

PLANTAS MEDICINAIS NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE

AUTORA

Claudia Dayane Ferreira Daré

Discente da União das Faculdades dos Grandes UNILAGO

Marcela Petrolini Capobianco

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

RESUMO

A presente revisão de literatura teve como objetivo principal discorrer a respeito da ansiedade que acometem adolescentes, a fim de promover maior informação a respeito do tema, visto que a ansiedade pode evoluir para depressão infantil e até mesmo para o suicídio. A ansiedade é um transtorno de humor que se caracteriza por sentimentos de medo, preocupações exageradas, ataques de pânico, agitação, raiva e frustração. O objetivo dessa pesquisa foi investigar a eficácia do tratamento de ansiedade em adolescentes com *Passiflora*. A ansiedade á prevalece em cerca de 10% de crianças e adolescentes, mundialmente. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que consiste na elaboração de ampla análise da literatura, promovendo discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como reflexões sobre a realização de estudos futuros. A literatura apresenta concordância sobre a importância e gravidade da ansiedade em adolescentes e a eficácia da *Passiflora* como tratamento fitoterápico como alternativa aos medicamentos alopáticos que podem causar efeitos colaterais deletérios.

PALAVRAS - CHAVE

Adolescente, Ansiedade, *Passiflora*.

1. INTRODUÇÃO GERAL

Em relação aos Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) e os Fitoterápicos, ter-se-á que o profissional farmacêutico passou a assumir um papel ainda mais importante na orientação do usuário, para a promoção do seu uso racional. Isso porque, apesar de se tratarem de medicamentos para tratar sintomas e males menores, não se quer dizer que não tenham riscos ou que os usuários não necessitem de orientação para utilizá-los (FERNANDES; CEMBRANELLI, 2012).

O fácil acesso a esse tipo de medicação tende a levar o paciente à automedicação, que é considerada um problema de saúde pública, uma vez que corrobora para o surgimento de vários pontos negativos, tais como reações alérgicas, efeitos adversos, intoxicações e retardo no diagnóstico de algumas patologias.

Com relação ao uso da *Passiflora* no tratamento da ansiedade, Lopes; E colaboradores (2017) afirmam o seguinte: “Acredita-se a atuação da *Passiflora incarnata* no tratamento da ansiedade relaciona-se com a inibição da monoamina oxidase (MAO) e a ativação dos receptores de ácido gama-aminobutírico (GABA)”. (LOPES, 2017).

Souza et al. (2016) mostraram a eficácia da fitoterapia com produtos como *Matricaria recutita*, *Passiflora incarnata*, *Valeriana officinalis*, *Melissa officinalis* e *Erythrina mulungu* baseando-se em evidências obtidas na literatura no tratamento alternativo aos transtornos de ansiedade; os efeitos adversos são mínimos.

1.1 Depressões na Infância: Associações e Comorbidades

As comorbidades ou sintomatologias associadas à depressão são difíceis de diagnosticar, principalmente em relação a se associarem como causa ou consequência da depressão na infância. O que muitos estudos vêm apontando é que crianças e adolescentes com transtorno depressivo apresentam uma condição clínica grave, crônica, recorrente e que é acompanhada por outros transtornos associados (SCHWAN; RAMIRES, 2011).

Os estudos que abordam as comorbidades em geral mencionam o déficit escolar, a obesidade na infância e doenças crônicas ou deficiências físicas, o que, consequentemente, agrava o estado clínico geral dos envolvidos (CASTRO, 2003). Transtornos de ansiedade (especialmente o transtorno de ansiedade de separação), o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno por déficit de atenção também são apontados por BAHLS (2002).

De acordo com Bahls (2002) a depressão infantil apresenta altas taxas de comorbidade, as mais comuns são: transtorno de ansiedade, de conduta, desafiador opositivo e de déficit de atenção. Esses transtornos aumentam a gravidade da depressão e podem apresentar uma evolução exponencial com o diagnóstico errado. Para Fichtner (1997) existem manifestações de depressão que são disfarçados e que podem ser identificados por intermédio de sintomas psicofisiológicos, como a redução do apetite, dores de cabeça e problemas respiratórios.

1.2 Influências de Fatores Sociais

A existência de fatores sociais também influencia no desenvolvimento da depressão infantil que desencadeiam problemas psicológicos na fase de desenvolvimento da criança. Todos os fenômenos que surgem do contexto social são definidos simbolicamente, ou seja, recebem classificações para avaliá-los e explicá-los (RIBEIRO et al., 2007).

Essas definições sofrem modificações de acordo com os modelos iniciais de cada época, ou seja, a forma como o indivíduo está inserido na sociedade varia de acordo com costumes que podem ser incorporados prioritariamente pela família e ensinado para a criança conforme o seu desenvolvimento (SCHNEIDER, 2016).

Isso representa que a criança vai sendo introduzida na sociedade a partir da representatividade familiar, principalmente quando os mesmos objetivam humanizá-la (WANDERLEY, 2008). Para que uma criança tenha um bom desenvolvimento psíquico, é fundamental o oferecimento de suporte emocional estável em um ambiente no qual ela possa desenvolver as capacidades motoras e cognitivas.

O baixo estrato socioeconômico familiar e precário nível de escolaridade dos pais também são determinantes sociais que influenciam negativamente na saúde infantil, devido ao fato dessa fase ser descrita como vulnerável e dependente. O desenvolvimento da criança e de adolescentes é afetado por uma estimulação qualificada e pelo cuidado do ambiente social ao qual estão expostos, seja em seu entorno mais próximo, como o ambiente escolar e familiar, como em outros grupos sociais que seja de seu acesso (ASSIS et al., 2009).

Crianças e adolescentes que se encontram em condições desfavoráveis, como abandono e maus-tratos, e que vivem longe da convivência familiar apresentam maior vulnerabilidade a outras questões decorrentes da pobreza, ao envolvimento com drogas e ao desemprego (DELL'AGLIO; HUTZ, 2004). Crujo e Marques (2009) explicam que a resposta de crianças expostas a fatores de riscos sociais agudos (como maus tratos e conflitos familiares permanentes) e crônicos (como o luto ou outros tipos de perdas), possui maior relevância no desenvolvimento futuro da depressão. Da mesma forma Runyon e Orvaschel (2002) relatam que crianças que tenham experimentado a falta de apoio familiar ou o rompimento dos vínculos afetivos demonstram maiores chances de desenvolver o distúrbio depressivo.

O contexto de vida da criança pode ser influenciado pelo estresse familiar e individual de viver em famílias em ampla desvantagem social, econômica. Por exemplo, algumas circunstâncias sociais adversas podem reduzir a disponibilidade da mãe para dar suporte emocional ao filho, podendo predispor a ocorrência, manutenção ou agravamento de problemas nas crianças (BORDIN et al., 2009).

A depressão tende a ter uma maior prevalência em crianças e adolescentes pertencentes a grupos raciais ou étnicos em maior situação de vulnerabilidade social associado a outros fatores de fragilidade, como pertencer a grupos de baixa renda e escolaridade, moradia em localidades sem serviços e com pouca segurança pública e suscetibilidade a diferentes formas de violência (ASSIS et al., 2009; GOODMAN et al., 2003).

Embora existam relatos da associação entre desigualdades socioeconômicas e problemas comportamentais em crianças, essa problemática vai além da soma e de um estabelecimento de correlações da hierarquia de fatores socioeconômicos familiares, pois existe uma complexa cadeia de mediações (individuais e sociais) e o caráter subjetivo da vivência e da representação destes fatores são pontos sensíveis na compreensão deste processo. Portanto, faz-se necessário, analisar a problemática por ângulos mais amplos que considerem aspectos multivariados como sociais, educacionais e genéticos, que interajam de uma forma dinâmica para que se possa associar as desigualdades sociais com a prevalência da depressão em crianças e adolescentes.

1.3 Ansiedades, depressão e suicídio em adolescentes.

O suicídio consiste na terceira maior causa de morte entre os adolescentes (WHO, 2014). No Brasil, segundo o Mapa da Violência publicado em 2012, verifica-se que os números de suicídios de maneira geral, dentro da faixa etária apresentada (>1 a 19 anos), não são significativos. O documento aponta que, no cenário internacional, o Brasil ocupa sexagésimo lugar, ressaltando a posição confortável diante desse fenômeno. No entanto, também verificou um gradativo aumento nesses índices (2000–2010), demonstrando que estudos são necessários para averiguar essa tendência, pois, em algumas cidades e estados, os números são alarmantes. É interessante destacar que os episódios de suicídio na pesquisa só emergem no início da pré-adolescência, ou seja, por volta dos dez anos de idade, apresentando uma curva acentuada a partir de então, chegando ao seu ápice, em torno dos 18 e 19 anos (WAISELFISZ, 2012).

Tavares (2005) ressalta a importância da avaliação de alguns indicadores que são: histórico de tentativas de suicídio; grau de intenção de suicídio; frequência dos pensamentos suicidas; letalidade do método escolhido e acessibilidade ao mesmo; presença de suporte social/familiar; existência de história familiar de suicídio e depressão.

Segundo Barbosa; Macedo e Silveira (2011), o comportamento suicida caracteriza-se nas seguintes fases:

Existência de Psicopatologia – Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, as doenças psiquiátricas estão associadas a aproximadamente 90% dos casos de suicídio, podendo destacar transtornos do humor, personalidade, consumo de álcool ou drogas e esquizofrenia (PRIETO; TAVARES, 2005).

Ideação suicida – Caracterizado como um dos principais preditores de risco suicida, pois o indivíduo pode ocultar os pensamentos suicidas, por diversas razões, como motivações religiosas, culturais, entre outras (PRIETO; TAVARES, 2005).

História de tentativas de suicídio – o perigo de consumir o suicídio é geralmente muito intenso no primeiro ano após a tentativa, principalmente nos primeiros três meses (APA, 2013).

Quadros ansioso – A severidade dos sintomas de ansiedade (sentimentos de medo, preocupações exageradas, ataques de pânico, agitação, raiva e frustração) apresentam um aumento no risco de suicídio (BERTOLOTE et al., 2004).

Acontecimentos negativos de vida – A vivência de acontecimentos negativos na infância tem sido associada a múltiplos problemas psicológicos na adolescência, tais como a ideação e condutas suicidas (DIESERUD et al., 2002). Acontecimentos negativos podem impedir a satisfação de necessidades emocionais fundamentais e conduzir ao suicídio (WASSERMAN, 2005).

Suporte familiar e social – A ausência ou o fraco suporte social e da família tem influência no comportamento suicida. Indivíduos que possuem amigos ou outro tipo de vínculo social apresentam menor comportamento suicida do que os que não possuem relações. Existem indicativos de que o isolamento social, físico e psicológico são indicadores de risco para a prática suicida (WASSERMAN; CHENG, 2005).

Disponibilidade do método suicida – Há evidências de que a decisão de atentar contra a própria vida, em muitos casos, é tomada pouco tempo antes de o ato ser realizado, principalmente na população mais jovem, denotando elevada impulsividade. Esse aspecto sugere o efeito protetor da restrição do acesso a métodos letais entre populações com risco (PRIETO; TAVARES, 2005).

1.4 Fitoterápicos

De acordo com normatização brasileira (BRASIL, 2012) o termo Fitoterápico é atribuído aos medicamentos que possuem como constituinte ativo as plantas e derivados vegetais, tendo sua origem provinda do conhecimento e uso popular. Tratar-se-á de tipo de medicamento muito popular desde a antiguidade, mas na atualidade o mesmo passa de um contexto histórico para culminar no desenvolvimento de uma nova categoria de tratamento de primeira linha (SCREMIN et al., 2016).

Dados da OMS apontam que na década de 1990, cerca de 75% da população de países em desenvolvimento dependiam das plantas medicinais como única forma de acesso aos cuidados básicos de saúde (SCREMIN et al., 2016). De maneira controlada, o desenvolvimento e a busca por estas práticas tradicionais visam fornecer remédios ou práticas seguras e eficazes para a obtenção de saúde.

Ainda hoje o mercado mundial de fitoterápicos é bem elevado, girando em torno de 25 bilhões de dólares por ano (YUNES; PEDROSA; FILHO, 2016). Já no Brasil, ele representa apenas 9% de todo o consumo de medicamentos, movimentando mais de 400 milhões de dólares anualmente, mas nos últimos anos vem crescendo a uma taxa duas vezes superior em relação aos fármacos sintéticos.

Dados extraídos da IMS Health/PPPE apontam que em 2014, foram vendidas aproximadamente 56 milhões de fitoterápicos no Brasil, havendo um faturamento total de R\$ 1,1 bilhão de reais. Estes números representam 1,9% em unidades e 2,8% em faturamento da participação dos fitoterápicos no mercado total de medicamentos.

Notório que desde 2006 o Ministério da Saúde disponibiliza opções terapêuticas e preventivas aos usuários do SUS.

Dentre as várias portarias sobre o farmacêutico e os fitoterápicos, ter-se-ão que dito profissional deve estimular o uso racional de plantas medicinal e fitoterápico, estimulando a automedicação responsável, indicando ou prescrevendo medicamentos isentos de prescrição médica (GONÇALEZ, 2012).

1.5 Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs)

Os MIPs são aprovados e tratam de doenças e sintomas considerados menores e, portanto, são vendidos sem receita médica, levando-se em consideração as orientações disponíveis nas bulas e rótulos.

Dentre as principais condições de indicação para o uso dos MIPs estão as seguintes: doenças gástricas, azia, dores de cabeça e musculares, constipação, diarreia, congestão nasal, fadiga e sonolência, febre, tosse, acne, dermatofitoses, dentre outros (ABIMIP, 2019).

A partir de 2013, através da Resolução nº 586/2013 que o papel do farmacêutico ganhou novas prerrogativas através da regulamentação da prescrição farmacêutica, assunto que será devidamente dissertado em capítulo próprio. *A priori* é mister ponderar que o fácil acesso a medicamentos adquiridos sem prescrição estão diretamente atrelados à automedicação.

Silva et al. (2011, p. 65) sobre isso preleciona que a crença de que “o medicamento simboliza a saúde influencia as pessoas à prática da automedicação, porém, o risco encontra-se inerente a esse processo”. Porém, os autores bem destacam que “nenhuma substância medicamentosa é inócua ao organismo, havendo para todas

elas contraindicações e reações adversas, sendo o medicamento utilizado na forma correta ou de forma negligente, o que é outro fator agravante”.

No Brasil, há registro da Medicina Tradicional e Complementar no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a década de 1980. Sua inserção no SUS foi intensificada após a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa legitimou expressamente a oferta pública de fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura e medicina antroposófica, mas impulsionou também o crescimento de outras práticas que continuam a crescer.

No Brasil, esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), e desde então somente se expandiu.

A partir da Conferência de Alma Ata a Organização Mundial de Saúde criou-se o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. Em vários de seus comunicados e resoluções, a OMS firmou o compromisso de incentivar os Estados-membros a formularem políticas públicas para uso racional e integrado das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científico para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2009).

A partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, por meio de Relatórios e Portarias, diversos documentos e eventos nacionais passaram a fazer parte da trajetória de implantação das práticas integrativas, destacando-se o esforço de regularizar a homeopatia, a acupuntura, o uso de plantas medicinais, a fitoterapia, a adoção de práticas corporais e meditativas, entre outras, viabilizadas pela criação de convênios e por diversos grupos de trabalho dedicados a elaborar projetos e políticas para a área.

1.6 Tratamentos de Ansiedade

A *Passiflora* designa as partes da planta que ficam acima do solo da espécie *Passiflora incarnata* L. (popularmente conhecida como maracujá vermelho). Seu preparo pode se dar a partir da fragmentação em pedaços pequenos ou moendo essas partes já secas ou sob a forma de extratos secos e líquidos preparados em solventes, tais como etanol, gerando um extrato líquido que a evaporar-se origina o extrato seco (NASCIMENTO et al., 2009).

A planta está presente na Instrução Normativa – IN 2/2014 da ANVISA, sob o número 11 da lista de lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado da seguinte forma: Maracujá, *Passiflora*; parte usada: partes aéreas; padronização/Marcador Flavonoides totais expressos em vitexina; derivado vegetal; extratos. Alegação de uso ansiolítico leve; dose diária: 30 a 120 mg de flavonoides totais expressos em vitexina; via de administração oral; restrição de uso; venda sem prescrição médica (BRASIL, 2014).

Nascimento et al. (2009), fizeram um experimento com o medicamento fitoterápico Pasalix® composto pela associação de *Passiflora incarnata*, *Salix alba* e *Crataegus oxyacantha* indicado para tratar ansiedade e insônia. O estudo consistiu da observação de 24 voluntários saudáveis do sexo masculino aos quais foram administrados dois comprimidos, duas vezes ao dia, pelo período de 28 dias; todos os voluntários foram avaliados antes do início, a cada semana e após sete dias do término da administração de Pasalix® em análises hematológica, bioquímica e sorológica.

Os resultados demonstraram boa tolerância ao medicamento por todos os voluntários, sendo que os exames não evidenciaram toxicidade nos órgãos e sistemas avaliados, mostrando que o medicamento pode ter eficácia terapêutica sem efeitos colaterais (NASCIMENTO et al., 2009).

Faustino; Almeida e Andreatini (2010) argumentam que, há um leque de medicamentos eficazes para tratar o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), no entanto, também são diversos e diversificados os efeitos colaterais deletérios como ilustram a seguir:

(...) os benzodiazepínicos-BDZ (como diazepam e clonazepam, por exemplo) provocam sedação, amnésia, podem causar abuso e/ou dependência, síndrome de abstinência e interações com agentes depressores do sistema nervoso central. De modo específico, a buspirona pode se mostrar ineficaz em algumas situações, além da possível demora para o início da ação e baixa satisfação por parte dos pacientes. Os antidepressivos utilizados no manejo do TAG, como venlafaxina, paroxetina e imipramina, têm alta incidência de não-adesão ao tratamento, além de causarem disfunção sexual. Os antipsicóticos, outro grupo também utilizado em alguns pacientes com TAG pode promover o desenvolvimento de parkinsonismo e hiperprolactinemia, além de apresentar riscos em longo prazo, como discinesia tardia e síndromes metabólicas. Os anti-histamínicos, fármacos inespecíficos para o controle da ansiedade, mas utilizados em alguns casos, são fortemente relacionados com sedação (Faustino; Almeida e Andreatini, 2010).

Segundo Huttel et al. (2011) alguns dos sintomas apresentados por crianças depressivas associam sintomas físicos e comportamentais, tais como dores de cabeça e abdominais, fadiga e tontura, seguidos por ansiedade, fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite, alteração do peso, fisionomia triste, comunicação deficiente, choro frequente, movimentos repetitivos e auto e heteroagressividade na forma de comportamento agressivo e destrutivo, autodepreciação, distúrbio do sono, diminuição da socialização, modificação de atitudes em relação à escola, perda de energia habitual, tristeza, humor disfórico, retardo psicomotor, pesadelos, terror noturno, ansiedade de separação, diminuição da capacidade cognitiva e perda de interesse pelas atividades prazerosas dessa etapa da vida. (TROMPETTER; KRICK; WEISS, 2013).

Romanini et al. (2006) realizaram um estudo sobre a utilização do extrato fluido (EF), produzido de acordo com a Farmacopéia Brasileira; sua fração aquosa (FA) também foi obtida de folhas de Passiflora. A administração oral foi realizada em camundongos e foram observados efeitos comportamentais sobre atividade ansiolítica e antidepressiva de drogas (labirinto em cruz elevado (LCE) e o teste da suspensão pela cauda (TSC).

Efeitos sobre a atividade locomotora geral dos animais foram monitorados no campo aberto. Efeitos sedativos foram observados com EF (100 e 300 mg kg⁻¹) e FA (100, 300 e 600 mg kg⁻¹), caracterizados por uma diminuição do número de entradas nos braços fechados do LCE e uma diminuição no número de cruzamentos e levantamentos no campo aberto. No TSC, a administração de EF (100 mg kg⁻¹) ou FA (100 e 300 mg kg⁻¹) resultou em aumento do tempo de imobilidade. Esses resultados são relevantes, pois

contribuem para validar o uso popular dessa planta (ROMANINI et al., 2006).

Problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes não são exceção. Até que ponto uma combinação fixa de extrato vegetal é capaz de suportar crianças que sofrem de agitação nervosa devido à depressão agitada entre outras por aproximadamente 2 anos foi investigada em um estudo observacional prospectivo multicêntrico (2008) com 115 crianças entre 6 e 12 anos. As avaliações dos pais mostraram uma melhora distinta nas crianças que tiveram problemas de atenção, mostraram retração social e / ou estavam ansiosas / depressivas. Com base na avaliação dos médicos, 81,6-93,9% das crianças afetadas apresentaram nenhum ou apenas sintomas leves no final da observação, referentes a nove dos treze sintomas avaliados, como depressão, ansiedade na escola / exames, outras ansiedades, problemas de sono e diferentes problemas físicos. Problemas. O sucesso terapêutico não foi influenciado por medicamentos ou terapias adicionais. O tratamento foi bem tolerado. Os extratos de plantas usados foram obtidos a partir da erva de São João, raiz de valeriana e maracujá (TROMPETTER; KRICK; WEISS, 2013).

2. OBJETIVOS

O objetivo dessa pesquisa é o de investigar a eficácia do tratamento de ansiedade em adolescentes com passiflora, além disso, pesquisar sobre quais benefícios trás o tratamento da ansiedade com plantas medicinais e em que casos são possíveis substituir a medicação pelos fitoterápicos.

3. METODOLOGIA

Para a produção desse artigo foi realizado um estudo qualitativo, por meio de revisão bibliográfica sistematizada, utilizando artigos publicados nacional e internacionalmente, no período compreendido entre 2007 a 2020, abordando o tema aspectos medicinais da *Passiflora*. A pesquisa foi realizada em plataformas digitais, tais como: Medline, SciELO e National Center for Biotechnology Information (NCBI), sendo utilizados os seguintes termos para a pesquisa: “ansiedade”; “adolescente”; “*Passiflora*”.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade em excesso pode ser prejudicial, uma vez que muitas vezes deixa a pessoa sem reação ou com reações extremas, tornando o convívio social e sua relação consigo mesmo difícil, porém, o tratamento pode ser simples.

Pode se concluir que o tratamento convencional do transtorno de ansiedade e depressão causa muitos efeitos colaterais, como por exemplo, sonolência, falta de memória, diminuição da atividade motora, distúrbios gastrointestinais, entre outros. Ao utilizar plantas medicinais, como as já citadas, o paciente que vai ao SUS a procura de um tratamento, poderá ter seu estado patológico revertido em saúde e bem estar. Dessa forma, a partir das informações das plantas o profissional que tiver um caso de psicopatologia, ou apenas uma ansiedade pontual, pode designar o melhor tratamento, sempre tendo em vista a melhora rápida das atividades normais do paciente.

Logo, plantas medicinais são fáceis de utilizar, podendo ser encontradas por infusão. Sendo assim, o trabalho feito pelo SUS teria um índice de sucesso no tratamento muito elevado, sendo um grande incentivo ao uso dessas práticas.

Entende-se que há pouca literatura acerca desse assunto, no entanto, seu uso tem sido incentivado devido a evidências encontradas em experimentos e na pequena literatura. São necessárias mais pesquisas

acerca da administração da *Passiflora Incarnata* no tratamento da ansiedade.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA – American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, R. V. C. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Revista de Saúde Pública**, vol. 43, núm. 1, agosto, 2009, p. 92-100^a

BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, p. 359-366. 2002.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 Abr. 2021.

BERTOLETE, J., FLEISCHMANN, A., DE LEO, D., & WASSERMAN, D. Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence [Abstract]. **Crisis**, p. 147-155. 2004.

BORDIN, I. A.; DUARTE, C. S.; PERES, C. A.; NASCIMENTO, R.; CURTO, B. M.; PAULA, C. S. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. **Bull World Health Organ**. v. 87, n. 5, p. 336-44, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Instrução Normativa Nº 2, de 13 de maio de 2014. Publicada em DOU nº 90, de 14 de maio de 2014). Publica a “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e a “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** – PNPIC/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/relatorio_1o_sem_pnpic>. Acesso em: 20 Abr. 2021.

CASTRO, E. K. Depressão em crianças com doenças crônicas. **Aletheia**, 17, 31-39. 2003.

CRUJO, M.; MARQUES, C. As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. **Rev Port Clin Geral**, v. 25, p. 576-82, 2009.

DELL’AGLIO, D. D.; HUTZ, C. S. Depressão e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol.17, n. 3, p. 241-350, 2004.

DIESERUD, G., FORSEN, L., BRAVERMAN, M., & ROYSAMB, E. (2002). Negative Life Events in Childhood, Psychological Problems and Suicide Attempts in Adulthood Matched Case-Control Study [Abstract]. **Archives of Suicide Research**,), p. 291- 308.

FAUSTINO, Thalita Thais; ALMEIDA, Rodrigo Batista de; ANDREATINI, Roberto. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 429-436, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abr. 2021. Epub Oct 15, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010005000026>.

FICHTNER, N. **Transtornos mentais da infância e da adolescência**: Um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artmed. 1997.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2012.

GOODMAN, E.; SLAP, G. B.; HUANG, B. The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. **American Journal of Public Health**. v. 93, n. 11, p. 1844-50, 2003.

HUTTEL, J.; KISXINER, K. A.; BONETTI, R. A.; ROSA, M. I. P. D. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, p. 11-22, 2011.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de Metodologia Científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LOPES, Mayke Willian; TIYO, Rogerio; ARANTES, Vinicius Pereira. Utilização de Passiflora Incarnata no tratamento da ansiedade. **Revista Uningá Review**, [S.l.], v. 29, n. 2, fev. 2017. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1952>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

NASCIMENTO, Demétrius F. et al. Estudo de toxicologia clínica de um fitoterápico contendo Passiflora incarnata L., Crataegus oxyacantha L., Salix alba L. em voluntários saudáveis. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 19, n. 1b, p. 261-268, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2009000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-695X2009000200014>.

PRIETO, D. & TAVARES, M. Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 54 (2), pp. 146-154. 2005.

RIBEIRO, K. C. S. et al. Representações sociais da depressão no contexto escolar. **Paidéia**, v. 17, n. 38, p. 417-430, 2007.

ROMANINI, Cássia Valério et al. Avaliação da atividade ansiolítica e antidepressiva do extrato fluido e fração aquosa de folhas de e fração aquosa de folhas de e fração aquosa de folhas de e fração aquosa de folhas de Passiflora alata Curtis em camundongos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, vol. 28, núm. 2, 2006, pp. 159-164. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/52665177-Avaliacao-da-atividade-ansiolitica-e-antidepressiva-do-extrato-fluido-e-fracao-aquosa-de-folhas-de-passiflora-alata-curtis-em-camundongos.html>>. Acesso em: 3 Abr. 2021.

RUNYON, M. K., FAUST, J.; OVASCHEL, H. Differential symptom pattern of post-traumatic stress disorder in maltreated children with and without concurrent depression. **Child Abuse e Neglect**, 26, 39-53, 2002.

SCHNEIDER, A. M. **Depressão na Infância**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. 39f. 2016.

SCHWAN, S.; RAMIRES, V. R. R. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. **Psicologia Argumento**, v.29, n 67, p. 457-468, 2011.

SILVA, Ilane Magalhães et al. Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp.1651-1660. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700101>>. Acesso em: 20 Abr. 2021.

SOUZA, Passos, Júnior, Melo, Severiano, M. X. M. B. D. Fitoterápicos no tratamento de transtornos da ansiedade. **Revista Eletrônica de Farmácia**, 13(1.1). 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/REF/article/view/40780>>. Acesso em: 20 Abr. 2021.

TAVARES, M. **Comorbidade na depressão e no suicídio**: configurações psicopatológicas e dinâmicas. Brasília: Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 2000.

TROMPETTER, Inga; KRICK, Bianka; WEISS, Gabriele. Herbal triplet in treatment of nervous agitation in children. **Wien Med Wochenschr**. 2013 Feb; 163(3-4): 52–57. Published online 2012 Nov 22. Doi: 10.1007/s10354-012-0165-1

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. 2012.

WANDERLEY, D. B. **O Cravo e a Rosa** – a Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível? Salvador, BA. Ágalma, 2008.

WASSERMAN, D.; CHENG, Q. Global suicide rates among young people aged 15-19. **World Psychiatry**, 4, pp. 114-20. 2005.

WHO – World Health Organization. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. Geneva: World Health Organization. 2014.