicos | 17 (8,2) | 35 (38) | < 0,001 |
| Beber em locais públicos | 22 (10,7) | 36 (39) | < 0,001 |
| Falar com pessoas em posição de autoridade | 133 (64,2) | 87 (94,5) | < 0,001 |
| Apresentar um seminário | 130 (62,4) | 87 (94,6) | < 0,001 |
| Ir a uma festa | 43 (20,8) | 49 (53,3) | < 0,001 |
| Trabalhar sendo observado | 123 (59,5) | 87 (94,5) | < 0,001 |
| Escrever sendo observado | 89 (42,9) | 73 (9,4) | < 0,001 |
| Chamar alguém que não conhece | 114 (55,1) | 85 (92,4) | < 0,001 |
| Falar com alguém que não conhece | 129 (62,3) | 88 (95,7) | < 0,001 |
| Encontrar com estranhos | 126 (60,9) | 87 (94,6) | < 0,001 |
| Urinar em público | 49 (23,7) | 49 (53,3) | < 0,001 |
| Entrar em uma sala onde outros já estão sentados | 113 (54,6) | 84 (91,3) | < 0,001 |
| Ser o centro das atenções | 148 (71,5) | 87 (94,6) | < 0,001 |
| Falar em uma reunião | 108 (52,2) | 82 (89,1) | < 0,001 |
| Fazer uma prova | 134 (64,7) | 85 (92,4) | < 0,001 |
| Expressar discordância ou desaprovação | 132 (63,8) | 90 (97,8) | < 0,001 |
| Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem | 96 (46,4) | 48 (79,3) | < 0,001 |
| Relatar algo para um grupo | 89 (43) | 81 (88) | < 0,001 |
| Tentar impressionar alguém do sexo oposto | 108 (52,2) | 85 (92,4) | < 0,001 |
| Devolver mercadorias em uma loja | 77 (37,2) | 69 (75) | < 0,001 |
| Organizar uma festa normal | 78 (37,7) | 76 (82,6) | < 0,001 |
| Resistir a um vendedor persistente | 49 (23,7) | 69 (75) | < 0,001 |

FS = fobia social; n = frequência absoluta; % = frequência percentual.

Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4 - Prevalência das diferentes evitações nos indivíduos sem e com fobia social em Sergipe

| Evitação | Sem FS, n (%) | Com FS, n (%) | p-valor |
|--|---------------|---------------|---------|
| Telefonar em público | 109 (52,7) | 71 (77,2) | < 0,001 |
| Participar de pequenos grupos | 62 (30) | 60 (65,2) | < 0,001 |
| Comer em locais públicos | 34 (20,8) | 41 (44,6) | < 0,001 |
| Beber em locais públicos | 43 (20,8) | 47 (51,1) | < 0,001 |
| Falar com pessoas em posição de autoridade | 118 (57) | 83 (90,2) | < 0,001 |
| Apresentar um seminário | 109 (52,7) | 79 (85,9) | < 0,001 |
| Ir a uma festa | 65 (31,4) | 57 (62) | < 0,001 |
| Trabalhar sendo observado | 90 (43,5) | 79 (85,9) | < 0,001 |
| Escrever sendo observado | 79 (38,2) | 71 (77,2) | < 0,001 |
| Chamar alguém que não conhece | 113 (54,6) | 85 (92,4) | < 0,001 |
| Falar com alguém que não conhece | 125 (60,4) | 88 (95,7) | < 0,001 |
| Encontrar com estranhos | 122 (58,9) | 85 (92,4) | < 0,001 |
| Urinar em público | 70 (33,8) | 56 (60,9) | < 0,001 |
| Entrar em uma sala onde outros já estão sentados | 91 (44) | 80 (87) | < 0,001 |
| Ser o centro das atenções | 152 (73,4) | 86 (93,5) | < 0,001 |
| Falar em uma reunião | 91 (44) | 75 (81,5) | < 0,001 |
| Fazer uma prova | 43 (20,8) | 51 (55,4) | < 0,001 |
| Expressar discordância ou desaprovação | 133 (64,2) | 91 (98,9) | < 0,001 |
| Olhar nos olhos de pessoa que você não conhece bem | 99 (47,8) | 69 (75) | < 0,001 |
| Relatar algo para um grupo | 76 (36,7) | 79 (85,9) | < 0,001 |
| Tentar impressionar alguém do sexo oposto | 101 (48,8) | 79 (85,9) | < 0,001 |
| Devolver mercadorias em uma loja | 60 (33,8) | 66 (71,7) | < 0,001 |
| Organizar uma festa normal | 80 (38,6) | 68 (73,9) | < 0,001 |
| Resistir a um vendedor persistente | 58 (28) | 68 (73,9) | < 0,001 |

FS = fobia social; n = frequência absoluta; % = frequência percentual.

Teste qui-quadrado de Pearson.

estudantes de medicina de uma universidade no estado de São Paulo apresentavam sintomas de FS. O estudo de Santos Filho et al.²⁰, por sua vez, avaliou 355 estudantes universitários brasileiros e encontrou um percentual de 39,72% (n = 141) de alunos com o transtorno. Essa prevalência aumentada da FS, segundo Gavioli²¹, pode ser explicada por vulnerabilidades sociodemográficas, como renda familiar, moradia, extensa grade curricular e sobrecarga de atividades que levam ao estresse, redução do desempenho acadêmico e da qualidade de vida.

Santos Filho et al.²⁰ demonstraram também que a FS moderada prevalece (25,91%), o que corrobora os resultados encontrados por Gavioli²¹, em que, dos 21%

de alunos com FS, 10% representavam a FS moderada; e com os de Meotti & Mahl²², em que a FS moderada foi a de maior percentual (55,9%). Nosso estudo, portanto, confirma esse predomínio de FS moderada, com o valor de 12,7%. O estudo de Lindo et al.²³, entretanto, foi discordante e mostrou que a maioria dos estudantes tinha FS leve (77,4%), em comparação a 20,5% da moderada e 2,1% da FS grave.

Outros trabalhos apresentam uma porcentagem inferior aos dados supracitados, como o estudo de Baptista¹⁷, que selecionou, aleatoriamente, 2.319 estudantes em duas universidades brasileiras e evidenciou uma prevalência de 11,6% de FS (n = 237).

Ademais, o estudo de Tillfors & Furmark²⁴ detectou um percentual de 16,1% de estudantes com FS. É válido dizer que, mesmo com as diferenças percentuais encontradas, a FS é um dos transtornos mentais de maior prevalência no meio acadêmico^{8,25}. As divergências na literatura podem ser explicadas pelo fato de as pesquisas não se concentrarem em investigar especificamente os estudantes de medicina, população mais propensa a desenvolver o transtorno.

Além disso, a alta prevalência de FS em nossa amostra pode ser em decorrência da metodologia de ensino aplicada nesses universitários. Ou seja, o método ABP pode representar um gatilho para sintomas ansiosos, uma vez que essa metodologia exige maior participação ativa do estudante no seu processo de aprendizagem¹⁴. Não obstante, o gerenciamento e a construção do seu próprio aprendizado pode gerar no aluno um sentimento de incapacidade diante de tamanha responsabilidade^{14,26}. Ademais, nesta metodologia, o estudante é analisado diariamente quanto ao seu desempenho, habilidade, atitude, senso crítico e capacidade de autoavaliação, favorecendo o agravamento dos sintomas da FS¹⁴.

Sabe-se que a população feminina apresenta maiores índices de FS quando comparada à masculina, chegando a uma proporção de 1,4:1, respectivamente^{3,11,27,28}. Uma maior prevalência no sexo feminino também foi encontrada no estudo atual: entre os indivíduos com FS, 79,4% são mulheres, enquanto 20,6% são homens. Entretanto, Wagner et al.⁸, em um estudo com 87 mulheres de uma universidade no Rio Grande do Sul, encontraram um percentual abaixo do esperado, de 35,6% de universitárias com FS.

Uma proporção elevada de FS no sexo feminino também foi evidenciada por Kinrys & Wygant²⁹, que, por sua vez, atribuíram essas diferenças a interações genéticas, hormonais e ambientais relacionadas a dilemas na infância. Em contraste às diferenças aventadas acima, Caponi³⁰ indica que o transtorno em questão não tem alteração em relação a sexo ou raça/etnia.

Conforme a nossa amostra, índices maiores de FS foram encontrados nos alunos do primeiro e segundo anos em comparação aos alunos do terceiro e quarto anos, correspondendo a 67,4 e 32,6%, respectivamente. Bento et al.¹⁴ descrevem que a FS costuma ser mais frequente no início do curso, devido ao receio da não

adaptação e medo da constante avaliação dos colegas e professores. O estudo de Nascimento²⁷, o qual utilizou a mesma escala para FS que a nossa pesquisa, também encontrou uma prevalência da FS em 60% dos universitários que estão iniciando a graduação e 40% naqueles que já estão no fim do curso. Por outro lado, os estudos de Carneiro & Teixeira³¹ e o de Del Prette et al.³² não descrevem diferenças na prevalência de FS em relação ao ano em que o estudante se encontra.

Com relação ao estado civil, a grande maioria dos indivíduos com FS estava solteira, correspondendo a 94,5% (n = 87). Há de se dizer que a população estudada possui, na sua maior parte, pessoas entre 18 e 25 anos, na qual a pouca idade pode explicar o fato de a maioria estar solteira. Outrossim, é sabido que a preponderância de FS em indivíduos solteiros se deve ao fato de que estes apresentam dificuldade de estabelecer uma relação afetiva estável, devido ao seu comprometimento de interação social^{8,24,27}.

Quando estudadas as situações sociais mais temidas nas pessoas com FS, destacam-se as dificuldades associadas a atividades educacionais, tais como falar em público, tirar dúvidas e participar de atividades extracurriculares e eventos sociais³³. Além do medo da possibilidade de cometer um erro, parecer pouco atrativo ou incompetente, as pessoas com FS frequentemente têm medo de exibir sintomas que possam ser interpretados como sinais de ansiedade. Como consequência de uma experiência prévia interagindo com predisposições comportamentais, fóbicos sociais desenvolvem uma série de suposições sobre eles próprios e sua rede social, o que lhes fazem acreditar que estariam em perigo em uma ou mais situações sociais e, assim, acabam com medo. Eles mantêm essa preocupação não só porque assumem que outras pessoas irão notar esses sintomas, mas também porque outros podem usá-los para tirar conclusões caracterológicas sobre eles³⁴.

Em nossa pesquisa, os alunos com FS mostraram uma maior prevalência de cada um dos medos e evitações avaliados em comparação aos sujeitos sem o transtorno. O maior medo foi o de expressar discordância e desaprovação, tanto em indivíduos saudáveis (63,8%) como naqueles que apresentaram sintomas de FS (97,8%). Esse achado foi compatível com o estudo de Bandeira³⁵, em que a categoria “expressar insatisfação

**MAYANA LULA ANDRADE
KAMILA MARIA DE ANDRADE SANTOS SILVEIRA
EUSÉBIO LINO DOS SANTOS JÚNIOR
PAULO MILHOMEM FERRO NETO
DEBORAH PIMENTEL**

e/ou solicitar mudança de comportamento” foi citada como a mais desagradável por universitários.

Nossos resultados também mostram o medo de falar em público como um dos sintomas de maior prevalência. Entre os alunos com FS, 94,6% relataram medo ao apresentar um seminário e 89,1% ao falar em uma reunião. Muitos estudos trazem esse resultado como o mais comum, tanto em sujeitos saudáveis quanto nos que têm FS^{8,17,36-38}. Essa situação pode ser exemplificada por D’El Rey & Pacini³⁸, que trouxeram a prevalência de 32% de medo, nervosismo ou desconforto em falar público em amostras da população geral. Corroborando, ainda, com estas informações, o estudo brasileiro de Baptista²⁸ analisou os tipos de medos presentes nos sujeitos com FS, e o mais prevalente foi também o de falar em público (91,6%).

Deve-se ressaltar que falar em público é uma atividade acadêmica comum, principalmente quando o método de ensino é a ABP. Assim, a FS associa-se a um desempenho acadêmico prejudicado, ou seja, está ligada a um desempenho educacional menor. A pesquisa de D’El Rey & Pacini³⁸ mostrou que 13% dos entrevistados relataram que o medo de falar em público resultou em grande interferência em seu trabalho, vida social e educação ou causou sofrimento acentuado. Outros estudos com indivíduos com FS no contexto universitário apontam que a situação que mais gerou ansiedade em até 71,4% dos alunos é falar em frente a um grupo, prejudicando o seu rendimento acadêmico^{24,30}.

Outro dado encontrado em Baptista²⁸ foi o de que, após falar em público, a segunda situação social mais relatada foi comer em público (28,3%), seguida de escrever em público (16,5%) – estas duas últimas situações tiveram uma menor importância em nosso estudo, quando comparadas aos demais itens (38 e 9,4%, respectivamente).

Em um estudo indiano feito por Shah & Kataria²⁵, são abordados os medos de urinar em banheiros públicos e de ser o centro das atenções, cada um presente em 20% dos estudantes entrevistados, em contraste com os valores da nossa pesquisa, em que 53,3 e 94,6% dos participantes fóbicos apresentam esses sintomas, respectivamente.

Outra característica chave da FS é a evitação de determinadas situações sociais. Heiser et al.³⁶ revelaram

que quase todos os indivíduos com FS (96%) relataram evitar algumas situações sociais das quais eles têm medo. As situações mais comumente evitadas foram conversações, falar em público, reuniões, aulas ou festas. Na nossa casuística, as mais frequentes evitâncias foram a de expressar discordância ou desaprovação (98,9%), falar com pessoas desconhecidas (95,7%) e ser o centro das atenções (93,5%). Em contraste, Ranta et al.³⁹ realizaram um estudo entre jovens com idades próximas aos da nossa amostra, e os resultados são destoantes: ser o centro das atenções foi um dos dois itens mais ditos como evitados pelos participantes (8,5%), seguido por falar em público, com 28,4%.

Uma das grandes limitações deste estudo foi não ter realizado um estudo comparativo entre a nossa amostra de alunos submetidos ao ABP e estudantes da metodologia tradicional no estado de Sergipe, o que aponta a necessidade de novos estudos complementares.

CONCLUSÃO

A FS teve uma alta prevalência entre a amostra de universitários do curso de medicina submetidos à metodologia de ensino ABP no estado de Sergipe, sendo que a maioria dos casos pertence à gravidade moderada e leve do transtorno. As situações sociais mais temidas e relacionadas com sintomas de medo e ansiedade foram expressar uma desaprovação ou discordância, seguida de falar com desconhecidos, apresentar seminários e ser o centro das atenções. Haja vista as repercussões negativas desse transtorno, com este trabalho colocamos o tema em evidência, servindo de base para novos estudos com uma amostra mais ampla, que incluam alunos de metodologia tradicional e possibilitem uma visão mais abrangente do problema na universidade.

Agradecimentos

Nosso agradecimento especial à Dra. Déborah Pimentel, parte fundamental na construção deste artigo. Agradecemos também aos alunos de medicina da Universidade Tiradentes e da Universidade Federal de Sergipe (Campus Lagarto), os quais de bom grado contribuíram com suas informações, indispensáveis para o desenvolvimento do projeto.

À Universidade Tiradentes, pelo incentivo aos jovens universitários às novas descobertas na área da pesquisa

através do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC/UNIT).

Artigo submetido em 23/07/2019, aceito em 01/10/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fonte de financiamento: Esse estudo contou com o apoio financeiro do programa institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Tiradentes de Aracaju-Sergipe PROBIC/Unit.

Correspondência: Mayana Lula Andrade, Av. Deputado Silvio Teixeira, 1283/504, Condomínio Delphinus, Bloco B, Bairro Jardins, CEP 49015-100, Aracaju, SE. E-mail: mayana.lula.andrade@gmail.com

Referências

1. Fernández-Sogorb A, Aparicio-Flores MP, Granados L, Aparisi-Sierra D, Inglés, CJ. Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. *Calidad Vida Salud*. 2018;11:30-6.
2. Buckner JD, Dean KE. Social anxiety and post-event processing among African-American individuals. *Anxiety Stress Coping*. 2017;30:219-27.
3. Rudaz M, Ledermann T, Margraf J, Becker ES, Craske MG. The moderating role of avoidance behavior on anxiety over time: Is there a difference between social anxiety disorder and specific phobia? *PLoS One*. 2017;12:e0180298.
4. Taylor CT, Pearlstein SL, Stein MB. The affective tie that binds: examining the contribution of positive emotions and anxiety to relationship formation in social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2017;49:21-30.
5. Ballesteros F, Labrador FJ. Análisis de las técnicas psicológicas utilizadas en el trastorno de fobia social en un centro sanitario de psicología. *Clinica y Salud*. 2018; 29:71-80.
6. Mendanha ACT, Bernardes LA. Trastorno de ansiedad social e a não aceitação da homossexualidade: revisão narrativa. *PUCMINAS*. 2018;3:133-52.
7. Bas-Hoogendam JM, van Steenbergen H, Nienke Pannekoek J, Fouche JP, Lochner C, Hattingh CJ, et al. Voxel-based morphometry multi-center mega-analysis of brain structure in social anxiety disorder. *Neuroimage Clin*. 2017;16:678-88.
8. Wagner MF, Wahl SD, Cecconello WW. Sintomas de fobia social no ensino superior: uma amostra de população feminina. *Adv Health Psychol*. 2014;22:49-54.
9. Pereira SM, Lourenço LM. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. *Arq Bras Psicol*. 2012;64:47-62.
10. Clerkin EM, Sarfan LD, Parsons EM, Magee JC. Mindfulness facets, social anxiety, and drinking to cope with social anxiety: testing mediators of drinking problems. *Mindfulness (N Y)*. 2017;8:159-70.
11. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016;388:3048-59.
12. Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013;35:55-61.
13. Wong N, Sarver DE, Beidel DC. Quality of life impairments among adults with social phobia: the impact of subtype. *J Anxiety Disord*. 2012;26:50-7.
14. Bento LM, de Andrade LP, Sales A, de Souza AP, de Souza AF, Batistona GT, et al. Percepção de alunos de medicina quanto à aprendizagem X ansiedade na metodologia ativa. *Rev Ens Educ Cienc Human*. 2017;18:178-82.
15. Tenório LP, Argolo VA, de Sá HP, de Melo EV, de Oliva Costa EF. Saúde mental de estudantes de escolas médicas com diferentes modelos de ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40:574-82.
16. Regis JMO, Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP, Torres AR. Social anxiety symptoms and body image dissatisfaction in medical students: prevalence and correlates. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67:65-73.
17. Baptista CA, Loureiro SR, de Lima Osório F, Zuardi AW, Magalhães PV, Kapczinski F, et al. Social phobia in Brazilian university students: prevalence,

MAYANA LULA ANDRADE
KAMILA MARIA DE ANDRADE SANTOS SILVEIRA
EUSÉBIO LINO DOS SANTOS JÚNIOR
PAULO MILHOMEM FERRO NETO
DEBORAH PIMENTEL

- under-recognition and academic impairment in women. *J Affect Disord.* 2012;136:857-61.
18. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008.
 19. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry.* 1987;22:141-73.
 20. Filho AS, Hetem LA, Ferrari MC, Trzesniak C, Martín-Santos R, Borduqui T, et al. Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121:216-26.
 21. Gavioli BD. Vulnerabilidades sociodemográficas para transtornos de ansiedade social em estudantes de enfermagem de uma instituição de autarquia estadual [monografia]. São José do Rio Preto: FAMERP; 2017.
 22. Meotti L, Mahl AC. Fobia Social: incidência em acadêmicos de psicologia. *Unoesc Cienc ACBS.* 2015;6:89-96.
 23. Lindo L, Vega-Dienstmaier J, Lindo M, Cortés J. Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña. *Rev Neuropsiquiatr.* 2005;68:228-40.
 24. Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:79-86.
 25. Shah P, Kataria L. Social phobia and its impact in Indian university students. *Internet J Ment Health.* 2010;6:1-8.
 26. Reis BMV, Donalsonso JM, Pasquarelli A, Guizardi E, Vilela BP, Jaber MI, et al. O impacto da metodologia ativa de ensino na evolução dos sintomas de ansiedade social dentre os acadêmicos de medicina. *Ensaio Cienc.* 2013;17:31-47.
 27. Nascimento BRC. Fobia Social: a incidência em estudantes universitários [Internet]. [cited Jun 2013]. psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/fobia-social-a-incidencia-em-estudantes-universitarios.
 28. Baptista, CA. Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, USP; 2006.
 29. Kinrys G, Wygant LE. [Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?] *Braz J Psychiatry.* 2005;27:S43-50.
 30. Caponi S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis.* 2014;24:741-63.
 31. Carneiro AA, Teixeira CM. Avaliação de Habilidades Sociais em alunos de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão. *Psicol Ensino Form.* 2011;2:43-56.
 32. Del Prette ZAP, Del Prette A, Barreto MCM, Bandeira M, Rios-Saldaña MR, Ulian ALAO, et al. Social skills of psychology undergraduates: a multicentered study. *Psicol Reflex Crit.* 2004;17:341-50.
 33. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J Anxiety Disord.* 2003;17:561-71.
 34. Roth D, Antony MM, Swinson RP. Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behav Res Ther.* 2001;39:129-38.
 35. Bandeira M, Quaglia MAC. Habilidades sociais de estudantes universitários: identificação de situações sociais significativas. *Inter Psicol.* 2005;9:44-55.
 36. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R. Differentiating social phobia from shyness. *J Anxiety Disord.* 2009;23:469-76.
 37. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med.* 2008;38:15-28.
 38. D'el Rey GJF, Pacini CA. Medo de falar em público em uma amostra da população: prevalência, impacto no funcionamento pessoal e tratamento. *Psic Teor Pesq.* 2005;21:237-42.
 39. Ranta K, Kaltiala-Heino R, Koivisto AM, Tuomisto MT, Pelkonen M, Marttunen M. Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Res.* 2007;153:261-70.

CAMILA GUIMARÃES MENDES
DANIELE SOUZA COSTA
ANTÔNIO ALVIM SOARES
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND
JONAS JARDIM DE PAULA
MARISA COTTA MANCINI
DÉBORA MARQUES MIRANDA

INFLUÊNCIA DOS ESTILOS PARENTAIS E DAS CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS DAS MÃES NA PARTICIPAÇÃO EM TAREFAS DOMÉSTICAS DE CRIANÇAS COM TDAH

INFLUENCE OF PARENTING STYLES AND MATERNAL PSYCHIATRIC CHARACTERISTICS ON PARTICIPATION IN HOUSEHOLD TASKS OF CHILDREN WITH ADHD

Resumo

A participação nas tarefas domésticas é importante para o aprendizado de habilidades que preparam crianças com e sem deficiência para uma vida independente. As características dos pais podem influenciar a funcionalidade das crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) na vida diária. Investigamos se os estilos parentais e os sintomas maternos de TDAH ou depressão podem prever mudanças no desempenho em tarefas domésticas de crianças com TDAH e na assistência prestada pelos cuidadores. Cinquenta e uma crianças com TDAH, de 6 a 14 anos de idade, foram avaliadas em dois momentos (no início do estudo e após pelo menos oito meses de tratamento farmacológico contínuo), usando o Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES). Os fatores preditivos incluíram medidas de estilos parentais e sintomas de TDAH e depressão nas mães. Os resultados mostraram melhora no desempenho das crianças nas tarefas domésticas e na quantidade de assistência prestada pelos cuidadores. Os sintomas maternos do TDAH foram preditivos da assistência às crianças em tarefas de cuidado familiar. Para crianças com TDAH, os sintomas maternos de TDAH têm um impacto nos desfechos funcionais, o que reforça a importância de avaliar os aspectos familiares para melhorar o sucesso da intervenção.

Palavras-chave: Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, parentalidade, saúde da família, relações mãe-filho.

Abstract

Participation in household chores is important to the learning of skills that prepare children with and without disabilities for independent living. Characteristics of parents may influence the functioning of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in daily life. We investigated if parenting style and maternal symptoms of depression and ADHD could predict changes in the performance of children with ADHD in household tasks and in the assistance provided by caregivers. Fifty-one children with ADHD aged 6 to 14 years were evaluated at two time-points (at baseline and after at least 8 months of continuous pharmacological treatment), using Children Helping Out: Responsibilities, and Support (CHORES). Predictive factors included measures of parenting styles and maternal symptoms of ADHD and depression. Results showed an improvement in the performance of children in household tasks and in the amount of assistance provided by caregivers. Maternal symptoms of ADHD were predictive of children's assistance in family care tasks. In conclusion, for children with ADHD, maternal symptoms of



CAMILA GUIMARÃES MENDES¹, DANIELE SOUZA COSTA², ANTÔNIO ALVIM SOARES³, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND⁴, JONAS JARDIM DE PAULA⁵, MARISA COTTA MANCINI⁶, DÉBORA MARQUES MIRANDA⁷

¹ Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ² Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. ³ Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁴ Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁷ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

ADHD have an impact on functional outcomes and this reinforces the importance of evaluating family features to improve success in any intervention.

Keywords: Attention deficit disorder with hyperactivity, parenting, family health, mother-child relations.

INTRODUÇÃO

O transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é um dos distúrbios mais comuns da infância, caracterizado por sintomas de impulsividade, desatenção e/ou hiperatividade dominantes, persistentes e inadequados à idade¹. O TDAH resulta em comprometimento funcional, incluindo baixo desempenho acadêmico, comportamento social negativo e prejuízo das relações sociais². Comorbidades psiquiátricas aumentam a complexidade do TDAH. De acordo com diversos estudos, a presença de sintomas e comorbidades adicionais está associada a desfechos desfavoráveis, pior prognóstico e maior gravidade dos sintomas de TDAH, afetando negativamente a dinâmica familiar e o funcionamento doméstico^{3,4}. O transtorno desafiador de oposição (TDO) é a comorbidade psiquiátrica mais comum em crianças com TDAH (50% a 60%)⁵. Como o TDO costuma ser caracterizado por um comportamento desafiador, desobediente e hostil em relação a qualquer figura de autoridade⁶, pode ter um papel importante na disfuncionalidade do ambiente familiar⁴.

Saúde mental dos pais, parentalidade autoritária, gravidade basal dos sintomas de TDAH e maior comprometimento relatado pelos pais também são características preditivas do número de sintomas e da persistência do TDAH⁷. Um estilo parental autoritário geralmente é caracterizado pelo exercício de poder e punição e por menores níveis de apoio, envolvimento ou comunicação, e costuma ser encontrado em pais de crianças com TDAH⁸. Em contrapartida, pais autoritativos são afetuosos e solícitos. Eles exercem o controle das atividades da criança, estabelecendo regras de conduta apropriada⁸. O metilfenidato é o tratamento farmacológico mais amplamente utilizado para o TDAH, com eficácia comprovada na diminuição dos sintomas⁹. No entanto, estudos que investigaram a influência das características familiares nas mudanças durante o tratamento do TDAH centraram-se principalmente

na sintomatologia infantil, e não na funcionalidade da criança no ambiente familiar.

A participação nas tarefas domésticas promove o aprendizado de habilidades que preparam para uma vida independente. Durante a infância e a adolescência, o cuidador adulto transfere gradualmente a responsabilidade das tarefas domésticas diárias para a criança¹⁰. O desempenho doméstico se correlaciona com os desfechos psicossociais infantis, como maior autocontrole, melhores habilidades sociais e comportamento positivo de crianças e adolescentes com e sem deficiências¹¹.

O Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES) é uma avaliação da funcionalidade da criança. O CHORES mede a participação de crianças em idade escolar nas tarefas domésticas e suas mudanças ao longo do tempo, considerando as atividades e os valores das famílias. Essas tarefas são categorizadas como tarefas de autocuidado (por exemplo, guarda as próprias roupas e prepara o próprio lanche) e tarefas de cuidado familiar (por exemplo, prepara parte de uma refeição fria para a família)¹¹. Para crianças com TDAH em idade escolar, o número de tarefas domésticas realizadas e a quantidade de assistência recebida estão relacionados a fatores do ambiente familiar¹². Além disso, o próprio diagnóstico de TDAH está associado a um aumento da assistência prestada pelos cuidadores em comparação com a assistência prestada às crianças com desenvolvimento típico¹². Portanto, as características dos pais podem influenciar a funcionalidade das crianças, conforme medido pelo CHORES.

Considerando a importância de realizar tarefas domésticas para o desenvolvimento de habilidades que levem à funcionalidade independente e adaptável na vida cotidiana, e sua dependência em relação às características dos cuidadores, nosso objetivo foi verificar se estilos parentais e sintomas maternos de TDAH e depressão podem prever o grau de mudanças no desempenho da criança em tarefas de autocuidado e cuidado familiar e na independência da criança na realização dessas tarefas ao longo do tratamento farmacológico do TDAH. Nossa hipótese era de que uma abordagem mais autoritária em relação às crianças e maiores níveis maternos de sintomas de TDAH e depressão restringiriam a funcionalidade doméstica da criança.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal.

Participantes

Nossa amostra de conveniência foi composta por 75 pacientes (6 a 14 anos de idade) recrutados no Centro de Referência de TDAH do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O diagnóstico de TDAH foi realizado através de entrevista estruturada com o instrumento Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime (K-SADS-PL)¹³.

Os critérios de inclusão de participantes foram: a) diagnóstico de TDAH da criança; b) concordância da família em participar do estudo; e c) seguimento por pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão foram: criança com potencial comprometimento intelectual (Matrizes

Progressivas Coloridas de Raven abaixo do percentil 10)¹⁴, histórico ou evidência atual de psicose, autismo, distúrbios cerebrais ou qualquer distúrbio genético ou médico associado a um comportamento externalizante que possa imitar o TDAH, e tratamento interrompido por três meses. O protocolo do estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (CAE 02899412.9.0000.5149), e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 70 crianças com TDAH continuaram e completaram a primeira etapa do estudo (Figura 1). Permaneceram, então, 51 participantes, dos quais 32 (63%) não apresentavam comorbidades psiquiátricas, 13 (25%) apresentavam TDO e seis (12%) apresentavam transtorno de ansiedade como comorbidade. Todas as crianças tiveram as comorbidades avaliadas por psiquiatra infantil

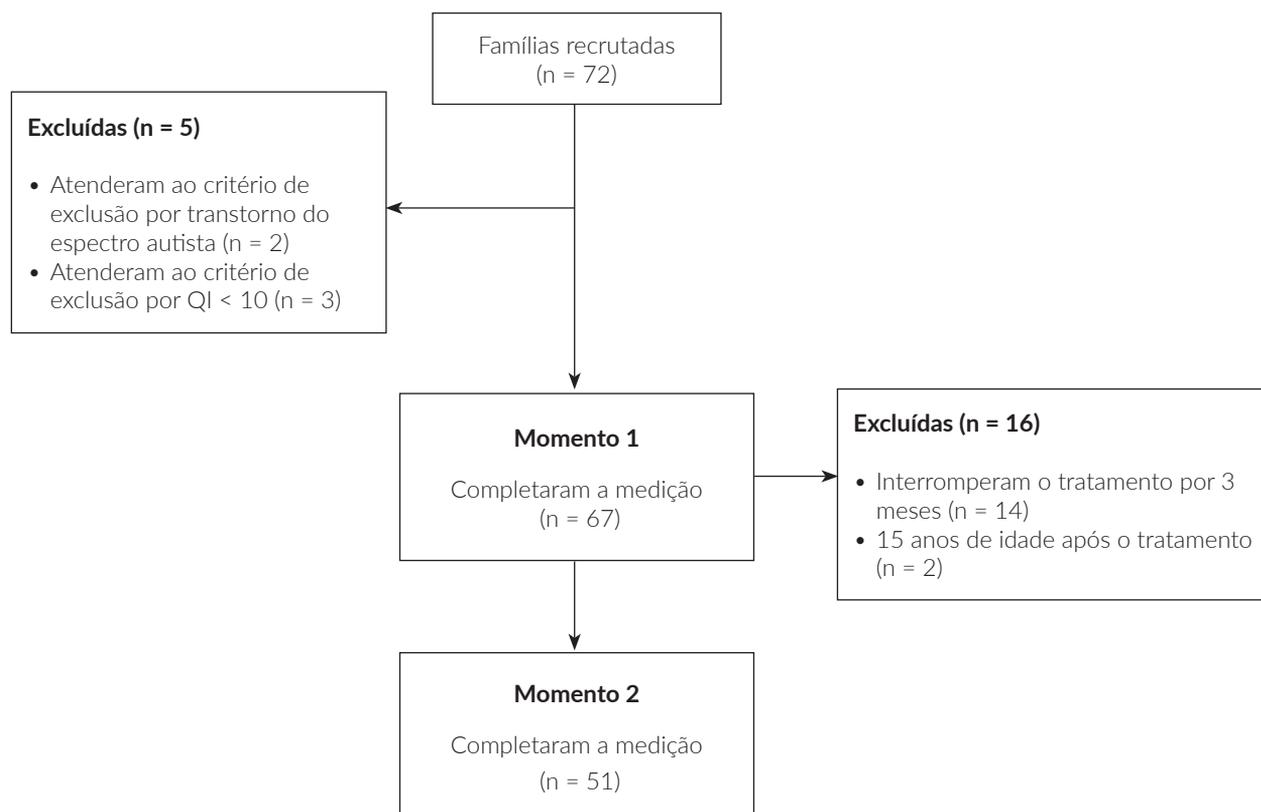


Figura 1 - Fluxograma descrevendo a seleção dos participantes do estudo.

CAMILA GUIMARÃES MENDES¹, DANIELE SOUZA COSTA², ANTÔNIO ALVIM SOARES³, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND⁴, JONAS JARDIM DE PAULA⁵, MARISA COTTA MANCINI⁶, DÉBORA MARQUES MIRANDA⁷

¹ Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ² Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. ³ Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁴ Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁷ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

ou pediatra comportamental bem treinado, sendo avaliadas por meio de entrevista semiestruturada com o instrumento K-SADS-PL. As características descritivas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Medidas

Children Helping Out: Responsibilities, Expectations, and Supports (CHORES)

Trata-se de um questionário respondido pelos pais contendo 34 itens relacionados a tarefas domésticas. Cada item requer dois tipos de resposta. A primeira é um simples sim/não referente ao desempenho da criança em cada tarefa (1 = a criança realiza a tarefa; 0 = a criança não realiza a tarefa)¹⁵. O sim indica que o pai espera que o filho participe da tarefa naquele momento. Quando a criança realiza a tarefa, uma escala Likert detalha o tipo e a quantidade de assistência prestada pelo cuidador para que a tarefa seja cumprida (6 = por iniciativa própria; 5 = com sugestão verbal; 4 = com supervisão; 3 = com alguma ajuda; 2 = com muita ajuda). Se a criança não realiza a tarefa, ela recebe um escore 1 (a criança não consegue realizar a tarefa/o pai ou cuidador pode julgar que seja pela idade da criança ou simplesmente porque ela não é capaz de realizá-la por qualquer motivo) ou um escore 0 (não se espera que a criança realize a

tarefa/é a expectativa do pai/cuidador em relação a essa tarefa). Além disso, como nem todas as famílias esperam que seus filhos realizem as mesmas tarefas, os escores de assistência foram transformados em escores ponderados, de acordo com os cálculos recomendados por Dunn et al.¹².

Os índices do CHORES informam o desempenho da criança nas tarefas de autocuidado e cuidado familiar e o nível de assistência recebido dos cuidadores em cada uma dessas subescalas. Altos escores de desempenho sugerem que a criança realiza um número considerável de tarefas domésticas; altos escores de assistência indicam maior independência nas tarefas domésticas¹⁵. O CHORES mostra maior confiabilidade teste-reteste e forte consistência em intervalos de até 14 dias¹⁵.

Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form (PSDQ)

Utilizou-se a versão em português para mensurar os estilos parentais¹⁶. Este instrumento contém 32 itens divididos em três estilos parentais e sete dimensões: autoritativo (dimensões de apoio e afeto, regulação e autonomia), autoritário (dimensões de coerção física, hostilidade verbal e punição) e permissivo (dimensão de indulgência). Para cada item, os pais indicam com que

Tabela 1 - Características das crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e dos cuidadores

| Características da amostra | Mín.-Máx. | Média (DP) | Mediana |
|--|-----------|---------------|---------|
| Idade das crianças (anos) | 6-14 | 9,47 (2,34) | 9 |
| Nível de inteligência das crianças (percentil) | 10-99 | 53,24 (3,69) | 50 |
| Critério de Classificação Econômica Brasil* | 7-36 | 19,45 (4,70) | 19 |
| Tempo até seguimento (meses) | 8-28 | 16,59 (4,87) | 16 |
| PSDQ autoritativo | 38-74 | 60,29 (9,45) | 62 |
| PSDQ autoritário | 17-53 | 31,67 (8,39) | 30 |
| PSDQ permissivo | 6-21 | 12,43 (3,77) | 13 |
| ASRS | 3-58 | 23,92 (12,08) | 26 |
| BDI-II | 2-32 | 11,39 (7,26) | 12 |

ASRS = Adult Self-Report Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; DP = desvio padrão; Mín.-Máx. = mínimo e máximo; PSDQ = Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form.

* Categorias de classe econômica de acordo com o escore recebido: 0-7 = E; 8-13 = D; 14-17 = C2; 18-22 = C1; 23-28 = B2; 29-34 = B1; 35-41 = A2; 42-46 = A1.

**CAMILA GUIMARÃES MENDES
DANIELE SOUZA COSTA
ANTÔNIO ALVIM SOARES
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND
JONAS JARDIM DE PAULA
MARISA COTTA MANCINI
DÉBORA MARQUES MIRANDA**

frequência praticam a atitude descrita em relação ao filho em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre)¹⁶. As dimensões parentais são calculadas como a média aritmética dos itens da escala, e os estilos parentais como a média aritmética de suas dimensões. Portanto, escores mais altos indicam quais os estilos e dimensões mais usados¹⁶.

Adult ADHD Self-Report Scale – Versão 1.1 (ASRS)

AASRS foi utilizada para avaliar o nível das características maternas de TDAH¹⁷. Uma escala Likert de 5 pontos (escores de 0 a 4) é usada para completar uma medida de autorrelato com 18 itens, nove referentes a desatenção e outros nove a hiperatividade e impulsividade. A soma dos 18 itens dessa escala descreve o nível total de sintomas de TDAH, com altos escores indicando um número maior de comportamentos semelhantes ao TDAH¹⁷.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Este inventário é utilizado em todo o mundo para detectar sintomas de depressão. O escore final da versão brasileira do BDI-II pode variar de 0 a 63, com escores mais altos indicando maior gravidade da depressão¹⁸.

Informações demográficas

Os cuidadores relataram as informações pessoais da criança e da família por meio de entrevista semiestruturada. O nível socioeconômico foi classificado de acordo com o padrão mais utilizado no Brasil, o Critério de Classificação Econômica Brasil¹⁹.

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Trata-se de um teste não verbal de raciocínio indutivo, frequentemente considerado um marcador útil de inteligência geral. O desempenho da criança foi convertido em um escore em percentil, de acordo com a versão brasileira das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven¹⁴.

Swanson Noland and Pelham-IV (SNAP-IV)

Os pais ou cuidadores relataram o comportamento do TDAH nas crianças através do SNAP-IV. A escala inclui 26 itens, divididos em três subescalas: desatenção, hiperatividade/impulsividade e comportamento opositivo. Os itens recebem escores em uma escala

de 4 pontos²⁰. Os participantes foram caracterizados pela soma dos escores das respostas dadas pelos pais/cuidadores em cada subescala.

Procedimento

As medidas basais foram avaliadas antes do início do tratamento. No seguimento, a medição foi realizada após pelo menos oito meses de dosagem estável e tratamento farmacológico contínuo. Todos os participantes estavam em tratamento contínuo com metilfenidato de liberação imediata, com doses entre 0,5 e 1 mg/kg/dia, por pelo menos oito meses desde o início da avaliação de seguimento. Não foram relatados efeitos adversos significativos. Portanto, as crianças incluídas no presente estudo não tiveram um intervalo livre de medicação desde o início do estudo até o final do seguimento. Além disso, os participantes tiveram consultas periódicas com o psiquiatra durante todo o período do estudo, sem mudanças no protocolo clínico de rotina. Uma vez identificados os padrões de diagnóstico obtidos pelas escalas BDI-II e ASRS, as mães foram encaminhadas para avaliação em um ambulatório adequado.

Dados demográficos, inteligência infantil e medidas maternas foram coletados no primeiro atendimento por um grupo de psicólogos treinados. Em seguida, os cuidadores foram entrevistados por um único examinador sobre a participação de seus filhos nas tarefas domésticas (CHORES) e responderam ao questionário SNAP-IV, após o envolvimento no tratamento (coleta basal). No seguimento, as medidas de CHORES e SNAP-IV foram realizadas novamente. O intervalo entre as duas coletas variou de oito a 28 meses, com mediana de 16 meses.

Análise dos dados

Os dados foram analisados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. No início do estudo, as características demográficas e os preditores foram descritos como média e desvio padrão (DP) para dados contínuos. Os escores de assistência do CHORES foram transformados em escores ponderados, de acordo com os cálculos recomendados por Dunn et al.¹², para controlar o fato de que nem todas as famílias esperam que seus filhos realizem as mesmas tarefas. As medidas de CHORES e SNAP-IV foram caracterizadas quanto às mudanças

CAMILA GUIMARÃES MENDES¹, DANIELE SOUZA COSTA², ANTÔNIO ALVIM SOARES³, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND⁴, JONAS JARDIM DE PAULA⁵, MARISA COTTA MANCINI⁶, DÉBORA MARQUES MIRANDA⁷

¹ Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ² Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. ³ Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁴ Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁷ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

entre o início do estudo e o seguimento. Os escores basais e de seguimento foram também comparados pelo teste *t* para amostras pareadas ou pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon, e os tamanhos de efeito foram estimados para medidas repetidas. Além disso, o índice de mudança confiável (*reliable change index* – RCI)²¹ foi calculado para as medidas do CHORES para descrever a frequência de crianças com alterações clinicamente significativas. No RCI, valores maiores ou iguais a 1,96 significaram uma mudança confiável ao nível de confiança de 95% ($p = 0,05$), improvável de ser explicada por erro de medição.

O efeito dos estilos parentais e das características comportamentais/emocionais maternas nas mudanças das crianças nas tarefas domésticas durante o tratamento foi investigado utilizando equações de estimativas generalizadas (*generalized estimating equations* – GEE) com um modelo de regressão linear, estimadores robustos e estrutura intercambiável para matrizes de correlação de trabalho. Todas as medidas foram padronizadas na média e no DP da amostra (isto é, correspondente ao escore *z*) para representar a magnitude de cada preditor nas variáveis dependentes. Esses tamanhos de efeito foram interpretados conforme as convenções de Cohen (pequeno: $d = 0,2$; médio: $d = 0,5$; grande: $d = 0,8$).

Nos modelos, os estilos parentais foram categorizados de acordo com a mediana do escore *z* de cada um, o que representa a frequência de uso das dimensões em

cada estilo parental (baixa = menor ou igual à mediana; alta = maior que a mediana). Já depressão e TDAH foram dicotomizados conforme os pontos de corte das escalas BDI-II (sem depressão = menor ou igual a 13; com depressão = maior que 13) e ASRS (sem TDAH = menor ou igual a 24; com TDAH = maior que 24), respectivamente. Cabe ressaltar que o estudo não teve foco em diagnósticos psiquiátricos, e sim em padrões de diagnósticos obtidos pelas escalas BDI-II e ASRS.

RESULTADOS

Mudanças na gravidade dos sintomas infantis de TDAH e na participação em tarefas domésticas são mostradas na Tabela 2. De acordo com o relato dos cuidadores, houve redução dos sintomas das crianças, com um pequeno efeito para o comportamento desatento e com um grande efeito para o comportamento hiperativo-impulsivo. Houve aumento da participação das crianças nas medidas de autocuidado e cuidado familiar do CHORES, com efeitos médios. Todas as mudanças foram significativas, com valores de $p < 0,001$.

Os cálculos de RCI mostraram que 61% das crianças apresentaram melhora clinicamente significativa no desempenho em tarefas de autocuidado e 57% em tarefas de cuidado familiar. Os escores de assistência melhoraram de maneira clinicamente significativa em 63% das crianças em tarefas de autocuidado e em 51% em tarefas de cuidado familiar. Portanto, as crianças se tornaram mais independentes na realização das tarefas.

Tabela 2 - Mudanças na gravidade dos sintomas infantis de TDAH e na participação em tarefas domésticas

| | Início do estudo | | Seguimento | | <i>t/z</i> | <i>d/r</i> |
|-----------------|------------------|---------|--------------|---------|------------|------------|
| | Média (DP) | Mediana | Média (DP) | Mediana | | |
| Nível DESAT* | 19,51 (5,29) | 21 | 15,1 (6,44) | 16 | 3,56 | 0,35 |
| Nível HI† | 18,67 (6,48) | 19 | 13,08 (7,32) | 13 | 6,114 | 1,08 |
| Desempenho AC* | 4,20 (2,42) | 4 | 6,47 (2,93) | 6 | -4,821 | -0,48 |
| Desempenho CF* | 3,63 (2,32) | 3 | 5,86 (2,81) | 6 | -4,844 | -0,48 |
| Assistência AC† | 3,54 (2,04) | 3 | 5,42 (2,77) | 6 | -5,566 | -0,75 |
| Assistência CF† | 2,95 (2,27) | 2 | 4,69 (2,77) | 5 | -4,614 | -0,68 |

AC = tarefas de autocuidado; CF = tarefas de cuidado familiar; DESAT = desatenção; DP = desvio padrão; HI = hiperatividade e impulsividade.

Todas as variáveis foram significativas, com $p < 0,001$.

* O teste dos postos sinalizados de Wilcoxon foi utilizado para avaliar as diferenças entre os escores no início do estudo e no seguimento.

† O teste *t* foi utilizado para avaliar as diferenças entre os escores no início do estudo e no seguimento.

Nenhum dos potenciais confundidores, como idade da criança no início do estudo, inteligência da criança, nível socioeconômico da família e tempo entre o início do estudo e o seguimento, tiveram correlação significativa com as medidas do CHORES (dados não

apresentados). Portanto, nenhum ajuste foi necessário na análise de GEE. Somente os sintomas maternos de TDAH se associaram à participação infantil em tarefas domésticas, especialmente na independência para realizar tarefas de cuidado familiar (Tabela 3).

Tabela 3 - Influência de estilos parentais e características maternas de TDAH e depressão nas mudanças no desempenho de tarefas domésticas das crianças com TDAH

| Desfecho/Preditor | Média | DP | β | IC95% | P |
|--------------------|-------|------|---------|--------------|-------|
| Desempenho AC | | | | | |
| Autoritativo | | | | | |
| Pouco autoritativo | -0,07 | 0,17 | -0,25 | -0,67 a 0,17 | 0,25 |
| Muito autoritativo | 0,18 | 0,14 | Ref | - | - |
| Autoritário | | | | | |
| Pouco autoritário | 0,15 | 0,18 | 0,24 | -0,29 a 0,64 | 0,45 |
| Muito autoritário | -0,03 | 0,15 | Ref | - | - |
| Permissivo | | | | | |
| Pouco permissivo | -0,01 | 0,15 | 0,22 | -0,56 a 0,31 | 0,57 |
| Muito permissivo | 0,12 | 0,17 | Ref | - | - |
| Escala BDI-II | | | | | |
| Sem depressão | 0,04 | 0,14 | 0,25 | -0,51 a 0,46 | 0,92 |
| Com depressão | 0,07 | 0,20 | Ref | - | - |
| Escala ASRS* | | | | | |
| Sem TDAH | 0,29 | 0,18 | 0,46 | -0,02 a 0,93 | 0,06 |
| Com TDAH | -0,17 | 0,15 | Ref | - | - |
| Desempenho CF | | | | | |
| Autoritativo | | | | | |
| Pouco autoritativo | 0,09 | 0,16 | 0,13 | -0,29 a 0,55 | 0,554 |
| Muito autoritativo | -0,04 | 0,15 | Ref | - | - |
| Autoritário | | | | | |
| Pouco autoritário | -0,07 | 0,18 | -0,18 | -0,68 a 0,31 | 0,465 |
| Muito autoritário | 0,11 | 0,16 | Ref | - | - |
| Permissivo | | | | | |
| Pouco permissivo | -0,05 | 0,18 | -0,14 | -0,55 a 0,27 | 0,502 |
| Muito permissivo | 0,09 | 0,12 | Ref | - | - |
| Escala BDI-II | | | | | |
| Sem depressão | 0,06 | 0,13 | 0,08 | -0,39 a 0,56 | 0,729 |
| Com depressão | -0,02 | 0,20 | Ref | - | - |
| Escala ASRS | | | | | |
| Sem TDAH | 0,21 | 0,19 | 0,38 | -0,11 a 0,87 | 0,132 |
| Com TDAH | -0,17 | 0,15 | Ref | - | - |

(continua)

CAMILA GUIMARÃES MENDES¹, DANIELE SOUZA COSTA², ANTÔNIO ALVIM SOARES³, ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND⁴, JONAS JARDIM DE PAULA⁵, MARISA COTTA MANCINI⁶, DÉBORA MARQUES MIRANDA⁷

¹ Doutoranda, Programa em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG. ² Doutora em Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. ³ Psiquiatra. Doutor em Medicina Molecular, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁴ Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁵ Doutor em Medicina Molecular, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, MG. ⁷ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG.

A direção da associação mostrou que quanto mais baixos os padrões de sintomas de TDAH na mãe, maior a independência da criança nas tarefas de cuidado familiar. Para todos os resultados do CHORES, o efeito do tempo de tratamento foi significativo ($p < 0,0001$) (dados não apresentados).

Tabela 3 - Continua

| Desfecho/Preditor | Média | DP | β | IC95% | P |
|--------------------------|--------------|-----------|---------------------------|--------------|----------|
| Assistência AC | | | | | |
| Autoritativo | | | | | |
| Pouco autoritativo | -0,05 | 0,15 | -0,18 | -0,58 a 0,22 | 0,371 |
| Muito autoritativo | 0,13 | 0,14 | Ref | - | - |
| Autoritário | | | | | |
| Pouco autoritário | 0,12 | 0,18 | 0,15 | -0,28 a 0,59 | 0,488 |
| Muito autoritário | -0,04 | 0,12 | Ref | - | - |
| Permissivo | | | | | |
| Pouco permissivo | -0,02 | 0,14 | -0,12 | -0,54 a 0,30 | 0,581 |
| Muito permissivo | 0,10 | 0,16 | Ref | - | - |
| Escala BDI-II | | | | | |
| Sem depressão | 0,09 | 0,14 | 0,11 | -0,34 a 0,57 | 0,62 |
| Com depressão | -0,02 | 0,17 | Ref | - | - |
| Escala ASRS | | | | | |
| Sem TDAH | 0,33 | 0,17 | 0,58 | 0,13 a 1,04 | 0,01 |
| Com TDAH | -0,25 | 0,14 | Ref | - | - |
| Assistência CF | | | | | |
| Autoritativo | | | | | |
| Pouco autoritativo | 0,11 | 0,15 | 0,08 | -0,33 a 0,51 | 0,68 |
| Muito autoritativo | 0,02 | 0,17 | Ref | - | - |
| Autoritário | | | | | |
| Pouco autoritário | -0,09 | 0,15 | -0,32 | -0,84 a 0,20 | 0,23 |
| Muito autoritário | 0,23 | 0,20 | Ref | - | - |
| Permissivo | | | | | |
| Pouco permissivo | 0,01 | 0,19 | -0,11 | -0,53 a 0,31 | 0,61 |
| Muito permissivo | 0,12 | 0,13 | Ref | - | - |
| Escala BDI-II | | | | | |
| Sem depressão | -0,04 | 0,12 | -0,21 | -0,73 a 0,30 | 0,42 |
| Com depressão | 0,17 | 0,22 | Ref | - | - |
| Escala ASRS | | | | | |
| Sem TDAH | 0,16 | 0,16 | 0,19 | -0,28 a 0,66 | 0,42 |
| Com TDAH | -0,03 | 0,17 | Ref | - | - |

AC = tarefas de autocuidado; ASRS = Adult Self-Report Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CF = tarefas de cuidado familiar; DP = desvio padrão; IC95% = intervalo de confiança de 95%; Ref = referência, definida como zero porque este parâmetro é redundante; TDAH = transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.

Equações de estimativas generalizadas (GEE): * $p < 0,05$.

**CAMILA GUIMARÃES MENDES
DANIELE SOUZA COSTA
ANTÔNIO ALVIM SOARES
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND
JONAS JARDIM DE PAULA
MARISA COTTA MANCINI
DÉBORA MARQUES MIRANDA**

Embora não fosse o objetivo do nosso estudo, também analisamos o efeito dos estilos parentais e dos sintomas maternos nas mudanças nos sintomas de TDAH das crianças. Nenhum efeito significativo foi encontrado (dados não apresentados).

Discussão

As crianças com TDAH incluídas neste estudo apresentaram melhora funcional significativa, medida pelo CHORES após uma mediana de 16 meses de tratamento com metilfenidato. Como esperávamos, os sintomas maternos de TDAH foram preditores de pior funcionalidade das crianças nas tarefas domésticas, exceto a depressão; os estilos parentais não se relacionaram com a participação doméstica.

É necessário esclarecer que o estudo não trata de diagnósticos psiquiátricos, e sim de padrões de diagnósticos obtidos pela escala ASRS. Portanto, os padrões de TDAH materno influenciaram mais claramente a funcionalidade das crianças nas tarefas domésticas. Quanto menos sintomas maternos de TDAH, maior a independência adquirida pelas crianças nas tarefas de cuidado familiar. Os pais de crianças com TDAH geralmente apresentam mais sintomas de TDAH do que os pais de crianças com desenvolvimento típico²². O impacto dos sintomas maternos de TDAH é esperado. As crianças podem precisar de mais assistência para realizar as tarefas de cuidado familiar, pois suas mães podem não servir de exemplo ou modelo de como realizar a tarefa ou dar oportunidades para a criança realizá-la. As tarefas domésticas de cuidado familiar envolvem cuidar das necessidades, dos pertences e do espaço comum na relação com os outros (por exemplo, cuidar dos irmãos mais novos, lavar a louça)¹¹. Quando a mãe apresenta sintomas de TDAH, podem ser comuns os déficits na organização do tempo e das tarefas rotineiras²³. As oportunidades para realizar tarefas de autocuidado ocorrem com mais frequência do que as tarefas de cuidado familiar, o que facilita o aprendizado do autocuidado em relação ao aprendizado do cuidado familiar, que pode ser mais dependente de orientações¹².

Até este momento, nenhum estudo investigou a melhora no tratamento de crianças com TDAH através de uma medida de funcionalidade como o CHORES. Já

se sabia que a participação de crianças com TDAH em atividades domésticas era influenciada por sintomas positivos associados ao diagnóstico⁴, que também são comuns. No entanto, desconhecia-se a influência dos sintomas psiquiátricos dos pais e dos estilos parentais no processo de ensinar e demandar tarefas domésticas. Na verdade, este estudo tem limitações e o tamanho da amostra é pequeno para detectar pequenas mudanças e efeitos; estudos futuros devem se basear em nossos resultados preliminares. A ausência de um grupo controle é outro fator a ser considerado.

Os sintomas de TDAH nos pais aumentam o risco de que eles usem estratégias parentais ineficazes, como ser indiferente, monitorar ou disciplinar o mau comportamento de maneira inconsistente, elogiar com pouca frequência, ser impaciente e exagerar na reação^{24,25}, mas não encontramos associação entre os estilos parentais e a participação doméstica. É possível que nosso estudo tenha sofrido um viés de informação, pois as famílias entrevistadas puderam responder ao que lhes parecia mais apropriado.

Conclusão

A maioria das pesquisas sobre TDAH avalia o desempenho acadêmico e o número de sintomas de TDAH como medida do sucesso do tratamento. Neste estudo, utilizamos um instrumento de avaliação doméstica para entender mais sobre o impacto familiar nos desfechos funcionais das crianças em tratamento para TDAH. Em consonância com outros estudos, reafirmamos a importância de avaliar as características familiares para melhorar as chances de sucesso das crianças em qualquer intervenção. As tarefas domésticas são um contexto em que os efeitos dos sintomas do TDAH são externalizados na rotina diária, de modo que isso pode aproximar o corpo clínico da funcionalidade real das crianças.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer especialmente às famílias que concordaram em participar deste estudo.

Artigo submetido em 18/11/2019, aceito em 19/11/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Correspondência:** Camila Guimarães Mendes, Rua Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG. E-mail: camilagmbh@gmail.com

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Garner AA, O'Connor BC, Narad ME, Tamm L, Simon J, Epstein JN. The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *J Dev Behav Pediatr.* 2013;34:469-77.
3. Possa Mde A, Spanemberg L, Guardiola A. [Attention-deficit hyperactivity disorder comorbidity in a school sample of children]. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63:479-83.
4. Mendes CG, Drummond AF, Miranda DM, Costa DS, Mancini MC. Household task demands for quiet and focused behavior facilitate performance by ADHD youth. *Arq Neuropsiquiatr.* 2016;74:524-9.
5. Connor DF, Steeber J, McBurnett K. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr.* 2010;31:427-40.
6. Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:291-310.
7. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:713-20.
8. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of pre-school behaviour. *Genet Psychol Monogr.* 1967;75:43-88.
9. Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(11):CD009885.
10. Goodnow JJ. From household practices to parents' ideas about work and interpersonal relationships. In: Harkness S, Super CM, editors. *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions, and consequences.* New York: The Guildford; 1996. p. 313-44.
11. Dunn L. Validation of the CHORES: a measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scand J Occup Ther.* 2004;11:179-90.
12. Dunn L, Coster, WJ, Cohn ES, Orsmond GI. Factors associated with participation of children with and without ADHD in household tasks. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2009;29:274-94.
13. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:980-8.
14. Angelini AL, Alves ICB, Custodio EM, Duarte WF, Duarte JLM. *Matrizes progressivas coloridas de Raven: escala especial.* Manual. Sao Paulo: CETEPP; 1999.
15. Amaral M, Paula RL, Drummond A, Dunn L, Mancini MC. Translation of the children helping out-responsibilities expectations and supports (CHORES) questionnaire into Brazilian-Portuguese: semantic, idiomatic, conceptual and experiential equivalences and application in normal children and adolescents and in children with cerebral palsy. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16:515-22.
16. Oliveira TD, Costa DS, Albuquerque MR, Malloy-Diniz LF, Miranda DM, de Paula JJ. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Short Version (PSDQ) for use in Brazil. *Braz J Psychiatry.* 2018;40:410-9.
17. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/

**CAMILA GUIMARÃES MENDES
DANIELE SOUZA COSTA
ANTÔNIO ALVIM SOARES
ADRIANA DE FRANÇA DRUMMOND
JONAS JARDIM DE PAULA
MARISA COTTA MANCINI
DÉBORA MARQUES MIRANDA**

- hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33:188-94.
18. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo NF, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry.* 2012;34:389-94.
 19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no levantamento sócio econômico - 2005 - IBOPE. 2012. <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07>
 20. Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Rohde L, Pinto D. A Brazilian version of the MTA-SNAP-IV for evaluation of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional-defiant disorder. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2006;28:290-7.
 21. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59:12-9.
 22. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003;44:134-51.
 23. Epstein JN, Conners CK, Erhardt D, Arnold LE, Hechtman L, Hinshaw SP, et al. Familial aggregation of ADHD characteristics. *J Abnorm Child Psychol.* 2000;28:585-94.
 24. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev.* 2012;32:215-28.
 25. Chronis-Tuscano A, Raggi VL, Clarke TL, Rooney ME, Diaz Y, Pian J. Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *J Abnorm Child Psychol.* 2008;36:1237-50.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: FEMINICÍDIO

VIOLENCE AGAINST WOMEN: FEMICIDE

Resumo

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades e de todos os estratos socioeconômicos e culturais. A agressão realizada por um parceiro íntimo pode envolver violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, sendo mais frequentemente parte de um padrão repetitivo. Normalmente, antecedendo o feminicídio, costumam ocorrer várias ameaças, chantagens, agressões e denúncias policiais. Esse delito constitui uma das principais causas de mortes prematuras femininas, ocorrendo como um fenômeno universal com especificações próprias de cada país. Vários fatores de risco podem estar associados ao feminicídio, tais como: mulheres imigrantes ou de minoria étnica, com parceiro ou ex-parceiro desempregado, ausência de união legal, presença de filhos de uniões anteriores, ruptura da relação por parte da mulher, violência prévia na relação ou durante a gestação, ciúmes, diferença de idade entre os parceiros e o consumo de álcool/drogas pelo agressor, vítima ou ambos. Nos últimos anos, observam-se avanços na legislação penal brasileira no que diz respeito ao combate à violência contra a mulher no âmbito familiar, sendo o feminicídio legislado na recente Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. A mudança na legislação é um avanço positivo e, juntamente com medidas protetivas nas áreas de saúde e segurança públicas, poderá proporcionar às futuras gerações uma sociedade em que as diferenças de gênero sejam respeitadas. Cabe aos psiquiatras o papel de atuar na detecção desse fenômeno, sugerindo ações de políticas públicas que englobem a avaliação e a assistência aos envolvidos.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo, homicídio, psiquiatria legal.

Abstract

Violence against women is considered a public health problem that affects people in all age groups and from

all socioeconomic and cultural strata. Aggression by an intimate partner may involve physical, psychological, sexual, property, and moral violence, and is often part of a repetitive pattern. Usually, prior to femicide, threats, blackmail, assaults and police complaints occur. Femicide is one of the main causes of premature death among females, occurring as a universal phenomenon with different peculiarities across countries. Several risk factors may be associated with femicide, such as: immigrant or ethnic minority women, unemployed partner or ex-partner, no legal relationship status, presence of children from previous relationships, women initiating breakup, prior violence in the relationship or during pregnancy, jealousy, age difference between partners and alcohol/drug consumption by the abuser, victim or both. In recent years, advances have been made in Brazilian criminal law in response to violence against women in the family setting, and femicide has been legislated upon in recent Law no. 13,104, of March 9, 2015. The change in legislation is a positive step forward; together with protective measures in the areas of public health and safety, it could provide future generations with a society in which gender differences are respected. It is the role of psychiatrists to act in the detection of this phenomenon, suggesting public policy actions that include evaluation and assistance to those involved.

Keywords: Intimate partner violence, homicide, forensic psychiatry.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades e de todos os estratos socioeconômicos e culturais. Estima-se que uma em cada três mulheres no mundo tenha vivenciado algum tipo de vitimização na infância, adolescência, adultez ou velhice¹. Embora as agressões possam ser exercidas por autores diversos e em diferentes contextos, como em local de trabalho, em conflitos

¹ Perita médica-legista, Departamento Médico-Legal de Porto Alegre, Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul (IGP-RS), Porto Alegre, RS. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ² Professor, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, UFRGS, Porto Alegre, RS. Pós-doutorado pela UFRGS, Porto Alegre, RS. ³ Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestría en Salud Mental Forense, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Doutora em Medicina pela UNLP, La Plata, Argentina. Coordenadora, Departamento de Ética e Psiquiatria Legal, Associação Brasileira de Psiquiatria.

armados, relacionado a questões étnicas e raciais, por omissão do Estado²⁻⁴, a violência doméstica é a forma de agressão mais prevalente no mundo contra mulheres e crianças. Durante a infância, meninas costumam ser vitimadas pelos pais; durante o período reprodutivo, por parceiros, namorados e ex-companheiros; e na velhice, pelos filhos⁵. A gestação e o puerpério não se constituem em períodos de proteção para a violência conjugal.

A agressão realizada por um parceiro íntimo pode envolver violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral⁶, sendo mais frequentemente parte de um padrão repetitivo, de controle e dominação, do que um ato único de violência. A violência tende a piorar com o tempo e agravar sua intensidade, evoluindo de comentários depreciativos e agressões verbais, para as agressões físicas e/ou sexuais e podendo atingir a ameaça de morte e até mesmo o homicídio⁷. Muitas vezes, este ciclo de violência não é desfeito com a separação conjugal; em alguns países, uma entre três mulheres que buscam a separação acabam sendo vítimas de feminicídio^{3,8}. Antecedendo o feminicídio, costumam ocorrer várias ameaças, chantagens, agressões e denúncias policiais. Muitas vítimas de violência por parceiro íntimo buscam auxílio em emergência em função das violências sofridas, representando 14% do total de atendimento neste setor nos EUA⁹. Assim como ocorre com os suicidas, várias vítimas de feminicídio frequentaram o setor de emergência no ano que antecedeu suas mortes¹⁰. Lamentavelmente, as emergências ainda estão pouco preparadas para avaliar e encaminhar essa população, em função da sobrecarga de trabalho que limita o tempo para os atendimentos, da diversidade de motivos pelos quais buscam tratamento e das dificuldades das vítimas em reconhecerem e verbalizarem sua situação¹¹.

Esse tipo de violência traz graves e duradouras sequelas físicas e psicológicas para a vítima e para todo o grupo familiar. Crianças estão frequentemente presentes durante os atos de violência perpetrados por agressores conjugais, apresentando também riscos de sofrerem violências físicas e fatais. Entre as vítimas e os filhos sobreviventes, encontra-se um grande número de doenças crônicas, traumas e/ou transtornos psiquiátricos, tais como transtorno de estresse pós-traumático, depressão, baixo rendimento escolar, baixa autoestima e agressividade¹².

Este artigo aborda o conceito e a epidemiologia do feminicídio, as características das vítimas e do delito, os fatores de risco associados e a legislação vigente, com o objetivo de dar subsídios que permitam uma maior identificação e um encaminhamento mais adequado das vítimas de violência doméstica.

FEMINICÍDIO

O homicídio de mulheres consecutivo à violência por parceiro íntimo representa o ponto máximo de um contínuo e crescente processo de vitimização^{4,13-15}. Esse delito constitui uma das principais causas de mortes prematuras femininas, ocorrendo como um fenômeno universal com especificações próprias de cada país.

Dois termos são encontrados na literatura para descrever as diferentes formas de violência que culminam com a morte de mulheres: femicídio e feminicídio^{14,16}. *Femicide* foi usado pela primeira vez em 1976, no Tribunal Internacional de Crimes contra Mulheres, durante o depoimento de Diana Russel. Em 2004, a deputada federal mexicana Marcela Lagarde (2004) adaptou a tradução femicídio para o termo feminicídio, buscando dar visibilidade ao fenômeno e trazer à tona a frequente impunidade que cerca a violência contra as mulheres, expressa através do homicídio em função do gênero.

EPIDEMIOLOGIA

Estudo realizado em 10 países europeus evidenciou que os assassinatos entre parceiros correspondem a 14% de todos os homicídios, sendo 39% dos homicídios femininos e 6% dos homicídios masculinos¹⁵. Nos casos em que a mulher mata seu amante ou marido, em geral, trata-se de um gesto de autodefesa ante agressões repetidas sofridas por elas.

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, apontando que a prevalência de homicídios masculinos foi de 10,8/100.000 pessoas e de 2,5/100.000 pessoas para os homicídios femininos¹⁷. No Brasil, em 2013, ocorreram 4,8 homicídios para cada 100 mil mulheres, e na América Latina, apenas países como El Salvador, Colômbia e Guatemala apresentaram taxas mais elevadas⁵.

As taxas de feminicídio em países como Canadá, Espanha, EUA, Inglaterra e Itália variam entre 0,3 e

0,8/100.000 mulheres, contrastando com a África do Sul, com uma taxa de 24,7/100.000 mulheres¹⁸.

FATORES DE RISCO

Na Espanha, Sanz-Barbero et al.¹⁹ apresentaram os fatores de risco para o feminicídio praticado por parceiro íntimo, extraídos do Modelo Ecológico Integral de Lory Heise e revisado pela OMS. Entre os fatores individuais da vítima, encontram-se: mulheres imigrantes, de minoria étnica, com parceiro ou ex-parceiro desempregado e o consumo de álcool/drogas pelo agressor, vítima ou ambos. Entre os fatores envolvendo a relação, estão a ausência de união legal, presença de filhos de uniões anteriores, ruptura da relação por parte da mulher, violência prévia na relação, violência durante a gestação, ciúmes e diferença de idade entre os parceiros. Outros fatores que podem contribuir para a vitimização e/ou morte violenta e prematura de mulheres são idade jovem, a troca de parceiro, perseguição pelo agressor, acesso facilitado a armas, baixa escolaridade, ocupação não remunerada ou renda inferior a um salário mínimo^{17,20-25}.

CARACTERÍSTICAS DAS VÍTIMAS E DO DELITO

No Brasil, o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de homicídio é predominantemente de jovens (18 a 30 anos de idade), negras (aumento de 190,9% de homicídios em 10 anos), agredidas por familiar direto, mortas no próprio domicílio e com predomínio do uso da força na produção das lesões fatais⁵.

Existem diferenças entre os homicídios praticados por parceiros íntimos e por outros indivíduos quanto ao instrumento utilizado para causar o óbito, os tipos de lesões e a distribuição dessas feridas no corpo da vítima. No feminicídio, além das lesões decorrentes por arma de fogo, outros meios que exigem contato direto, como objetos cortantes, penetrantes, contundentes e sufocação, podem ser usados. Tais achados, associados à existência de tortura, agressão aos genitais, estupro e/ou lesões múltiplas, são indicativos de violência passional. É comum que o agressor culpe a vítima pelo seu próprio assassinato, seja pela forma como ela se veste, seja por ela assumir uma conduta mais independente ao tentar trabalhar ou estudar, ou, muito frequentemente, por desejar romper o relacionamento ou envolver-se com um novo parceiro²⁶. O conhecimento das características

desse tipo de violência determina a aplicação de medidas de proteção e prevenção específicas, considerando as dinâmicas e métodos próprios dos agressores^{2,18}.

O uso da força na produção de lesões fatais foi observado no estudo retrospectivo realizado por Fong et al.², ao pesquisar os achados forenses em casos de feminicídio em Taiwan. Foram estudados 220 casos ocorridos em 10 anos, sendo 114 ocasionados por parceiro íntimo e 106 por outros indivíduos. Em ambos os grupos, a causa predominante da morte foi ferimento por arma branca (50%), seguido do uso da força física em 24,6% dos casos (estrangulamento). Nesse estudo, a morte devido a ferimentos por arma de fogo ocorreu em apenas três casos, cujos agressores foram parceiros íntimos.

Nos EUA, Siegel & Rothman²⁷ analisaram homicídios ocorridos entre os anos de 1981 e 2013, observando que na maioria dos feminicídios o instrumento utilizado foi arma de fogo. Nesse estudo, os autores concluíram que houve forte associação entre a liberação de porte de armas e a morte de mulheres por parceiros íntimos. Na mesma linha de pesquisa, Price & Payton²⁸ levantaram dados sobre homicídios ocorridos no ano de 2010 e concluíram que as mulheres americanas apresentam probabilidade 11 vezes mais elevada de morte consecutiva a ferimentos por arma de fogo, na comparação com outros países desenvolvidos. Essas mulheres apresentam, ainda, nove vezes mais chance de serem assassinadas por parceiros íntimos do que por outros indivíduos, sendo a violência doméstica o fator percussor desses feminicídios.

LEGISLAÇÃO

Nos últimos anos, observam-se avanços na legislação penal brasileira no que diz respeito ao combate à violência contra a mulher no âmbito familiar. A Lei nº 11.340⁶, de 7 de agosto de 2006, apelidada Lei Maria da Penha, modificou as penas previstas para crimes de violência que tenham a mulher por vítima e implementou uma rede de proteção, com órgãos específicos para receber denúncias, processar e julgar os casos.

O feminicídio, por sua vez, foi legislado na recente Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015²⁹, que, alterando o Código Penal de 1940, prevê o crime de homicídio qualificado quando cometido contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, majorando a pena para 12

¹ Perita médica-legista, Departamento Médico-Legal de Porto Alegre, Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul (IGP-RS), Porto Alegre, RS. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ² Professor, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Professor, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, UFRGS, Porto Alegre, RS. Pós-doutorado pela UFRGS, Porto Alegre, RS. ³ Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Docente, Maestria em Salud Mental Forense, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina. Doutora em Medicina pela UNLP, La Plata, Argentina. Coordenadora, Departamento de Ética e Psiquiatria Legal, Associação Brasileira de Psiquiatria.

a 30 anos, em vez de 6 a 20 anos. A locução razões da condição de sexo feminino é explicada pela consideração das ocasiões em que o crime envolve violência doméstica e familiar, bem como menosprezo ou discriminação à condição de mulher. Além disso, aumenta-se a pena de um terço até a metade se o crime for praticado durante a gestação ou nos 3 meses posteriores ao parto³⁰. O feminicídio foi incluído no rol de crimes hediondos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas violências praticadas contra a mulher se constituem em questão de saúde e segurança públicas, apresentando como consequência um forte impacto nas vítimas, suas famílias e na sociedade, necessitando de manejo interdisciplinar e estratégias de prevenção.

A mudança na legislação é um avanço positivo e, juntamente com medidas protetivas nas áreas de saúde e segurança públicas, poderá proporcionar às futuras gerações uma sociedade em que as diferenças de gênero sejam respeitadas, sem o exercício deletério de poder entre homens e mulheres.

Cabe aos psiquiatras o papel fundamental de atuar junto aos demais membros da saúde na detecção desse triste fenômeno, rompendo o silêncio, sensibilizando e conscientizando a população, sugerindo ações de políticas públicas que englobem a avaliação e a assistência aos envolvidos. Agindo dessa forma, estaremos promovendo saúde, prevenindo sofrimento de diferentes membros familiares e defendendo a vida das mulheres.

Artigo submetido em 28/09/2019, aceito em 26/11/2019. 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 90470-150, Porto Alegre, RS. E-mail: lisieux383@gmail.com

Referências

1. Wilson TD. Violence against women in Latin America. *Lat Am Perspect*. 2014;41:3-18.
2. Fong WL, Pan CH, Lee JC, Lee TT, Hwa HL. Adult femicide victims in forensic autopsy in Taiwan: a 10-year retrospective study. *Forensic Sci Int*. 2016;266:80-5.
3. von Mühlen BK, Strey MN. Avanços e retrocessos no combate da violência contra mulheres. *Athenea Digital*. 2013;13:229-37.
4. Portela AP, Ratton JL. A teoria social feminista e os homicídios: o desafio de pensar a violência letal contra as mulheres. *Rev Sociol UFSCar*. 2015;5:93-118.
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. 2015 [cited 2016 May 24]. www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
6. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
7. Saffioti H, Almeida S. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
8. Grana SJ. Sociostructural considerations of domestic femicide. *J Fam Violence*. 2001;16:421-35.
9. Davidov DM, Larrabee H, Davis SM. United States emergency department visits coded for intimate partner violence. *J Emerg Med*. 2015;48:94-100.
10. Juodis M, Starzomski A, Porter S, Woodworth M. A comparison of domestic and non-domestic homicides: further evidence for distinct dynamics and heterogeneity of domestic homicide perpetrators. *J Fam Violence*. 2014;29:299-313.
11. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012;12:473.
12. Hamilton LHA, Jaffe PG, Campbell M. Assessing Children's risk for homicide in the context of domestic violence. *J Fam Violence*. 2013;28:179-89.
13. Fernández AM, Tajer D, Galimberti D, Ferrarotti A, Chiodi A, Borakievch S. Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género. *Rev Argent Salud Publica*. 2010;1:1:18-23.
14. Pasinato W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. *Cad Pagu*. 2011;37:219-46.
15. Corradi C, Stöckl H. Intimate partner homicide in 10 European countries: statistical data and policy

- development in a cross-national perspective. *Eur J Criminol.* 2014;11:601-18.
16. Santos JMM, de Andrade LC, Rocha GS, Silva JS, Fonseca MO, Sodré ESA, et al. Homicídio passional: quando a paixão se transforma em crime. *Cad Grad Cien Hum Soc UNIT.* 2014;1:87-9.
 17. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre a prevenção da violência - 2014 [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 5]. nevsp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf
 18. Corradi C, Piacenti F. Analyzing femicide in Italy. Overview of major findings and international comparisons. *Rom J Sociol Stud;* 2016;1:3-17.
 19. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit.* 2016;30:272-8.
 20. Bezerra FL. Perfil da violência contra mulheres analisadas junto ao NUMOL/CG no ano de 2012 [monografia]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
 21. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry M, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health.* 2003;93:1089-97.
 22. Frye V, Galea S, Tracy M, Bucciarelli A, Putnam S, Wilt S. The role of neighborhood environment and risk of intimate partner femicide in a large urban area. *Am J Public Health.* 2008;98:1473-9.
 23. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface (Botucatu).* 2013;17:523-33.
 24. da Silva MA, Cabral Filho JE, Amorim MMR, Falbo Neto GH. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cad Saude Publica.* 2013;29:391-6.
 25. Telles LE, Barros AJ, Moreira CG, Almeida MR, Telles Mde B, Day VP. Intimate partner violence during pregnancy: case report a forensic psychiatric evaluation. *Braz J Psychiatry.* 2016;38:87-8.
 26. Bins H, Telles L, Panichi R. Violência contra a mulher. In: Abdalla-Filho E, Chalub M, Telles LEB, organizadores. *Psiquiatria forense de Taborda.* Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 181-200.
 27. Siegel MB, Rothman EF. Firearm ownership and the murder of women in the United States: evidence that the state-level firearm ownership rate is associated with the nonstranger femicide rate. *Violence Gend.* 2016;3:20-6.
 28. Price J, Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. *Violence Gend.* 2016;3:36-41.
 29. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015 [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 20]. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm
 30. Telles L, Barros A. Homicídio familiar. In: Abdalla-Filho E, Chalub M, Telles LEB, organizadores. *Psiquiatria forense de Taborda.* Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 384-99.

ARIPIPRAZOL NA SÍNDROME DE TOURETTE EM ADULTOS: RELATO DE CASO E REVISÃO NARRATIVA

ARIPIPRAZOLE IN TOURETTE'S SYNDROME IN ADULTS: CASE REPORT AND NARRATIVE REVIEW

Resumo

A síndrome de Tourette é um distúrbio de movimento caracterizado por tiques motores e vocais que surgem na infância e na adolescência, com metade a dois terços dos casos remetindo ainda nessas fases. Persistindo mais raramente na idade adulta, apresenta um prognóstico reservado, com difícil controle dos sintomas. O presente artigo descreve o uso de aripiprazol no tratamento da síndrome de Tourette em um adulto do sexo masculino e faz uma revisão narrativa de literatura sobre as evidências atuais disponíveis com o uso desse medicamento.

Palavras-chave: Síndrome de Tourette, aripiprazol, tratamento.

Abstract

Tourette's syndrome is a movement disorder characterized by motor and vocal tics that arise in childhood and adolescence; half to two-thirds of the cases remit still in these stages. The disorder is more rarely found in adulthood, usually having a guarded prognosis and symptoms that are difficult to control in this population. This article describes the use of aripiprazole for the treatment of Tourette's syndrome in a young male adult and conducts a narrative literature review of the evidence currently available on the use of this medication.

Keywords: Tourette's syndrome, aripiprazole, treatment.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Tourette (ST) é uma desordem neuropsiquiátrica que afeta crianças e adultos¹. Caracterizada pelo aparecimento de tiques súbitos/rápidos, movimentos motores recorrentes e/ou

vocalizações, ela pode afetar negativamente a qualidade de vida de seus portadores². Os estudos também mostram ser mais frequente a presença de transtornos comórbidos (depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, déficit de atenção e hiperatividade) na síndrome³.

A hipótese de que os tiques são causados por problemas do circuito motor e do sistema dopaminérgico levou os antipsicóticos a serem considerados o tratamento principal⁴. Estudos controlados em crianças e adolescentes mostram diminuição da frequência de tiques em 50% após o uso de haloperidol e pimozida. Entretanto, devido ao perfil de maiores efeitos extrapiramidais, os antipsicóticos típicos passam a ser pouco tolerados no longo prazo. Os antipsicóticos atípicos, apesar de apresentarem menos sintomas extrapiramidais, ainda chegam a ter efeitos indesejáveis em até 80% dos pacientes⁵. Maior propensão a ganho de peso, sedação, hipotensão ortostática e efeitos metabólicos adversos, como diabetes tipo II e doenças cardiovasculares, tornam a prescrição dos neurolépticos de segunda geração mais restrita⁶.

O aripiprazol é um antipsicótico atípico de funcionamento particular. Seu mecanismo de ação tem como base o agonismo parcial dos receptores D2, 5-HT_{2C} e 5-HT_{1A}, além do antagonismo do receptor 5-HT_{2A}, o que provavelmente explica a sua eficácia em casos refratários e a ocorrência menor de efeitos colaterais^{7,8}.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 34 anos, desempregado, iniciou acompanhamento no ambulatório de psiquiatria do

¹ Médica residente de Psiquiatria, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE. ² Médico residente de Psiquiatria, IMIP, Recife, PE. ³ Psicólogo e preceptor de Saúde Mental, IMIP, Recife, PE. ⁴ Coordenador, Serviço de Psiquiatria, e Preceptor, Residência Médica em Psiquiatria, IMIP, Recife, PE.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife (PE), em maio de 2017. Relatava que, entre 3 e 5 anos de idade, passou a apresentar piscadelas, caretas, tiques motores simples em pescoço, membros superiores e inferiores, coprolalias, ecolalia e emissão de sons semelhantes a latidos. Há 7 anos, iniciou acompanhamento no ambulatório de psiquiatria de outro serviço, onde foi diagnosticado com ST. Foram prescritos risperidona 2 mg 2×/dia e cloxazolam 2 mg 2×/dia, com melhora parcial. Posteriormente, perdeu seguimento ambulatorial no antigo serviço.

Foi reiniciado tratamento no serviço do IMIP. Em primeira consulta, referia tristeza, desmotivação, inapetência, insônia e dores musculares. Apresentava-se com humor deprimido e discurso de conteúdo de menos-valia e desesperança. Apertava os olhos, fungava, flexionava o pescoço e fazia movimentos de socar com os braços. Foram reiniciados risperidona 2 mg 2×/dia, cloxazolam 2 mg, sendo meio comprimido pela manhã e um comprimido à noite, e escitalopram 10 mg/dia. Paciente evoluiu com melhora do humor deprimido. Ainda apresentava movimentos de flexão e rotação interna de antebraços, piscadelas, fazia bico e sons semelhantes a latidos.

Aumentou-se risperidona a 3 mg 2×/dia, e diminuiu-se cloxazolam a 2 mg/dia. Escitalopram 10 mg/dia foi mantido. O paciente apresentou tontura e sensação de desmaio. Permaneceu com tiques motores e vocais. Foi feito desmame de risperidona e iniciado aripiprazol 10 mg/dia. Alcançou ausência de tiques em membros e pescoço, manteve piscadelas e tiques vocais com menor frequência. Foi aumentado aripiprazol a 15 mg/dia. Substituiu-se antidepressivo por sertralina 50 mg/dia, pois se queixava de diminuição da libido com escitalopram. Foi observada melhora de libido, porém evoluiu com humor ansioso. Optou-se por aumentar sertralina a 75 mg/dia.

Em consulta seguinte, após dois meses, foi observada melhora de humor, contudo o paciente ainda apresentava tiques na face do tipo piscadelas e fungado. Foi aumentado aripiprazol para 20 mg/dia, sendo observada ausência de tiques durante reavaliação após quatro meses e manutenção da melhora do humor. Paciente voltou a exercer atividade laboral como carregador

em empresa privada e a ter maior sociabilização com familiares e amigos do local de trabalho.

DISCUSSÃO

Em uma série de casos⁹, 100 pacientes com idade média de 27 anos (± 11) foram tratados com doses diárias de aripiprazol que variavam de 5 a 45 mg. Noventa e cinco desses pacientes haviam feito tratamentos anteriores malsucedidos com um ou mais neurolépticos. O resultado desse estudo apontou que 82 pacientes exibiram redução considerável dos tiques e que, em 48 pacientes, a efetividade do tratamento se estendeu por mais de 12 meses.

Outro estudo publicado na Turquia¹⁰ relatou importante diminuição dos tiques e menos efeitos colaterais em oito casos de pacientes com idade entre 9 e 57 anos tratados com aripiprazol. Todos os pacientes relataram ensaios prévios com outros antipsicóticos e interrupção do tratamento devido aos efeitos adversos. Uma metanálise realizada na China¹¹ abrangeu 22 revisões sistemáticas sobre o tratamento farmacológico e comportamental de tiques. Três desses estudos indicaram que haloperidol e pimozida (antipsicóticos típicos) foram eficazes na redução dos tiques em comparação ao placebo, porém apresentaram baixa tolerabilidade. Seis outros estudos avaliaram a eficácia de antipsicóticos atípicos e indicaram que risperidona e aripiprazol melhoraram significativamente os sintomas de tiques em comparação ao placebo ou antipsicóticos típicos, com menos efeitos colaterais.

Uma revisão sistemática sobre o uso do aripiprazol no tratamento do transtorno de tiques em crianças e adolescentes¹² analisou 35 artigos, sendo que a maioria eram relatos de caso e apenas dois eram ensaios com grupo-controle. Não havia ensaios clínicos duplo-cegos e, portanto, faltavam evidências fortes quanto ao uso do aripiprazol. Entretanto, esse estudo sugeria a eficácia do aripiprazol nos distúrbios de tiques, além do perfil mais seguro da droga comparado ao dos neurolépticos típicos.

Outra metanálise realizada¹³ não encontrou diferença significativa na redução dos tiques entre indivíduos tratados com aripiprazol, haloperidol ou tiapride. Quatro estudos que compararam aripiprazol ao haloperidol não revelaram diferença significativa na redução dos

KARINA FARIAS FERRAZ
HENRIQUE TOSCANO SIEBRA BRITO
LEOPOLDO NELSON DE FERNANDES BARBOSA
HENRIQUE FARIA DE SOUSA

tiques. Da mesma forma, dois estudos que compararam aripiprazol a tiapride não mostraram diferença significativa na redução dos tiques. Os autores concluíram que aripiprazol parecia ser uma terapia promissora para crianças com transtornos de tiques.

A maioria dos trabalhos sobre o tratamento da ST com aripiprazol envolve relatos de caso e estudos abertos com crianças e adolescentes. Não há ensaios controlados nem séries de casos que incluam um número substancial de pacientes adultos. Somado a isso, os dados sobre tratamento com aripiprazol em longo prazo são escassos⁹.

CONCLUSÃO

A ST é um transtorno neuropsiquiátrico com implicações sociais, sendo importante o diagnóstico na infância¹⁴. Diante dos antipsicóticos, o aripiprazol parece ter um papel importante no tratamento da ST – fato talvez relacionado ao agonismo parcial de D2. Porém, ainda são necessários estudos mais robustos para consolidar o tratamento com aripiprazol¹⁵.

Artigo submetido em 16/08/2019, aceito em 23/08/2019. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Karina Farias Ferraz, Rua Deputado Cunha Rabelo, 219/302, Várzea, CEP 50740-400, Recife, PE. E-mail: kafafe13@gmail.com

Referências

1. Janik P, Szejko N. Aripiprazole in treatment of Gilles de la Tourette syndrome – new therapeutic option. *Neurol Neurochir Pol.* 2018;52:84-7.
2. Sallee F, Kohegyi E, Zhao J, McQuade R, Cox K, Sanchez R, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial demonstrates the efficacy and safety of oral aripiprazole for the treatment of Tourette's disorder in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2017;27:771-81.
3. Gerasch S, Kanaan AS, Jakubovski E, Müller-Vahl KR. Aripiprazole improves associated comorbid conditions in addition to tics in adult patients with Gilles de la Tourette syndrome. *Front Neurosci.* 2016;10:416.
4. Huys D, Hardenacke K, Poppe P, Bartsch C, Baskin B, Kuhn J. Update on the role of antipsychotics in the treatment of Tourette syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2012;8:95-104.
5. Lavoie ME, O'Connor K. Toward a multifactorial conception of the Gilles de la Tourette syndrome and persistent chronic tic disorder. *Brain Sci.* 2017 Jun 2;7(6). pii: E61.
6. Budman CL. The role of atypical antipsychotics for treatment of Tourette's syndrome: an overview. *Drugs.* 2014;74:1177-93.
7. Bhatia M, Gautam P, Kaur J. Case report on Tourette syndrome treated successfully with aripiprazole. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2014;26:297-9.
8. Zheng W, Li XB, Xiang YQ, Zhong BL, Chiu HF, Ungvari GS, et al. Aripiprazole for Tourette's syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol.* 2016;31:11-8.
9. Wenzel C, Kleimann A, Bokemeyer S, Müller-Vahl KR. Aripiprazole for the treatment of Tourette syndrome: a case series of 100 patients. *J Clin Psychopharmacol.* 2012;32:548-50.
10. Taskiran S, Tufan AE, Semerci B. Aripiprazole can a viable choice for persistent suppression of symptoms in managing chronic tic disorders and Tourette's disorder through the life span: a case series. *Klinik Psikofarmakol Bülteni.* 2016;26:181-5.
11. Yang C, Hao Z, Zhu C, Guo Q, Mu D, Zhang L. Interventions for tic disorders: an overview of systematic reviews and meta analyses. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;63:239-55.
12. Ghanizadeh A. Systemic review of aripiprazole for the treatment of children and adolescents with tic disorders. *Neurosciences(Riyadh).* 2012;17:200-4.
13. Yang CS, Huang H, Zhang LL, Zhu CR, Guo Q. Aripiprazole for the treatment of tic disorders in children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2015;15:179.
14. Eddy CM, Rickards HE, Cavanna AE. Treatment strategies for tics in Tourette syndrome. *Ther Adv Neurol Disord.* 2011;4:25-45.
15. Padala PR, Qadri SF, Madaan V. Aripiprazole for the treatment of Tourette's disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2005;7:296-9.



XXXVIII CBP
CONGRESSO
BRASILEIRO DE
PSIQUIATRIA

**21 A 24 DE
OUTUBRO 2020.
PORTO ALEGRE - RS**

**VENHA SE SURPREENDER EM UM LOCAL
RICO EM CULTURA, PAISAGENS
E CULINÁRIA EXCEPCIONAL.**



2019

Valores especiais para Associados ABP

Programação e inscrições:
www.cbpabp.org.br

