

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
CURSO DE MEDICINA**

**ANA BEATRIZ MUSSO TERRA  
GABRIELA ROCHA MIRANDA JUNQUEIRA  
ROGÉRIO MONTE-MÓR FRANCISCO LUIZ  
TATIANA TRESSOLDI TUMA**

**MEDICINA INTEGRATIVA NO CONTROLE DA ANSIEDADE OU DEPRESSÃO:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**VOLTA REDONDA  
2021**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
CURSO DE MEDICINA**

**MEDICINA INTEGRATIVA NO CONTROLE DA ANSIEDADE OU DEPRESSÃO:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho apresentado no Módulo VI do  
Curso de Medicina do UniFOA como parte  
dos requisitos para a construção do  
Portfólio.

Alunas:

Ana Beatriz Musso Terra

Gabriela Rocha Miranda Junqueira

Rogério Monte-Mór Francisco Luiz

Tatiana Tressoldi Tuma

Orientador:

Prof. Rodney Gomes

## RESUMO

A ansiedade agrega variados transtornos, dentre eles: fobias, síndrome do pânico e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). A depressão, por sua vez, caracteriza-se por uma multiplicidade de sintomas, manifestando-se com alterações de humor, de tristeza profunda e desesperança. Sabendo disso, mesmo sendo transtornos mentais distintos, muitas vezes aparecem concomitantemente. É inegável a alta prevalência dessas doenças na sociedade atual e sua gama de tratamentos disponíveis, que envolvem desde antidepressivos e ansiolíticos até terapias comportamentais e não farmacológicas. Além disso, sabe-se que o tratamento medicamentoso envolve inúmeros efeitos adversos e mesmo assim são usados deliberadamente. Portanto, o objetivo dessa revisão de literatura é avaliar a efetividade da medicina integrativa no controle da ansiedade e depressão em adultos. A metodologia para essa revisão se estabeleceu por meio de uma busca para identificar artigos que avaliam a questão do estudo na base de dados PUBMED, COCHRANE e MEDLINE, publicadas no período de 2009 a 2020. Por meio desta, conclui-se que as terapias integrativas ajudam diversos pacientes a partir de uma abordagem mais completa das enfermidades físicas e mentais. Sendo assim, procedimentos alternativos e complementares à medicina tradicional estão cada vez mais presentes nos consultórios e hospitais do mundo todo. Os poucos trabalhos disponíveis e de relevância sobre o tema mostram possíveis efeitos benéficos da medicina integrativa no controle da ansiedade e depressão, tendo sua efetividade ampliada quando atrelada a terapia medicamentosa.

**Palavras-chaves:** Ansiedade. Depressão. Medicina integrativa.

## **ABSTRACT**

Anxiety disorder brings together several disorders, including: phobias, panic syndrome and Generalized Anxiety Disorder (GAD). Depression, in contrast, is highlighted by a multiplicity of symptoms, manifesting itself with mood swings, deep sadness and hopelessness. Knowing this, even though they are distinct mental disorders, they often appear concurrently. There is no denying the high prevalence of these diseases in actual society, and their range of available treatments, from antidepressants and anxiolytics to behavioral and non-pharmacological therapies. Furthermore, it is known that drug treatment involves numerous adverse effects and even so they are used deliberately. Therefore, the aim of this literature review is to assess the effectiveness of integrative medicine in controlling anxiety and depression in adults. The methodology for this review was made through a search to identify articles that evaluate the study question in the PUBMED, COCHRANE and MEDLINE database, published from 2009 to 2020. Through this, it is concluded that integrative medical therapies treat several patients from a more complete approach to physical and mental illnesses. So, complementary procedures alternatives to traditional medicine are increasingly present in offices and hospitals around the world. The few available works and research on the subject shows possible beneficial effects of integrative medicine in the control of anxiety and depression, having its effectiveness increased when linked to drug therapy.

**Key- words:** Anxiety. Depression. Integrative Medicine

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	9
2.1 ANSIEDADE .....	9
2.1.1 Transtorno de ansiedade generalizada (TAG).....	9
2.1.2 Síndrome do pânico.....	10
2.1.3 Transtorno obsessivo compulsivo (TOC).....	11
2.1.4 Fobia social .....	11
2.1.5 Transtorno de estresse pós-traumático.....	12
2.1.6 Fobia específica.....	12
2.1.7 Agorafobia.....	13
2.2 DEPRESSÃO.....	14
2.3 MEDICINA INTEGRATIVA.....	17
2.4 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	20
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	23
<b>4. RESULTADOS</b> .....	27
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	34

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a Universidade de Oxford, em um artigo publicado em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em abril de 2018, estima-se que 1 em cada 10 pessoas no mundo sofre de algum transtorno mental, sendo majoritariamente os transtornos de ansiedade e depressão. Afirma também que, no Brasil, cerca de 12,3 milhões de pessoas sofrem de transtornos de ansiedade e 6,7 milhões de depressão.

Apesar de serem diagnosticados como transtornos mentais distintos e leigamente considerados opostos, são distúrbios que andam lado a lado e muitas vezes são concomitantes. A depressão, em seu estado mais grave, é a ausência ou perda da sensibilidade. Manifesta-se por uma multiplicidade de sintomas vistos como alterações de humor caracterizadas por tristeza profunda e forte sentimento de desesperança, apresentando-se de forma crônica ou aguda dependendo do paciente. Por outro lado, a ansiedade agrega variados transtornos, como fobias, síndrome do pânico e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). As duas realidades, por consequência, resultam em altos custos com assistência médica, uma vez que precisam de diversos profissionais e instalações médicas. Geram também altos custos para a sociedade devido às barreiras que essas patologias criam para o desenvolvimento e produtividade do ser humano, o que resulta em uma redução da qualidade de vida. (OLTHUIS. et al, 2015)

É primordial ressaltar que são doenças pouco estudadas até então e, por isso, negligenciadas no âmbito de tratamentos e diagnósticos. É importante também ressaltar que cada indivíduo tem suas particularidades, que devem ser avaliadas para conduzir o melhor tratamento. (PAREKH. et al, 2017)

Partindo desse princípio, vemos atualmente a disseminação de outras práticas que não somente a medicamentosa como vieses para o tratamento desses transtornos. Terapias cognitivas comportamentais ou o uso de fitoterápicos são alternativas que, frequentemente, não são abordadas e sim substituídas integralmente pelo tratamento por medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, que por si só, não podem reverter as patologias e sim conter estados mais descontrolados, o que agrava ainda mais esse cenário que nos encontramos mundialmente. Depressão e ansiedade são quadros clínicos psiquiátricos que devem ser diagnosticados e tratados

corretamente por profissionais especializados. (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2016).

É inegável que os antidepressivos e ansiolíticos fazem parte da linhagem de tratamentos para distúrbios da saúde mental. Entretanto, esses medicamentos devem ser usados com efeito de conter crises depressivas ou ansiosas que podem vir a surgir ao longo desses transtornos. Por isso, devem ser usados em conjunto a outras terapias que trabalhem no controle desses distúrbios.

Sendo assim, o uso dessas linhas terapêuticas farmacológicas deve ser mais controlado, haja vista que, atualmente, o uso desses tipos de medicamentos é deliberado. Com isso, é possível observar efeitos adversos que podem evoluir desde a respostas fisiológicas como náuseas ou aumento de peso até o aumento de casos de suicídio, o que nos coloca em uma perspectiva desfavorável no que diz respeito ao prognóstico desses transtornos.

Os distúrbios da saúde mental possuem grande diversidade e classificação ampla. Perante a esse fato, é fundamental a busca por variedades de tratamentos que a ciência médica nos proporciona, dentre elas, algumas práticas complementares à farmacoterapia tradicional, que podem trazer um melhor prognóstico em comparação ao tratamento medicamentoso isolado. (FRANK. et al, 2005)

Visto isso, essa revisão de literatura se mostra relevante para o atual cenário da saúde mental no mundo. Haja vista que, tem como objetivo avaliar a efetividade da medicina integrativa no controle da ansiedade e depressão em adultos.

A ansiedade e depressão são altamente prevalentes na população e até hoje existem poucos estudos que abordem as diferentes linhagens terapêuticas para tais doenças. (FISCHER. et al, 2014).

O uso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos aumentaram nos últimos anos, apesar de apresentarem eficácia limitada e efeitos colaterais substanciais (MAO, 2016). Em contrapartida, há um número significativo de pessoas diagnosticadas com ansiedade ou depressão que relatam a prática de uma ou mais terapias médicas complementares e alternativas para melhorias de seus sintomas (SHERMAN, et al., 2010). As terapias complementares possuem, cabida ou não, uma reputação positiva para um número importante de pessoas, sendo populares por seu

conceito “natural” e por promoverem uma maior adesão e aceitação em comparação com os medicamentos convencionais. (WERNECK, TURNER, & PRIEBE, 2006). Visto isso, pôde-se inferir que qualquer recurso terapêutico que demonstre efetividade deve ser incorporado ao tratamento, desde que seus efeitos sejam comprovadamente seguros.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ANSIEDADE

Vivemos numa sociedade urgente, rápida e ansiosa. Nunca as pessoas tiveram uma mente tão agitada e estressada. Paciência e tolerância a contrariedades estão se tornando artigos de luxo. (CURY, 2017)

O conceito de ansiedade se popularizou no século XXI, embora sua origem seja descrita muito antes. James Vere descreveu-a em seu livro sobre as “Desordens Internas”, em 1778. Os primeiros relatos de fobia, como ansiedade associada a circunstâncias específicas, foram atribuídos a dois casos de Hipócrates, enquanto um dos primeiros relatos na língua inglesa pode ser o de William Shakespeare em “O Mercador de Veneza”, descrevendo uma suposta fobia por gatos. Robert Burton (1621) descreveu vários transtornos de ansiedade com detalhes clássicos em sua “Anatomia da Melancolia”. (SIMS, 1988)

Contudo, a definição de ansiedade é controversa desde o seu início. Há diversas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que tentam definir e diferenciar esses transtornos. (BOULENGER, 1995)

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho e pode ser tão intensa e desagradável que impede o funcionamento adequado do indivíduo. (RAMOS, 2015)

Existem diversos tipos de transtornos de ansiedade, dentre eles: transtorno de ansiedade generalizada (TAG); síndrome do pânico; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); fobia social; transtorno de estresse pós-traumático; fobia específica; agorafobia.

#### 2.1.1 Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

O transtorno de ansiedade generalizada costuma ser uma doença crônica, com curtos períodos de remissão e importante causa de sofrimento durante vários anos. (RAMOS, 2015)

Apresenta comorbidade frequente com depressão e outros transtornos de ansiedade, como fobia social, fobias específicas e pânico. (ZUARDI, 2017)

A preocupação persistente e excessiva é a característica principal do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), porém essas preocupações são acompanhadas de sintomas físicos relacionados à hiperatividade autonômica e à tensão muscular. (ZUARDI, 2017)

A pessoa pode sentir tremores, inquietação, dor de cabeça, falta de ar, suor em excesso, palpitações, problemas gastrointestinais, irritabilidade e facilidade em alterar-se. Esses sintomas podem ocorrer na maioria dos dias por, pelo menos, seis meses. É muito difícil controlar a preocupação, o que pode gerar um esgotamento na saúde física e mental do indivíduo. (RAMOS,2015)

### 2.1.2 Síndrome do pânico

Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. (ARLINGTON, 2013)

Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: palpitações, coração acelerado, taquicardia; sudorese, tremores ou abalos; sensações de falta de ar e sufocamento; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou ondas de calor; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo); medo de perder o controle ou “enlouquecer”; medo de morrer. (ARLINGTON, 2013)

O primeiro ataque de pânico, muitas vezes, é completamente espontâneo, embora os ataques de pânico, em geral, ocorram após excitação, esforço físico, atividade sexual ou trauma emocional. (RAMOS,2015)

À medida que a pessoa tem a primeira crise e aprende que pode ter uma vivência tão sofrida, ela começa a ter medo de ter as crises. (PINHEIRO, 2004)

### 2.1.3 Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) atinge cerca de 5% da população do mundo. No Brasil, em torno de 4,5 milhões de pessoas sofrem desse transtorno.

É uma doença em que o indivíduo apresenta obsessões e compulsões, ou seja, sofre de ideias e/ou comportamentos que podem parecer absurdos ou ridículos para a própria pessoa e para os outros e, mesmo assim, são incontroláveis, repetitivas e persistentes. (RAMOS, 2015)

Tem geralmente um quadro de início precoce, curso crônico e flutuante, e com alta comorbidade com outros transtornos ansiosos e depressivos, além de uma grande diversidade fenomenológica, ou seja, diversos subtipos de apresentações clínicas. (TORRESAN. et. al, 2008)

Frequentemente as pessoas acometidas por esse transtorno escondem de amigos e familiares essas ideias e comportamentos, tanto por vergonha quanto por terem noção do absurdo das exigências auto impostas. (RAMOS, 2015)

As obsessões tendem a aumentar a ansiedade da pessoa ao passo que a execução de compulsões a reduz. Porém, se uma pessoa resiste a realização de uma compulsão ou é impedida de fazê-la, surge intensa ansiedade. (RAMOS, 2015)

### 2.1.4 Fobia Social

Podemos referir que o medo é uma emoção adaptativa. Contudo, há situações, em que o medo deixa de ser adaptativo. É o que acontece no caso das fobias. (GOUVEIA, 2000)

A fobia social (FS) representa um problema grave de saúde mental com características incapacitantes em suas diferentes formas de apresentação. A mais comum é o medo de ser humilhado ou ridicularizado em situações sociais por apresentar atitudes inadequadas ou sintomas de ansiedade como tremor, rubor, sudorese excessiva e desatenção. A interação social torna-se mais ameaçadora, se for associada a um descontrole motor observável em comportamentos, como beber, comer ou escrever. (ITO, M. L. et al, 2008)

### 2.1.5 Transtornos de estresse pós-traumático

O transtorno de estresse pós-traumático acontece quando se vivencia um trauma emocional de grande magnitude. Geralmente as situações estão relacionadas a uma ameaça real ou possível à sua vida ou integridade física e mental. (RAMOS, 2015)

A pessoa tem recordações com muita aflição, incluindo imagens ou pensamentos do trauma vivenciado. Há uma intensa necessidade de se evitar sentimentos, pensamentos, conversas, pessoas ou lugares que ativem recordações do trauma. Também pode ocorrer uma incapacidade de se recordar algum aspecto importante do trauma, uma dificuldade em conciliar e manter o sono, irritabilidade ou surtos de raiva e baixa concentração. (RAMOS, 2015)

### 2.1.6 Fobia Específica

As fobias específicas são atualmente agrupadas em subtipos que incluem fobias de animais, ambientes naturais, sangue e ferimentos e fobias situacionais. (RAMOS, 2007)

Medo exagerado, acentuado e persistente, irracional ou excessivo, de um objeto ou circunstância fóbica. A exposição ao estímulo fóbico (objeto ou situação) provoca uma resposta imediata de ansiedade que é caracterizada por sudorese, batimentos rápidos do coração, tremor das mãos, falta de ar, sensação de "frio" na barriga e mal estar. (RAMOS, 2015)

### 2.1.7 Agorafobia

A agorafobia é a evitação ou a persistente apreensão a respeito de situações das quais pode ser difícil escapar ou em que não há ajuda disponível em caso de ataque de sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas que poderiam incapacitar, como perda de controle intestinal ou vômito, desorientação ou sensação de queda. (BARLOW, 2016)

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) classifica-a como transtorno de ansiedade e define-a como comportamentos de esquiva ou ansiedade a locais ou situações das quais poderia ser difícil ou embaraçoso escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de

um ataque de pânico ou sintomas do tipo pânico, estabelecendo ainda uma distinção entre agorafobia com e sem ataques de pânico. (BARLOW, 2016)

Segundo estudos realizados pelo National Institute of Mental Health, aproximadamente um terço das pessoas com transtorno de pânico tornam-se agorafóbicas, evitando situações e lugares em que possa haver menor probabilidade de obterem ajuda, caso sejam acometidas por um novo ataque de pânico. (RAMOS, 2015)

Há uma opinião generalizada de que a ansiedade é uma característica dos tempos modernos e que a prevalência de transtornos de ansiedade aumentou devido a certas mudanças políticas, sociais, econômicas ou ambientais. (BANDELOW & MICHAELIS 2015). Essa suposta categorização se deve ao aumento no número de pessoas diagnosticadas com ansiedade a partir do século XXI, entretanto, não exclui o fato de que essa doença está presente na sociedade muito antes disso.

Um dos motivos para o crescente aumento dos números de casos diagnosticados com ansiedade é a demora na conclusão do diagnóstico. De acordo com uma pesquisa entre psiquiatras experientes no tratamento de transtornos de ansiedade, 45% dos pacientes sofreram de sintomas por 2 anos ou mais antes de serem corretamente diagnosticados com o transtorno. (BANDELOW & MICHAELIS 2015)

De acordo com pesquisas epidemiológicas, um terço da população é afetado por um transtorno de ansiedade durante a vida. Eles são mais comuns em mulheres. Durante a meia-idade, sua prevalência é mais alta. (BANDELOW & MICHAELIS, 2015)

Os transtornos de ansiedade geralmente resultam em altos custos com assistência médica e altos custos para a sociedade devido à ausência do trabalho e redução da qualidade de vida. (OLTHUIS. et al, 2015)

Estimou-se que, em 2004, os transtornos de ansiedade custaram mais de 41 bilhões de euros na União Europeia. Os resultados de uma pesquisa alemã mostraram que os custos excessivos associados a esses transtornos variavam de € 500 a € 1.600 por caso em 2004. Os dias de perda de trabalho para alguns transtornos

de ansiedade são maiores do que para transtornos somáticos comuns, como diabetes. (BANDELOW & MICHAELIS, 2015)

No estudo ESEMeD, apenas um quinto (20,6%) dos participantes com transtorno de ansiedade procurou ajuda. Dos que procuraram os serviços de saúde, 23,2% não receberam nenhum tratamento de todos. Dos demais, 30,8% receberam apenas tratamento medicamentoso, 19,6% apenas tratamento psicológico e 26,5 foram tratados tanto com medicamentos quanto com psicoterapia. (BANDELOW & MICHAELIS, 2015)

Nesse sentido, fica evidente que o tratamento com medicamentoso, principalmente com uso de benzodiazepínicos, é mais prevalente do que as terapias psicológicas ou a associação entre ambos. Isso é em parte maléfico, haja vista que esses são associados a diversos efeitos adversos. (PITTLER & ERNST, 2003)

## 2.2 DEPRESSÃO

A depressão é uma doença debilitante, muito comum na atualidade. Ela gera um nível de sobrecarga não apenas para o indivíduo que sofre, mas também para seus familiares e cuidadores (ABELHA, 2014). Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), “mais de 300 milhões de pessoas sofrem com esse distúrbio”. Embora esse número seja alto, a depressão ainda é um transtorno mental negligenciado, não sendo levado a sério como deveria. Desassociar a normalidade da patologia é complexo e agrava-se com a adição da estigmatização da doença. Além da singularidade e subjetividade da vida de cada um, fatores sociais também dificultam o mapeamento do que se denomina depressão.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde:

“O Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina – 5,8% da população sofre com o problema, afetando um total de 11,5 milhões de brasileiros – e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos.”

A depressão maior (DM) é uma psicopatologia que afeta, aproximadamente, 350 milhões de pessoas ao redor do mundo e lidera da lista do DALY (Disability-Adjusted Life Year - Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) (WHO, 2017; MONTALVO-ORTIZ. et.al, 2018). Estima-se que, 5% a 10% da população sofrerá com a doença ao longo da vida. Atualmente, a depressão representa a terceira causa de

doença mundial e em países desenvolvidos está em primeiro lugar. Os transtornos mentais representam-se 12% das doenças em todo mundo, tendo índices elevados (23%) em países desenvolvidos – Europa se destaca com um índice de 26,6%. Calcula-se, portanto, que a depressão estará em primeiro lugar como “doença mundial” até em 2030 (LOPES, 2005). Em relação ao gênero, a incidência de desenvolver a doença é de 10% para mulheres e 5% para homens. As diferenças apresentadas entre o sexo feminino e masculino justificam-se pelos aspectos fisiológicos, o papel social desempenhado pelo gênero e pela maior sensibilidade emocional das mulheres. (SOUSA, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, publicado em agosto de 2019:

“As causas que levam a esse distúrbio são multifatoriais, envolvendo fatores genéticos, biológicos e ambientais. Além disso, existem alguns fatores que são considerados de risco para o desenvolvimento da doença, como: histórico familiar, estresse crônico, ansiedade crônica, disfunções hormonais, dependência de drogas lícitas e ilícitas, traumas psicológicos, entre outros. [...] A depressão pode se apresentar de diversas maneiras – aguda ou crônica, variando de pessoa para pessoa. Dela, existem classificações em subtipos: distímia, que é o quadro mais leve e crônico; depressão endógena; depressão atípica; depressão sazonal; depressão psicótica (forma mais grave – caracterizado pela presença de delírios e alucinações); depressão secundária e depressão bipolar. Dentre todos os quadros abordados, a forma mais grave pode levar ao suicídio. Sua sintomatologia é múltipla, baseada em humor depressivo com sensação de tristeza e sentimento de culpa, falta de energia e cansaço excessivo, falta de concentração, insônia, redução do apetite e do interesse sexual, além de dores e sintomas físicos difusos.”

O termo “depressão” tem origem do latim *depressus*, ato de deprimir-se. No ocidente, a primeira classificação dos distúrbios mentais surge no século VI a.C. Fala-se, pela primeira vez, em melancolia e mania (KOLB, 1977). A melancolia na antiguidade clássica era definida em termos de características comportamentais evidentes, tais como motilidade reduzida e prostração (ROCCATAGLIATA, 1973; SIMON, 1978). Nessa época, Hipócrates descreve a teoria humoral, segundo a qual o comportamento seria governado pelo equilíbrio de quatro níveis de humores: bile negra, bile amarela, fleuma e sangue. A predominância da bile negra caracterizava a melancolia (grego: melan = negro, cholis = bile) (HOLMES, 2001).

No final do século XVIII, a psicologia das faculdades mentais experimentou um renascimento, particularmente nas obras de Kant, Reid e Stewart (BERRIOS, 1988). É durante o iluminismo que o químico e psiquiatra britânico William Cullen emprega pela primeira vez o termo “neurose”. Cullen sugere que as doenças mentais estavam

relacionadas ao sistema nervoso e que a melancolia era oriunda de um desequilíbrio cerebral, resultando no comprometimento do indivíduo (BARBOSA. et al, 2012). Outrossim, o médico classifica a melancolia como “uma alteração da função nervosa, e não, como outrora se pensava, dos humores” (CORDÁS & EMILIO, 2017).

Conforme Solomon (2002), a primeira metade do século XIX foi profícua nos estudos da depressão, em especial no território francês. O médico Philippe Pinel induz o caráter humanizado no tratamento, abandona a visão intelectualista da loucura gerada pelo associacionismo Lockeano e direciona-se para a psicologia das faculdades mentais, a fim de classificar a melancolia como doença e destacar a predisposição desses pacientes a cometerem suicídio.

Freud, em 1917, com a publicação do artigo, “Luto e Melancolia”, conceitua a melancolia como forma patológica do luto. Ele destaca interferências somáticas e psicogênicas na extensa área clínica da melancolia e classifica o transtorno afetivo levando em conta aspectos neuroquímicos, psicossociais e genéticos (STONE, 1999). A depressão passa então a ser considerada como forma atenuada da melancolia a qual domina a subjetividade contemporânea (ROUDINESCO, 2000). A evolução do pensamento de Sigmund Freud consolidou definitivamente a transição da psiquiatria vitoriana do século XIX para a psiquiatria moderna no início do século XX. A psicanálise de Freud incidiu diretamente na criação de psicoterapias, e as bases neurobiológicas nas amplas práticas da psiquiatria, e, conseqüentemente, na síndrome depressiva (LOPES, 2005). A prática da saúde mental passa a se dividir em psicanálise – alicerçada em fundamentos psicológicos; e em psiquiatria científica – fundamentada em bases neurobiológicas. Um amplo acesso a psicofármacos, e o incentivo à análise de substratos neurobiológicos de diferentes transtornos mentais tem impacto significativo nas definições da síndrome depressiva (CANALE; FULAN, 2006). “[...] com o advento dos psicofármacos e a criação da OMS, impulsionaram a tentativa de construir uma classificação internacional das doenças” (GONÇALES; MACHADO, 2007, p. 5).

O comitê de estatística da Associação Americana de Psicologia (APA) cria, em 1952, o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o qual foi posteriormente denominado DSM-I. Por esse motivo, a década de 1950 é frequentemente considerada a “década de ouro” da psicofarmacologia mundial. O

termo “depressão” começa a aparecer mais intensamente nos dicionários médicos a partir de 1980. Ele passa a ser amplamente aceito, enquanto o termo “melancolia” é cada vez mais restringido. (CORDÁS & EMILÍO, 2017, p. 112). Ao longo dos anos, a prática clínica e a pesquisa científica foram aprofundando os conhecimentos sobre a Depressão Maior, os quais foram sendo atualizados nas edições posteriores do DSM.

Atualmente, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (2013, p. 255), o transtorno depressivo tem como características: “presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”. No momento presente, as pessoas foram forçadas a lidar com a descartabilidade, a novidade e as perspectivas de obsolescência instantânea. Em comparação com a vida numa sociedade que se transforma com menos rapidez, hoje fluem mais situações em qualquer intervalo de tempo dado isso implica profundas mudanças na psicologia humana. (BERLINCK, 2008, p. 153).

A depressão pode ser identificada e tratada na atenção básica, e, por isso, deve haver campanhas de conscientização que incentivem pessoas com os sintomas presentes a buscarem ajuda. (ABELHA, 2014)

### 2.3 MEDICINA INTEGRATIVA

“Existem cinco lógicas ou modos de produção da não existência de um conhecimento entre aqueles considerados importantes. Dentre essas, a da monocultura do saber” <sup>(1)</sup> faz com que tudo que não seja diretamente associado à ciência moderna e à cultura erudita ocidental seja considerado menor ou, quando muito, alternativo. Esse processo de secundarização de práticas de cuidado e cura no campo da saúde constitui um bom exemplo de ausências que precisam ser reveladas. (BARROS, 2010)

É possível observar as diferentes práticas que já existiram dentro da medicina ao longo dos séculos. Essas são baseadas nas organizações sociais, bases políticas e culturais de cada época. Temos hoje o modelo ocidental, o biomédico, o qual apresentou fantásticas soluções para problemas da saúde e doença. No entanto, é possível observar uma redução da adesão aos tratamentos devido a sua dicotomia do cuidado e à superespecialização nas diversas áreas da medicina. (LUZ. et al, 2006)

A medicina integrativa pode ser definida como:

“A medicina integrativa pode ser definida como a prática da medicina que reafirma a importância da relação entre paciente e profissional de saúde, com foco na pessoa e na sua integralidade, sendo informada por evidências científicas e utilizando todas as abordagens terapêuticas, profissionais de saúde e disciplinas, para obter as mais apropriadas condições de cuidado e cura” (BARROS, 2010)

Como uma exemplificação, temos a Medicina Tradicional Chinesa como grande representante na área de Medicina Integrativa. Contudo, devido à abordagem e terminologia utilizada nessa linhagem, houve uma rejeição baseada meramente em ignorância e preconceito por parte da medicina tradicional ocidental. Isso referente não somente à essa, mas a todas as práticas não ocidentais que são em sua maioria baseadas em ensaios clínicos feitos por milhares de anos em incontáveis pacientes. (STEINHORN. et al, 2017)

Nas décadas de 60 e 70, temos a ascensão de movimentos alternativos e, com isso, o surgimento da terminologia para medicina alternativa. <sup>(2)</sup> Seu fortalecimento tem como principal fator a mudança do perfil de morbimortalidade, com a diminuição das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas em alguns países; aumento da expectativa de vida; crítica à relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes, em que o profissional não fornece informações suficientes sobre o tratamento e cura do paciente; consciência de que a medicina convencional é limitada para certas doenças, principalmente as crônicas; insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde com longas listas de espera e restrições financeiras; informação sobre o risco dos efeitos colaterais no uso de medicamentos ou intervenções cirúrgicas. (LUZ. et al., 2006)

Logo em seguida, na década de 80, tendo em vista que o mundo vivia um processo de desconstrução da polarização, assumiu-se uma perspectiva mais inclusiva e surge o conceito de complementariedade que dá origem a medicina complementar - visa à inclusão de novas maneiras de tratamento em conjunto com as já tradicionais -.

“Nos Estados Unidos, aconteceu a criação do *National Center of Complementary and Alternative Medicine*, com a dimensão dos grandes

centros nacionais do *National Institute of Health*. Globalmente, o Programa de Medicina Tradicional, da Organização Mundial de Saúde (OMS), ganhou relevância publicando vários documentos, dentre eles a estratégia de implantação das medicinas alternativas e complementares para os seus países membro". (BARROS, 2010)

Um desses documentos elucida alguns tópicos importantes a serem desenvolvidos para que a medicina complementar pudesse ser implantada. Seriam esses: (a) Política nacional e quadro dos trabalhos no legislativo; (b) Segurança, eficácia e qualidade; (c) Acesso; (d) Uso racional. (BARROS, 2010)

A terminologia Medicina Integrativa surge em meados da década de 2000, que engloba tanto a medicina complementar quanto a alternativa. Ganhou destaque com o debate sobre a necessidade de se criar um ambiente inclusivo no campo da saúde, baseado no conceito de pluralismo terapêutico e orientado para responder à agenda construída pela OMS. (BARROS, 2010)

Essa ideia trouxe para os domínios da ciência normal biomédica a proposta da construção de um novo paradigma, ou seja, um novo conjunto de saberes e práticas que guiam os profissionais no âmbito do ensino (permitindo reprodução), pesquisa (viabilizando a criação de investigações específicas sobre novos temas) e assistência (inserindo novas práticas nos protocolos convencionais de cuidado).<sup>(2)</sup> No entanto, a proposta não é substitutiva do novo paradigma pelo anterior, e sim uma interação entre ambas. De forma que haja uma valorização do conhecimento da medicina convencional em paralelo ao reconhecimento da longa história de outras práticas médicas de cuidado e cura. (LIMA, 2009)

Muitas são as dúvidas em relação ao acesso a essas terapias. Que, embora estejam crescendo e se popularizando, carecem de informações por parte do sistema. Entretanto, No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) iniciaram-se a partir da década de 1980. (DE MEDEIROS & LIMA, 2010)

Além disso, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados membros a formular e implementar políticas públicas para uso racional e integrado da Medicina tradicional e de terapias complementares nos sistemas nacionais de atenção

à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. (DE MEDEIROS & LIMA., 2010)

O maior impasse atualmente são as limitações no tamanho e no poder de alguns estudos que carecem de controles adequados para suas validações. Apesar disso, o uso dessas terapias está aumentando entre todos os americanos, com uma mudança para as abordagens mente-corpo observada nas estatísticas nacionais mais recentes. Pesquisas apontam que \$ 30,2 bilhões são gastos em terapias complementares nos EUA. (STEINHORN. et al., 2017)

#### 2.4 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Haja vista que os transtornos de ansiedade e de depressão são distúrbios crônicos e incessantes, que acometem grande parte da população, deve-se ter mais atenção em relação ao controle desses distúrbios (MAYO-WILSON, 2013). Nesse sentido, deve ser levado em conta não só as terapias farmacológicas usuais, mas também as práticas médicas integrativas supracitadas.

As terapias médicas integrativas, como já foi pontuado, buscam unir diferentes áreas e profissionais da saúde, com intuito de montar uma terapia integrada para tratar o paciente. Esse conceito pode ser aplicado no controle da ansiedade ou da depressão, ao passo que inclui terapias comportamentais (TCC) - como terapias mente-corpo (meditações, hipnose, imagens), cura energética (reiki, terapias eletromagnéticas) e terapias manipulativas e corporais (quiropraxia, massagens, acupuntura) - além de terapias farmacológicas alternativas, como fitoterápicos, homeopatia. (BYSTRITSKY. et al., 2012)

O uso de sistemas médicos alternativos e terapias de base biológica pode ter sido potencialmente motivado pela desconfiança dos agentes farmacológicos atuais, bem como pela possível crença dos pacientes de que a medicina natural e à base de plantas é mais segura e possivelmente mais eficaz (BYSTRITSKY. et al., 2012). Haja vista que, alguns fitoterápicos comuns como a camomila e o Kava (extraído a partir do rizoma da planta de Kava), se mostram efetivos para uma melhora no bem-estar psicológico desses pacientes com ansiedade ou depressão. Além de que, em ambos

os tratamentos, não se nota efeitos adversos significativos. (WERNECK, TURNER, & PRIEBE, 2006) (MAO, 2016)

Do ponto de vista da cura energética, vale ressaltar o papel da acupuntura no controle dos sintomas da ansiedade e depressão. Segundo essa linhagem terapêutica, todas as estruturas do organismo encontram-se originalmente em equilíbrio pela atuação das energias Yin (negativas) e yang (positivas), e quando esse equilíbrio é quebrado, o corpo responde negativamente. (DE SOUZA. et al., 2012) O tratamento com uso de acupuntura se baseia na inserção de agulhas finas em diferentes regiões do corpo, a fim de corrigir essas instabilidades de energia. (SMITH. et al, 2018). Os resultados indicam efeitos benéficos nas funções do sistema neurovegetativo simpático e parassimpático, com participação de vários neurotransmissores como serotonina, dopamina, acetilcolina, noradrenalina, entre outros, que são induzidos pela acupuntura, e que acabam por diminuir os sintomas de ansiedade e depressão e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. (DE SOUZA. et al., 2012)

Algumas terapias comportamentais de baixo custo podem ser incluídas, visando beneficiar, também, aqueles pacientes que não procuram nenhuma assistência médica devido às circunstâncias econômicas e sociais as quais vivem. Exemplo disso é a terapia comportamental de autoajuda que utiliza áudios, textos e vídeos que podem ser assistidos por quaisquer indivíduos e em qualquer lugar, não sendo necessário, portanto, um deslocamento e nem um financiamento contínuo do terapeuta, haja vista que esse só participa do processo de criação (MAYO-WILSON, 2013). Além disso, pode-se citar, também, o tratamento da massagem terapêutica, a qual é feita por um profissional massagista, em ambientes de relaxamento, com objetivo de relaxar a musculatura e controlar a ansiedade, mesmo que momentaneamente. Essa terapia por sua vez, é consideravelmente mais barata que outros tratamentos alternativos. (SHERMAN, et al., 2010).

Ademais, existe uma terapêutica complementar de entrega à distância, chamada de Terapia Comportamental Cognitiva pela Internet (ICBT), na qual a TCC é entregue pela Internet com um terapeuta que fornece suporte por telefone ou e-mail é uma maneira de minimizar as barreiras ao tratamento e aumentar o acesso aos cuidados, enquanto ainda oferece tratamento empírico e mostra-se eficaz para

controlar alguns transtornos psicológicos, tais como a ansiedade e depressão.  
(OLTHUIS. et al., 2015)

### 3. METODOLOGIA

Esse trabalho é uma revisão de literatura que tem como objetivo aprofundar o conhecimento em relação as práticas médicas integrativas e suas aplicações no controle da ansiedade ou depressão. Portanto, os resultados das pesquisas sobre esse assunto foram analisados e sintetizados cuidadosamente pelos redatores.

A metodologia para essa revisão de literatura se estabeleceu por meio de uma busca para identificar artigos que avaliam a questão do estudo na base de dados PUBMED, COCHRANE e MEDLINE, publicadas no período de 2009 a 2020.

Foram incluídos artigos realizados em humanos, maiores de 18 anos, diagnosticados com ansiedade ou depressão e que tenham sido publicados na língua inglesa. E foram excluídos todos aqueles que não se encaixavam nesses critérios, dentre eles; artigos que tinham como população crianças e adolescentes, artigos que não tinham o diagnóstico final estabelecido de ansiedade ou depressão, além daqueles que não tinham informações consistentes a respeito do assunto, ou que não foram publicados na língua inglesa.

A estratégia de busca utilizada foi dividida em três domínios:

População: Humanos diagnosticados com ansiedade ou depressão. Os termos foram buscados na base de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS);

Intervenção: Termos utilizados para descrever diferentes práticas relacionadas à medicina integrativa, buscados na base de descritores da BVS;

Tipo de estudo: termos utilizados para classificação de ensaios clínicos nas revisões sistemáticas da Cochrane.

Buscamos cada um desses domínios isoladamente, e depois em uma estratégia combinada, os dados foram organizados em uma tabela.

Domínios	Estratégia de busca	Resultado
População	GAD (generalized anxiety disorder).ti,ab. OR Anxiety Disorders.ti,ab. OR Neurotic Anxiety States.ti,ab. OR Anxiety Neurosis.ti,ab. OR Anxious Disorders.ti,ab. OR	86.424

	Anguish Disorders.ti,ab. OR Depression.ti.ab. Depressive Symptoms.ti.ab. OR Cortical Spreading Depression.ti.ab. OR Depressive Disorder. ti.ab.	
Intervenção	Alternative medicine.ti,ab. OR Plant Magnetism.ti,ab OR Complementary Medicine.ti,ab OR Complementary and Integrative Medicine.ti,ab. OR Integrative and Complementary Medicine.ti,ab. OR Complementary and Integrative Practices.ti,ab. OR Integrative and Complementary Practices.ti,ab. OR Complementary and Integrative Health Practices.ti,ab. OR Integrative and Complementary Health Practices.ti,ab. OR Alternative Therapies.ti,ab. OR Complementary and Integrative Therapies.ti,ab. OR Holistic Health.ti,ab.	299.079
Tipo de publicação	exp Randomized Controlled Trial/ OR controlled clinical trial.pt. OR randomized controlled trials.ti,ab. OR random allocation.ti,ab. OR double-blind method.ti,ab. OR single-blind method.ti,ab. OR clinical trial.ti,ab. OR clinical trial.pt. OR singl*.tw. OR doubl*.tw. OR trebl*.tw. OR tripl*.tw. OR mask*.tw. OR blind*.tw. OR placebo*.tw. OR random*.tw. OR Comparative Study/ OR Evaluation Studies/ OR Follow-Up Studies/ OR Prospective Studies/ OR control*.tw. OR prospectiv*.tw. OR volunteer*.tw	1798.252
Estratégia combinada	GAD (generalized anxiety disorder).ti,ab. OR Anxiety Disorders.ti,ab. OR Neurotic Anxiety States.ti,ab. OR Anxiety Neurosis.ti,ab. OR Anxious Disorders.ti,ab. OR Anguish Disorders.ti,ab OR Depression.ti.ab. Depressive Symptoms.ti.ab. OR Cortical Spreading Depression.ti.ab. OR Depressive Disorder. ti.ab. OR AND Alternative medicine.ti,ab. OR Plant Magnetism.ti,ab OR Alternative medicine.ti,ab. OR Complementary Medicine.ti,ab OR Complementary	232

	<p>and Integrative Medicine.ti,ab. OR Integrative and Complementary Medicine.ti,ab. OR Complementary and Integrative Practices.ti,ab. OR Integrative and Complementary Practices.ti,ab. OR Complementary and Integrative Health Practices.ti,ab. OR Integrative and Complementary Health Practices.ti,ab. OR Alternative Therapies.ti,ab. OR Complementary and Integrative Therapies.ti,ab. OR Holistic Health.ti,ab. AND exp Randomized Controlled Trial/ OR controlled clinical trial.pt. OR randomized controlled trials.ti,ab. OR random allocation.ti,ab. OR double-blind method.ti,ab. OR single-blind method.ti,ab. OR clinical trial.ti,ab. OR clinical trial.pt. OR singl*.tw. OR doubl*.tw. OR trebl*.tw. OR tripl*.tw. OR mask*.tw. OR blind*.tw. OR placebo*.tw. OR random*.tw. OR Comparative Study/ OR Evaluation Studies/ OR Follow-Up Studies/ OR Prospective Studies/ OR control*.tw. OR prospectiv*.tw. OR volunteer*.tw</p>	
--	--	--

Ao buscarmos os descritores nas bases de dados do MEDLINE, encontramos 86.424 artigos que se relacionavam com a nossa população abrangente (pacientes diagnosticados com ansiedade ou depressão). Já quando buscamos o tipo de intervenção (tratamento), encontramos 299.079 referências que se relacionavam com nosso domínio. E, ao pesquisarmos os descritores do “tipo de publicação” que nossa revisão abrange, encontramos 1.798.252 artigos.

Além de buscarmos esses termos isoladamente, combinações foram testadas, a fim de se obter a maior quantidade de referências. A combinação que se revelou mais sensível foi a seguinte: GAD AND DEPRESSION AND THERAPIES. Foram obtidos 232 artigos.

As referências bibliográficas obtidas pela estratégia de busca foram exportadas para um software para gerenciar referências (EndNoteWEB). Isso permitiu aos revisores eliminar as duplicações e acompanhar os estudos incluídos e excluídos.

#### 4. RESULTADOS

A revisão sistemática de Hunot avaliou 25 estudos com 1305 pessoas. Por meio dela, o autor propõe que os benzodiazepínicos sejam usados por no máximo 2 a 4 semanas. No entanto, ressaltou que a população de estudo é muito pequena para se mostrar relevante e chegar a uma conclusão perspicaz.

A partir da revisão de literatura de Zhao, que analisou 19 estudos, 10 mostraram o efeito da música no controle da ansiedade ou depressão. Entretanto, o autor afirma que os ensaios clínicos eram de pouca qualidade.

Pela revisão sistemática de Mayo-Wilson, composta por 8403 pessoas, a TCC em curto prazo se mostrou eficaz. Já a longo prazo, não teve evidências e em comparação com outras terapias existem poucos estudos.

Na revisão sistemática de Oithuis, baseada em 38 estudos, com 3214 participantes, a Terapia comportamental Aplicada pela Internet (ICBT) comparada a outras terapias teve maior adesão de pessoas com mobilidade limitada. Contudo, o autor afirma que uma atualização é necessária para chegar a uma conclusão relevante.

Pittler fez uma revisão sistemática com 12 estudos randomizados (n=700), na qual avalia a eficácia do extrato de Kava, que se mostrou relevante no controle dos sintomas de ansiedade ou depressão. No entanto, devido à falta de robustez, é impossível afirmar a real eficácia, uma vez que o estudo foi baseado em uma amostra pequena.

Mao fez um ensaio clínico randomizado com 179 pessoas, em que afirmou que a Camomila é segura, mas é necessário mais exames e uma população maior para uma melhor conclusão.

Dentre todos os estudos avaliados pela nossa revisão, a revisão sistemática de Linde, composta por 29 estudos (n= 5489), se mostrou a mais relevante, devido a maior população abrangente. O autor chegou a conclusão de que a erva de São João se mostrou superior ao placebo no tratamento dos sintomas moderados e severos da depressão e se compara ao uso de antidepressivos básicos.

Saeed realizou uma revisão de literatura, que avaliou o benefício da prática de exercícios físicos, yoga e meditações no controle da ansiedade ou depressão. Essa não apresenta estudos relevantes, entretanto demonstra ausência de malefícios e, por isso, pode ser usada como terapia adjuvante.

Um ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia da massagem terapêutica, realizado por Sherman, com 68 pessoas, mostrou que essa é mais barata e mais segura, porém o reduzido número de pessoas torna o estudo insignificante.

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em associação com a Universidade de Oxford, estima-se que 1 em cada 10 pessoas no mundo sofre de algum transtorno mental, sendo majoritariamente os transtornos de ansiedade e depressão. Afirmam também que, no Brasil, cerca de 12,3 milhões de pessoas sofrem de transtornos de ansiedade e 6,7 milhões de depressão.

Tanto a ansiedade quanto a depressão reduzem a qualidade de vida, ao passo que criam barreiras para o desenvolvimento e produtividade do ser humano. Além disso, observa-se os altos custos com assistência médica que são causados, o que para um sistema de saúde já sobrecarregado torna-se algo pertinente. (OLTHUIS. et al., 2015)

O tratamento desses distúrbios ainda não é totalmente elucidado e por isso deve ser analisado diversas formas para isso. Atualmente costumam partir de diversos vieses em associação com várias classes farmacológicas. Observa-se também, a disseminação de outras práticas que não somente a medicamentosa para o tratamento desses transtornos. Terapias cognitivas comportamentais ou o uso de fitoterápicos são alternativas que, frequentemente, são abordadas.

Considerando que há poucos trabalhos que fazem referência ao uso de terapias alternativas para o controle da ansiedade ou depressão, essa revisão se desenvolveu a partir de uma busca ampla na literatura, que procurou utilizar termos abrangentes sobre o assunto a fim de torná-la sensível o suficiente para não perder qualquer publicação sobre o tema, e dessa forma se mostrar relevante para o atual cenário da saúde mental no mundo.

Os 9 artigos que por fim foram selecionados para essa revisão baseiam-se em ensaios clínicos controlados, revisões sistemáticas, estudos retrospectivos e prospectivos, sendo todos publicados entre 2009 e 2020.

Dentre eles, foi selecionada uma revisão sistemática que demonstrou bastante relevância no que diz respeito ao tratamento farmacológico da ansiedade ou

depressão, posto que a base farmacológica desses tratamentos são os benzodiazepínicos, os quais ao serem usados por um longo período de tempo demonstram comprovadamente efeitos de tolerância e dependência. Hunot e Teixeira, nessa revisão, afirmam que devido a esses efeitos adversos, a recomendação é que os benzodiazepínicos não sejam usados por mais que 2-4 semanas no tratamento da ansiedade generalizada ou da depressão. (HUNOT V. et al., 2007)

Visto isso, é importante atrelar ao tratamento farmacológico outras terapias, como é o caso das terapias comportamentais (TCC), tratamento com fitoterápicos, práticas de exercícios, meditações e até massagens relaxantes.

Em um outro estudo selecionado para essa revisão de literatura, uma revisão sistemática publicada no *International Journal of Geriatric Psychiatry*, baseado no controle da ansiedade ou depressão por meio da música, foi extraído que quando esta for associada à outras terapias farmacológicas que o grupo já estava em uso, 10 dos 19 estudos mostraram efeitos fortes e significantes na redução dos sintomas da ansiedade e da depressão. (ZHAO K. et al, 2016)

Em relação à TCC (terapia comportamental), foram selecionados 2 artigos para serem incluídos nessa revisão, são eles um estudo escrito por Mayo-wilson e outro uma revisão sistemática de Hunot e Teixeira. Em ambos, a terapia se mostrou eficaz na redução dos sintomas de ansiedade e de depressão. Entretanto, o corpo de evidências que compararam essa terapia a outras terapias psicológicas se mostraram pequenos e heterogêneos, o que impede de tirar grandes conclusões. (HUNOT V., et al, 2007) (MAYO-WILSON, 2013)

Uma outra forma de terapia comportamental é a Terapia Comportamental Aplicada pela Internet (ICBT). Essa também se mostrou relevante para ser incluída nessa revisão; uma vez que, de acordo com a revisão sistemática de Oithuis e Watt, a TCC entregue pela internet com um terapeuta que fornece suporte telefônico ou e-mail, mostrou-se relevante por ser uma maneira de minimizar as barreiras de tratamento e aumentar o acesso aos cuidados. Essa abordagem ao ser comparada a outras terapias se mostrou eficaz por ter maior adesão de pessoas com mobilidade

limitada ou que buscam mais privacidade - devido a um grau de anonimato visual. (OLTHUIS. et al., 2015)

Um ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia e segurança do extrato de Kava no tratamento da ansiedade ou da depressão também foi selecionado pelos critérios de inclusão dessa revisão. O Kava é uma bebida preparada a partir do rizoma da planta de kava, que quando comparado ao placebo, mostrou bons resultados para um tratamento sintomático, sendo eficaz e seguro. Entretanto, o ensaio carece de robustez pois é baseado em uma amostra relativamente pequena. (PITTLER. et al., 2003)

Dois outros fitoterápicos que também se mostraram eficazes no controle dos sintomas da ansiedade ou da depressão, são a Camomila (*Matricaria chamomilla*) e o extrato da erva de São João (*Hypericum perforatum L.*).

A camomila (*Matricaria chamomilla*) é um dos remédios fitoterápicos mais amplamente utilizados no mundo; ela tem atividade ansiolítica e antidepressiva. Em um estudo publicado na International Journal of Phytotherapy and Phytopharmacology, o ensaio clínico randomizado tinha como objetivo analisar a eficácia e a segurança da camomila para ansiedade e depressão. Ela se mostrou segura e com poucos efeitos colaterais leves que eram indistinguíveis do placebo. O uso contínuo da camomila também foi associado a redução dos sintomas do transtorno generalizado da ansiedade (GAD), mas requer exames mais aprofundados e estudos em larga escala. (MAO, 2016)

Em relação ao extrato da erva de São João (*Hypericum perforatum L.*), foi analisado uma revisão sistemática de Linde e Berner que se baseou no uso do extrato para o controle da ansiedade e depressão. Os resultados são de 29 estudos em 5.489 pacientes com depressão que compararam o tratamento por 4 a 12 semanas com o tratamento placebo ou antidepressivos padrão. A partir dessa análise, sugere-se que os extratos de hypericum testados nos estudos são superiores ao placebo em pacientes com depressão maior e têm menos efeitos colaterais do que os antidepressivos padrão, sendo igualmente eficazes. (LINDE. et al, 2019)

Além desses, foi selecionado um estudo de Saeed e Cunningham que faz referência aos benefícios do exercício físico, yoga e meditações para o controle da ansiedade ou depressão. A partir dele, pode-se concluir que terapias não farmacológicas como exercícios aeróbicos, yoga, meditação, Tai Chi ou Qi Gong podem ajudar no controle da ansiedade ou depressão, podendo ser potencializado se combinados a outras terapias farmacológicas ou não farmacológicas. Apesar de, até então, não haver estudos suficientes que sustentem essa proposta, não há qualquer malefício registrado ao uso dessas alternativas, sendo portanto, recomendadas como adjuvantes. (SAEED. et al, 2019)

No que diz respeito a massagem terapêutica, foi incluído nessa revisão de literatura um ensaio clínico randomizado de Sherman e Ludman, no qual o tratamento para a ansiedade consistiu em uma massagem em regiões centrais específicas do corpo ou de grupos musculares. É realizando liberação miofascial indireta e projetada para mediar a movimentação autônoma do sistema nervoso e liberar a fáscia. Durante todo o tratamento os participantes apresentaram redução significativa dos sintomas de ansiedade. Foi considerado relativamente mais barato e seguro que os outros tratamentos e, por isso, é mais plausível em algumas situações econômicas e determinados pacientes. (SHERMAN. et al., 2010).

## 5. CONCLUSÃO

É certo que os antidepressivos e ansiolíticos fazem parte da linhagem de tratamento para distúrbios da saúde mental. Contudo, esses medicamentos devem ser usados com efeito de conter crises depressivas ou ansiosas que podem vir a surgir ao longo desses transtornos, uma vez que é possível observar efeitos adversos que podem evoluir desde respostas fisiológicas como náuseas ou aumento de peso até o aumento de casos de suicídio. O que nos coloca em uma perspectiva desfavorável no que diz respeito ao prognóstico desses transtornos.

Considerando que existem poucos trabalhos efetivos relacionados ao uso de terapias alternativas para o controle da ansiedade ou depressão, conclui-se a partir dessa revisão de literatura que o tratamento desses distúrbios ainda não foi totalmente elucidado, e por isso deve-se partir de diversos vieses que não somente os medicamentosos, atrelando a esses outras terapias como as TCCs, tratamentos com fitoterápicos, práticas de exercícios físicos, meditações e até massagens relaxantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. **cad. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 223. sept. 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Artmed Editora**. 2013.
- ARLINGTON, V. A. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. **Associação Psiquiátrica Americana**. v. 5, 2013.
- BARBOSA, F. O. et al. Depressão e Suicídio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013)>. Acesso em: 20 out. 2020.
- BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Dialogues Clin Neurosci**. 2015.
- BARLOW, H. D. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo. **Editora Artmed**. 2016.
- BARROS, N. F. Medicina alternativa, complementar e integrativa: problema, dilema e desafio para o campo da saúde. **Educ. Contin. Saúde Einstein**. 8. ed. 2010.
- BERLINCK, L. C. Melancolia: rastros de dor e de perda. São Paulo: Humanitas, **Associação de Acompanhamento Terapêutico**. 2008.
- BERRIOS, G. E. The historical development of abnormal psychology. **Textbook of Abnormal Psychology**. London: Churchill Livingstone, 1988.
- BOULENGER, J. P. Le traitement de l'anxiété généralisée: approches pharmacologiques nouvelles. **Encephale**. França, 1995. BVS. Fev. 2011. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/224\\_ansiedade.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/224_ansiedade.html)>. Acesso em: 26, março, 2020.
- BYSTRITSKY A. et al. Use of complementary and alternative medicine in a large sample of anxiety patients. **Psychosomatics**, v. 53. 2012.

- CANALE, A.; FURLAN, M. M. Depressão. **Revista Mundi**, Maringá, v. 10. n 2, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/1992285082-1-PB%20(5).pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.
- CORDÁS, T. A.; EMILÍO, M. S. História da melancolia. Porto Alegre: Artmed, p. 112, 2017.
- CURY, A. J. Ansiedade: como enfrentar o mal do século. **Saraiva Educação S.A.**, 2017.
- DE MEDEIROS. R.; LIMA, P. T. Acesso às terapias complementares cresce no SUS. **Educ. Contin. Saúde Einstein**. 8. ed. 2010.
- DE SOUZA, L. G. C.; MEJIA, D. P. M. o auxílio da acupuntura no tratamento dos sintomas da ansiedade e depressão. 2012.
- FISCHER, F. H. et al. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: guidelines for future research. **BMC Complement altern med**, v.14. 2014.
- FRANK, G. R. et al. Mental Health Policy and Psychotropic Drugs. **The Milbank quarterly**, v.83. 2005.
- GOUVEIA, J. P. Ansiedade Social: Da Timidez à Fobia Social. **Quarteto Editora**. 2000.
- GONÇALES, C. A.; MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: de que século? **Revista enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n 2, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2020.
- HOLMES, D. S. Psicologia dos Transtornos Mentais. 2 ed. **Artes Médicas Editora**. 2001.
- HUNOT, V. et al. **Psychological therapies for generalised anxiety disorder (Review)**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007.
- ITO, M. L. et al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 35. 2008.
- KOLB, L. C. Psiquiatria Clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1977.

LINDE, K. et al. **St. John's wort for major depression**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019.

LOPES, Janaína Parreira. **Depressão: uma doença da contemporaneidade: uma visão analítico-comportamental**. Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3069/2/20074556.pdf> f>. Acesso em: 20 out. 2020.

LUZ, M. T. et al. Medicina integrativa, política pública de saúde conveniente. **Jornal da Unicamp**, São Paulo. 334. ed. 2006.

MAO, J. J. Long-term chamomile (*Matricaria chamomilla* L.) treatment for generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology*, v. 23. 2016.

MAYO-WILSON, E. M. P. **Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Mental Health Medications**. 2016. Disponível em: <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml> > . Acesso em: 31, junho, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. 2019. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>>. Acesso em: 21, março, 2020.

MONTALVO-ORTIZ, J. et al. GenomeWide Epigenetic Signatures of Major Depressive Disorder in Women. *Biological Psychiatry*. 2018.

OITHUIS J. V. et al. **Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. 3. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

- PAREKH, R. et al. What Are Anxiety Disorders. **American Psychiatric Association**. 2017.
- PINHEIRO, M. A clínica da síndrome do pânico. **IGT na rede**. v.1. 2004.
- PITTLER, M. H.; ERNST, E. **Kava extract versus placebo for treating anxiety**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003.
- RAMOS, R. T. Fobias específicas: classificação baseada na fisiopatologia. **Novos Caminhos em Pesquisa**. 2007.
- RAMOS, W. F. transtornos de ansiedade. São Paulo, 2015.
- DATTANI, S.; RITCHIE, H.; ROSER, M. Mental Health. **Our world in data**. 2020. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/mental-health>>. Acesso em: 10, maio, 2020
- ROCCATAGLIATA, G. Storia della Psichiatria Antica. Milano: Hoepli, 1973.
- ROUDINESCO, E. Por que a Psicanálise? Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- SAEED, S. A. et al. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. **Am Fam Physician**. 2019.
- SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Rev. Crit. Cien. Soc**. 63 ed. 2002.
- SHERMAN, K. J. et al. Effectiveness of therapeutic massage for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. **Depression and Anxiety**, v.27, n.5, p. 441-450. 2011.
- SIMON, B. Mind and Madness in Ancient Greece. **The Classical Roots of Modern Psychiatry**. Ithaca: Cornell University Press, 1978.
- SIMS, A. Historical aspects of anxiety. **Postgrad Med**, 1988.
- SMITH, C. A. et al. **Acupuncture for depression**. Cochrane Database of Systematic Review. 2018.

SOLOMON, A. O Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro, 2002.

SOUSA, J. S. **Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal**. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015. Disponível em: <[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5329/1/PPG\\_24560.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5329/1/PPG_24560.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2020.

STEINHORN, D. M.; DIN, J.; JOHNSON, A. Healing, spirituality and integrative. **ANN. Palliat. Med.** 6. ed. 2017.

STONE, M. H. A cura da Mente: A história da Psiquiatria da Antiguidade até o presente. **Porto Alegre: Artes Médicas**. 1999.

TORRESAN, R. C. et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev. psiquiatr. clín.** v.35, n.1. 2008.

WERNECK, U. et al. Complementary medicines in psychiatry Review of effectiveness and safety. **British Journal of Psychiatry**, v. 188, n. 2, p. 109-21. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. 2017.

ZHAO, K. et al. A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. **Int J Geriatr Psychiatry**. 2016.

ZUARDI, A. W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada, **Psiquiatria I**, v.5, 2017.